

**Pražská vysoká škola psychosociálních studií**

**Bakalářská práce**

**2024**

**PAVEL OCETEK**

**Pražská vysoká škola psychosociálních studií**



**Peer konzultanti a jejich zapojení do multidisciplinárních  
týmů**

**Pavel Ocetek**

**Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii**

**Bakalářská práce**

**Vedoucí práce: doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D.**

**Praha 2024**

# **Prague College of Psychosocial Studies**



## **Integrating Peer Support in multidisciplinary teams**

**Pavel Ocetek**

**Social work aimed at communication and applied psychotherapy**

**Bachelor thesis**

**The Bachelor Thesis Work Supervisor: doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D.**

**Prague 2024**

### **Čestné prohlášení:**

Potvrzuji, že jsem autorem této bakalářské práce na téma **Peer konzultanti a jejich zapojení do multidisciplinárních týmů** a vypracoval jsem ji samostatně za použití uvedených zdrojů a literatury. Potvrzuji, že tato práce nebyla použita pro jiné akademické účely ani k získání stejného nebo jiného akademického titulu. Dávám souhlas k tomu, aby byla moje práce dostupná pro výzkumné a studijní účely.

V Praze, dne 26. 04. 2024

Podpis:

**Poděkování:**

Rád bych vyjádřil poděkování svému vedoucímu mé bakalářské práce, doc. PaedDr. Slavomíru Lacovi, Ph.D., který mi poskytl klíčové rady a poznámky, jež mě vedly k úspěšnému dokončení mé práce. Dále bych chtěl poděkovat všem participantům, kteří se zúčastnili rozhovorů, za jejich ochotu, vstřícnost a otevřenost. Nakonec bych rád poděkoval i svým blízkým, kolegům z práce, kteří mi byli oporou během celého procesu.

## **ANOTACE**

Bakalářská práce se zaměřuje na pohled, vývoj a začleňování peer konzultantů v oblasti péče o duševního zdraví, zdůrazňuje význam spolupráce v multidisciplinárních týmech, a poukazuje na význam sociální práce v procesu zotavení a integraci peer pracovníků do společnosti. Empirická část se soustředí na témata, která vyvstala z rozhovorů, tj. přínosy a úskalí peer pracovníků v multidisciplinárních týmech, kde pracují.

### **Klíčová slova:**

Peer konzultant, peer podpora, multidisciplinární tým, integrace, začleňování, duševní zdraví, duševní onemocnění, sociální práce, zotavení

## **ABSTRACT**

This bachelor thesis is focused on the perspective, development, and inclusion of peer workers in mental health facilities. The importance of collaboration in multidisciplinary teams is emphasized. The social work in the recovery process and the integration of peer workers into society is highlighted. The empirical section is focused on the themes that emerged from the interviews, i.e. the benefits as well as the limitations of peer workers working in multidisciplinary teams.

### **Key Words:**

Peer worker, peer support, multidisciplinary team, integration, inclusion, mental health, mental illness, social work, recovery

# Obsah

Úvod .....	8
<b>1 Teoretická část.....</b>	<b>9</b>
1.1 Historie peer podpory .....	9
1.2 Charakteristika peer podpory.....	10
1.3 Role peer konzultanta .....	10
1.4 Implementace PK do přímé práce .....	12
1.5 Multidisciplinární tým v péči o duševní zdraví.....	14
1.5.1 Pojem multidisciplinární tým .....	14
1.5.2 Rozvoj MT v péči o duševně nemocné .....	14
1.5.3 Členové MT .....	15
1.5.4 Důležitost MT pro přímou práci .....	16
1.5.5 Výzvy pro MT .....	17
1.6 Sociální práce v oblasti péče o duševní zdraví .....	18
1.6.1 Sociální práce .....	18
1.6.2 Duševní zdraví.....	18
1.6.3 Duševní onemocnění .....	18
1.6.4 Mezinárodní kvalifikace nemocí .....	19
1.6.5 Současný nárůst duševních nemocí ve světě .....	19
1.6.6 Specifika práce s člověkem s duševním onemocněním.....	19
1.6.7 Cesta zotavení (recovery) .....	20
1.6.8 Fáze zotavení .....	20
<b>2 Empirická část.....</b>	<b>22</b>
2.1 Výzkumná otázka .....	22
2.2 Cíl a předmět zkoumání.....	22
2.3 Metoda sběru dat .....	22



2.4	Analýza dat .....	23
2.5	Interpretace dat .....	24
2.6	Přínosy práce PK .....	24
2.6.1	Práce PK jako cesta k vlastní sebehodnotě a smyslu.....	24
2.6.2	Psychohygiena jako prevence relapsu .....	25
2.6.3	Důležitost přátelského přístupu MT v začleňování PK.....	26
2.6.4	PK jako rovnocenný pracovník .....	26
2.6.5	Spoléhání na pomoc od kolegů MT.....	27
2.6.6	Samostatnost v práci PK.....	28
2.6.7	Výjimečnost PK.....	28
2.7	Úskalí PK.....	29
2.7.1	Zotavení jako nekončící proces PK.....	29
2.7.2	Nedostatečná příprava na kurzu PK .....	29
2.7.3	Nejasná náplň práce PK.....	31
2.7.4	Práce s příznaky duševní nemoci PK .....	31
2.7.5	Obavy PK v integraci do MT .....	32
2.7.6	Zkrácené úvazky PK.....	32
<b>3</b>	<b>Závěr .....</b>	<b>34</b>
	<b>Seznam použité literatury a zdrojů .....</b>	<b>36</b>
	<b>Bibliografické údaje .....</b>	<b>39</b>
	<b>Přílohy .....</b>	<b>40</b>

## Úvod

Tato bakalářská práce se zaměřuje na specifickou oblast duševního zdraví, konkrétně na roli a integraci peer konzultantů (později jen PK), což jsou lidé, kteří využívají své životní zkušenosti s duševními onemocněními k poskytování podpory ostatním s podobnými zkušenostmi.

Budu se soustředit na historii PK a její vývoj ve zdravotnictví a v sociálních službách. Vysvětlím, co znamená být PK, jaká je jeho role při práci s klienty i v multidisciplinárních týmech. Dále se podívám na to, jaké máme poznatky z praxe, které byly klíčové pro efektivní začlenění peer podpory v oblasti duševního zdraví.

Poté vysvětlím podrobný popis formování multidisciplinárních týmů, charakteristiku jejich členů a jejich zapojení do pracovního procesu. Budu se také věnovat specifickým výzvám, kterým tyto týmy čelí.

V dalším úseku se zaměřím na oblast sociální práce, vymezím ji podle definice uvedené Národní asociací sociálních pracovníků v USA a objasním její hlavní charakteristiky. Následně se budu věnovat tématům duševního zdraví, duševní nemoci a práce s osobami s duševním onemocněním. Dále představím model zotavování podle psychiatra Raginse a stručně popíši jednotlivé fáze tohoto procesu.

V empirické části analyzuji informace získané během rozhovorů s PK. Díky tematické analýze vyberu společná témata, kterým se budu více do hloubky věnovat. Tyto výpovědi mi budou sloužit jako vhled do dynamiky týmové práce a umožní mi lepší pochopení, jak efektivně integrovat PK do pracovních procesů.

# 1 Teoretická část

## 1.1 Historie peer podpory

Na konci 18. století byl v nemocnici Bicetre v Paříži zaveden zvláštní přístup k zaměstnávání lidí. V této době bylo běžné, že lidé s duševními onemocněními byli umístěni v azylových domech. Nemocnice Bicetre však přišla s inovativním nápadem a začala tyto osoby zaměstnávat jako pracovníky. Hlavní myšlenkou bylo, že osoby s duševními poruchami jsou pro tuto práci více vhodné, neboť jsou často pokojnější, upřímnější a mají větší cit pro lidskost. Tento přístup nejenom že poskytoval duševně nemocným možnost aktivního zapojení do společnosti a smysluplné činnosti, ale také přispíval k proměně vnímání duševního zdraví a jeho léčby v tehdejší společnosti (Watson & Medding 2019).

Jean Baptiste Pussin ve svém dopise z roku 1793 píše Philippe Pinelu, že při výběru pracovníků dávají přednost osobám s duševní poruchou. Tyto osoby jsou podle něj pro takovou práci vhodnější, jelikož bývají citlivěji založené. Díky této praxi se Pinelovi a Pussinovi podařilo významně snížit používání pout a zneužívání pacientů, čímž položili základy pro novou éru tzv. "morálního léčení" (Weiner, 1979).

Značný vliv mělo v sedmdesátých letech 20. století vzniklé organizované hnutí lidí Alleged Lunatic Friend Society, kteří zažívali porušování práv v rámci systému duševního zdraví, vytvářelo programy a sítě, kde byl nabízen jiný druh podpory. Tato podpora se nezaměřovala na nemoc nebo diagnózu, ale spíše na vzájemnou pomoc, podporu bydlení a lidská práva. (Harp & Zinman, 1987; Chamberlin, 1979).

Začlenění peer podpory do formálních systémů péče o duševní zdraví koncem 80. let představovalo revoluci v přístupu k léčbě. Otevřelo to dveře k humanističtějšímu a více inkluzivnímu přístupu, kde je důraz kladen na kolektivní zotavení a posilování vzájemných vztahů mezi lidmi, kteří si mohou skutečně vzájemně porozumět. (Stratford et al., 2019).

Rozšíření počtu peer pracovníků v zahraničí v tradičních programech se urychlilo, když federální Centrum pro léčebnou péči (The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)) vydalo státní povolení k poskytování služeb Medicaid. V roce 2007 dopis ředitelům státních nemocnic, v němž objasňuje podmínky za kterých mohou být "služby peer podpory" poskytovány. Od roku 2015 je 31 států a District Columbia nabízelo služby hrazené z programu Medicaid služby peer podpory, a je pravděpodobné, že v rámci ustanovení zákona o dostupné péči, mnoho dalších států bude následovat (Ostrow et al., 2015).

V průběhu posledních dvaceti let se praxe peer podpory rozšířila po celém světě. Počet osob se zkušeností s duševním onemocněním, které jsou najímány k poskytování peer podpory, se značně zvýšil. Odhady uvádějí, že v současnosti pracuje v USA přes deset tisíc peer pracovníků (Goldstrom et al., 2005).

Český model peer podpory byl při implementaci silně ovlivněn nizozemským přístupem k duševnímu zdraví. V rámci přípravného projektu "Zapojení peer konzultantů do péče o duševně nemocné" v letech 2012 až 2014 absolvovali budoucí peer pracovníci studijní cestu do

nizozemských organizací, aby zde získali potřebné zkušenosti a inspiraci k přímé práci s klienty (Hromádková, 2016).

V České republice byla peer podpora zavedena díky projektu Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví (CZD). Tento trend vzrůstu počtu PK v České republice reflektuje širší tendenci k implementaci peer principů do praxe, což signalizuje posun ve vnímání a integraci osob s příslušnými zkušenostmi do profesionálních struktur. V roce 2019 pracovalo v České republice asi 100 osob ve funkci PK (Foitová et al., 2015).

## **1.2 Charakteristika peer podpory**

V odborné literatuře se termíny jako “peer support (“peer podpora”), “peer delivered services,” (“peer služby”), “self-help,” (“svépomoc”), (“služby pro spotřebitele”), “peer mentors,” (“peer mentoři”) a “peer workers” (“peer pracovníci”) používají zaměnitelně, což ztěžuje smysluplné rozlišení mezi zásadně odlišnými typy intervencí (Penney, 2018).

Význam peer pracovník nelze snadno definovat v odborných textech. Jedná se o systém poskytování a přijímání pomoci, který je založen na klíčových principech respektu, sdílené odpovědnosti a dohodě o tom, co je užitečné. PK je definován jako rovný, tedy někdo, s kým máme demografické nebo sociální podobnosti, zatímco podpora znamená jistý druh empatie, povzbuzení a pomoci, kterou mohou lidé se sdílenými zkušenostmi nabídnout jeden druhému v rámci vzájemného pracovního vztahu (Shalaby & Agyapong, 2019).

Podle Foitové a kol. je termín „peer“, nejlépe přeložitelný jako „druh“ či „osoba stejného stavu“. Tento pojem slouží k označení jedince, který se vyznačuje určitou společnou charakteristikou s jinými lidmi nebo skupinami, přičemž se tato charakteristika většinou týká specifické zkušenosti (2014).

Peer podpora (support) je proces, při němž lidé se společnými zkušenostmi nebo podobnými výzvami spolupracují jako rovní, aby si navzájem poskytovali pomoc založenou na poznacích, které pramení ze společných zážitků (Riessman, 1989).

Využívání peer podpory je jako podpora vrstevníků, představuje model, kde jedinci využívají své osobní zkušenosti s určitým problémem nebo situací k poskytování podpory, poradenství a motivace ostatním, kteří se ocitají ve srovnatelných situacích. Tento typ podpory se ukazuje jako obzvláště účinný v různých oblastech, včetně zdravotnictví, vzdělávání a sociálních službách (Foitová et al., 2016).

## **1.3 Role peer konzultanta**

V poslední době se služby zaměřené na duševní zdraví a sociální organizace stále více věnují implementaci programů vzájemné podpory, aby podpořily proces zotavení a rozšířily nabídku dostupné pomoci pro jedince zápasící s duševními poruchami.

Světová zdravotnická organizace (WHO) podporuje tuto tendenci, jelikož vnímá peer podporu jako efektivní doplněk k tradičnímu biomedicínskému přístupu, přičemž klade důraz na individuální přístup, zotavení a dodržování práv jednotlivců. V důsledku pandemie COVID-19, která vyvolala zvýšenou potřebu komunitních iniciativ, se ukázala peer podpora jako ještě

důležitější. Tato forma podpory se opírá o vzájemné porozumění, respekt a posilování mezi lidmi, kteří se nacházejí v podobných životních situacích, a zahrnuje klíčové aspekty jako sdílená odpovědnost, naděje a sebeurčení, stejně jako využití vlastních zkušeností a poznatků pro vzájemnou pomoc (Smit et al., 2023).

Podle Hardinga a kol. se začaly objevovat lidé, kteří se zabývali nejen pacienty s negativními zkušenostmi v systému péče o duševní zdraví, ale i těmi, kteří se tomuto systému plně chtěli vyhnout. Tito jedinci začali zpochybňovat diagnózy jako nálepky, které jim byly přiřazeny. Čím dál více se nalézali svědectví o dopadech různých forem zneužívání, včetně fyzického, sexuálního a institucionálního páchaných na pacientech (1992).

Většina lidí, kteří si prošli těžkými časy, dokáží soucítit s ostatními, kteří čelí podobným problémům, a mají silnou touhu jim pomoci. To přináší užitek nejen osobě, která podporu přijímá, ale také pomáhajícímu, který se cítí cenný a potřebný (Riessman, 1965).

Vztahy mezi peery a klienty jsou vzájemně obohacující. To znamená, i když někteří účastníci mohou být vnímáni jako více kvalifikovaní nebo zkušení, očekává se, že všichni zúčastnění získají určitý užitek. Na druhou stranu, Davidson a kol., chápou peer podporu jako zapojení jedné či více osob, které prošly duševním onemocněním a dosáhly podstatného zlepšení svého psychiatrického stavu. Tyto osoby pak poskytují služby, a nebo podporu jiným lidem s vážnými duševními onemocněními, kteří se nachází v méně pokročilých fázích svého zotavení (2006).

PK může zastávat několik rolí svého působení. Např. peer konzultant, který je klíčovou součástí týmu, kde využívá své zkušenosti k pomoci druhým. Potom je peer lektor, který používá osobní zkušenosti pro vedení kurzů, kombinuje je s teoretickými znalostmi a připravuje tak nové pracovníky v oblasti. Peer poradce se specializuje na poradenství založené na své vlastní cestě zotavení a zkušenostech s terapií. Peer výzkumník přispívá do výzkumných aktivit svými jedinečnými perspektivami založenými na osobních zkušenostech s nemocí. Tyto role demonstrují, jak mohou osobní zkušenosti s duševními onemocněními přinášet cenný přínos v různých profesionálních kontextech. (Foitová et al., 2016)

Podle Bassmana (2001) klienti často hovoří o zásadní roli určitých lidí, kteří se v průběhu jejich léčebného procesu objevili a kteří sehráli nezastupitelnou roli ve svém uzdravení. Když se klienti vyjadřují o těchto pomocných faktorech, obvykle zdůrazňují význam někoho, kdo jim ukázal, že v nich vidí potenciál a že jim věří, že mohou problémy překonat a dosáhnout zlepšení. Tato víra je pro klienty často zásadní. Pocit, že někdo jiný věří v jejich schopnosti a možnosti, může výrazně posílit jejich vlastní motivaci a odhodlání pokračovat v léčbě a pracovat na sobě.

Při vzájemné podpoře se lidé setkávají se záměrem změnit neúčinné vzorce, dostat se ze "zaseknutých" míst a budovat vztahy, které jsou respektující, vzájemně zodpovědné a potenciálně se vzájemně proměňující. Jinými slovy, lidé přicházejí do programu vzájemné podpory, protože se cítí bezpečně a jsou přijímáni. Sdílením zkušeností a budováním důvěry si vrstevníci navzájem pomáhají překonat svá domnělá omezení, staré vzorce a způsoby uvažování. To umožňuje členům peer komunity vyzkoušet si nové způsoby chování a přejít z "kultury nemoci" do kultury zdraví a schopností (MacNeil & Mead 2003).

V odborné publikaci, kde Patricia E. Deegan americká psychologička a propagátorka zotavování vidí peer podporu jako "reakci na odcizení a nepřízeň spojenou se stanovením psychiatrické diagnózy", kdy jsou lidé s diagnózou ostrakizováni od širší komunity a snaží se vytvořit vlastní komunitu tím, že se obracejí na ostatní, kteří sdílejí podobné osudy (Penney, 2018).

V roce 1976 byly svépomocné skupiny popsány jako dobrovolná uskupení malého rozsahu, jejichž účelem je vzájemná pomoc členů při dosahování společných cílů. Typicky jsou tvořeny osobami se stejnými zkušenostmi nebo problémy, které se snaží společně řešit určité obtíže, překonat bariéry a dosáhnout osobních či sociálních změn. (Solomon 2004).

I když se peer komunity díky svým společným zkušenostem dostávají do vzájemného vztahu a cítí se v bezpečí, někdy uvíznou v replikování mocenské dynamiky, kterou zažily v systému duševního zdraví. To vede ke konfliktům, chaosu a zmatení rolí, které jsou pak prostřednictvím hodnocení chápány jako selhání (McLean, 1995).

#### **1.4 Implementace PK do přímé práce**

Studie po celá léta ukazují, že podpora mezi rovnými je pozitivní a efektivní alternativou zaměřenou na zotavení, poskytující mnohým bezpečné místo. S rostoucí důvěrou a prestiží se peer programy rozšiřují v různých formách. V současné fázi vývoje peer podpory je důležité, aby byly stanovené jasné standardy pro kvalitní zapojení PK do práce. Jak uvedl Bassman, nespokojenost s aktuálním systémem duševního zdraví není odmítáním potřeby pomoci, ale kritikou současného přístupu k poskytování této pomoci. Zavedení standardů pro vzájemnou pomoc by mělo pomoci všem lépe pochopit, co by měla správná podpora obnášet (2001).

Davidson a kol. vymezují jistá tvrzení, které podporuje efektivní integraci peer pracovníků do organizací s respektem k jejich unikátním schopnostem a zkušenostem (2012).

Zde je několik z nich:

- Jasný popis práce a role: Důležitost, aby role peer pracovníků byla jasně definována a schválena všemi relevantními stranami v organizaci. Toto zahrnuje kompetence a pravidla pro hodnocení výkonu.
- Zapojení všech relevantních stran: Inkluzivní přístup při vytváření popisů pracovních míst a rozhodování o přijímání zaměstnanců, včetně zapojení nejen kolegů a nadřízených, ale i lidí v rekonvalescenci a dalších pracovníků organizace.
- Ocenění unikátních přínosů peer pracovníků: Je důležité uznat specifické dovednosti a zkušenosti, které peer pracovníci přinášejí do týmu, a nenechat je vykonávat pouze tradiční nebo rutinní úkoly.

- Podpora a supervize: Zajištění, že peer pracovníci mají dostatek podpory a supervize, která je zaměřena na rozvoj jejich profesních schopností a nezaměřuje se pouze na jejich klinický stav.
- Specifické školení pro peer pracovníky: Poskytování školení, které se věnuje potřebným dovednostem pro jejich role, včetně efektivní komunikace, identifikace cílů, řešení krizových situací, dokumentace a etiky.
- Vzdělávání ostatních pracovníků: Školení pro ne-peer pracovníky, které zahrnuje informace o právních předpisech, diskriminaci, etice a správném jednání s peer pracovníky, aby byla zajištěna správná integrace peer pracovníků do týmu.
- Podpora peer pracovníků v týmech: Doporučení, aby každý program nebo tým měl minimálně dva peer pracovníky, aby si mohli navzájem poskytovat podporu a sdílet zkušenosti.
- Sdílení úspěšných příběhů: Rozšiřování inspirativních příběhů mezi všemi zúčastněnými stranami, což může vést k větší motivaci a angažovanosti.

Je důležité stanovit jasné cíle a strukturu setkání s peer pracovníkem, počet těchto setkání a průběžně hodnotit efektivitu takové spolupráce. V rámci skupinových aktivit nebo na odděleních pobytových služeb může být setkávání s peer konzultanty realizováno bez pevně stanoveného plánu. Peer podpora je zvláště prospěšná pro klienty, kteří jsou odolní vůči standardním léčebným metodám, měli negativní zkušenosti s poskytovateli zdravotní péče, nebo se cítí být obětmi svých okolností. Peer pracovníci jsou často vnímáni jako méně hrozní, což umožňuje otevřenější a upřímnější komunikaci (Foitová et al., 2016).

Studie a výzkumy týkající se efektivitu peer podpory, i přes různorodost v metodologii a kvalitě dat, ukazují řadu pozitivních výsledků. Začlenění peer pracovníků do týmů často vede k stejným nebo lepším zdravotním a sociálním výsledkům pro uživatele služeb. Peer pracovníci napomáhají zvyšovat pocit posílení, sebevědomí a sebedůvěru u klientů, což může vést ke zlepšení jak fyzického tak psychického zdraví a celkového fungování (Trachtenberg, 2013).

Nedávný výzkum provedený profesorkou Gabriell Jenkin z Nového Zélandu a kolegy v roce 2021 poukázal na to, že prioritou personálu akutních psychiatrických jednotek na Novém Zélandu je bezpečnost a kontrola pacientů, zatímco komunikace s nimi je považována za méně zásadní. Někteří pracovníci dokonce tvrdí, že komunikace s pacienty není součástí jejich pracovních povinností. Naopak, většina pacientů vyjádřila silnou potřebu po komunikaci, což by podle nich významně zlepšilo kvalitu jejich pobytu v zařízení. Výsledky ukazují na nedostatek smysluplné interakce, což vede k spontánní vzájemné podpoře mezi pacienty. Tyto poznatky jsou v souladu s dalšími studii (Shattell et al. 2008; Stenhouse 2011), které zdůrazňují, jak si pacienti navzájem pomáhají v důsledku omezené komunikace s personálem.

Z těchto důvodů je důležité pokračovat ve zkoumání těchto složitých sociálních vztahů (Cooper et al., 2022).

Jak uvedl Trachtenberg, peer podpora také přispívá ke sníženému užívání alkoholu a drog a podporuje sociální začlenění a stabilitu v zaměstnání a vzdělávání. Peer pracovníci sami získávají osobní benefity, jako je větší sebedůvěra, což je posiluje v jejich vlastní cestě k zotavení. Implementace peer podpory může být také hnací silou pro přístup více orientovaný na zotavení. Nicméně, stále existuje potřeba dalšího zkoumání v této oblasti, zvláště s ohledem na rozdíly ve zkoumaných intervencích, rozsahu školení a formě interakcí. Kvalita dosavadních dat a metodologie výzkumu je nejednotná, což může ovlivnit interpretaci výsledků (2013).

## **1.5 Multidisciplinární tým v péči o duševní zdraví**

### **1.5.1 Pojem multidisciplinární tým**

Multidisciplinární a multiagenturní práce zahrnuje využití různých odborných znalostí a dovedností k lepšímu pochopení a řešení složitých potřeb pacientů. Tento přístup, známý jako multidisciplinární týmová práce, v anglickém jazyce se používá pod zkratkou MDT (multidisciplinary team) je považován za klíčový pro poskytování komplexní a celostní péče (Barrera et al., 2019).

V Česku je pojem multidisciplinární přístupu, neboli multidisciplinární tým používán pod zkratkou MT a patří mezi jeden z nástrojů pro posílení celostního přístupu orientovaného na zotavení lidí s duševním onemocněním (Fišarová et al., 2020).

Existuje mnoho definic těchto termínů, jako jsou multiprofesionální, interdisciplinární a multidisciplinární. Nejčastěji se začal používat výraz "multidisciplinární tým" protože je to termín, se kterým má většina zdravotnického personálu zkušenosti (Barrera et al., 2019).

Tým je definován jako skupina lidí s doplňujícími se dovednostmi, kteří jsou oddaní společnému účelu, výkonnostním cílům a přístupu, za které jsou vzájemně zodpovědní. Jak uvedl Hole a Gillis (1994), práce multidisciplinárního týmu maximalizuje klinickou efektivitu. Tyto různé definice a popisy vystihují důležité aspekty multidisciplinární práce. Nejedná se pouze o shromáždění různých profesionálů, ale o vytváření týmů se společnými cíli a hodnotami, které rozumí a respektují kompetence ostatních členů týmu, učí se od jiných disciplín a respektují jejich různé názory a perspektivy (MHC, 2006).

### **1.5.2 Rozvoj MT v péči o duševně nemocné**

Od 50. let 20. století došlo k posunu v péči o duševní zdraví z psychiatrických léčen do komunitní péče. Tento posun byl podpořen vývojem v léčbě, lidských právech a pochopením negativních dopadů dlouhodobé hospitalizace. Bylo důležité spolupracovat s uživateli a jejich rodinami a dbát na jejich potřeby. V průběhu let se ukázalo, že je nutné řešit psychologické a



sociální problémy uživatelů služeb. To vyžadovalo široké spektrum dovedností a zapojení různých profesionálů do multidisciplinárních týmů, jako jsou např. psychologové, sociální pracovníci, psychiatři, psychiatrické sestry. Tento přístup se stal základem moderní péče o duševní zdraví. (MHC, 2006).

Důležitým krokem je rovněž rozvoj multidisciplinárních týmů v komunitní péči a zapojení pacientů a jejich rodin do procesu léčby a podpory. V roce 2020 byl v České republice přijat Národní akční plán pro duševní zdraví na léta 2020–2030, který odráží změnu v přístupu k lidem s duševními onemocněními. Plán klade důraz na zlepšení řízení a poskytování péče v duševním zdraví, zajištění rovných příležitostí pro duševní zdraví všem, plné respektování lidských práv osob s duševními obtížemi, zlepšení dostupnosti služeb a integraci péče o duševní zdraví s ostatními sektory (Fišarová et al., 2020).

Jednou z hlavních metod je case management, to znamená, že na řešení situace klienta spolupracuje více lidí. Tato metoda se používá při implementaci multidisciplinárního přístupu v péči o pacienty s dlouhodobými duševními onemocněními na všech úrovních týmové práce (Fišarová et al., 2020).

Reforma psychiatrické péče přináší do České Republiky zavedení nových Center duševního zdraví (CDZ), která budou fungovat nonstop a začlení multidisciplinární týmy složené z různých odborníků (psychiatři, kliničtí psychologové, psychiatrické sestry a sociální pracovníci apod.). Tato centra budou poskytovat služby nejen na místě, ale také přímo v domácím prostředí klientů prostřednictvím mobilních terénních týmů a krizových center. Měli by využívat různé metody práce, včetně case managementu, psychosociální rehabilitace a krizové intervence. Důležitým aspektem péče je podpora zotavení v běžném životním prostředí pacienta, s přihlédnutím k jeho individuálním potřebám (Dudová, 2018).

### **1.5.3 Členové MT**

Tým duševního zdraví se skládá z různých odborníků, každý s vlastními specifickými dovednostmi a expertizou. Tento tým zahrnuje psychiatra, zdravotní sestry, klinické psychology, sociální pracovníky, ergoterapeuty, fyzioterapeuty, dietologa a nemocničního kaplana. Někteří členové se scházejí pravidelně, aby diskutovali o léčbě a pokroku pacientů, zatímco jiní poskytují své služby podle potřeby (Martin, 1987).

Multidisciplinární tým v oblasti duševního zdraví obvykle zahrnuje odborníky z různých oborů, jako jsou ošetřovatelství, medicína, sociální práce, psychologie a ergoterapie. Tým může být dále rozšířen o další specialisty dle potřeb, například o rodinné terapeuty. Je důležité, aby členové týmu měli potřebné dovednosti pro efektivní spolupráci a byli schopni tvořit menší skupiny pro specifické úkoly, jako je domácí péče. Každý člen týmu přispívá svým unikátním pohledem, což umožňuje komplexní hodnocení a péči o pacienta. Ergoterapeuti používají

specifické aktivity jako léčebnou metodu, zatímco sociální pracovníci se zaměřují na osobní a socioekonomické okolnosti pacienta (MHC, 2006).

Každý pacient by měl mít přiděleného jednoho specifického člena týmu, který bude vystupovat jako klíčový pracovník nebo koordinátor péče. Tato role je zásadní nejen v přímé péči o pacienta, ale i v koordinaci realizace individuálního plánu zotavení. Takový přístup zajišťuje efektivní a cílenou pomoc pacientům, která je klíčová pro jejich zotavení a integraci do společnosti (Fišarová et al., 2020). Předností tohoto multidisciplinárního přístupu je, že členové týmu se učí jeden od druhého a rozvíjejí své dovednosti. I když nemají všichni členové stejnou úroveň dovedností, schopnost spolupracovat a osobní přístup k týmové práci jsou klíčové pro jejich úspěšnost (MHC, 2006).

Je důležité, aby každý člen multidisciplinárního týmu rozuměl rolím ostatních členů při naplňování potřeb pacientů. Role se v terapeutickém prostředí často prolínají a ne všichni členové týmu mají stejný vztah ke všem pacientům. Někteří členové týmu mohou převzít roli klíčového pracovníka pro specifické pacienty nebo skupiny pacientů. Osoba vykonávající roli klíčového pracovníka může být vybrána z jakéhokoliv členu týmu, z různých disciplín. Tímto klíčovým pracovníkem může být například sestra, sociální pracovník, psycholog nebo jiný profesionál s odpovídajícím vzděláním (Martin, 1987).

#### **1.5.4 Důležitost MT pro přímou práci**

Využití multidisciplinárních týmů je klíčové pro úspěšnou sociální práci, zejména při řešení komplexních situací, které sahají přes různé instituce nebo obory. Multidisciplinární přístup znamená spolupráci mezi různými disciplínami k řešení rozmanitých fenoménů. Týmy mohou mít různé formy, od jednotlivých pracovišť po mezinárodní sítě, a mohou se dělit na subtýmy s různými modely práce, jako je model klíčového pracovníka nebo model řízení případu. Hlavní úlohou sociálního pracovníka v těchto týmech je provést komplexní psychosociální hodnocení a vypracovat plán intervence, který by klientům zpřístupnil potřebnou pomoc (Kodymová, 2015).

Jefferies a Chan (2004) popisují práci multidisciplinárního týmu jako klíčový mechanismus pro zajištění skutečně komplexní péče o pacienty a nepřerušované služby během celého průběhu onemocnění a napříč hranicemi primární, sekundární a terciární péče.

Psychiatrické služby ve veřejném sektoru nejsou závislé pouze na psychiatrech. Rozšíření rolí nezdravotnických odborníků je klíčové pro zvýšení kapacity psychiatrických týmů a poskytování služeb většímu počtu pacientů. V mnoha oblastech psychiatrie přebírají nezdravotničtí odborníci úkoly, které dříve vykonávali lékaři. Některé úkoly jsou přiděleny psychiatrickým sestram, pracovním terapeutům, psychologům nebo sociálním pracovníkům, kteří mají různé odborné dovednosti. Profesionalita v psychiatrii vyžaduje, aby psychiatři rozpoznali situace, kdy mají jiní odborníci větší expertizu nebo dovednosti, a podporovali jejich práci (Smith et al., 2009).

Pacienti na odděleních akutní péče s duševními problémy jsou dnes obvykle vážněji nemocní než v minulosti. Nedostatečné porozumění vztahu mezi biologickými a psychosociálními faktory vede k tomu, že pacienti se závažnými a dlouhodobými duševními onemocněními mají složité potřeby. Tyto potřeby vyžadují zapojení více odborníků a institucí do péče (Barrera et al., 2019).

Je klíčové rozumět rozdílu mezi prací v týmu a ve skupině. Týmová práce je založena na spolupráci a společném směřování k cíli, zatímco práce ve skupině může být organizována rychleji a jednodušeji, ale často nevede k tak kvalitním výsledkům jako práce v týmu. Tým je třeba pečlivě budovat a udržovat, protože prochází různými fázemi vývoje a vyžaduje kontinuální péči o vztahy a kulturu mezi jeho členy. V oblasti péče o duševní zdraví se snažíme uplatňovat týmovou multidisciplinární spolupráci na všech úrovních, což pomáhá k lepším výsledkům v péči o pacienty. Tento přístup začíná být aplikován i v dalších oblastech medicíny (Fišarová et al., 2020).

Multidisciplinární týmy jsou klíčové jak pro uživatele služeb, tak pro profesionály v oblasti duševního zdraví, protože umožňují souvislou péči, zajišťují komplexní pohled na potřeby klienta, nabízejí rozmanité dovednosti a poskytují vzájemnou podporu. S rostoucí specializací v oblasti zdravotnictví a rozšiřujícím se poznáním o duševních stavech je stále důležitější vytvářet týmy odrážející různé specializace. Mezi hlavní přínosy modelů multidisciplinárních týmů patří lepší výsledky v oblasti zdraví a funkčnosti klientů, zvýšená kvalita života, snížení nákladů a efektivnější využití lékařských služeb (Kutash, 2014).

### **1.5.5 Výzvy pro MT**

Výzkumy týmové práce v oblasti duševního zdraví ukázaly, jak důležité je, aby členové týmu měli společné porozumění svým rolím a odpovědnostem, jak tyto role souvisí s ostatními a jak přispívají k společnému cíli týmu. Avšak dosažení této jasnosti rolí je obtížné v kontextu univerzálního klíčového pracovníka, kde členové týmu z různých disciplín vykonávají stejné úkoly, jako je sledování medikace, provádění hodnocení rizik a sociálního poradenství. Několik studií poukázalo na to, že zavedení klíčového pracovníka vyvolalo mezi zaměstnanci rozčarování a frustraci, protože byli nuceni převzít nové povinnosti a zároveň ztratili výlučnou odpovědnost za jiné úkoly. Například sestry vyjádřily frustraci z toho, že musely řešit sociální péči, která byla tradičně doménou sociálních pracovníků. Někteří sociální pracovníci zase cítili, že jejich specializovaný přístup je ohrožen z pohledu autority lékařů (Bháird, 2015).

Problémy vznikají, když se v týmu objeví konflikt zájmů. Například, pokud se člen týmu neshodne s rozhodnutím, může sabotovat celý proces tím, že se rozhodne nekonat. V praxi to často vedlo k problémům, zejména s nezávislými sociálními pracovníky a psychology, kteří nejsou zaměstnanci NHS (National Health Service) národní zdravotní služby. Ti si často nárokují právo jednat nezávisle, což může vést k neshodám. Staly se tak změny, které přesunuly sociální pracovníky v psychiatrii pod správu sociálních služeb, nikoliv pod lékaře. To může

vést k situacím, kdy sociální pracovník odmítne přijmout pacienta na základě vlastního rozhodnutí, i když lékaři považují hospitalizaci za nutnou. Tento postup může způsobovat problémy na odděleních a zatěžovat personál (Appleyard & Maden, 1979).

Je důležité, aby byly role v týmu jasně definované, aby se předešlo konfliktům, které nevznikají z osobních problémů, ale z nejasností v rolích. Role se musí neustále vyjednávat a tým by měl umožnit využití jedinečných talentů členů týmu bez ohledu na jejich specializaci. Týmová práce v multidisciplinárních prostředích je obvykle hierarchická, což znamená, že někteří členové mají nad ostatními autoritu, tudíž myšlenka rovnosti v týmu je často jen mýtus. Hierarchie pomáhá zajistit efektivní řízení a organizaci týmu, jak uvedl Housle (2003).

## **1.6 Sociální práce v oblasti péče o duševní zdraví**

### **1.6.1 Sociální práce**

V roce 1973 definovala Národní asociace sociálních pracovníků v USA sociální práci jako profesionální činnost, jejímž cílem je pomáhat jedincům, skupinám a komunitám zlepšovat nebo obnovovat jejich sociální funkčnost a vytvářet příznivé podmínky pro dosažení tohoto cíle. Sociální práce zahrnuje uplatňování specifických hodnot, principů a metod v praxi. Hlavním úkolem sociálních pracovníků je poskytování materiální pomoci, poradenských služeb pro jednotlivce, rodiny a skupiny, pomoc komunitám v zlepšování sociálních a zdravotních služeb a účast na tvorbě zákonů (Mahrová, 2008).

### **1.6.2 Duševní zdraví**

Abychom se mohli zamyslet nad duševní nemocí, je nutné nejprve definovat duševní zdraví. Americké psychiatrické asociace definuje duševní zdraví jako základní složkou našich emocí, myšlení a komunikace. Ovlivňuje naše učení, schopnost vyrovnat se s problémy, naději a sebehodnocení. Je důležité pro udržování vztahů a osobní pohody, a také hraje roli v našem přínosu společnosti. Navíc, duševní zdraví nejenže může ovlivnit naše fyzické zdraví, ale může být také jím ovlivněno (Njoku, 2022).

### **1.6.3 Duševní onemocnění**

Existují dvě hlavní perspektivy na definici duševního onemocnění. První pohled je založen na myšlence, že duševní zdraví a poruchy jsou součástí jednoho kontinua, kde poruchy představují přirozenou fázi v osobnostním vývoji jedince. Druhý přístup duševní zdraví a poruchy vnímá jako protiklady, kde porucha znamená narušení a přerušování normálního vývoje, což vede k vzniku nemocného stavu (Dušek a Procházková, 2019).

Duševní onemocnění je termín, který je zvláště spojen s vyspělým západním světem. V jiných kulturách, jako jsou domorodé skupiny nebo venkovské oblasti ve vyspělých zemích, lidé často mají odlišné pojetí zdraví a nemoci. Léčitelé v těchto kulturách nerozlišují tak striktně mezi tělem a myslí jako západní psychiatři. Ti se tradičně zaměřují na mysl a mozek zcela odděleně od ostatních funkcí těla. (Wurtzburg, 2014).

#### **1.6.4 Mezinárodní kvalifikace nemocí**

V přímé práci se můžeme setkat s klienty, kteří trpí různými duševními poruchami. Tyto poruchy jsou klasifikovány podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) do následujících kategorií:

- F00 – F09: Organické duševní poruchy, které jsou spojené s fyzickým poškozením nebo chorobami mozku.
- F10 – F19: Poruchy způsobené užíváním drog a alkoholu.
- F20 – F29: Schizofrenie a podobné poruchy, které zahrnují bludy a halucinace.
- F30 – F39: Poruchy nálady, například deprese a bipolární porucha.
- F40 – F49: Neurotické poruchy a poruchy způsobené stresem, jako je úzkost a posttraumatická stresová porucha.
- F50 – F59: Poruchy chování, které souvisí s fyzickými problémy, jako jsou poruchy příjmu potravy.
- F60 – F69: Poruchy osobnosti a chování u dospělých, včetně antisociálního chování.
- F70 – F79: Mentální retardace, což zahrnuje různé úrovně duševního opožďení.
- F80 – F89: Poruchy psychického vývoje, jako jsou autismus a dyslexie.
- F90 – F98: Poruchy chování a emocí, které se obvykle začínají projevovat v dětství nebo adolescenci, jako je ADHD.
- F99: Neurčená duševní porucha, kdy není možné určit konkrétní diagnózu.

Odborníci by měli být obeznámeni s těmito kategoriemi, aby mohli pochopit problémy svých klientů a efektivně s nimi pracovat (Probstová a Peč, 2014).

#### **1.6.5 Současný nárůst duševních nemocí ve světě**

V roce 2019 trpěl každý osmý člověk na světě, což představuje 970 milionů lidí, duševní poruchou. Nejčastějšími byly úzkostné a depresivní poruchy. Během roku 2020 došlo kvůli pandemii COVID-19 k výraznému nárůstu počtu lidí s těmito poruchami – odhady mluví o 26% nárůstu u úzkostných poruch a 28% u hlavních depresivních poruch. Přestože existují účinné možnosti prevence a léčby, většina lidí s duševními poruchami nemá přístup k adekvátní péči. Mnoho lidí navíc čelí stigmatizaci, diskriminaci a porušování lidských práv (WHO, 2022).

#### **1.6.6 Specifika práce s člověkem s duševním onemocněním**

Práce sociálního pracovníka je proces, který se neustále vyvíjí a opakuje. Během něj sociální pracovníci upravují své hypotézy na základě pozorování a interakcí s klienty a jejich prostředím. Tento přístup je vhodný, protože duševní onemocnění často trvají dlouho a jejich průběh není přímočarý. Sociální pracovníci se setkávají s lidmi s duševním onemocněním v jejich běžném životním prostředí, což jim umožňuje lépe posoudit jejich skutečné funkční schopnosti, nikoli pouze to, jak je sami popisují. Pracovník tak lépe chápe, jak klient reálně

funguje a jaké má možnosti. Tento přístup také pomáhá odhalit sociální a zdravotní potřeby klienta a zdroje, které má, nebo mu naopak chybí. Je důležité, aby sociální pracovník zůstal angažovaný, ale zároveň nevytvářel koalice s klientem nebo jeho blízkými, čímž zachovává svou profesionální roli (Probstová a Peč, 2014).

### **1.6.7 Cesta zotavení (recovery)**

Pojem zotavení nebo údrava v oblasti péče o duševní zdraví přesahuje pouhou eliminaci symptomů nemoci a zahrnuje sebeurčení, zapojení do společnosti, což může vést k většímu pocitu smysluplnosti života (Probstová a Peč, 2014).

Cílem je pomoci lidem s duševním onemocněním, zlepšit jejich schopnosti a najít jim místo ve společnosti, kde budou moci žít smysluplný život a rozvíjet svůj potenciál. Tento přístup, nazývaný recovery, původně vznikl v kontextu léčby závislostí a postupně se rozšířil i na léčbu vážných duševních poruch. Studie ukazují, že lidé se mohou zotavit i z vážných duševních onemocnění a že úspěch zotavení je větší v místech s dobře rozvinutou komunitní a rehabilitační péčí. Pojem zotavení také zahrnuje sebeurčení a zapojení do společnosti lidem s duševním onemocněním (Probstová a Peč, 2014).

Zotavení přináší novou naději pro lidi s duševním onemocněním a jejich blízké i odborníky, ale zatím je aplikováno pouze v omezené míře. Systém duševního zdraví stále preferuje model léčby zaměřený na symptomy, ne na skutečné zotavení a zdraví. Mnoho lidí a institucí je stále zakořeněno v tradičním medicínském přístupu. Přestože je celková změna systému náročná, je potřebné dělat postupné kroky k zotavení i v rámci stávajících programů (Ragins, 2018).

V praxi se setkáváme s různými názory na definici zotavení. Někteří odborníci se snaží oddělit proces zotavení od jeho výsledků, což umožňuje lépe definovat cíle léčby a měřit úspěšnost. Jiní upozorňují na potřebu integrace klinických a rehabilitačních aspektů, aby se lépe porozumělo celkové životní zkušenosti lidí s duševním onemocněním. Takový přístup nabízí širší perspektivu a pomáhá rozumět různým aspektům zotavení (Probstová a Peč, 2014).

### **1.6.8 Fáze zotavení**

Ragins (2018) rozděluje zotavení z duševního onemocnění na čtyři hlavní fáze:

- Naděje - Je důležité, aby osoby s duševním onemocněním cítili, že jejich situace se může zlepšit. Naděje působí jako motivace k dalším krokům a změnám.
- Zplnomocnění - Lidé by měli věřit ve své vlastní schopnosti a měli by mít kontrolu nad svým zotavením, ne jen spoléhat na léky a terapie. Samostatné rozhodování a orientace na vlastní silné stránky jsou klíčové.

- Přijetí odpovědnosti - Během zotavování je nutné, aby jedinci převzali odpovědnost za své životy, což zahrnuje riskování, učení se na základě chyb a odpoutání se od negativních emocí spojených s onemocněním.
- Smysluplná životní role - Nalezení role, která není definována onemocněním, pomáhá ukončit izolaci od společnosti a podporuje plnohodnotné začlenění do běžného života.

Tyto fáze pomáhají lidem s duševním onemocněním postupně se zotavit a najít si své místo ve společnosti.

## 2 Empirická část

V rámci praktické části mého výzkumu se zaměřím na specifická témata. Chtěl bych prozkoumat a analyzovat aspekty práce peer konzultanta, který pracuje v multidisciplinárním týmu. Zajímá mě, jak tento druh pomoci přispívá k efektivitě týmu, zda jeho přítomnost zlepšuje celkový chod týmu, či zda přináší nové perspektivy k řešeným problémům v přímé práci s klienty.

### 2.1 Výzkumná otázka

V praktické části se budu snažit odpovědět na výzkumnou otázku: **"Jaké přínosy a úskalí přináší práce peer konzultanta v multidisciplinárním týmu?"**

### 2.2 Cíl a předmět zkoumání

Plánuji zkoumat, jaké výhody může přinést integrace PK do multidisciplinárního týmu. Předpokládám, že mezi klíčové přínosy může patřit zvýšení důvěry a otevřenosti v týmu, jelikož PK často sdílejí osobní zkušenosti nebo prošli podobnými situacemi jako klienti. To by mohlo vést k lepšímu porozumění problémům klientů a k humanizaci přístupu, což by mohlo být výhodné zejména v sociálních službách a zdravotnictví.

Na druhou stranu se zaměřím i na možná úskalí a výzvy spojené s prací peer konzultanta v těchto týmech. Může se například jednat o možné konflikty na pracovišti, které mohou vyvstat na základě rozdílných názorů na léčbu nebo intervence klientů. Dalším aspektem může být emocionální zatížení peer konzultantů, kteří mohou být vystaveni většímu míru stresu z přímé práce s klientem.

Pro sběr dat budu používat vzorek čtyř participantů z různých nejmenovaných organizací, kde všichni vykonávají práci peer konzultanta nejméně jeden rok.

### 2.3 Metoda sběru dat

Podle Hendla v oblasti sociálních věd se empirický výzkum zaměřuje na získávání poznatků skrze pečlivou analýzu dat, která byla shromážděna pomocí metodologicky ověřených postupů. Jak samotná data, tak i metody jejich analýzy se můžou značně lišit (2005).

Pro svůj sběr dat jsem použil polostrukturovaný rozhovor. Kontaktoval jsem přes email čtyři peer konzultanty, které jsem znal z organizací, kde jsem byl na stážích. Všichni s pozváním do procesu mé bakalářské práce souhlasili. Se všemi jsem si domluvil termíny a místo, kde bude rozhovor probíhat. Oslovil jsem dva muže a dvě ženy ve věkovém rozmezí od 33 do 45 let. Všichni participanté vykonávali práci PK víc jak jeden rok. Pro zachování anonymity jsem pozměnil jména účastníků a změnil citlivé údaje v rozhovorech, které by mohli identifikovat zmíněné participant. Zkratky "R" (rozhovor) a přidělené písmeno "a" (první participant), "b" (druhý participant) apod., mi sloužilo jako usnadňující prvek při analýze dat z rozhovorů.



Pro větší přehlednost jsem vytvořil tabulku participantů se základními údaji:

	Jméno	Věk	Působnost v práci	Spokojenost s peer kurzem
1.	R.a: Katka	36	3 roky	Ne
2.	R.b: Robert	33	1 rok	Ano
3.	R.c: Pavla	35	4 roky	Ne
4.	R.d: Vašek	45	6 let	Ne

Při sběru dat jsem použil deset polostrukturovaných otázek, které jsem v případě nedostatečné odpovědi rozvedl, dle potřeby k výzkumné otázce.

Seznam otázek:

1. Jaká probíhala tvá cesta k zotavení?
2. Jak ses dostal/a k práci peer konzultanta/ky?
3. Jak tě připravil peerský kurz pro přímou práci s klientem? Pokud nepřipravil, co bys chtěl/a jinak?
4. Narazil/a jsi na nějaké překážky s nástupem do týmu jako peer konzultant/ka? Jaké bylo začleňování s ostatními?
5. Čím je tvá role peer konzultanta výjimečná v porovnání s ostatními členy týmu?
6. Co je naopak pro tebe obtížně v práci s klienty? Jak moc tě zatěžuje přímá práce s klienty? (popř. jakou využíváš psychohygienu pro sebe?)
7. Jakým způsobem si organizuješ pracovní náplň dne?
8. Máš možnost se poradit s někým v týmu, jakmile si nejsi jistý v přímé práci s klientem? Pokud ano, s kým? Pokud, nikoliv, co bys uvítal/a jinak?
9. Jak se vypořádáváš s administrativními záležitostmi, jako jsou zápisy ze schůzek, práce s počítačem (mobilním telefonem) apod.
10. Uvítal/a bys ve své roli peer konzultanta/ky v práci změny? Pokud ano, jaké?

## 2.4 Analýza dat

Pro kódování z rozhovorů jsem použil tematickou analýzu, což je podle Brauna a Clarke (2012) metoda pro zkoumání dat v několika krocích. Začíná se důkladným prostudováním dat, kdy se data čtou, poslouchají nebo sledují a zároveň se zaznamenávají důležité poznámky. Následně

se data systematicky kódují podle výzkumné otázky. Z těchto kódů se pak tvoří hlavní témata, která se dále analyzují a optimalizují pro lepší soudržnost a relevanci. Každé téma se jasně definuje a pojmenuje. Závěrem se vypracuje zpráva, která logicky prezentuje výsledky a odpovídá na výzkumné otázky. Celý proces pomáhá hlouběji a systematicky porozumět zkoumaným datům.

## 2.5 Interpretace dat

Z rozhovorů vyplynulo více společných významných témat, kterým jsem věnoval pozornost. Většina participantů měla podobné odpovědi a z nich jsem vytvořil několik okruhů, které se vztahovaly k přínosům a úskalím práce peer konzultantů v multidisciplinárních týmech. Pro snadnější přístup k přímým citacím z rozhovorů budu používat zkratky Ra, Rb, Rc a Rd.

Z rozhovorů vyplynulo sedm pozitivních a šest negativních společných činitelů. V následujícím textu budu jednotlivá témata podrobněji analyzovat dle přesných výpovědí od participantů. Budu hledat stejné odpovědi, které se nejčastěji vyskytovaly v rozhovorech a podle nich budu vytvářet teze.

## 2.6 Přínosy práce PK

### 2.6.1 Práce PK jako cesta k vlastní sebehodnotě a smyslu

Role PK se může stát klíčovou na cestě k nalezení vlastní sebehodnoty a hlubšího životního smyslu. Tato pozice není pouze prací, ale může se proměnit v životní poslání, kde peer konzultant a klient společně krácejí cestou vzájemného pochopení a růstu. Jeden participant zmiňuje, že práce PK přispěla k výraznému zlepšení duševního zdraví a kognitivních funkcí a že zapojení do této role může mít zotavující a uzdravující účinky. **R.d:** *A pak až začala pracovní aktivita, tak to nabralo teda úplně další vyšší rozměr... Postupně jsem si vlastně navyšoval úvazek, z půl na celej. Postupně mi zmizely i nějaké moje únavy, moje snížená kognice, z toho se všechno napravilo, zlepšilo výrazně.*

Peer konzultant přináší do procesu léčby unikátní perspektivu a hluboké porozumění. Jeho zkušenosti jsou nenahraditelné, neboť umožňují vytvořit speciální vazbu založenou na empatii a vzájemné důvěře. Podle participanta se jedná o možnost se podílet na pomoci druhým a být vlastní inspirací, což může přinášet do jeho života více smyslu. **R.b:** *A zalíbilo se mi to, že takhle můžu pomáhat dál, ... pomáhat lidem a být jako příkladem, být nějakým mentorem je právě ten peer. Tak proč ne, že jo? Tak jsem se o to začal více zajímat, udělal jsem si kurz....*

V této roli se člověk učí nejen poskytovat podporu, ale i přijímat zpětnou vazbu, což může výrazně přispět k osobnímu růstu a zlepšení sebeúcty. Každý pracovní den peer konzultanta přináší nové situace, které testují schopnosti, odolnost a empatii. Tato práce vyžaduje neustálé sebereflexi a profesionální rozvoj, což může vést k hlubšímu pochopení vlastních hodnot a přesvědčení. Práce může přinášet i životní poslání, a novou hodnotu sebe sama, jak uvádí

participant. **R.c:** *No a pak tím, že jsem se našla v tom, co teď dělám, si dokážu ten život dělat radostný, že jsem našla nějakou tu svoji sebehodnotu, sebevědomí, že ty propady jsou menší...*

Z odpovědí vyplývá, že tato synergická práce nejenže pomáhá klientům najít cestu k šťastnějšímu a stabilnějšímu životu, ale také naplňuje život peer konzultanta smyslem. Je to cesta oboustranného učení se, sdílení a růstu, která může vést k transformaci životů všech zúčastněných. PK tak nachází nejen smysl své vlastní existence, ale stává se klíčovým mostem pro ty, kteří hledají svou vlastní cestu k zotavení a duševní pohodě.

## 2.6.2 Psychohygienu jako prevence relapsu

V současné době se stále více klade důraz na důležitost psychohygieny, zvláště v profesích, kde pracovníci přicházejí do přímého kontaktu s lidmi, kteří se potýkají s duševním onemocněním.

Práce PK je nesmírně cenná, ale zároveň může být i velmi náročná. Stálé zapojení do problémů a výzev, kterým čelí jejich klienti, může vést k emočnímu vyčerpání a stresu. V důsledku toho je pro peer konzultanty nezbytné, aby se věnovali péči o vlastní duševní zdraví a udržovali svou psychohygienu a to obzvláště proto, že se u nich vyskytuje riziko návratu duševní nemoci. Tato péče je klíčová nejen pro jejich vlastní blaho, ale i pro kvalitu a efektivitu poskytovaných služeb.

Relaps, neboli opětovného zhoršení duševního stavu, je důležitým prvkem, na který by peer konzultanti měli myslet. V praxi to znamená, že musí rozpoznávat první známky stresu a vyčerpání a aktivně proti nim bojovat. Může to zahrnovat trávení času s rodinou, fyzická aktivita, hobby, vyvážená strava, ale také vyhledávání profesionální pomoci, pokud je to potřeba. Všichni participanté uvedli různé druhy aktivit k zvládnutí své práce a nemoci, což naznačuje, že psychohygienu nezanedbávají. **R.a:** *A moje psychohygienu? Hmm...tak asi je můj režim no. Můj syn je psychohygienu, protože to jsou úplně jiné starosti a člověk nemusí přemýšlet nad ostatními věcmi. A čtu. Takže čtení, pokojové kytky, papoušci, ryby a pes. A dlouhý procházky se psem. K zotavení mi pomohla to, že jsem se navrátila k rodině, udržuji s něma vztahy.*

Jeden z participantů poukázal na to, že fotografování pro něj představuje určitou formu péče o své psychické zdraví. Obecně lze říci, že zapojení se do uměleckých aktivit může pozitivně fungovat jako nástroj psychohygieny.

Jiná participantka se naučila efektivně oddělovat svůj pracovní život od osobního. Má schopnost doslova "zavřít šuplík" ve své hlavě, když opouští pracoviště, a to jí umožňuje nezabývat se problémy a potřebami svých klientů mimo pracovní dobu. **R.c:** *Ale co mi, jako pomáhá, ale to podle mě není vůbec moje zásluha. Jakože, když je něco s klientama, po té schůzce, se to nějak jako uzavře a já toho klienta už neřeším. A nebo prostě jdu domů a já jako na něj nemyslím. Nevím, komu za to vděčím. Prostě ten šuplík vždycky vysypu a je to dobrý...* Tokové vysypání šuplíků pomáhá předcházet situacím, kdy by se peer pracovníci mohli cítit přetížení nebo kdy by mohli být příliš emocionálně vtaženi do problémů svých klientů nebo svého týmu.

Dalším důležitým prvkem psychohygieny participanti zmiňují supervize. **R.d:** *...máme v organizaci supervize týmový. To je taky výborná psychohygienu, dokáže to hodně prostě sundat z člověka hodně věcí, problémů, dát mu nový pohled jak týmu, tak supervizora. Takže takový ty neřešitelný otázky, nebo něco, co nás prostě zatěžuje, s čím si nevíme rady, z čeho máme trošku stres, tak to dokáže pomoci. Tento typ podpory může peer pracovníkům pomoci reflektovat jejich práci, nabídnout nové perspektivy a strategie pro zvládnání náročných situací a poskytnout emoční podporu. Supervize a mentoring jsou klíčové pro osobní i profesní růst a mohou výrazně přispět k udržení dobrého duševního zdraví jak u peer konzultantů, I u svých kolegů v týmu.*

### 2.6.3 Důležitost přátelského přístupu MT v začleňování PK

Když se lidé různých odborných zaměření setkávají, může to přinášet řadu výzev. Každý člen týmu přichází s odlišnými zkušenostmi a perspektivami, což je obrovský potenciál pro inovace, ale zároveň může vést k nedorozuměním a konfliktům. V takovém prostředí je přátelský přístup nejen důležitý, ale přímo klíčový pro kooperativní a produktivní pracovní atmosféru. Všichni účastníci popisují své zkušenosti s nástupem do práce velmi kladně, přičemž často zdůrazňují vzájemný respekt a přívětivé pracovní prostředí. **R.d:** *Tým, do kterého jsem vstoupil, mě přijal s nadšením, kolegové byli hodně shovívavý vůči nějakým tehda ještě somatizačním projevům a hlavně projevům nesoustředěnosti. Měli jsme v tom týmu takový osobní vztahy, dá se říct kamarádský, hodně nadstandardně kamarádský, takže to bylo v podstatě příjemný. Nikdo mě tam nějak nestresoval, neurazil, nebo nic takového se nestalo no...*

Další z participantů popisuje důraz na efektivitu práce, kterou nabýval díky podpoře od kolegů. **R.a:** *Hodně byli nápomocní kolegové, kteří mě navedli, jak pracovat efektivně. Potom něco taky byla moje práce, kdy jsem na tím seděla a musela jsem si na to přijít. A nejvíc pomohla ta praxe. Psát zápisy ze schůzek, být u počítače, nebát se ho, neutýct od něj, ale mít ho ráda.*

Značný vliv měla celková kultura otevřenosti celého týmu, vzájemného uznání a podpory. Takové prostředí v týmu vylíčil participant. **R.b:** *...jsme si hledali společnou cestu, já k týmu a ten tým ke mně, jakožto někdo neznalý tý práce, protože jsem nastupoval jako nováček, jakoby nikdy jsem v podobné sféře nepracoval, celkově to bylo takový něžný napojování, bylo to krásný. A i v rámci jako sociálních služeb si připadám, že máme stmelenější tým, než mají třeba jinde.*

Přátelský přístup nejenže zefektivňuje pracovní procesy, ale především pomáhá vytvářet pracovní prostředí, ve kterém se každý cítí ceněn a respektován. Podle participantky **R.c:** *Bylo to vlastně první práce, kdy jsem fakt byla v nějakém týmu se kterým se vidíš vlastně denně, a kam jako fakt patříš. A těšíš se na ně a na to začlenění. A myslím, že jsme se jako hodně sedli, lidsky, týmově.*

### 2.6.4 PK jako rovnocenný pracovník

Participanti často zmínili, že se jim líbí rovnost pracovních rolí v organizacích, kde pracují. Tým dává příležitost každému členu, aby se plně vyjádřil a přispěl k dosažení společných cílů. V takovém prostředí se hierarchie stává zastaralým konceptem, který je nahrazen spoluprací založenou na vzájemné úctě a rovnosti. **R.c:** *Ale nějak jsem vnímala, že mě tam akceptuju,*

*berou, že nejsem něco míň, a že mě ale berou i ostatní kolegové z dalších týmů, a že mě pak berou i manažer terénních týmů, i ředitel, vlastně jako všichni. Že to nebylo jako, ty jsi ten peer, ty jsi někde níž*

Participant **R.b** hovořil o tom, jak se v organizaci cítí hodnotně, protože každý má možnost plně se vyjádřit a přispět k novým změnám či nápadům. **R.b:** *na jednu stranu mě viděli jako někoho zranitelného, a na druhou stranu mě brali na stejně důležitý pozici, jako mají ostatní. Ale náš tým je skvělejší v tom, že jakmile vidím, že tady by šlo něco změnit, nebo mohl bych to dělat takhle, tak to můžu předložit na poradách a poradíme se o tom a ty změny jde rovnou dělat, rovnou dělat za chodu.*

Z rozhovoru vyplývá, že podpora rovnoprávného zapojení všech členů týmu je důležité pro vážnost role peer konzultanta.

### **2.6.5 Spoléhání na pomoc od kolegů MT**

Všichni participanté byli naprosto spokojeni s pohotovou podporou od svých kolegů či organizace, jakmile by si s něčím nevěděli rady, nebo kdyby se stalo něco závažného s klientem. Díky této kolegiální atmosféře to vypadá, že každý problém se stává společným zájmem a každá nejasnost v přímé práci může nabídnout několik možností, co v danou chvíli dělat.

**R.a:** *když si nejsem jistá a myslím, že to potřebuje co nejdřív vyřešit, a jsem v terénu, tak píšu kolegovi. A pokud je to už mega vážný, tak se to většinou řeší na poradách. Já nevím, tady vůbec nemám co vytknout. Nejsem prostě v tom nikdy sama. Několikrát bylo v rozhovorech zmíněno, že se pracovníci nejprve obrací na svého vedoucího, posléze na svého kolegu nebo napíší zprávu do společného pracovního chatu.*

**R.c:** *Asi bych, nejdřív zavolala vedoucí, případně pak komukoliv, nebo napsala do chatu. Dal jsem si jako jista, že by někdo zareagoval okamžitě, jak by mohl. Takže ta možnost v týmu určitě je. A i že tam je ta podpora vlastně, abych v tom jako nebyli sami. Někdo využívá i porady, supervize či další vyšší stupně vedoucí pozice typu manažer služby.*

**R.d:** *Nikdy s tím nebyl žádný problém. Vedoucí se nachází na pracovišti, takže není problém kdykoliv se zeptat konkrétně na konkrétní věc. Pak čtyřikrát do týdne, kromě pátku, máme každý den hodinovou FACT poradou. Pak máme ještě supervize a další nástroje, jak se vlastně poradit no.... Plus máme další možnost poradit se vlastně kdykoliv se zkušenější kolegyní, která mi taky dá radu. Plus tedy tady v organizaci máme další peer konzultanty a máme vlastně supervize peer konzultantů, kde se scházíme jednou měsíčně. Máme chat, kde si můžeme napsat, poradit se, zatelefonovat si. Až po nějaký vyšší stupeň, když bych si nebyl úplně jistej nebo měl pocit, že mi někdo špatně poradil, můžu se obrátit na svého manažera, který mě třeba k tomu taky rád vyzval, že mu můžu napsat, poradit se s ním.*

Jde vidět, že participanté popsali dokonale fungující systém vzájemné podpory ve svých týmech. Z toho vyplývá, že každý pracovník je ochoten sdílet své zkušenosti a nabídnout pomocnou ruku, pokud je to v danou chvíli možné. Velký plus mají i četné porady nebo supervize.

### 2.6.6 Samostatnost v práci PK

Všichni participanti si pochvalovali svou svobodu v sestavování a organizování plánu dne s klienty. Z rozhovorů vyplývá, že svoboda a samostatnost je v práci PK klíčová pro efektivní chod v celém týmu. **R.d:** *...peer by měl pracovat samostatně v týmu a měl by být pro ten tým přínosem, a na konec jsem pochopil, že ta svoboda práce peer konzultanta je nesmírně důležitá.*

Každý z PK měl možnost sdílet své zkušenosti a postřehy, jak tato flexibilita ovlivňuje jejich práci a celkovou efektivitu. **R.d:** *Tak, snažím se předem cirka týden dva organizovat si pracovní schůzky na každý den dopředu. Máme sdílený kalendář, do kterýho zapisujeme pracovní schůzky. Tohle tomu vytváří takovou kostru, dá říct, frekvencí schůzek.*

Jedním z klíčových aspektů, které byly během rozhovorů vyzdvíženy, je význam autonomie v práci PK. Sami mohou rozhodovat, kdy a v jakém pořadí se setkají s klienty, což je pro ně výhodné, jelikož jim to pomáhá lépe zvládat své pracovní vytížení a vyvarovat se přílišnému stresu. **R.a:** *...si přizpůsobím klienty, kteří jsou náročnější, tak si je nedám jako poslední, protože vím, že bych to nezvládala, že bych byla na mě vidět, že jsem úplně, že jsem ko, a by si chudáci říkali, že musí léčit mě, tak to.... a taky si nedám třeba tři klienty, kteří jsou úplně nejobtížnější na jeden den. To bych taky nedělala. V tomhle to je výborný.*

Zároveň participanti myslí i na to, aby měli dostatek času na administrativní záležitosti. **R.c:** *Snažím se tam mít i nějaký čas na tu administrativu.*

Pokud je peer podpora prováděna svobodně a není svázaná přísnými limity, umožňuje peer konzultantům přizpůsobit svůj pracovní styl tak, aby co nejvíce vyhovoval jak jim samotným, tak týmu a jejím klientům.

### 2.6.7 Výjimečnost PK

Jedinečnost práce peer pracovníka spočívá především ve specifické zkušenosti, kterou do své role přináší. Má za sebou osobní zkušenost s problémy, které klienti řeší, a to mu umožňuje lépe chápat jejich situaci. Všichni participanti zmínili, že se s nimi klienti můžou cítit lépe, mohou snadněji navazovat vztah, protože cítí, že je "jeden z nich." **R.b:** *I ze strany klientů je brán takový víc kamarádský, víc asi rychleji navazují důvěru s ostatními a klienti mě berou jako jednoho z nich. Jeho přístup je výrazně více přátelský, což je v kontrastu s tradičnějšími a formálnějšími metodami v oblasti zdravotní péče. **R.a:** *Oni najednou mají pocit, ona mi rozumí, a nebo, takový to, ona není ten doktor, odborník a můžu jí říct, co chci. Jako, je to jednodušší při navazování vztahu rozhodně.**

Toto neformální a lidské chování je klíčové pro navazování hlubších vztahů s klienty. **R.d:** *A spousta klientů to vlastně nazvala, že je rád mezi svejma, takhle to nazývají. A mají pocit, že jsou s tím člověkem na jedné lodi, a aniž se musí bavit, tak dokážou nějak procítit to, že má ten člověk podobnou zkušenost, takže leckdy prostě mají k peerovi blíž, než třeba k jinému členovi týmu.*

Velký benefit je PK pro tým díky své prožité zkušenosti a jeho sdílení, jak prožíval účast v různých sociálních a pobytových službách. Může se podělit o svůj názor, co se mu líbilo, či naopak co by potřeboval ze strany pracovníků jinak. Jak uvádí participant **R.c:** *Mám osobní*

*zkušenosti, hospitalizace a že můžu říct, co mi konkrétně vadilo, nebo že mám zkušenost se sociální službou, když jsem byla jako klient, co by mi bylo nepříjemné, jaký tlak od sociálního pracovníka. Co jsem potřebovala jinak.*

Je důležité si stanovit jasné hranice práce, aby peer konzultant měl adekvátní počet klientů, a nebyl příliš oblíbený mezi klienty, jak popisuje participant. **R.d:** *Peer si musí dávat pozor, když je oblíbenej, má víc klientů, tak si musí hlídat vůbec ty klienty a ten čas, kterej na ně má.*

## **2.7 Úskalí PK**

### **2.7.1 Zotavení jako nekončící proces PK**

Zotavení je často vnímáno jako jasně definovaný cíl, k němuž jednotlivec směřuje po pevně stanovené trase. Avšak v rozhovoru dva participantů zmiňují, že zotavení je spíše nekonečná cesta a neustálé učení. **R.a:** *Takže zotavení vlastně jakoby nekončí, protože já se zatavuju vlastně skoro každý den (smích), je to jako pár let můžu být úplně v pohodě, všechno funguje a jednou za pár let to prostě spadne dolů, ale s tím žiju... R.c:* *protože nevím, jestli bych mohla říct, jsem zotavená tečka. Dojdeš tady do tohohle bodu a dál to nejde. Ta cesta stále je. Takže zotavování započala podle mě propuknutí v nemoci a stále jako pokračuje. Právě tato poznání mohou být pro tým, který se snaží o podporu v procesu zotavení, zdrojem jisté míry nejistoty.*

Nicméně zotavení se stává stále křehkým ukazatelem a může být narušeno mnoha faktory, což může vést k náhlému "vypadnutí" či dlouhodobé pracovní neschopnosti. Tato skutečnost znamená nejen osobní ztrátu pro PK, ale také zásadní změnu dynamiky celého týmu.

Zároveň je třeba si uvědomovat, že cesta zotavení každého jedince je unikátní a nemá pevně daný termín ukončení. I když jeden z participantů popsal své zotavení jistým zázrakem, který přišel z ničeho nic. **R.b:** *Je zvláštní, že vlastně člověk se nějak snaží aktivně zotavit, nic nepomáhá, nic nepomáhá a pak to najednou přijde samo, ani neví jak.*

Můžeme si z toho vzít příklad, že někdy do procesu zotavení vůbec nevidíme a ono se náhle stane. Zároveň je důležité, aby se tým dokázal adaptovat, aby dokázal reagovat na nečekané změny spojené s opětovným propuknutím nemoci peer konzultanta.

Pokud je zotavení chápáno pouze jako dosažení určitého bodu, může to vést k frustraci jak u PK, tak týmu, když se očekávané výsledky nedostavují.

### **2.7.2 Nedostatečná příprava na kurzu PK**

Tři participantů si povšimli, že ve vzdělávacím kurzu pro peer pracovníky chyběly především podrobné modelové situace, které by jim ukázaly, jak teorii uplatnit v praxi. Postrádali více praktických ukázek z terénu, které by mohly ilustrovat specifické problémy a způsoby, jak tyto problémy řešit s klienty. **R.c:** *Asi by se mi líbilo, kdyby nás někdo vzal vyloženě někde, kde peří pracují. Abych to jako viděla, dokázala se vyptávat no... hmm... aby nám někdo řekl, jak ta práce může být barevná, co to všechno obnáší...*

Kurzu převážně věnoval důraz na psaní životopisů a vyprávění osobních příběhů, tento prvek byl vnímán jako méně relevantní k přímé práci s klientem. **R.a:** *já jako peer jsem nikdy nebyla s nějakým profíkem, kdyby mi řekl jako, tak mohla bych to zkusit trochu jinak, že vlastně jsem byla do toho hozená... Asi i celkově víc na kurzu mluvit o tom, jak pracovat s klientem. Víc než se věnovat jenom tomu samotnému životopisu, ale taky se věnovat přímo přímý práci s klientem. To mi trochu jako chybělo.*

Účastníci uznali, že i když jsou tyto dovednosti důležité pro osobní rozvoj peerů, nepovažovali je za přímo užitečné pro běžnou interakci s klienty. Vyjádřili pocit, že klienti, se kterými se setkávají v praxi, nemají vždy zájem slyšet osobní příběhy a upřednostňují spíše konkrétní řešení svých problémů.

**R.d:** *...ten kurz nastavili tak, že se peeri musí naučit příběh a neustále jim tam tlučou do hlavy, že ho musí vyprávět. Spoustu peerů to stresuje a naopak většina peerů přijde na to, že o tom ta práce vlastně tak úplně není. Výsledkem jejich zkušenosti bylo pocit, že nejsou plně připraveni na výzvy, které je čekají v praxi, což může ovlivnit jejich sebevědomí a profesionální výkon. Posléze vyplynulo na povrch, že vyslechnutí příběhu není dostačující a ne všichni jej dokážou pojmout, vzhledem k obtížím své duševní nemoci. **R.d:** *Ne každý chce slyšet příběh, ne každý je ochotný, nebo aby měl kognice na to, aby ho vyslechl celý, takže se spíš ukázalo, že spousta klientů chce třeba jenom posdílet nějaké zkušenosti s onemocněním, nebo s nějakou léčbou nebo něco, co se odehrálo. Většina participantů zdůrazňuje, že je zbytečné se příliš fixovat na svůj osobní příběh.**

Naopak jeden z participantů byl naprosto spokojený s celkovým vedením a náplní kurzu. **R.b:** *připravil absolutně hodně. ...jako jak můžu třeba pomoci schizofrenikovi, když sám schizofrenii nemám, vlastně hlasy neslyším, tak všechny tyto otázky a nejistoty tam byly zodpovězeny během toho kurzu tím, jaký tam mají kantory, že se tam střídají a vlastně to přednášejí pak i peeri ty zkušenosti, tak jako po tom kurzu jsem si připadal, ano, mohu to dělat, nebojím se toho.*

Participant, který svojí práci vykonává přes 5 let, shrnul možnosti, jak by podle něj nový kurz mohl být postavený pro nové budoucí peer pracovníky. **R.d:** *Takže asi kdybych se měl podílet na nějaký kurz dneska, tak bych se ho představoval trochu jinak. Spíš asi by to bylo opřený o zkušenosti peerů, který už tu práci dělají. Tam bych se chtěl s nima potkat a slyšet o čem to celé je. Slyšet ty rozdíly práce peer konzultanta v těchto sociálních službách, práce ve zdravotnictví, v čem se to liší, jak to probíhá. A ne úplně tam sestavovat a říkat si tam mezi peerama příběh.*

Všichni participanté až na jednoho z nich vyjadřují potřebu více praktických příkladů a situací z praxe, které by jim umožnily lépe využít teoretické znalosti. Vyjadřují touhu po větším množství zkušeností přímo z terénu, což by je lépe připravilo na výzvy při práci s klienty. Dále považují za méně důležitou část kurzu zaměřenou na psaní životopisů a vyprávění osobních příběhů, a místo toho by raději viděli bohatší obsah týkající se interakce s klienty.



### 2.7.3 Nejasná náplň práce PK

V pracovním prostředí je zásadní mít jasně definované role a očekávání. To umožňuje zaměstnancům lépe rozumět svým úkolům a zodpovědnostem, což přispívá k jejich osobní spokojenosti a celkové produktivitě týmu. V případě role PK v multidisciplinárním týmu může být situace složitější kvůli nejasnostem, které tuto pozici obklopují. Participanti často odpovídali, že bez metodiky bylo obtížné vědět, jak má jejich pracovní náplň vypadat. **R.a:** *Nevěděla jsem vlastně, jak v týmu pracovat, jako celkově v jakýmkoliv asi týmu. A hlavně tam pro mě bylo těžké, že nebyla vytvořená metodika, takže já v tu dobu nevěděla, co mám dělat. Vlastně, co je mé práce, co je práce ostatních. A tak jsem si to nějak musela vymyslet sama, což bylo pro mě těžké.*

Jeden z participantů popisuje, jak jiný peer pracovník v práci skončil špatně z důvodu nejasné metodiky peerů. **R.b:** *...předělávali nějakou metodiku k tomu, jak se mají chovat k peerovi, protože předchozí peerka tam nedopadla dobře, že i v práci se vlastně složila, že museli až záchranku volat. Nedefinovaná metodika může vypadat jako jeden z hlavních problémů fungování s peer pracovníkem v týmu. Tým by měl být zaškolený, jak peer podporu zapojovat pro své klienty, aby se zamezilo nejasnostem v její roli a činnostech v přímé práci. R.c: *Já jsem moc nevěděla, co můžu nabídnout. Tým taky nevěděli ještě moc, jak mě jako využít. Lze pozorovat, že pro participanty bylo obtížné zjistit, jak přesně má jejich náplň práce vypadat, stejně matoucí to bylo pro členy týmu, nikdo přesně nevěděl, jak peer podporu adekvátně využívat. Ra: *Že s tím bojuju, teda bojuju už delší dobu, že jsem v práci byla zvyklá, že mi řekli, udělej tohle, udělej tohle, udělej tohle, a najednou si musím všechno plánovat sama...aby ta metodika byla jasnější i pro ostatní kolegy v týmu. Aby ji znali, alespoň tak přibližně. No, hlavně, aby byla dokončená.***

Nejasná náplň práce PK může vést k vážným problémům jak pro samotného peer konzultanta, tak pro fungování celého týmu. PK ve svých výpovědích zmiňují, že je pro ně důležité mít hotovou a přesně definovanou metodiku peer konzultantů. Tento krok by pomohl PK se lépe orientovat ve svých pracovních povinnostech. Důsledky nejasné metodiky, jak ukazují zkušenosti některých participantů, mohou být matoucí v přímé práci. Proto je klíčové, aby byla metodika jasně formulována a tým by měl rozumět pracovní roli PK.

### 2.7.4 Práce s příznaky duševní nemoci PK

Práce PK, který denně přichází do kontaktu s lidmi procházejícími složitými a často bolestivými životními situacemi, je nesmírně emocionálně náročná. Když se v pracovní náplni objeví klient, jehož příběh rezonuje s osobními zkušenostmi PK, může to podle výpovědí participantů celou situaci ještě více zkomplikovat. V takových momentech není PK průvodcem klienta skrze jeho potíže, ale musí se vypořádat i se svými vlastními emocemi, které mohou být v důsledku interakce s klientem znovu rozjitřeny. Takové riziko popisuje **R.a:** *Někdy moc ty emoce klientů přijímám. A někdy to je těžké, jakmile, jsem podobnou situaci prožila taky. Takže si pak vzpomenu i na to, jak jsem to požívala. A vlastně se mi to vrací. Což je obtížnější.*

PK může často zažívat zhoršený stav jeho duševních příznaků nemoci a posléze může být náročné vnímat klienty na intervencích. Jak zmínil participant **R.c**: *Takže někdy je to fakt hodně náročné, poslouchat toho klienta a nějak mu předávat naději, když ty jsi jako sám v těch sračkách zrovna. Dáváš do té schůzky více energie, že jo, abys nebyl úplně chcíplej, depresivní, abys nevypadal před klientem, že tě to jako nebaví.* Podobně situaci popsal jeden participantů, jakmile byli jeho příznaky nemoci zvětšeny. Jeho tým ho poslat domů, aby si odpočinul. **R.d**: *když byla nějaká delší porada a už na mě viděli, že jsem třeba unavenej, že jsem nesoustředěný, tak mě poslali třeba domů, nebo se po mě nevyžadovala takovou účast, takže jsem dostával hodně úlevy od toho týmu a hodně péče mi věnovala tehdejší moje první vedoucí.* V situaci, kde PK dostává úlevy od práce kvůli příznakům své nemoci, se mohou ostatní členové týmu cítit přehlíženi. Je důležité tuto situaci řešit citlivě a spravedlivě, aby se podpořila dobrá atmosféra v týmu a zároveň se respektovaly potřeby každého jednotlivce. PK mohou zažívat zhoršení vlastních duševních příznaků, což může ovlivnit jejich schopnost efektivně pomáhat klientům.

### 2.7.5 Obavy PK v integraci do MT

Proces integrace do multidisciplinárního týmu může být pro jedince nesmírně náročný, zvláště pokud se potýkají s nedostatkem formálního vzdělání. Když se peer pracovník ocitne ve skupině odborníků, kteří mají bohaté zkušenosti a rozsáhlé vzdělání, může se cítit nesvůj, což může vést k pocitům izolace a odcizení v pracovním prostředí, jak uvádí participant **R.a**: *A taky jsem měla strach, jak se mnou budou komunikovat ostatní, že pořád jsem si říkala, takové to, že všichni jsou tady vzdělaní, mají školy, a já nemám nic. A co tady s něma budu dělat, o čem si s něma budu bavit? Budu si s něma rozumět?*

Další obavou při začleňování do týmu mohou hrát příznaky duševní nemoci, jak zmínil participant **R.d**: *Můj handicap, který jsem v té době měl, byly právě ty velké únavy, nesoustředění a nebo sociální fobie.*

Začlenění PK vyžaduje nejen odborné dovednosti, ale také schopnost adaptace a komunikace s lidmi z různých oborů a s různými povahami. Když člověk s duševní nemocí vstoupí do nového pracovního prostředí, může se cítit přetížený nejen požadavky své pracovní role, ale také nutností začlenit se do skupiny kolegů, kteří možná nejsou dostatečně shovívaví k jeho převládajícím příznakům nemoci.

### 2.7.6 Zkrácené úvazky PK

Zkrácený úvazek, často označovaný jako práce na částečný úvazek, může být využíván z různých důvodů, včetně potřeby lepšího skloubení osobního života či zotavování se z duševní nemoci PK. Jak uvádí participant **R.a**: *A tak jsem tam začala jako peer. A tam jsem vlastně pracovala na tříčtvrteční úvazek.* Zkrácené úvazky mohou být omezující v plánování běžných pracovních úkonů. Například neumožňuje jednoduše vyhradit celý pracovní den pro specifické činnosti, jako jsou administrativní úkony, zápisy či jiné záležitosti s klientem, které vyžadují

soustředění na delší dobu bez přerušení. Podle participanta R.c: se jedná o menší prostor pro administrativu. **R.c:** *Ten menší úvazek je v tom jako nevděčný, že si nemůžeš vzít jeden den jenom na zápisy, no.*

Zkrácené úvazky přinášejí jak určitou flexibilitu, více prostoru pro zotavování a větší psychickou pohodu PK, tak i omezení, která souvisí s nedostatečným prostorem na administrativní záležitosti práce, jako jsou zápisy ze schůzek a nedostatek času na klienty, kteří potřebují dlouhé doprovody na úřady. V otázce zkrácených úvazků pro PK je tedy důležité najít rovnováhu, aby byly spokojené obě strany (PK i kolegové), protože zkrácené úvazky jsou významnou součástí organizací, které se snaží vyhovět různorodým potřebám svých zaměstnanců.

### 3 Závěr

V bakalářské práci jsem dospěl k několika závěrům, že role PK se vyznačuje mimořádnou škálou možností pro osobní i profesní rozvoj. V praktické části práci jsem se dotýkal osobních zkušeností PK, a dotazoval jsem se na přínosy a úskalí práce v multidisciplinárním týmu.

V průběhu zkoumání bylo identifikováno několik problematických aspektů, které mohou ovlivnit efektivitu práce PK. Např. proces zotavení je charakterizován jako neustále probíhající, což ztěžuje fakt, že kolegové z týmu můžou zotavení u peer konzultantů brát za hotový, nenávratný stav. Získané informace ukazují, že pochopení projevů duševních nemocí u peer konzultantů vyžaduje jistou míru trpělivosti a ochotu porozumění specifickým potřebám.

Dále, chronické symptomy duševních nemocí nebo zkrácené pracovní úvazky mohou negativně působit na pracovní výkonnost PK. Jedním z dalších významných nedostatků je nejasné definování metodiky pro peer podporu, což může vést k nesoudržnosti a nekonzistentnímu přístupu v praxi. Jak participanti uvedli, bez jasné metodiky bylo obtížné orientovat se v tom, co mají dělat. Jeden z nich popsal, že nevěděl, jak má v týmu fungovat, co přesně je jeho pracovní náplň a co mají dělat ostatní, což ho nutilo vymýšlet si vlastní postupy práce.

Zároveň tři participanti zmínili, že v přípravném kurzu pro peer pracovníky spatřují určité mezery. Například nedostatek praktických modelových situací, které by demonstrovaly aplikaci teorie v praxi. Vyjádřili potřebu více příkladů z praxe, které by ilustrovaly konkrétní problémy a navrhovaly možnosti, jak tyto problémy řešit s klienty. Podotkli, že si myslí, že důraz na vyprávění svých příběhů je nedostačující pro práci s klienty. Pouze jeden z nich, který svojí práci vykonává nejkratší dobu, byl s kurzem naprosto spokojen.

Na druhé straně bylo vyzorované velké množství pozitivních výhod v práci PK. Jedním z hlavních přínosů je podpora sebehodnoty a smysluplnosti v životě peer konzultantů. Často sami nacházejí v této roli cestu k posílení vlastní identity a sebehodnoty, která je důležité nejen pro osobní, ale i profesní rozvoj.

Z rozhovorů vyplynulo, že peer pracovník je pro klienta často vnímán jako více přátelská osoba. Jeho přístup není formální ani autoritativní, ale spíše kolegiální a podpůrný. Tento přístup pomáhá odstranit bariéru, která může existovat mezi klientem a jiným pracovníkem v multidisciplinárním týmu.

Za nesmírně důležitý fakt se ukázala přátelská, kolegiální atmosféra v pracovním prostředí a vzájemná podpora od všech členů týmu a organizace. Toto prostředí umožňuje sdílení zkušeností a poskytuje emocionální oporu, která je zásadní pro úspěšnou týmovou práci a psychickou pohodu peer konzultanta. Vytváření pracovní kultury bez značné hierarchie, kde má každý možnost vyjádřit své názory a být slyšen, podporuje rovnost a respekt. Tímto způsobem se daří vytvářet lepší spolupráci a dosahovat lepších pracovních výsledků.

Peer konzultanti zmínili několik forem psychohygieny, aby si udrželi psychickou stabilitu, která je nezbytná pro kvalitní výkon jejich práce. Např. dlouhé procházky se psem, četba, péče o rodinu, starost o pokojové rostliny a fotografování přírody.

Jak vyšlo najevo, PK ocení i možnost samostatné organizace své práce, což jim umožňuje plánovat setkání s klienty flexibilně. Tato samostatnost vede k lepšímu časovému managementu a umožňuje konzultantům přizpůsobit svůj pracovní proces svým individuálním potřebám.

Vypadá to, že zotavení nemusí nezbytně znamenat úplné uzdravení duševní nemoci. Místo toho může znamenat život s určitými omezeními nebo symptomy a zároveň možnosti hledat cesty, jak dosáhnout nejlepší možné kvality života v daných okolnostech a dokonce i v práci. To vyžaduje obrovskou míru adaptace, akceptace a vědomé práce na sobě, což není snadné a vyžaduje i podporu z okolí.

Do budoucna by bylo vhodné zvážit důkladnější zkoumání míry spokojenosti peer konzultantů s obsahem a užitečností přípravného kurzu. V současné době se zdá, že přílišná orientace na sestavování a sdílení osobního příběhu v rámci kurzu nemusí být zcela přínosné pro práci s klienty. Několik peer konzultantů ve svých výpovědích poukázalo na to, že práce s klientem s duševním onemocněním často nevyžaduje zapojení osobních příběhů peer konzultanta, a že někteří klienti nemají o tyto příběhy zájem, pakliže jsou v náročné tíživé situaci. Potřeby klientů jsou v takových případech zcela jinde. Z těchto postřehů vyplývá nutnost přehodnotit a možná i revidovat strukturu přípravných kurzů. Mohl by být kladen větší důraz na praktické zkušenosti získané přímou prací s klienty pod vedením zkušenějších peer konzultantů. Např. podobně, jako je tomu v kompletních kurzech krizové intervence, kde je dostatek modelových situací. Smyslem těchto kurzů je, aby si účastník na vlastní kůži mohl vyzkoušet co nejvíc rolí z přímé práce s klientem a posléze měl prostor i na odborný rozbor situací, které v danou chvíli prožil. Užitečné by mohly být také stáže v organizacích, kde je systém peer podpory již dlouhodobě etablován, nebo možnost účasti na zahraničních stážích, kde by peer konzultanti mohli získat nové perspektivy způsobu peer podpory.

Všechny tyto aspekty společně přispívají k závěru, že role peer konzultanta je mimořádně důležitá, a bude hrát významnou roli pro budoucí zkoumání v péči o lidi se zkušeností s duševním onemocněním.

# Seznam použité literatura a zdrojů

## Seznam literatury:

- Agyapong, V. I. O., & Shalaby, R. A. H. (2020). Peer Support in Mental Health: Literature Review.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Appleyard, J., & Maden, J. G. (1979). Talking Points: Multidisciplinary Teams. *British Medical Journal*, 17 November 1979, p. 1305.
- Barrera, A., Attard, C., & Chaplin, R. (2019). *Oxford Textbook of Inpatient Psychiatry*. Oxford University Press.
- Bassman, R. (2001). Whose Reality Is It Anyway? Consumers/Survivors/Ex-Patients Can Speak for Themselves. *Journal of Humanistic Psychology*.
- Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematic Analysis. In H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, & K. J. Sher (Eds), *APA Handbook of Research Methods in Psychology, Vol. 2: Research Designs: Quantitative, Qualitative, Neuropsychological, and Biological* (pp. 57-71). Washington, DC: American Psychological Association.
- Chamberlin, J. (1979). *On Our Own: Patient Controlled Alternatives to the Mental Health System*. New York, NY: McGraw-Hill Book Company.
- Cooper, A., Jenkin, G., Morton, E., Peterson, D., & McKenzie, S. K. (2022). 'We Have to Band Together': Service User Experiences of Naturally Occurring Peer Support on the Acute Mental Health.
- Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., & Miller, R. (2012). Peer Support Among Persons with Severe Mental Illnesses: A Review of Evidence and Experience. *World Psychiatry*.
- Davidson, L., Chinman, M., Sells, D., & Rowe, M. (2006). Peer Support Among Adults With Serious Mental Illness: A Report from the Field. *Schizophr Bull*, 32(3), 443-450.
- Dušek, K., & Večerová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a Terapie Duševních Poruch. 2., přepracované vydání*. Praha: Grada Publishing.
- Foitová, Z., Stuchlík, J., Říčan, P., & Paleček, J. (2015). *Zpráva o Přínosu Zapojení Peer Konzultantů*.

- Foitová, Z. (2014). *Zapojení Peer Konzultantů do Péče o Duševní Zdraví: Manuál*. Praha.
- Foitová, Z. (2016). *Zapojení Peer Konzultantů do Komunitní a Lůžkové Péče o Duševní Zdraví: Manuál*. 2. vydání. Praha.
- Harding, C. M., Zubin, J., & Strauss, J. S. (1992). Chronicity in Schizophrenia: Revisited. *British Journal of Psychiatry*, 161, 27-37.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní Výzkum: Základní Metody a Aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál.
- Housley, W. (2003). *Interaction in Multidisciplinary Teams*. School of Social Sciences, Cardiff University, UK.
- Kutash, K., Acri, M., Pollock, M., Armusewicz, K., Olin, S. C., & Hoagwood, K. E. (2014). Quality Indicators for Multidisciplinary Team Functioning in Community-Based Children's Mental Health Services. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41(1), 55-68.
- MacNeil, C., & Mead, S. (2003). Understanding What Useful Help Looks Like: The Standards of Peer Support.
- Mahrová, G. (2008). *Sociální Práce s Lidmi s Duševním Onemocněním*. Grada – Praha.
- Martin, P. (1987). The Multi-disciplinary Team in Mental Health. In: Martin P. (eds) *Psychiatric Nursing*. Palgrave, London.
- McLean, A. (1995). Empowerment and the Psychiatric Consumer/Ex-patient Movement in the United States: Contradictions, Crisis and Change. *Social Science Medicine*, 4(8), 1053-1071.
- McQueen, D. (2009). *Psychiatric Professionalism, Multidisciplinary Teams and Clinical Practice*.
- Meddings, S., & Watson, E. (2019). *Peer Support in Mental Health*. Bloomsbury Publishing.
- Mental Health Commission MHC (2006). *Multidisciplinary Team Working: From Theory to Practice: Discussion Paper*.
- Ostrow, L., Steinwachs, D., Leaf, P. J., & Naeger, S. (2015). Medicaid Reimbursement of Mental Health Peer-run Organizations: Results of a National Survey. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 1-11.
- Parsonage, M., Trachtenberg, M., Shepherd, G., & Boardman, J. (2013). *Peer Support in Mental Health Care: Is It Good Value for Money?* Centre for Mental Health.

Penney, D. (2018). Defining “Peer Support”: Implications for Policy, Practice, and Research. Advocates for Human Potential, Inc.

Ragins, M. (2018). Cesta k Zotavení – Fokus – Praha.

Riessman, F. (1965). The “Helper” Therapy Principle. *Social Work*, 10(2), 27-32.

Riessman, F. (1989). *Restructuring Help: A Human Services Paradigm for the 1990s*. New York, NY: National Self-help Clearinghouse.

Solomon, P. (2004). Peer Support/Peer Provided Services Underlying Processes, Benefits, and Critical Ingredients. *Psychiatr Rehabil J*, 27(4), 392-401.

Smit, D., Miguel, C., Vrijzen, J. N., Groeneweg, B., Spijker, J., & Cuijpers, P. (2023). The Effectiveness of Peer Support for Individuals with Mental Illness: Systematic Review and Meta-analysis. *Psychological Medicine*, 53, 5332–5341.

Stratford, A. C., Halpin, M., Phillips, K., Skerritt, F., Beales, A., Cheng, V., et al. (2017). The Growth of Peer Support: An International Charter. *Journal of Mental Health*, 28(6), 627-632.

Trachtenberg, M., Parsonage, M., Shepherd, G., & Boardman, J. (2013). *Peer Support in Mental Health Care: Is It Good Value for Money?* Centre for Mental Health.

Weiner, D. B. (1979). The Apprenticeship of Philippe Pinel: A New Document, “Observations of Citizen Pussin on the Insane”. *Am J Psychiatry*, 36, 1128-34.

Wurtzburg, S. J., & Thomson, N. (2014). *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society*. University of Hawaii at Manoa, USA, & Capella University, USA.

Zinman, S., Harp, H. t., & Budd, S. (1987). *Reaching Across: Mental Health Clients Helping Each Other*. California Network of Mental Health Clients.

### **Seznam internetových zdrojů:**

Njoku, I. (2018). What Is Mental Illness? <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>

WHO (2022). Mental Disorders. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>



## **Bibliografické údaje**

Jméno a příjmení autora: Pavel Ocetek

Studijní program: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D.

Rok dokončení práce: 2024

Počty znaků hlavního textu práce: 74 217

Celkový počet znaků: 84 623

## **Přílohy**

Příloha 1. Souhlasy se zpracováním citlivých údajů participantů

Příloha 2. Přepisy rozhovorů





