

**M A S A R Y K O V A
U N I V E R Z I T A**

FAKULTA SOCIÁLNÍCH STUDIÍ

**Sociální reprezentace
psychické pohody a self
managementu peer
konzultantů dle sociálních
pracovníků, psychologů a
peer konzultantů**

Bakalářská práce

JOLANA PETERKOVÁ

Vedoucí práce: Mgr. Jiří Vander, DiS., PhD.

Katedra sociální politiky a sociální práce
Program Sociální práce

Brno 2023

MUNI
FSS

Bibliografický záznam

Autor:	Jolana Peterková Fakulta sociálních studií Masarykova univerzita Katedra sociální politiky a sociální práce
Název práce:	Sociální reprezentace psychické pohody a self managementu peer konzultantů dle sociálních pracovníků, psychologů a peer konzultantů
Studijní program:	Sociální práce
Vedoucí práce:	Mgr. Jiří Vander, DiS., PhD.
Rok:	2023
Počet stran:	112
Klíčová slova:	peer konzultant, multidisciplinární spolupráce, psychická pohoda, self management, sociální práce, psychóza

Bibliographic record

- Author:** Jolana Peterková
Faculty of Social Studies
Masaryk University
Department of Social Policy and Social Work
- Title of Thesis:** Social representations of psychological wellbeing and self-management of peer consultants according to social workers, psychologists, and peer consultants
- Degree Programme:** Social Work
- Supervisor:** Mgr. Jiří Vander, DiS., PhD.
- Year:** 2023
- Number of Pages:** 112
- Keywords:** peer consultant, multidisciplinary cooperation, psychological wellbeing, self-management, social work, psychosis

Anotace

Bakalářská práce je zaměřena na psychickou pohodu a self management peer konzultantů z pohledu sociálních pracovníků, psychologů a peer konzultantů. Teoretická část práce se věnuje psychické pohodě a self managementu, sociální práci s lidmi s psychózou, a konceptu sociální reprezentace. Metodologická část popisuje kvalitativní strategii, operacionalizaci výzkumných otázek a také postup a realizaci interpretace dat, kde kombinuji dvě metody – interpretativní fenomenologickou analýzu a zakotvenou teorii. V interpretační části představuji získaná data, která přináší odpovědi na dílčí výzkumné otázky. V závěru bakalářské práce odpovídám na hlavní výzkumnou otázku, navrhuji doporučení pro praxi a věnuji se také návrhům pro další výzkumy.

Abstract

The bachelor thesis focuses on the psychological well-being and self-management of peer consultants from the perspective of social workers, psychologists and peer consultants. The theoretical part of the thesis deals with psychological well-being and self-management, social work with people with psychosis, and the concept of social representation. The methodological part describes the qualitative-active strategy, the operationalization of the research questions, as well as the process and implementation of data interpretation, where I combine two methods - interpretative phenomenological analysis and grounded theory. In the interpretive section I present the data collected, which provides answers to the sub-research questions. I conclude the thesis by answering the main research question, suggesting recommendations for practice, and addressing suggestions for further research.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma **Sociální reprezentace psychické pohody a self managementu peer konzultantů dle sociálních pracovníků, psychologů a peer konzultantů** zpracovala sama. Veškeré prameny a zdroje informací, které jsem použila k sepsání této práce, byly citovány v textu a jsou uvedeny v seznamu použitých pramenů a literatury.

V Brně 1. května 2023

.....
Jolana Peterková

Poděkování

Na těchto řádcích bych chtěla poděkovat vedoucímu práce panu Mgr. Jiřímu Vanderovi, DiS., PhD. za jeho odborné vedení a věnovaný čas po celé období tvorby bakalářské práce. V druhé řadě bych ráda poděkovala svým respondentům za čas a ochotu, a závěrem bych z celého srdce ráda poděkovala všem svým blízkým, kteří mi byli po celou dobu oporou a bez kterých by tato práce nevznikla.

Obsah

Obsah	9
Seznam pojmů a zkratk	12
Úvod	13
A) TEORETICKÁ ČÁST	16
1 Psychická pohoda a self management peer konzultantů	17
1.1 Lidé s psychózou	17
1.2 Role peer konzultantů v reformě péče o duševní zdraví	19
1.3 Zraněný léčitel.....	20
1.4 Psychická pohoda a self management.....	22
2 Sociální práce s lidmi s psychózou	26
2.1 Sociální práce na obecné rovině	26
2.2 Sociální práce s lidmi s psychózou	27
2.3 Role sociální práce v multidisciplinární spolupráci.....	28
3 Příspěvek sociální práce k psychické pohodě a self managementu peer konzultantů	30
3.1 Sociální práce založená na vztazích	30
3.2 Sociální práce orientovaná na silné stránky	31
4 Sociální reprezentace	33
4.1 Vymezení konceptu sociální reprezentace	33
4.2 Struktura sociální reprezentace	34
B) METOLOGICKÁ ČÁST	35
5 Výzkumná strategie	36
6 Operacionalizace výzkumných otázek	37
7 Technika sběru dat	39
8 Jednotka zkoumání a jednotka zjišťování	40

9	Postup a realizace sběru dat	41
10	Postup a realizace interpretace dat	42
10.1	Triangulace.....	42
10.2	Interpretativní fenomenologická analýza (IPA)	43
10.3	Zakotvená teorie	43
11	Reflexe pozice výzkumníka	45
12	Silné a slabé stránky výzkumu	46
13	Etické aspekty výzkumu	47
C)	Interpretační část	48
14	Interpretace DVO1	49
14.1	Interpretace DVO1 u peer konzultantů dle IPA.....	49
14.2	Interpretace DVO1 u sociálních pracovníků a psychologů dle zakotvené teorie.....	52
14.3	Dílčí závěr DVO1	56
15	Interpretace DVO2	58
15.1	Interpretace DVO2 u peer konzultantů dle IPA.....	58
15.2	Interpretace DVO2 u sociálních pracovníků a psychologů dle zakotvené teorie.....	61
15.3	Dílčí závěr DVO2	65
16	Interpretace DVO3	67
16.1	Interpretace DVO3 u peer konzultantů dle IPA.....	67
16.2	Interpretace DVO3 u sociálních pracovníků a psychologů dle zakotvené teorie.....	69
16.3	Dílčí závěr DVO3	72
Závěr		74
16.4	Odpověď na HVO	74
16.5	Doporučení pro praxi.....	78
16.6	Návrhy dalších výzkumů.....	80
Použité zdroje		83

Rejstřík		93
Příloha A	Tabulka operacionalizace	96
Příloha B	Seznam otázek pro rozhovor	100
Příloha C	Tabulka s údaji o respondentech	102
Příloha D	Podrobná kategorizace DVO1	104
Příloha E	Podrobná kategorizace DVO2	107
Příloha F	Podrobná kategorizace DVO3	109

Seznam pojmů a zkratk

CDZ	- centrum duševního zdraví
PN	- psychiatrická nemocnice
MT	- multidisciplinární tým
IPA	- interpretativní fenomenologická analýza
SP	- sociální práce/sociální pracovník
HVO	- hlavní výzkumná otázka
DVO	- dílčí výzkumná otázka

Úvod

Ve své bakalářské práci se zabývám sociální reprezentací psychické pohody a self managementu peer konzultantů dle sociálních pracovníků, psychologů a peer konzultantů. K výběru tématu mě inspiroval předmět Pomoc lidem s duševním onemocněním z hlediska jejich osobní zkušenosti, který jsem absolvovala v prvním semestru studia sociální práce. V rámci tohoto předmětu jsem se poprvé dostala do kontaktu s pojmem peer konzultant, přičemž mě celkově tematika reformy péče o duševní zdraví velmi zaujala. Na zmíněnou reformu navazuje i druhotný motiv mého výběru tématu, který tkví v aktuálnosti probíhající reformy péče o duševní zdraví v České republice. Avšak témata, jako je implementace role peer konzultanta do multidisciplinárního týmu, jsou již prozkoumána. Proto se v bakalářské práci zaměřuji na téma psychické pohody a self managementu peer konzultanta, kterému dosud nebyla věnována příliš velká pozornost. Téma považuji za relevantní i z hlediska sociální práce, protože peer konzultant je součástí multidisciplinárního týmu stejně jako sociální pracovník.

Symbolickým cílem je taková sociální reprezentace, kdy v rámci reformy péče o duševní zdraví není dostatečně tematizována psychická pohoda v rámci self managementu. Psychická pohoda a self management jsou tematizovány u osob s duševním onemocněním v rámci recovery přístupu, ovšem u peer konzultantů je zmíněné téma opomíjeno. V pracovním životě se nevěnování psychické pohodě a self managementu peer konzultantů projevuje negativně v intervencích s klienty. Peer konzultant nezabývající se psychickou pohodou a nedodržující self management může působit bezradně, nejistě, a přetížene. Co se týče multidisciplinárního týmu, kvůli zanedbané péči o psychickou pohodu a nedodržování self managementu dochází ke komplikacím v komunikaci mezi peer konzultantem a multidisciplinárním týmem. V neposlední řadě má nedostatečné tematizování psychické pohody a self managementu vliv i na samotného peer konzultanta, kdy při nedodržování self managementu dochází k rozvrácení psychické stability, možnému navrácení psychiatrických příznaků, odchodu z pozice peer konzultanta, a v konečném důsledku i hospitalizaci.

Aplikačním cílem je taková sociální reprezentace, kdy je v rámci reformy péče o duševní zdraví kladen důraz na psychickou pohodu a self management peer konzultantů, přičemž výsledkem je péče z hlediska samotného peer konzultanta, multidisciplinárního týmu i reformy péče o duševní zdraví. Za žádoucí považuji stav, kdy si peer konzultant nastaví takový self management, který jej udržuje v psychické pohodě. K nastavení self managementu jsou zapotřebí kurzy, které obsahují prvky zaměřené na techniky osobního self managementu i techniky pracovního self managementu. Co se týče multidisciplinárního týmu, žádoucím stavem je takový stav, kdy multidisciplinární tým respektuje peer konzultantova omezení, nepřetěžuje jej a respektuje nastavený self management.

Poznávacím cílem bakalářské práce je odpovědět na hlavní výzkumnou otázku, která zní: **Jaká je sociální reprezentace psychické pohody a self managementu peer konzultantů dle sociálních pracovníků, psychologů a peer konzultantů?**

Zodpovězení hlavní výzkumné otázky může přispět k dosažení žádoucího stavu převážně v postupech self managementu, které vedou k udržení psychické pohody a pracovní pozice peer konzultanta v multidisciplinárním týmu. Postupy self managementu peer konzultantů mohou využít k vytvoření příručky o postupech self managementu peer konzultantů, a k vytvoření kurzu, kde by probíhaly nácviky.

Bakalářská práce je rozdělena do tří částí na část teoretickou, metodologickou a interpretační. Teoretická část práce se v první kapitole zabývá psychickou pohodou a self managementem peer konzultantů. Nejprve představuji cílovou skupinu, kterou jsou lidé s psychózou. Následně se zaměřuji na definování role peer konzultanta v multidisciplinárním týmu. Peer konzultant je pracovník se zkušeností s duševním onemocněním, proto v další části představuji koncept zraněného léčitele, na kterém je pozice peer konzultanta založena. V závěru první kapitoly se věnuji psychické pohodě a self managementu peer konzultantů. Druhá kapitola je zaměřena na sociální práci, kterou nejprve představuji obecně, a následně reflektuji sociální práci s lidmi s psychózou. V závěru druhé kapitoly se věnuji roli sociální práce v multidisciplinární spolupráci. Třetí kapitola se věnuje přístupům sociální práce – konkrétně popisuji sociální práci založenou na vztazích a sociální práci zaměřenou na silné stránky. V závěru teoretické části definuji koncept sociální reprezentace. Koncept sociální reprezentace jsem zvolila z důvodu, že se nezabývám pouze individuálními mentálními reprezentacemi, ale zabývám se i konceptem reformy, což mi pomůže lépe uchopit problematiku.

Druhou částí je část metodologická, ve které přibližuji metodiku výzkumu. V bakalářské práci volím kvalitativní strategii. Při operacionalizaci, kde z hlavní výzkumné otázky vyvozují dílčí výzkumné otázky využívám koncept a teorii sociálních reprezentací. Pro sběr dat vybírám techniku polostrukturovaného rozhovoru, při které provádím rozhovory s dvanácti respondenty. Jednotkou zjišťování jsou tři skupiny jedinců – sociální pracovníci, psychologové a peer konzultanti. Jednotkou zkoumání je sociální reprezentace psychické pohody a self managementu peer konzultantů dle sociálních pracovníků, psychologů a peer konzultantů. V závěru metodologie se zabývám reflexí pozice výzkumníka, silnými a slabými stránkami výzkumu a etickými aspekty výzkumu.

V rámci interpretace využívám triangulaci interpretativní fenomenologické analýzy (u peer konzultantů) a prvky zakotvené teorie (u sociálních pracovníků a psychologů). Při interpretativní fenomenologické analýze na základě rozhovorů tvořím seznam témat, který interpretuji. Při interpretaci zakotvené teorie vycházím z otevřeného kódování, pomocí kterého identifikuji kategorie, subkategorie a dimenze. Při každé dílčí výzkumné otázce volím jednu kategorii, kterou podrobně interpretuji.

V závěru odpovídám na hlavní výzkumnou otázku, navrhuji doporučení pro praxi a pro další výzkumy.

A)TEORETICKÁ ČÁST

1 Psychická pohoda a self management peer konzultantů

Z hlediska konceptualizace HVO se v první kapitole teoretické části bakalářské práce věnuji konceptu psychická pohoda a self management ve vztahu k peer konzultantům. V úvodu představuji cílovou skupinu. Dále se věnuji roli peer konzultanta v MT. Součástí kapitoly je archetyp zraněného léčitele, na jehož principu peer konzultant pracuje. V závěru první kapitoly definuji psychickou pohodu a self management. V celé první kapitole pracuji nejen s českou literaturou, ale i se zahraničními empirickými studiemi, které moji konceptualizaci obohatí převážně v aktuálnosti a pomohou mi odpovědět na HVO.

1.1 Lidé s psychózou

V této podkapitole představím cílovou skupinu, kterou jsou lidé s psychózou. Není možné, abych charakterizovala všechny typy psychózy, proto jsem si vybrala nejtypičtější onemocnění, kterým je schizofrenie a bipolární porucha. Nejprve tyto onemocnění charakterizuji diagnosticky, následně se zaměřím etiologii, a v závěru představím možnosti léčby.

V České republice se k diagnostice duševních poruch používá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, kterou v roce 1893 vytvořila Světová zdravotnická organizace (ÚZIS, 2022). Momentálně ale vrcholí příprava MKN-11, která přináší technické a obsahové změny týkající se nových kódovacích schémat, možnosti kombinovat kódy za účelem vyššího klinického detailu, anebo vytvoření nových kapitol například s názvem sexuální zdraví (ÚZIS, 2022).

Za psychózu se dle stávající MKN-10 považuje okruh schizofrenní a okruh poruch nálady, přičemž je psychóza definována jako nejzávažnějších duševních onemocnění projevující se bludy a halucinacemi (Svoboda et al., 2015). Hartl a Hartlová (2010) dodávají, že při psychóze jsou těžce narušeny jedincovy psychické funkce, je ztracen kontakt s realitou a chybí náhled na nemoc.

V následujícím odstavci se zaměřím na symptomy u onemocnění schizofrenie, které se dělí do dvou skupin – na tzv. pozitivní a negativní symptomatiku. Pozitivní symptomatikou je dle Duška (2015) myšlen okruh symptomů v psychice nemocného, které se u zdravého jedince nevyskytují – halucinace a bludy. Halucinace jsou falešné smyslové vjemy vznikající bez jasného zevního podnětu, z čehož plyne, že nemocný jedinec pak slyší, vidí a cítí věci, které nevnímají ostatní. Bludy jsou mylná nevyvratná přesvědčení, která nemocnému připadají zcela pravdivá a reálná (Raboch, 2012). Naopak negativní symptomatika znamená jisté mínus od normy, ochuzení psychiky o prožitek radosti, který se odborně nazývá Anhedonie. Objevuje se apatie, ztráta motivace, a celkový úbytek činností (Probstová, Pěč, 2014).

Tyto negativní symptomy jsou typické i pro depresi – jeden pól bipolární poruchy. Člověk v depresi se cítí prázdňý, beznadějný, zoufalý a bezmocný. Vytrácí se prožitek radosti a dochází k poruchám kognitivních funkcí. Behaviorální příznaky se projevují častým pláčem bez zjevné příčiny, nerozhodností, zanedbáním zevnějšku a averzí vůči pobytu ve společnosti. Naopak mánie se projevuje nadměrně euforickou náladou, zrychleným myšlením, vysokým sebevědomím a bezmezným optimismem (Miňhová, Lovasová, 2018).

Na zmíněné symptomy schizofrenie a bipolární poruchy navazuje otázka, jak jsou tyto onemocnění vnímány v posledních letech. Od konce 19. století, kdy Kraepelin, německý psychiatr a zakladatel moderní psychiatrie definoval pojem *dementia praecox*, se pojetí schizofrenie nevyvíjelo (Guloksuz a Os, 2018).

Schizofrenie i bipolární porucha byly po většinu historie považovány za geneticky podmíněná onemocnění mozku, ale poznatky z posledních let zpochybnily mnoho předpokladů standartního psychiatrického modelu. Například Cuthbert a Morris (2021) ve studii zaměřené na vývoj pojetí spektra schizofrenie představili pokroky v mnoha oblastech vědy a začali zpochybňovat klasické pojetí schizofrenie a bipolární poruchy. Zjištění poukazují na vliv mnoha sociálních rizikových faktorů, včetně ekonomického znevýhodnění v dětství, traumatu v dětství, expozice městského prostředí, či migrace a viktimizace v dospělosti (Bentall, 2016).

Ohledně vlivu v dětství se vyjadřoval i Harry Stack Sullivan, zakladatel sociální psychiatrie, který chápe schizofrenii jako nepřímý důsledek nezdravých interpersonálních vztahů mezi dítětem a jeho rodiči. V Sullivanově teorii, stejně tak ve Freudově hraje klíčovou roli při vzniku psychózy silná a neústupná úzkost, s čímž souzní i psychiatr Silvano Arieti (Gaebel a Zielasek, 2015). Podle Rogerse psychóza vzniká v případě, kdy se člověku rozpadly lidské vztahy, kdy není pochopen, není poslouchán. V případě nepochopení vnitřního světa člověka vzniká pocit frustrace a zklamání, což vede k sociálnímu stažení (Obberreiter, 2021).

Se změnou pojetí schizofrenie a bipolární poruchy přichází také změna léčby. V současné době je schizofrenie formována biopsychosociálním modelem, který vede ke třem pilířům léčby schizofrenie. Prvním z nich jsou biologické metody využívající antipsychotické léky, které ale samy o sobě nestačí, proto je užíván zároveň i druhý typ – psychoterapeutické přístupy. Třetím typem je psychosociální léčba zabývající se například pracovní rehabilitací (Gaebel a Zielasek, 2015).

V následujícím odstavci představím jednotlivé psychoterapeutické přístupy a nastíním, co tyto přístupy mohou nabídnout při léčbě psychózy. Psychoanalytická léčba může nabídnout pochopení, které slouží ke snížení četnosti a závažnosti příznaků (Gaebel a Zielasek, 2015). Federn (in Sarandöl, 2021) zdůrazňuje, že je důležité pracovat se zdravou částí klienta. Druhým přístupem je kognitivně behaviorální přístup, který je dle výzkumu od Schutta et al. (2022) považován za účinný při léčbě psychózy, hlavně v kombinaci s farmakologickou léčbou. Poslední je humanistický přístup, kde je

terapeutickým úkolem navázání skutečného vztahu s osamělým člověkem (Obberreiter, 2021).

1.2 Role peer konzultantů v reformě péče o duševní zdraví

V podkapitole věnující se roli peer konzultanta v reformě péče o duševní zdraví popíšu nejprve zmíněnou reformu v České republice, která s sebou přináší pozici peer konzulta. Představím studie, které přináší příspěvek a limity této pozice pro klienty, MT i pro peer konzultanta samotného.

Reforma péče o duševní zdraví v České republice probíhá od roku 2013 s hlavním cílem zlepšit kvalitu života u lidí s psychózou (Malý průvodce, 2017). Tento proces představuje systémovou změnu, která se zaměřuje na poskytování péče klientům, kteří nutně nemusí být hospitalizováni (Průvodce, 2019).

V rámci tohoto procesu vznikají CDZ, což jsou sociálně-zdravotní služby poskytující komplexní péči v terénu, u klientů v domácím prostředí (Průvodce, 2019). Cílem CDZ je podporovat klienty v procesu zotavování, prevenci hospitalizací a zkrácení doby hospitalizace. Navíc pomáhají s návratem dlouhodobě hospitalizovaných klientů zpět do společnosti a usnadňují jejich začlenění (Průvodce, 2019). V současné době v České republice funguje třicet CDZ, ale podle Národního akčního plánu (2020) má vzniknout až sto CDZ do roku 2030.

Pro zajištění poskytování služeb s obsahem zdravotní i sociální složky pracují v CDZ MT, které tvoří psychiatři, psychiatrické sestry, psychologové, sociální pracovníci a peer konzultanti (Průvodce, 2019).

Peer konzultant je v MT důležitou složkou, jelikož se jedná o pracovníka, který má vlastní zkušenost s psychózou. Tuto zkušenost využívá v podpoře klientů při recovery (Foitová et al., 2016). Anthony (1993), jeden ze zakladatelů hnutí zotavení, popisuje recovery jako hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, cílů, dovedností a rolí. Peer konzultant je živoucím důkazem, že lze žít plnohodnotný naplněný život i s duševním onemocněním. Díky svému příběhu dodává klientům naději, že i oni mohou s nemocí bojovat a nemusí strávit zbytek svého života hospitalizovaní v PN (Foitová et al., 2016).

Pro klienty je peer konzultant vzorem a podporou, to ale nejsou jediné pozitivní příspěvky této pozice. Studie od Oborna et al. (2019) přináší další významné prvky přínosu peer konzultanta k péči o osoby s duševním onemocněním. Prvním zmiňovaným aspektem je jedinečná zkušenost a znalosti, které žádným vzděláním nemohou pracovníci získat. Proto jsou peer konzultanti považováni za odborníky, kteří jsou klientům nejbližší. Právě ona vlastní zkušenost byla identifikována jako bod spojení, navázání úzkého a důvěrného vztahu s klientem, ve kterém se klienti cítili lépe než s vyskolenými profesionály. Dále jsou peer konzultanti vybaveni jazykovými

dovednostmi, které jim umožňují vstupovat do obou světů, a mohou tak účinně překlenout mezery v porozumění mezi odborníky a lidmi s duševním onemocněním.

Na což navazuje další studie zmiňující, že jedinečnost peer konzultanta v multidisciplinárním týmu je přínos jiného pohledu (Wyder, 2020). I přesto, že je peer podpora významná, má i své specifické limity, které zmiňuje Mutschler et al. (2022) ve výzkumu o implementaci peer podpory do sociálních služeb. Mezi limity patří obava multidisciplinárního týmu z udržení hranic peer konzultanta, narušení dynamiky mezi pracovníky, přemíra stresu a nejasná role peer konzultanta.

Na tyto limity navázala studie od Gillarda et al. (2022), která měla za cíl zjistit, jaké jsou dopady výkonu práce peer konzultanta na peer konzultanta samotného. Gillard et al. (2022) zjistil, že dopady jsou převážně pozitivní. Peer konzultantům se díky výkonu peer konzultantství zlepšila sebedůvěra, sebeúcta, mezilidské vztahy a celkové zdraví. Peer konzultanti ve studii zažívali profesní i osobní rozvoj, měli pocit sounáležitosti a dostávalo se jim ocenění. Peer konzultanti měli dojem, že jim tato role dodává sílu a že jim přináší nový smysl a účel. Avšak zjistilo se, že na začátku výkonu práce peer konzultanta je náročné přizpůsobit se požadavkům práce. Na druhou stranu pokles pohody a spokojenosti nebyl větší než u ostatních pomáhajících pracovníků, se kterými byli peer konzultanti srovnáváni.

Studie (Gillard et al., 2022) poukazovala na důležitost přijetí peer konzultanta ze strany MT, důležitost supervizí pro peery a důležitost hranic, které je potřebné držet. Například dělat práci peer konzultanta pouze tři dny v týdnu. Sami peer konzultanti ve výzkumu hovořili o větším pocitu propojení se sebou samým, který si částečně uvědomovali díky interakci s klienty, které podporovali a zároveň se učili od nich (Gillard et al., 2022).

Propojeností se sebou samým pojednávali i Chisholm a Petrakisová (2020) ve výzkumu zaměřením na zotavení, kde zmiňovali, že vědomost sebe sama je důležitá pro výkon práce peer konzultanta. Zdůrazňovali také důležitost školení a vymezení role peer konzultanta, která je často nejasná a plyne z ní nepřijetí od multidisciplinárního týmu, což dle výzkumu od Scanlana et al. (2020) vedlo až ke stigmatizace peer konzultanta, nedostatečnému ocenění práce a nedostatečnému pochopení prožité zkušenosti ze strany kolegů z týmu.

1.3 Zraněný léčitel

Na tomto místě uvedu archetyp zraněného léčitele. Podkapitolu jsem do teoretické části bakalářské práce zařadila, jelikož úzce souvisí s tematikou peer konzultantství. Právě peer konzultanti naplňují podstatu zraněného léčitele, tedy člověka, který díky svému zranění je schopen pomáhat druhým lidem na jiné úrovni než ostatní odborníci.

Archetypální obraz zraněného léčitele má původ ve starověké mytologii, kde kentaur Chiron byl nešťastnou náhodou fyzicky zraněn otráveným šípem Herkulova luku, což mělo za následek bolestivé a nevyléčitelné zranění. Tím, že Chiron toto zranění přežil a později se pustil do léčení druhých, je příkladem zraněných léčitelů, kteří mají schopnost propojit svět nemoci a zdraví. Ovšem až Carl Jung, švýcarský psychoanalytik, poprvé přiřadil metaforu zraněného léčitele do terapeutické praxe (Newcomb et al., 2015). Jung se domníval, že pomáhající pracovník, který zažil nepřízeň osudu je lépe vybaven pro opravdové pochopení a léčení klienta (Straussner et al., 2018).

Z hlediska zacílenosti tématu na peer konzultanty jsem se seznámila s několika studiemi, kde se autoři zabývali jungovským termínem zraněný léčitel s cílem zjistit, zda zranění pomáhajícího pracovníka posiluje nebo brání práci s klientem. V rámci podkapitoly nastíním oba pohledy – pozitivní přínosy zraněného léčitele i negativní.

Autorky Cvetovac a Adame (2017) poukázaly na fakt, že pomáhající pracovníci jsou lidské bytosti stejně jako klienti. Nejsou tedy od strastí a utrpení osvobozeni a také zažívají během svého života různá zranění. Z jejich výzkumu vyplynulo, že mnoho pomáhajících pracovníků se rozhodlo vstoupit do oboru právě díky zkušenosti z minulosti, což potvrdil i výzkum (Newcomb et al., 2015) zabývající se studenty vysoké školy, kteří stále častěji chtějí pomáhat druhým lidem na základě svých vlastních strastí.

V následujícím odstavci chci představit výzkum autorek Conchar a Repper (2014), které přišly se zjištěním, že zraněný léčitel v prostředí duševního zdraví pomáhá sám sobě, i klientům. Souzní s výrokem Junga, že se často stává, že klient je tou pravou náplastí na terapeutovo bolavé místo, což je ve shodě s logoterapeutickou technikou dereflexe, kdy člověk odvrátí pozornost od své vnitřní úzkosti a obrátí se ke smyslu, který mu život nabízí (Frankl, 2006).

Zároveň jsou zranění léčitelé inspirací pro své klienty, jelikož ztělesňují možnost, která je mnohem silnější a účinnější než motivační nástroj poskytnutý člověkem bez podobné prožité zkušenosti. Z výzkumu autorek vyplynulo, že zranění léčitelé poskytují empatictější, účinnější a efektivnější služby a mají větší důvěru v klientovo zotavení (Conchar a Repper, 2014). Poskytování hloubkovějšího pochopení a vyšší míru empatie potvrzují i autoři Roots a Roses (2020).

Za pozitiva zraněného léčitele Gilbert a Stickley (2012) považují lidštější pomáhaní, větší vhléd, a v neposlední řadě osobnostní růst, který je pro poskytování adekvátní pomoci klientům zásadní.

Osobnostním růstem se v České republice zabývá Slezáčková (2012), která jej nazývá posttraumatický rozvoj osobnosti. Slezáčková (2012) tvrdí, že traumatická zkušenost může člověka s odstupem času posílit, zocelit, změnit mu priority a smysl života. Člověk při traumatu sice o něco přichází, ale posléze může dojít k uvědomění zisku něčeho nového a hodnotného (Mareš, 2008). Abstraktně o takovém zisku pojednává i Grün (2000) ve výkladu proměn ran v perly. Každý z nás ve svém životě utrhá nějaké rány, záleží ale na tom, jak s nimi naložíme. Pokud se rána stane drahocenným

pokladem, perlou člověka, stává je jeho život hodnotnější a člověk snadněji akceptuje sebe sama.

Sebeakceptace je důležitou složkou zotavování (Ridgway, 2001), na čemž se výzkumy shodovaly. Aby k sebezpřijetí mohlo dojít, je pro člověka se zkušeností s duševním onemocněním podstatné přijmout se takový, jaký je – s dobrými i stinnými stránkami své osobnosti. Za stín Jung považoval všechny části sebe sama, které jsou skrývány a popírány. Jedná se o složky, o kterých je člověk přesvědčen, že jsou nepřijatelné pro jeho okolí, i pro něj samého. Při integraci stínu se člověk seznamuje s aspekty své povahy, které by nikomu jinému nedovolil shlédnout, a které by ani sám dříve nepřijal (Jacobi, 2013).

V opozici zraněnému léčiteli stojí názory, že zraněný pomáhající pracovník může klientům uškodit, například v přílišné identifikaci s ním, což může zamezit porozumění jedinečným potřebám klienta (Cvetovac a Adame, 2017). Za negativum zraněného léčitele je označována možnost emoční nepřítomnosti, špatného zvládnutí protipřenosu, a stírání hranic (Straussner et al., 2018). V českém prostředí zastává podobný názor docent Skála, který zmiňuje myšlenku, že člověk, který chce pomáhat druhým lidem, musí mít své problémy zpracovány (Hučín, 2001). Zároveň je ale možné, že na první pohled vyrovnaní lidé mohou mít tzv. syndrom pomocníka, což znamená, že mají potřebu pomáhat, která je nevědomou obranou, kompenzující neschopnost prožívat a vyjadřovat vlastní emoce a potřeby (Schmidbauer, 2015).

1.4 Psychická pohoda a self management

Poslední podkapitola popisuje dva důležité koncepty bakalářské práce – psychickou pohodu a self management. Tyto témata spolu úzce souvisí a prolínají se, proto na úvod charakterizují psychickou pohodu a self management na obecné rovině. Následně tyto pojmy aplikují na osoby s psychózou, a na závěr přímo na peer konzultanty.

1.4.1 Psychická pohoda

Za psychickou pohodu není považována pouze absence duševní poruchy. Tento termín v sobě zahrnuje i pozitivní emoce, spokojenost, zdravé vztahy, a smysluplnost (Chan et al., 2018).

Popsané pozitivní aspekty spadají do odvětví pozitivní psychologie, jejímž otcem je Martin Seligman (2014). Seligman (2014) se nejprve domníval, že ústředním tématem pozitivní psychologie je štěstí a cílem je zvyšovat životní spokojenost. Následně ale dospěl k závěru, že hlavním tématem pozitivní psychologie je psychická pohoda, jejímž kritériem je optimální prospívání, nebo také anglicky flourishing – tzv. vzkvétání.

Za psychickou pohodu Seligman (2014) považuje teoretický konstrukt, který je tvořen několika měřitelnými prvky, které k duševní pohodě přispívají. Jsou jimi v první

řadě pozitivní emoce, což jsou určité příjemné životní prožitky či projevy radosti. Druhým prvkem je zaujetí činností, nebo také tzv. stav flow. To znamená, že člověka nějaká činnost tak pohltí, že zapomene na strasti běžných dní, a užívá si danou činnost na maximum. Třetím prvkem jsou pozitivní vztahy. Díky vztahům s druhými lidmi můžeme zažívat radost, smát se, a druzí lidé mohou být také naší oporou v těžkých časech. Seligman (2014) zmiňuje, že když se k druhým lidem chováme laskavě, značně to zvyšuje naši psychickou pohodu.

Následuje čtvrtý prvek – smysluplnost. Může se jednat o určitý přesah člověka. Abych smysluplnost více přiblížila, aplikuji ji přímo na peer konzultanty. V krátkosti představím výzkum od Edge a Wheatley (2022), kterému se více budu věnovat na konci této podkapitoly. Z tohoto výzkumu zaměřeného na psychickou pohodu peer konzultantů vyplynulo, že práce na pozici peer konzultanta značně zvyšuje psychickou pohodu, protože peer konzultantům dává smysl pomáhání druhým lidem na základě své vlastní zkušenosti. Ono špatné mohou smysluplně využít.

Na smysluplnost navazuje poslední prvek – úspěšný výkon. Ten ale nastává ve chvíli, kdy člověk nejde pouze po úspěchu a vítězství. Závěrem tohoto odstavce chci zmínit, že pokud všech pět prvků a přeložíme do anglického jazyka a dáme za sebe počáteční písmena, vznikne PERMA, což je v tomto odstavci popsáný koncept psychické pohody Martina Seligmana (2014).

V následujících odstavcích se zaměřím na psychickou pohodu u lidí s psychózou. Seznámila jsem se s několika studiemi, které se této problematice věnují. Studie od Chana et al. (2017) ukázala, že procesy zotavení, včetně klinického, funkčního a osobního, pozitivně ovlivňují psychickou pohodu u lidí s psychózou. Osobní zotavení je však nejvíce spojeno s psychickou pohodou a je nezávislé na klinické stabilitě a funkční kompetenci. Na druhou stranu někteří autoři, například Adler et al. (2017), se domnívají, že lidé trpící psychickou poruchou mohou jen ztěžka prožívat psychickou pohodu.

Další výzkum od Valiente et al. (2019) ukázal, že pohoda je rozhodující při zotavování z psychózy a může předcházet vzniku nebo opětovnému výskytu psychiatrických příznaků. Kliničtí lékaři uznávají, že zotavení z psychózy může být posíleno, pokud se kromě léčby symptomů klade důraz také na kvalitu života klienta prostřednictvím budování osobních zdrojů, dovedností, a silných stránek osobnosti.

Podle článku Schrankové (2013) mohou na psychickou pohodu lidí s psychózou pozitivně působit destigmatizační kampaně, intervence v rodině, tréninky sociálních dovedností, fyzická aktivita, techniky stanovování cílů a různé typy psychoterapií.

V poslední části zabývající se psychickou pohodou se budu věnovat výzkumu provedenému podle Edge a Wheatley (2022), který se zaměřil na pohodu peer konzultantů. Respondenti výzkumu uváděli, že klíčovým faktorem pro udržení dobré psychické pohody je sebeuvědomění, které umožňuje lépe porozumět vlastním reakcím a potenciálním spouštěčům. Důležitým procesem je také znovuzískání a znovunabytí důvěry v sebe sama. Na druhé straně strach z budoucnosti a ztráta naděje negativně ovlivňuje psychickou pohodu.

Celkově ale výzkum ukázal, že práce peer konzultanta má pozitivní dopad na psychickou pohodu, jelikož peer konzultanti nachází smysl v tom, co dělají. Závěrem respondenti zdůrazňovali důležitost vyvážení mezi prací, péčí o sebe a volným časem pro úspěšné budování psychické pohody. O této rovnováze pojednává self management, kterému se budu věnovat v následující podkapitole.

1.4.2 Self management

Self management je termín, který obecně označuje metody, dovednosti a strategie, pomocí kterých jedinci efektivně řídí své vlastní činnosti k dosahování cílů. Když self management vztáhnou ke zdravotnictví – z hlediska konceptualizace hlavní výzkumné otázky k psychiatrickým pacientům a klientům Center duševního zdraví, týká se tento pojem intervencí a dovedností, pomocí nichž se klienti s dlouhodobým psychickým onemocněním účinně starají sami o sebe a mají přímou kontrolu nad zvládnutím svého psychického a fyzického stavu.

V rámci podkapitoly o self managementu jsem se seznámila s několika studiemi, které se zabývaly self managementem u lidí s psychózou. Self management se u osob, které mají chronické a dlouhodobé onemocnění, zda být jako slibná cesta zvládnutí symptomů, optimalizaci zdraví a prevenci relapsu (Barlow et al., 2002), proto jsou lidé s podobným zdravotním a psychickým stavem vedeni k tomu, aby se stali vlastními primárními pečovateli a denně uplatňovali soubor strategií self managementu ke zvládnutí svých symptomů a fungování v pracovním prostředí a v životě celkově (Lorig a Holman, 2003).

Účinnost self managementu jako prevence relapsů a hospitalizací přinesla také studie od Crepaz-Keay a Cyhlarové (2012), kteří za nejdůležitější prvky self managementu lidí s psychózou považují dodržování léčby, včasného odhalení prodromálních příznaků a pravidelnosti životního stylu.

V návaznosti na předchozí odstavec přináším další studii od Goldberga et al. (2013). Zkoumala se účinnost programu self managementu nazývaného „Living Well“. U účastníků této studie došlo po intervenci k výraznému zlepšení aspektů. První skupinou jsou aspekty postojové – sebeúčinnost a aktivace klienta, druhé jsou behaviorální, tedy různé techniky sebeřízení nemoci, a třetí funkční – fyzická a emocionální pohoda a celkové zdravotní fungování. Bylo zjištěno také zlepšení v oblasti obecného sebeřízení – plánování činnosti a řešení problémů. V neposlední řadě byly zlepšeny i oblasti kontroly související se zdravím – zdravé stravování a fyzická aktivita. Ze studie vyplynulo, že dobrý self management zlepšuje fungování lidí s psychózou a jejich pohodu. Zde je vidět úzká souvislost mezi self managementem a psychickou pohodou. Správné nastavení self managementu zvyšuje psychickou pohodu.

Autoři Strijbos a Slors (2020) zdůrazňují individuální přístup, jelikož co funguje pro jednoho, nemusí vyhovovat druhému. Je podstatné, aby si každý našel techniky řízení sebe sama plně vyhovující jeho osobnosti. V rámci oblasti duševního zdraví

vznikají programy s cílem zaměřit se na plánování, cíle, motivaci, hledání silných stránek a rozvoj dovednosti řešení problémů. Důraz je kladen také na zotavení, rozvoj strategií osobní pohody, nalezení spouštěčů duševního onemocnění a následné plánování krizového plánu. Velmi často je zmiňováno nalezení vhodné rutiny, která může lidem s duševním onemocněním lépe řídit svůj den i život. Díky osvojeným strategiím je možné se naučit ovlivňovat svůj život tak, aby duševní stavy a behaviorální dispozice byly řízení preferovaným směrem.

V závěru části o self managementu bych ráda představila studii od autorek Roberge, Meunier a Cleary (2022), která přináší poznatky kompatibilní s mým tématem. Sice se téma týká osob s depresivními a úzkostnými příznaky, ale téma je zacíleno na pracovní prostředí, proto jsou postupy self managementu aplikovatelné na peer konzultanty. Autorky identifikovaly 54 strategií self managementu, které následně rozdělili do tří kategorií – behaviorální, kognitivní a afektivní strategie.

V behaviorální kategorii self managementu byl kladen důraz na stanovování a plánování realistických cílů a přizpůsobení pracovního vytížení ve vztahu k psychickému stavu. To znamená běžně pracovat, když je člověku dobře, v případě zhoršení psychického stavu si vzít volno. Dále byla identifikována správně nastavená komunikace s vedoucím, kdy člověk s duševním onemocněním může bez jakéhokoliv strachu napsat vedoucímu, že například dnes nedorazí do práce, jelikož mu není dobře. Následně byla velká pozornost věnována odpočinku a regeneraci. Například fyzické aktivity, relaxace a pobyt v přírodě jsou účinnými technikami pro dobíjení energie. Předposlední kategorií byl správný spánkový režim a zdravé stravování a v závěru byla zmíněna sociální podpora – například rodina či přátelé, či osobní psychoterapie a supervize (Roberge, Meunier a Cleary, 2022).

V následujícím odstavci se zaměřím na kognitivní strategie self managementu. Ústředním tématem je praktikování soucitu se sebou samým a přijetí laskavého vnitřního hlasu. Další úspěšnou strategií je uznávání a oceňování svých úspěchů. S čímž souvisí i přijetí toho, že doma či v práci člověk s duševním onemocněním neudělá vždy všechno dokonale. Je důležité být na sebe laskavý, díky čemuž se zmírňuje tlak, který na sebe jedinci s duševním onemocněním mají tendenci vyvíjet. Dále se pro snížení tlaku a zmírnění negativních myšlenek používá strategie uvědomění pozitivního náhledu na situaci. Důležité strategie zahrnují také přijetí situace a naučení se žít se svými duševními obtížemi. Posledním prvkem, který zmíním, je strategie rozvíjení sebeuvědomění – zůstat ostražitý vůči známkám objevujících se příznaků a být aktivní při jejich zvládnutí (Roberge, Meunier a Cleary, 2022).

Poslední skupinou jsou strategie afektivního self managementu. Jedná se o strategie zvládnutí emocí. Bylo zjištěno, že je důležité identifikovat své vlastní emoce a umět je pojmenovat. Následnou strategií bylo ventilování svých emocí s kolegy nebo příbuznými, a poslední strategie se týkala ustoupení od negativních emocí druhých, nebo i vlastních, aby se jimi člověk nezahltl (Roberge, Meunier a Cleary, 2022).

2 Sociální práce s lidmi s psychózou

V druhé kapitole budu konceptualizovat SP. Nejprve se zaměřím na SP v obecném měřítku. Následně se zaměřím na SP s lidmi s psychózou, jelikož je mé téma bakalářské práce zacíleno na peer konzultanty, kteří s touto cílovou skupinou pracují. Kapitulu uzavřu pojednáním nad rolí SP v multidisciplinární spolupráci při pomáhání lidem s psychózou.

2.1 Sociální práce na obecné rovině

SP je pojem, jehož kořeny sahají daleko do historie. Například Dominelli (2009) definuje SP jako pomoc druhým lidem, přičemž ji rozlišuje na formální a neformální. Za neformální SP je považovaná pomáhající činnost na základě laskavosti a náklonosti. Naopak formální SP je poskytována kvalifikovanými pracovníky a je finančně ohodnocena.

Na základě rozdělení SP dle Dominelli (2009) je zřejmé, že se pojetí SP v průběhu let vyvíjelo z hlediska formálnosti. SP dle autorů Hanvey a Philpot (in Matoušek, 2007) nemá jasně dané hranice. Tito autoři definovali SP jako to, co jiní – zdravotní sestry, lékaři, policie – nedělají. S čímž ale většina autorů nesouhlasí a dochází ke profesionalizaci SP, což se dle Navrátila (in Matoušek, 2007) vyznačuje procesy, kdy dochází ke snaze kontrolovat, typizovat a standardizovat práci v okruhu SP.

Profesionalizací SP se zabývá například Musil (in Matoušek, 2013), který SP definuje jako komplexní obor, který pomáhá klientům zvládat nesnáze v jejich interakcích se subjekty v jejich sociálním prostředí. Dále například Chytil (in Venglářová, Mahrová, 2008) formuluje SP jako profesionální aktivitu, která pomáhá jednotlivcům, skupinám i komunitám ve zvyšování nebo obnovování schopnosti sociálního fungování.

Právě sociální fungování je klíčový koncept pro SP, jelikož každý člověk je obkloповán sociálním prostředím. Hlavní představitelkou sociálního fungování je Harriet Bartlett, která (1970) definovala sociální fungování jako interakci mezi lidmi a požadavky prostředí. Jde tedy o vzájemné působení lidí a jejich sociálního prostředí. Za ideál Bartlettová považovala rovnováhu mezi těmito dvěma interakcemi. Ovšem může nastat situace, kdy jsou požadavky okolí nepřiměřené k dovednostem jedince, nebo je kapacita zvládnání daného jedince oslabená, v tom případě je rovnováha porušena a situace je vnímána jako problematická. Později Bartlettová svoji teorii vztahu člověk-interakce-prostředí, rozšířila o aspekt zvládnání, tedy o schopnost člověka řešit nároky a problémy plynoucí ze sociálního prostředí.

Druhý klíčový aspekt SP je koncept životní situace, který je sociálním fungováním spjat. Životní situace Bartlettová (1970) definovala jako životní úkoly, které jsou stavěny před rodinu. Dále Musil a Navrátil (2000) popisují životní situace jako souhrn nejrůznějších bariér a předpokladů sociálního fungování, které se dělí do čtyř dimenzí životní situace – fyziologické, psychologické, sociální a noogenní.

S kritickou reakcí na Bartlettovou přichází Jaklová Střihavková a Musil (2020). Tito autoři kritizují Bartlettovou převážně z důvodu, že Bartlettová popisovala rovnováhu mezi interakcí mezi lidmi a požadavky prostředí, ale sama dávala větší váhu na požadavky, které jsou kladeny na jedince a na jejich schopnost se těmto požadavkům přizpůsobit a naplnit ona očekávání sociálního prostředí.

Co se týče přístupů v SP, Payne (2006) vytvořil teorii, ve které pojednával o existenci tří paradigmat. Později tuto svoji teorii aktualizoval na jedno paradigma, v jehož rámci existují tři přístupy, kterými jsou přístupy reformní, poradenský a terapeutický. Reformní přístup, se vyznačuje transformací společnosti ve prospěch těch nejchudších a nejvíce utlačovaných. Cílem je rozvoj spolupráce a vzájemné podpory ve společnosti takovým způsobem, aby každý, i nejvíce znevýhodňovaní lidé získali moc nad vlastním životem. Cílem je tedy rovnost společnosti. Poradenský přístup má za cíl přizpůsobovat sociální služby potřebám klientům tak, aby SP byla co nejefektivnější. Poslední je terapeutický přístup, v němž jde o hledání a následně budování co největší psychosociální pohody u jednotlivců, skupin a komunit pomocí růstu a seberealizace.

Následně ještě Payne (2006) předkládá, že každá praxe v sobě nese určitou část tří pojetí, což dohromady tvoří celek. Musil (in Matoušek, 2013) uvádí, že Paynova představa o třech pojetích SP je výborná perspektiva, která umožňuje spojit různorodost SP. Obecným cílem je úsilí o celkové zlepšení poměrů ve společnosti pomáháním s mezilidskými vztahy.

2.2 Sociální práce s lidmi s psychózou

SP s lidmi s psychózou je náročná. Již při běžné činnosti sociálního pracovníka, kterou je komunikace dochází při práci s touto cílovou skupinou ke specifickým, jelikož jsou lidé trpící psychózou často nedůvěřiví nebo naopak přehnaně ochotní. Při komunikaci mohou klienti mluvit nepřehledně či odbočovat k nepodstatným podrobnostem (Venglářová a Mahrová, 2008).

I přesto, že je komunikace s lidmi s psychózou složitá, je podstatné, aby byl SP trpělivý a chápavý, jelikož jsou klienti ovlivněni svými nevývratnými přesvědčeními plynoucími z psychózy.

Za další klíčový prvek při SP s lidmi s psychózou Venglářová a Mahrová (2008) považují kvalitní vztah mezi sociálním pracovníkem a klientem a empatický přístup. Respekt neboli vzájemná úcta je podstatná pro spolupráci, a dobře nastavený vztah může být pro klienta motivující, dodávající klientovi pozitivní zkušenost s lidmi, kteří jej za jeho onemocnění nestigmatizují, akceptují ho takový, jaký je, a snaží se porozumět jeho životní situaci.

SP dle Probstové (in Matoušek et al., 2010) vykonávající SP s lidmi s psychózou musí umět získávat informace o klientovi a jeho okolí, sestavovat a realizovat plán intervence, a hodnotit výsledky. SP je takovým prostředníkem mezi klientem a

sociálními či zdravotními službami. Připravuje klienta na přechod z hospitalizace do jeho přirozeného prostředí, zajišťuje návaznou péči a provádí psychoedukaci klienta.

Tento popis práce sociálního pracovníka s lidmi s psychózou lze označit za metodu case managementu, při které péči o klienta koordinuje jeden klíčový pracovník. Mezi hlavní cíle case managementu patří koordinace služeb a poskytování podpory, při které je zajišťována návaznost péče a jsou naplňovány komplexní individuální potřeby klientů služby (Carboch, 2020). Dříve nebyla v rámci case managementu poskytována zdravotní složka pomoci klientům s psychózou, což byl zásadní problém. Proto momentálně vznikají CDZ, o kterých jsem psala v předešlé kapitole, kde péči poskytují MT včetně zdravotnické služby.

V závěru podkapitoly o SP s lidmi s psychózou bych chtěla zmínit psychosociální rehabilitaci, která se v rámci SP s lidmi s psychózou využívá. Psychosociální rehabilitace je proces, který usnadňuje osobám s psychózou dosáhnout optimální úrovně nezávislého fungování ve společnosti a zlepšit tak kvalitu svého života. Je tedy kladen důraz na nácvik dovedností každodenního života, aby osoby s psychózou mohli žít samostatně (Saha et al., 2020). Jde o zplnomocňování klienta zaměřující se na čtyři domény – bydlení, práce, učení se a volný čas (Šupa in Vybíral, 2010).

2.3 Role sociální práce v multidisciplinární spolupráci

V MT je důležitá spolupráce jednotlivých profesí, přičemž každá profese má jiný přínos. Výzkum od Herolda a Lymberyho (2002) ukázal, že SP má v MT výrazný přínos převážně v jedinečnosti pohledu. S tímto tvrzením je v souladu Probstová (in Matoušek et al. 2010), která popisuje kvalifikovanou práci sociálního pracovníka v multidisciplinárních týmech jako nezastupitelnou, ba dokonce v některých fázích života člověka s psychózou jako primární. To ale neznamená, že by měla SP v týmu nadřazenou pozici. Multidisciplinární spolupráce je založena rovnosti všech odborníků (MPSV, 2015).

Specifikum role SP z klientského hlediska tkví v blízkosti ke klientovi. SP dle Emilsson (2013) pracuje s klienty každý den, často v terénu, díky čemuž má možnost navázat s klientem blízký vztah (Stuchlík, 2001). V MT SP přistupuje ke klientovi celistvě, což se liší od ostatních odborníků (MPSV, 2015). Sociální pracovníci společně s klienty pracují na posilování odolnosti, vztahu k sobě samému a na zplnomocňování (Boland et al., 2021). Kvaternik a Grebenc (2009) tvrdí, že sociální pracovníci oceňují klienta i za drobnosti a respektují jeho přání, což má pozitivní vliv na jejich vztah a zplnomocňování. Dále Herold a Lymbery (2002) zjistili, že sociální pracovníci jsou výborní v aktivním naslouchání a v rozhovorech s klienty.

Díky dobré schopnosti naslouchání, denní práci s klienty a opravdovému zájmu o klienty, získávají sociální pracovníci komplexnější pohled na životní situaci klienta než jiní odborníci z týmu. Tato role komplexního pohledu byla zmíněna v několika studiích

například od Herolda a Lymberyho (2002), kteří poznamenali, že sociální pracovníci mají schopnost vidět věci, které jiní nevidí. Je to samozřejmě dáno i tím, že znají klienta v jeho přirozeném prostředí, znají jeho komunitu, rodinu, přátele. Autoři tohoto výzkumu přišli na to, že schopnost komplexnějšího náhledu může být dána i tím, že sociální pracovníci nemají znalosti pouze ze svého oboru, ale znají i základy z psychologie, psychiatrie, práva či ekonomie.

Na předchozí odstavce navazuje role sociálního pracovníka jako lídra, vůdce týmu. Dle Heroda a Lymberyho (2002) zmíněné komplexnější základy znalostí z různých oborů vedou často k dobrým nápadům, které sjednocují tým a směřují k úspěšné spolupráci týmu. Dále výzkum vyzdvihl další specifickou vlastnost sociálních pracovníků, a to jsou dobré organizační schopnosti, díky kterým jsou sociální pracovníci často na pozici vedoucího týmu. I autorky Ambrose-Miller a Ashcroft (2016) zmiňují, že jsou sociální pracovníci často na vedoucích pozicích z důvodu historické zkušenosti SP s týmovou péčí a z důvodu jedinečného pohledu, který SP přináší. V českém prostředí toto tvrzení lídrů ve formě sociálního pracovníka potvrzuje MPSV (2015).

V závěru podkapitoly o roli SP v MT popíšu práci sociálního pracovníka v MT na praktické rovině. Dle načtené literatury je za primární činnost sociálního pracovníka považován výkon komplexního psychosociálního posouzení a následná tvorba intervenčního plánu a protikrizového plánu (MPSV, 2015 a Ambrose-Miller, Ashcroft, 2016). Při tvorbě intervenčního plánu je dle časopisu SP (2016) důležité přihlížet k přáním klienta a využívat jeho silné stránky. Dále se SP věnuje oblasti bydlení, práce, volného času a vztahů. Autorky Kvaternik a Grebenc (2009) ještě doplňují témata jako příjem, sociální izolaci a osamělost. Autor Moore et al. (2016) doplňuje, že sociální pracovníci koordinují péči a znají provázanost služeb, proto je SP klientovi nápomocen v zorientování v tom, jaké služby může využít a na co má právo.

3 Příspěvek sociální práce k psychické pohodě a self managementu peer konzultantů

Třetí kapitola je zařazena do bakalářské práce v návaznosti na kapitulu první, která pojednává o psychické pohodě a self managementu peer konzultantů. Ovšem první kapitola věnující se těmto konceptům přináší poznatky o psychické pohodě a self managementu na psychologické rovině, zatímco tato kapitola vychází z přístupů SP. Využila jsem SP založenou na vztazích a SP orientovanou na silné stránky. Každý přístup nejprve obecně charakterizují a následně vztáhnou na peer konzultanty a jejich psychickou pohodu a self management.

3.1 Sociální práce založená na vztazích

První podkapitola se věnuje SP založené na vztazích. Tento přístup jsem vybrala z důvodu, že SP je práce s lidmi, jejíž součástí jsou mezilidské vztahy. V této podkapitole popíšu, jak jsou vztahy důležité při intervenci s lidmi s psychózou, ale hlavně se z hlediska konceptualizace zaměřím na to, jak vztahy působí na psychickou pohodu peer konzultantů.

SP je profese, která je vykonávána v rámci sítě mezilidských vztahů (Hannessey, 2011). Sociální pracovníci pracují s klienty na úzké bázi, proto lze na jejich profesní život nahlížet jako na řadu vztahů (Howe, 1998).

Koncept praxe založené na vztazích se vyvinul z psychoanalýzy, teorie připoutání a systémové teorie (Ruch in Howe, 2018). Ferguson et al. (2022) zmiňuje, že jde o snahu dát do popředí emocionální, nevědomé a vztahové složky lidí. Dále Rogers (in Hannessey, 2011) předkládá tvrzení, že pokud se k druhým chováme vřele, upřímně a empaticky, aktivuje se jejich aktualizační tendence, což je v podstatě záměr SP založené na vztazích. Díky budování profesionálního vztahu se přístup založený na vztazích odklonil od klasického diagnostického přístupu, či optice založené na problémech (Ruch, 2005).

Hannessey (2011) zmiňuje výzkum, který probíhal mezi klienty sociálních pracovníků a přišlo se na to, že vztah je klíčem ke zlepšení životní situace. Pracovní vztah založený na empatii, vřelosti a opravdovosti, se může zlepšit klientova životní situace.

Zvláště silnou stránkou tohoto přístupu je obnovení důvěry v lidské bytosti tam, kde byla ztracena. Potěšení a radost způsobená pozitivními vztahy může být povznášející, může dodávat energii a vést k hlubokým pocitům spojení, naděje a možnosti (Howe, 2018).

V následujících odstavcích přejdu k souvislosti mezi přístupem založeným na vztazích a pozicí peer konzultanta. Megele (in McColgan a McMullin, 2017) uvádí, že

dobrá praxe založená na vztazích vyžaduje efektivní využití sebe sama. Výkon SP možný bez využití sebe sama, a proto je pozice peer konzultanta v tomto ještě specifičtější než u jiných pomáhajících pracovníků, jelikož peer konzultant pracuje na bázi využití své zkušenosti při pomoci ostatním lidem v podobné životní situaci. McColgan a McMullin (2017) uvádějí, že pro klienty může být obtížné mít sociálního pracovníka jako rovnocenného partnera, když jim neřekne nic o sobě. Proto klientům velmi pomáhají peer konzultanti. Rozumí jim a zároveň dovedou povědět více informací i o sobě samém. I Ferguson et al. (2022) prováděli výzkum ohledně praxe založené na vztazích. Přišli na to, že když sociální pracovníci prozradili něco o sobě, o nějaké své vlastní zkušenosti, činilo je to důvěrnějšími. Což opět úzce koresponduje s tématikou peer konzultantů.

Na to ale navazuje důležitost hloubkové znalosti sebe sama a svého vlastního já, což představuje Hanessey (2011). Je podstatné, aby peer konzultanti dobře znali sebe, své hranice a aby věděli, co mohou klientům o sobě sdělit a co ne. Právě z toho důvodu, aby za prvé negativně neovlivnili klienta, a za druhé, aby případně neničili svoji psychickou pohodu.

Salzberger-Wittengerg (in Howe, 2018) považuje vztah za oboustranný proces, v němž se obě strany navzájem ovlivňují a v rámci celého procesu se mění, což se objevuje u všech pomáhajících pracovníků. Ovšem u peer konzultantů obzvláště. Peer konzultant je též člověk s duševním onemocněním a je inspirací pro své klienty, ale v určitém ohledu jsou inspirací i klienti pro peer konzultanty, proto je vztah s klienty důležitý a obohacující i pro peer konzultanty.

Díky dobrému inspirativnímu vztahu s klienty se může zlepšovat psychická pohoda peer konzultantů, což potvrzují Turney (2012) a Howe (in Ruch, 2005), kteří se domnívají, že přístup založený na vztazích má hluboký posilující vliv na psychickou pohodu.

3.2 Sociální práce orientovaná na silné stránky

Druhá podkapitola je zaměřena na SP orientovanou na silné stránky. Tento přístup jsem do teoretické části bakalářské práce zařadila z důvodu, že se SP s lidmi s psychózou v posledních letech velmi orientuje na silné stránky klientů.

Přístup založený na silných stránkách se dlouhodobě vyvíjí. SP orientovanou na silné stránky je dle Saleebeyho (1996), průkopníka tohoto přístupu, hojně využívána při práci s lidmi s psychózou. I Francis (2014) potvrzuje, že myšlenka praxe založená na silných stránkách našla velké místo v oblasti duševního zdraví.

V dřívějších dobách se k lidem přistupovalo jako k problému nebo k nemoci, k něčemu, co je špatné. Perspektiva silných stránek se dle Saleebeyho (1996) od tohoto negativního pohledu odvrací a přináší nový pohled, který v každém člověku vidí záblesk

nějakého talentu, schopnosti, či hodnoty. U lidí s duševním onemocněním se tyto talenty a schopnosti mohou schovat za projevy psychotického onemocnění. Na sociálních pracovnících ale je, aby svým klientům pomohli silné stránky znovuobjevit. Brun a Rapp (2001) zmiňují, že pokud se pomáhající pracovník zaměřuje na patologii, ochromuje tím schopnost jedince překonat nějakou životní překážku. Tyto silné stránky podporují naději na zotavení, sebedůvěru a mohou velmi napomoci v sebepřijetí, ve zplnomocnění a v psychické pohodě.

SP založená na silných stránkách úzce souvisí s odolností, kterou Rutter (in Saleebey, 1996) charakterizuje jako aspekt, který by neměl být chápán jako bezstarostné popírání těžkých životních zkušeností, ale jedná se spíše o schopnost pokračovat navzdory těmto zkušenostem. Tato charakteristika koresponduje s pojetím peer konzultanta, který i navzdory svému onemocnění žije život a pomáhá druhým. V českém prostředí se odolnosti věnuje Punová (2020). Dle Punové je jedním ze základních východisek přístupu zaměřeného na silné stránky skutečnost, že ať už se člověk nachází v sebevíce náročné situaci, vždy má určité potenciály, na kterých lze stavět, při zdolávání náročné situace.

Ovšem ani tento přístup se nevyhnul kritice. Koncept přístupu založeném na silných stránkách je kritizován za to, že se jedná pouze o pozitivní myšlení a ignoruje či bagatelizuje skutečné problémy (Saleebey, 1996). Někteří jej dokonce považují za naivní či zjednodušující nebo, že popírá psychopatologii a biomedicínské poznatky (Graybeal, 2001).

Naopak autoři Early a GlenMaye (2000) tvrdí, že perspektiva silných stránek neznamená, že problémy se nebudou řešit a budou ignorovány. Zmiňují, že nejde jen o pozitivní myšlení, ale o důsledné zaměření se na identifikaci silných stránek a zdrojů klienta, které přímo či nepřímo zlepšují situaci. Výzkumy potvrzují, například od Bruna a Rappa (2001), že je tento přístup přínosný, klienti jsou více motivováni a mají naději na dobrý život.

Přístup zaměřený na silné stránky úzce souvisí s pohodou. Smock et al. (2008) přicházejí s tvrzením, že lidé, kteří nacházejí naději a inspiraci pomocí svých silných stránek, mají silnější pocit pohody, což potvrzují i Park et al. (2004) a Rust et al. (2009). Simmons et al. (2016) zmiňují, že SP založená na silných stránkách zdůrazňuje roli silných stránek, schopností, sociálních sítí, pozitivních vlastností, znalostí, dovedností, talentů, nadějí a zdrojů pro realizaci životních cílů a snížení problémů nebo symptomů, což v konečném důsledku pomáhá zlepšit individuální a sociální pohodu.

4 Sociální reprezentace

Poslední kapitola teoretické části bakalářské práce je zaměřena na koncept o sociálních reprezentacích. Nejprve představím původ tohoto konceptu a jeho hlavní podstatu. V druhé části vysvětlím jednotlivé složky sociální reprezentace, kterými je centrální jádro a periferní elementy.

4.1 Vymezení konceptu sociální reprezentace

Sociální reprezentace jsou konceptem, který popisuje způsob, jakým lidé vytvářejí a sdílejí společenské představy o světě a o lidech v něm. Jedná se o určitou formu sdíleného vědomí, které vzniká v procesu komunikace a interakce mezi lidmi a které umožňuje lidem porozumět sobě navzájem a společně se orientovat ve společnosti (Plichtová, 2002). Koncept sociálních reprezentací vychází z kolektivních reprezentací od francouzského sociologa Émila Durkheima, konkrétněji ale sociální reprezentace rozpracoval francouzský sociální psycholog Serge Moscovici (Plichtová, 2002).

Určitým způsobem sociální reprezentace nahrazují pojem postoj, jelikož postoj se v průběhu let stal individuálním kognitivním konstruktem, tím pádem chyběl pojem, který by umožňoval systematickým způsobem uvažovat o vztazích jednotlivce a společnosti (Plichtová, 2002). Velkou výhodou sociálních reprezentací je dle Hytycha (2008) skutečnost, že tato teorie nabízí pojmovou strukturu pro pohyb na ose individualita-sociální skupiny-kultura při zkoumání myšlení a vědění.

Dle Moscoviciho (2000) jsou sociální reprezentace soubory sdílených představ, postojů, hodnot a znalostí, které jsou vytvářeny a sdíleny v rámci určité sociální skupiny nebo společnosti. Dále ještě Moscovici zdůrazňuje, že sociální reprezentace jsou klíčové pro to, jak lidé chápou svět a vztahují se k němu, a jakým způsobem vytvářejí vztahy mezi lidmi a skupinami. Z hlediska mého tématu to znamená, že sociální pracovníci, psychologové, i peer konzultanti mají určité společné představy, díky kterým si navzájem rozumějí. Dle Nováka (2009) teorie sociálních reprezentací nikdy nebyla statická, ale vždy se přizpůsobuje měnícímu se kontextu reality.

Rateau et al. (2011) shledávají pozitiva v konceptu sociálních reprezentací převážně z důvodu flexibility koncepčního rámce, který umožňuje pochopit a vysvětlit způsob, jakým jednotlivci a skupiny zpracovávají, přetvářejí a komunikují svou sociální realitu. Dalším přínosem sociálních reprezentací je skutečnost, že mají interdisciplinární povahu, tím pádem propojuje různé oblasti.

4.2 Struktura sociální reprezentace

Koncept o sociálních reprezentacích se dělí na dvě složky, na centrální jádro a periferní elementy. Obě tyto části fungují jako celek, přičemž každá část má specifickou, ale komplementární roli vůči druhé (Plichtová, 2002).

Centrální jádro je definováno jako teoretické představy. Na jedné straně určuje význam a na straně druhé vnitřní organizaci reprezentace (Novák, 2009), což potvrzuje i Abric (1993), který tyto dvě funkce centrálního jádra. Určování významu znamená, že prostřednictvím centrálního jádra získávají ostatní prvky v reprezentačním poli význam a specifickou hodnotu. Druhá funkce je organizační, která spočívá v uspořádání ostatních prvků, přičemž právě centrální jádro určuje určuje vztahy, které mezi sebou prvky mají a udržují (Rateau et al. 2011). Další charakteristika centrálního jádra spočívá ve faktu, že je ze všech částí reprezentace nejstabilnější a nejvíce odolné vůči změně (Novák, 2009).

Druhou částí jsou periferní elementy, které jsou naopak od centrálního jádra méně stabilní, přičemž jsou ale mnohem pružnější a přizpůsobivější (Novák, 2009). Umožňují, aby reprezentace každého jednotlivce byla osobitá, avšak bez toho, aby to narušovalo jádro významu (Plichtová, 2002). Periferní elementy sehrávají důležitou úlohu při organizování vztahu mezi reprezentací a realitou.

Díky periferním elementům je teorie o sociálních reprezentacích schopna vysvětlit, proč jsou sociální reprezentace současně stabilní i dynamické, rigidní i flexibilní, konsenzuální i rozdílné. Je to díky dvěma odlišným a navzájem komplementárním systémům, které fungují jako jeden celek (Plichtová, 2002).

B)METOLOGICKÁ ČÁST

5 Výzkumná strategie

Pro výzkum v mé bakalářské práci jsem zvolila kvalitativní strategii, jelikož jsem chtěla získat hloubkovější poznatky o zkoumaném tématu. Právě hloubkovější poznávání a zkoumání problému z více úhlů jsou základní charakteristiky kvalitativního výzkumu (Hendl, 2005).

S hloubkovým poznáváním souzní i definice kvalitativního výzkumu dle amerického sociologa Babbieho (2013), který popisuje kvalitativní výzkum jako přístup, který se soustředí na porozumění komplexním detailům a významům jevům v reálných situacích. S komplexním porozuměním souhlasí i definice od Creswella (in Hendl, 2005), který definuje kvalitativní výzkum jako proces hledání porozumění určitého sociálního nebo lidského problému.

Kvalitativní výzkum má velkou přednost v jedinečnosti, je tedy neopakovatelný. Silverman (2020) doplňuje, že pro úspěšný kvalitativní výzkum závisí na schopnosti výzkumníka naslouchat, interpretovat a porozumět datům z pohledu respondentů. Což navazuje na fakt, že kvalitativní výzkum není pouze sběr dat, ale obsahuje také proces interpretace, analýzy a vyvozování závěrů z těchto dat.

O schopnostech výzkumníka se vyjadřuje také Strauss a Corbinová (1999), kteří pro úspěšný kvalitativní výzkum označují dovednost odstoupit a kriticky analyzovat situaci, vyhnout se zkreslení, a schopnost abstraktního myšlení. Zapotřebí je také teoretická citlivost, která spočívá ve schopnosti rozlišovat jemné detaily ve výzkumu detailů.

6 Operacionalizace výzkumných otázek

V této kapitole představím hlavní výzkumnou otázku (HVO) a k ní odvozené tři dílčí výzkumné otázky (DVO).

Než přejdu k operacionalizaci výzkumných otázek, považuji za nezbytné charakterizovat pojem operacionalizace. Žižlavský (2003) definuje operacionalizaci jako převod abstraktních a neformálních konceptů či pojmů na konkrétní, měřitelné proměnné a ukazatele.

Cílem výzkumu je odpovědět na hlavní výzkumnou otázku, která zní následovně: **Jaká je sociální reprezentace psychické pohody a self managementu peer konzultantů dle sociálních pracovníků, psychologů a peer konzultantů?**

Z hlediska HVO se na psychickou pohodu a self management peer konzultantů dívám prizmatem sociální reprezentace. Koncept sociální reprezentace jsem pro výzkum bakalářské práce zvolila z důvodu, že pojem peer konzultant vychází z reformy péče o duševní zdraví. Nelze tedy přistupovat k peer konzultantům pouze z individuálního hlediska, ale je nutné zohlednit i sociální kontext v podobě reformy péče o duševní zdraví. Proto jsem si nevybrala například mentální reprezentaci či postoj, kde sociální kontext absentuje. Zároveň ale koncept sociální reprezentace umožňuje zkoumat i individuální složku. Celkově koncept sociální reprezentace zohledňuje na jedné straně sociální kontext (centrální jádro), na druhé straně individualitu (periferní elementy).

Mým cílem je zkoumat, jak se reforma péče o duševní zdraví zabývá psychickou pohodou a self managementem peer konzultantů, a jak se psychickou pohodou a self managementem peer konzultantů zabývají jednotliví sociální pracovníci, psychologové a peer konzultanti na individuální bázi, proto mi koncept sociální reprezentace umožňuje zkoumat interakce mezi sociálním kontextem a vnímáním psychické pohody a self managementu peer konzultantů dle jednotlivých respondentů.

Vzhledem ke struktuře sociální reprezentace, která se dle Nováka (2009) dělí na centrální jádro a periferní elementy, jsem vytvořila tři dílčí výzkumné otázky. Poslední DVO se zabývá vztahem mezi centrálním jádrem a periferními elementy.

DVO1: *Jaké je centrální jádro sociální reprezentace psychické pohody a self managementu dle sociálních pracovníků, psychologů a peer konzultantů?*

První DVO zkoumá centrální jádro sociální reprezentace psychické pohody a self managementu peer konzultantů. Dle Nováka (2009) je centrální jádro definováno jako teoretické představy, které sociální reprezentaci dávají pevnou strukturu. Vzhledem k mému tématu se v DVO1 zabývám sdílenými teoretickými představami o psychické pohodě a self managementu respondentů, které vycházejí z reformy péče o duševní zdraví. Jinak řečeno, jak respondenti psychickou pohodu a self management peer konzultantů vnímají, a co si pod těmito pojmy představují.

Abych DVO1 operacionalizovala, určuji indikátory, které jsou následující: představy o pozici peer konzultanta, představy o multidisciplinárním týmu, představy o reformě péče o duševní zdraví, představy o roli peer konzultanta v multidisciplinárním týmu, představy o své vlastní roli vzhledem k peer konzultantovi, představy o psychické pohodě peer konzultanta, představy o self managementu peer konzultanta.

DVO2: *Jaké jsou periferní elementy sociální reprezentace psychické pohody a self managementu peer konzultantů dle sociálních pracovníků, psychologů a peer konzultantů?*

V rámci DVO2 se zabývám periferními elementy sociální reprezentace psychické pohody a self managementu. Pomocí periferních elementů zjišťuji, jak centrální jádro sociální reprezentace interaguje s realitou, jakým způsobem dochází ke zkonkretizování a jak centrální jádro funguje v reálném světě (Plichtová, 2002). To znamená, jak sociální pracovníci, psychologové a peer konzultanti aplikují představy o psychické pohodě a self managementu peer konzultantů do praxe.

Indikátory DVO2 jsou postupy self managementu peer konzultanta, postupy zvyšování psychické pohody peer konzultanta, zkušenost s podporováním peer konzultanta z hlediska multidisciplinárního týmu v psychické pohodě a v self managementu, preventivní postupy před syndromem vyhoření, postupy práce s emocemi.

DVO3: *Jaký je vztah mezi centrálním jádrem a periferními elementy sociální reprezentace psychické pohody a self managementu peer konzultantů dle sociálních pracovníků, psychologů, a peer konzultantů?*

Třetí DVO se zabývá vztahem mezi centrálním jádrem a periferními elementy, konkrétně tedy souvislostmi mezi teoretickými představami o psychické pohodě a self managementu peer konzultantů plynoucí z reformy péče o duševní zdraví a praxí – jak self management a postupy budování psychické pohody v praxi fungují.

Indikátory DVO3 jsou vztah mezi představou o psychické pohodě peer konzultanta a postupy zvyšování psychické pohody peer konzultanta, vztah mezi představou o self managementu peer konzultanta a postupy self managementu peer konzultanta, vztah mezi teoretickou představou o roli peer konzultanta a působením peer konzultanta v multidisciplinárním týmu, vztah reformy péče o duševní zdraví a péče o peer konzultanta.

7 Technika sběru dat

V kvalitativním výzkumu se používá několik typů technik sběru dat. Dle Žižlavského (2007) lze za základní a nejčastější techniku kvalitativního výzkumu považovat rozhovor, který jsem i já zvolila pro svůj výzkum. Díky rozhovoru lze dosáhnout hlubšího porozumění subjektivních zkušeností a názorů jednotlivců na dané téma. Výpovědi respondentů v rozhovoru přinášejí bohaté a podrobné informace o konkrétních záležitostech (Seidman, 2013).

Rozhovor lze dělit na dva typy – na polostrukturovaný a otevřený/nestrukturovaný rozhovor. Polostrukturovaný rozhovor Žižlavský (2007) popisuje jako takový, který má stanovené jasné pořadí otázek, které výzkumník klade všem respondentům. Dle Miovského (2006) by měl být rozhovor strukturovaným ale zároveň flexibilní. Výzkumník by se měl přizpůsobit reakcím a názorům respondentům a měl by na ně flexibilně reagovat, což tedy znamená, že polostrukturovaný rozhovor umožňuje volnost v kladení doplňujících otázek, které výzkumníka mohou v průběhu rozhovoru napadat. Pro svůj výzkum v bakalářské práci jsem zvolila právě polostrukturovaný rozhovor.

8 Jednotka zkoumání a jednotka zjišťování

Tato kapitola je zaměřena na jednotku zkoumání a zjišťování. Dle Žižlavského (2007) lze jednotku zkoumání a zjišťování chápat jako základní prvek výzkumu. V mé bakalářské práci je jednotkou zkoumání sociální reprezentace psychické pohody a self managementu peer konzultantů dle sociálních pracovníků, psychologů a peer konzultantů.

Dle zmíněné jednotky zkoumání, byly pro můj výzkum jednotkou zjišťování tři skupiny jedinců – sociální pracovníci, psychologové a peer konzultanti. U všech zmíněných skupin se jednalo o čtyři zástupce. Celkově se mi podařilo uskutečnit 12 rozhovorů.

Postupovala jsem dle kriteriálního výběru dle Miovského (2006). Jelikož je mé téma zaměřeno na psychickou pohodu a self management peer konzultantů, bylo podmínkou, aby sociální pracovníci a psychologové měli zkušenost s peer konzultanty. Z tohoto důvodu je většina respondentů z Center duševního zdraví. To ovšem podmínkou nebylo, proto mám i respondenty například působící v soukromé praxi, v psychiatrických nemocnicích, či v neziskových organizacích pracující s lidmi s psychózou. Pro zvýšení validity byli respondenti vybíráni tak, aby nebyli vybráni dva respondenti z jednoho pracoviště. Snažila jsem se o různorodý pohled na problematiku, proto mám respondenty z větších, ale i menších měst po celé České republice.

Respondentů jsem se doptávala na demografické údaje, které zahrnovaly pohlaví, věk, délku praxe s cílovou skupinou, nejvyšší dosažené vzdělání a absolvované kurzy. Mezi mými respondenty bylo 8 žen a 4 muži ve věku od 22 do 46 let. Délka praxe se u respondentů velmi lišila. Nejkratší praxi měl PE2 (Jan), jeden měsíc, a nejdelší praxi PSY3, který pracuje s cílovou skupinou 13 let. V oblasti vzdělání měli dva respondenti střední školu s maturitou, všichni ostatní vysokoškolské vzdělání. Pro podrobnější demografické údaje je v příloze tabulka C.

9 Postup a realizace sběru dat

V této kapitole je mým hlavním cílem popsat postup a realizaci sběru dat.

Mými respondenty byli sociální pracovníci, psychologové a peer konzultanti z různých sfér. Většinu respondentů jsem oslovila prostřednictvím e-mailu, který jsem vyhledala na webových stránkách CDZ a dalších organizací. Dále mi dva respondenti poskytli kontakty na kolegy z jiných pracovišť CDZ.

Rozhovory probíhaly on-line i osobně (6 rozhovorů on-line, 6 rozhovorů osobně). Nabízela jsem obě možnosti formy rozhovoru. Tři peer konzultanti ze čtyř preferovali formu osobního rozhovoru, jelikož jim takto sdělování osobních zkušeností bylo příjemnější. On-line rozhovory byly prováděny dle zvolené preference, a také z časových důvodů, jelikož se rozhovory s pracovníky často konaly ve večerních hodinách, a geograficky vzdálené od Brna. Pět on-line rozhovorů proběhlo na platformě Zoom, jeden rozhovor formou telefonickou, jelikož respondentovi nefungoval na notebooku zvuk. Rozhovory probíhaly od 26. ledna 2023 do 14. února 2023.

Rozhovory probíhaly prvotním navázáním kontaktu pomocí e-mailové zprávy, kde jsem popsala cíl výzkumu a k čemu získaná data využiji. Na začátku rozhovorů jsem znovu představila téma. Délka rozhovorů se pohybovala v rozmezí od 20 do 80 minut. Průměrná délka rozhovorů byla přibližně 45 minut. Všechny rozhovory byly nahrávány, s čímž respondenti souhlasili. Po skončení rozhovoru jsem se respondentů doptala na demografické údaje. Závěrem jsem respondentům poděkovala za poskytnuté informace a jejich čas.

10 Postup a realizace interpretace dat

V této kapitole se budu věnovat postupu a realizaci interpretace dat. Ve svém výzkumu využívám dvě metody interpretace dat. Odborně se tomuto procesu kombinování metod říká triangulace, proto v úvodu kapitoly představím pojem triangulace a vysvětlím, z jakého důvodu jsem se pro metodologickou triangulaci rozhodla. Následně přejdu k představení postupu a realizaci interpretace dat obou metod – IPA a zakotvené teorie.

10.1 Triangulace

V kvalitativním výzkumu je pojem triangulace definována jako kombinace různých metod, přístupů a zdrojů dat. Dle Hendla (2005) existuje několik typů triangulace. Například datová triangulace, triangulace výzkumníků, metodologická triangulace a teoretická triangulace.

Z hlediska mého výzkumu jsem použila metodologickou triangulaci uskutečněnou mezi metodami. Patton (2015) definuje metodologickou triangulaci jako kombinaci různých metod v rámci jednoho výzkumu. Důvodem využití metodologické triangulace je zvýšení spolehlivosti a validity získaných dat, díky čemuž lze získat bohatší a komplexnější pohled na zkoumaný jev. Dále Patton (2015) dodává, že kombinace metod využívá výhody jednotlivých metod, může překonat omezení jedné metody a v konečném důsledku získat výsledky, které by nebyly dostupné jinak.

V rámci triangulace využívám interpretativní fenomenologickou analýzu a metody zakotvené teorie. Tuto kombinaci metod například Creswell (2018) hodnotí velmi kladně, jelikož kombinace IPA a zakotvené teorie na jedné straně umožňuje zkoumat subjektivní zkušenosti jednotlivců a současně je druhé straně situovat do sociokulturního kontextu. Podobně kombinaci IPA a zakotvené teorie shledává Leavy (2017), která uvádí, že kombinace těchto dvou přístupů umožňuje jak zachycení subjektivní zkušenosti, tak možnost analyzovat data z hlediska teoretického rámce, což může vést ke komplexnímu a hloubkovému porozumění zkoumanému fenoménu. Na druhou stranu se autoři shodují, že kombinace IPA a zakotvené teorie je velmi časově náročná a jsou kladeny vyšší nároky na pozici výzkumníka.

V následujícím odstavci představím důvody využití IPA a zakotvené teorie z hlediska mého výzkumu. V bakalářské práci se zabývám sociální reprezentací psychické pohody a self managementu peer konzultantů dle sociálních pracovníků, psychologů a peer konzultantů. Jelikož je peer konzultant pracovník s vlastní zkušeností s duševním onemocněním, shledávám jako vhodnou metodu IPA, díky které je možné zkoumat subjektivní žitou zkušenost peer konzultanta. Mým cílem bylo nechat vyvstat subjektivní zkušenost peer konzultantů (Řiháček et al., 2013).

Zároveň ve výzkumu zkoumám i pohled sociálních pracovníků a psychologů, kteří podobnou zkušenost s duševním onemocněním jako peer konzultant nemají. U

pracovníků shledávám vhodnější použití části zakotvené teorie, jelikož očekávám větší teoretické nahlížení na téma z řad pracovníků (Řiháček et al., 2013).

Jak jsem nastínila, obě skupiny – pracovníci a peer konzultanti – jsou odlišné. Díky kombinaci zakotvené teorie a IPA mohu vytvořit teoretické koncepty a kategorie, ale zároveň mohu brát v úvahu subjektivní zkušenosti peer konzultantů, což mi velmi obohatí výzkumnou část. Tato kombinace metod mi umožní získat komplexní a hlubší porozumění psychické pohodě a self managementu peer konzultantů.

10.2 Interpretativní fenomenologická analýza (IPA)

IPA je kvalitativní přístup vyvinutý britským psychologem Jonathanem A. Smithem, který se zaměřuje na porozumění tomu, jak lidé vnímají své životní zkušenosti a přiřazují jim smysl. Přístup vznikl v oboru psychologie, ale dnes se využívá i v dalších příbuzných vědách. IPA má teoretické kořeny ve třech klíčových oblastech filozofie poznání – fenomenologii, hermeneutice a ideografii (Smith, 2009).

Fenomenologie se zaměřuje na subjektivní zážitky jedince, hermeneutika usiluje o porozumění a ideografie se zaměřuje na konkrétní detaily. Na ideografii navazuje problém, na který řada autorů poukázala. Jedná se o nomotetičnost. Nomotetičnost je v podstatě opakem ideografie, a označuje přístup výzkumu, který se zaměřuje na hledání obecných zákonitostí a pravidel tzv. univerzálních pravd a zákonů, které lze aplikovat na všechny jednotlivce (Smith, 2009).

V následující části se zaměřím na popis mého postupu interpretace IPA. Nejprve jsem rozhovory s peer konzultanty přepsala, kdy jsem zaznamenávala i detaily jako pauzy, tón hlasu nebo emoce, což doporučuje Řiháček et al. (2013). Tento způsob transkripce umožňuje výzkumníkovi lépe uchopit žitou zkušenost respondenta při druhém kroku, kterým je opakované čtení (Willig, 2017). Poté jsem vytvořila prvotní poznámky a komentáře (Řiháček et al., 2013). V levém okraji transkripce rozhovoru jsem si zaznamenávala možné názvy témat a v pravém okraji jsem si psala poznámky. Tento postup mi pomohl ve čtvrtém kroku, kdy jsem hledala vazby mezi tématy (Smith, 2009). Jakmile jsem našla vazby mezi jednotlivými poznámkami, vznikl mi seznam témat. Osborn (2003) tuto část nazývá jako vývoj kategorií. Ke každému seznamu témat, který je tvořen velkým tématem, a podruženými menšími tématy, jsem přiřadila citaci z rozhovoru. V poslední fázi jsem data interpretovala (Smith, 2009), kdy jsem seznam témat převedla do podoby textu, přičemž jsme hledala inkongruence u jednotlivých respondentů.

10.3 Zakotvená teorie

Zakotvená teorie je pravděpodobně nejvíce využívanou metodou v kvalitativním výzkumu (Řiháček, 2013). Podle Strausse a Corbinové (1999) je zakotvená teorie metoda

výzkumu, která se zaměřuje na vytváření teorie na základě dat získaných z empirického výzkumu. Tato metoda se snaží identifikovat základní kategorie v datech, propojovat je a organizovat je do abstraktních teorií, které vysvětlují vztahy mezi těmito kategoriemi. Při zakotvené teorii je podstatné dodržovat teoretickou citlivost. Tímto pojmem Strauss a Corbinová (1999) rozumí schopnost výzkumníka rozlišovat jemné detaily, a umět oddělit související od nesouvisejícího.

V následujícím odstavci představím můj metodologický postup zakotvené teorie, jejíž metody jsem využívala u interpretace sociálních pracovníků a psychologů. Stejně jako u peer konzultantů jsem rozhovory s pracovníky nejprve přepsala, což je dle Hendla (2005) podstatné pro následnou interpretaci. Po transkripci jsem použila techniku otevřeného kódování, která se dle Strausse a Corbinové (1999) používá k identifikaci základních pojmů vyskytujících se v datech. Cílem je rozkrýt text, tudíž jsem při četbě rozhovorů významovým jednotkám přiřazovala kódy. Na základě otevřeného kódování se dle Hendla (2005) tvoří obecné kategorie, jelikož se na základě kódů hledá jejich podobnost. Na otevřené kódování navazuje axiální kódování. Při axiálním kódování výzkumník zjišťuje, jestli je možné některé vzniklé kódy a kategorie sloučit pod sebe (Strauss, Corbinová, 1999). Posledním krokem byla analýza dat (Hendl, 2015), kdy jsem interpretovala kategorii, která se nejvíce vztahovala k HVO.

11 Reflexe pozice výzkumníka

V této kapitole se budu věnovat reflexi pozice výzkumníka. Tuto kapitolu jsem do metodologické části bakalářské práce zařadila z důvodu, abych nastínila své vlastní poznatky o tématu a aby toto mé uvažování neovlivňovalo následnou interpretaci dat.

S pojmem peer konzultant jsem se poprvé setkala v prvním ročníku bakalářského studia SP, kdy jsme měli předmět zaměřený na pomoc lidem s duševním onemocněním z hlediska jejich osobní zkušenosti.

Co se týče mých zkušeností s peer konzultanty, v rámci praxe jsem byla ve dvou organizacích, které pracují s lidmi s psychózou. V obou případech jsem se v průběhu praxe setkala s peer konzultanty.

K peer konzultantům přistupuji jako ke kterémukoliv jinému člověku. Z mých zkušeností jsem často nepoznala, že zrovna tento pracovník trpí psychózou. I přesto, že se k peer konzultantům chovám stejným způsobem, považuji je za osoby, které jsou velmi statečné a odvážné. Domnívám se, že prožít psychózu je velmi náročné, ovlivňující všechny aspekty života. Z mého úhlu pohledu je pro osoby s psychózou složité prožít život, natož pracovat. Na druhou stranu si myslím, že peer konzultantství je pro peer konzultanty velmi obohacující a v podstatě jim pomáhá sebepřijmout se a cítit se prospěšný.

V tomto odstavci nastíním své pohlížení na self management peer konzultantů. Myslím si, že self management je důležitý u každého člověka – ať už se jedná o člověka s psychózou, o pracovníka v sociálních službách, nebo programátora. Bohužel se domnívám, že lidé obecně mají problém o sebe adekvátně pečovat. Přetěžují se, mají přešasy, nepravidelnou stravu a spánek. I když je tento životní styl dle mého názoru špatný, člověk bez diagnostikované psychózy toto přetížení dokáže nějakou vlastní strategií korigovat – například odjede na dovolenou. Ale člověku s psychózou se dle mého názoru rapidně zhorší zdravotní a psychický stav. Proto self management a sebek péči považuji u peer konzultantů za velmi zásadní.

12 Silné a slabé stránky výzkumu

V této kapitole nastíním silné a slabé stránky výzkumu.

Za jednu z největších silných stránek výzkumu považuji velký počet respondentů. Konkrétně 12, z čehož byly seskupeny tři skupiny respondentů – sociální pracovníci, psychologové a peer konzultanti. Díky velkému počtu zastoupení respondentů, a ještě z různých profesí působící v multidisciplinárního týmu, jsem získala větší přehled o problematice a různé úhly pohledu.

Jako druhý velký přínos vnímám svůj zájem o téma a následně i z hlediska mých respondentů. Všichni mluvili velmi otevřeně a v závěru chválili výběr tématu, který buďto již předtím považovali jako důležitý a podstatný aspekt zájmu, či v průběhu rozhovoru dospěli k domněnku, že je peer konzultantům věnována nedostatečná pozornost.

Třetí silnou stránku shledávám v kombinaci metod zakotvené teorie a IPA. Díky IPA, kterou jsem prováděla s peer konzultanty, jsem získala cenné zkušenosti mých respondentů. Zároveň jsem díky zakotvené teorii, kterou jsem použila při interpretaci sociálních pracovníků a psychologů, jsem získala přehled o problematice z řad odborníků.

Za největší slabou stránku výzkumu považuji svoji nezkušenost s výzkumným procesem.

13 Etické aspekty výzkumu

Etické aspekty výzkumu popsal například Punch (2008), který za základní etické aspekty považuje dobrovolnost, informovaný souhlas, a anonymitu. Tyto zmíněné tři prvky byly pro můj výzkum nejzásadnější.

Při oslovování respondentů pomocí e-mailové komunikace jsem představila sama sebe i výzkum týkající se psychické pohody a self managementu peer konzultantů. Na základě tohoto seznámení všichni respondenti vstoupili do výzkumu na dobrovolné bázi. Následně na začátku každého rozhovoru proběhl ústní souhlas s nahráváním rozhovoru. Všichni respondenti byli informováni o možnosti přerušit rozhovor, nedokončit rozhovor nebo neodpovídat na otázku, pokud v nich bude vyvolávat negativní pocity a vzpomínky.

Při zpracování dat jsem kladla důraz na anonymizaci. Sociální pracovníci dostali označení SP1-SP4 a psychologové PSY1-PSY4, aby nenastala možnost dohledání konkrétního respondenta. U peer konzultantů v tabulkách a jiných částech používám označení PE1-PE4. Při interpretaci interpretativní fenomenologické analýzy jsem respondenty nazvala jmény, jelikož se domnívám, že u této metody, která je zaměřena na zkušenost konkrétního člověka je jména vhodnější než zkratka, ovšem z hlediska dodržení anonymizace dat jsem si jména vymyslela.

Pokud se v interpretaci dat nachází citace z rozhovoru, ve které bylo zmíněno konkrétní místo nebo konkrétní osoba, byla citace upravena tak, aby zachovala původní myšlenku respondenta, ale aby i zároveň udržela anonymitu.

C)Interpretační část

V interpretační části je mým hlavním cílem odpovědět na hlavní výzkumnou otázku, k čemuž mi pomohou tři dílčí výzkumné otázky. Interpretace dílčích výzkumných otázek je rozdělena do dvou částí – na část peer konzultantů interpretovaných pomocí interpretativní fenomenologické analýzy, a na část pracovníků – SP a psychologové – kteří jsou interpretováni pomocí zakotvené teorie. Uskutečnila jsem čtyři rozhovory s peer konzultanty, ovšem z hlediska rozsahu není možné interpretovat všechny, proto jsem pro podrobnou interpretaci zvolila peer konzultanty dva. Zvolila jsem takové peer konzultanty, kteří jsou rozdílní, abych získala lepší přehled o problematice. Rozdíly se týkají délky zkušenosti s peer konzultantstvím, diagnózy a velikosti města.

14 Interpretace DVO1

Cílem této kapitoly je zodpovědět první dílčí výzkumnou otázku, která zní: *Jaké je centrální jádro sociálních reprezentací psychické pohody a self managementu peer konzultantů dle sociálních pracovníků, psychologů a peer konzultantů?*

14.1 Interpretace DVO1 u peer konzultantů dle IPA

Charakteristika respondentů:

Peer konzultantem Petrem je muž s onemocněním v podobě schizofrenie, který má mnoholeté zkušenosti s výkonem peer konzultantství, konkrétně šest let. Je jedním z prvních peer konzultantů, kteří v České republice působili, proto je velmi angažovaný v různých projektech. Má kurz pracovníka v sociálních službách a další psychoterapeutické kurzy. Následně se po peer konzultantství začal věnovat peer lektorství.

Peer konzultant Jan je muž, který na pozici peer konzultanta začíná. Ve chvíli, kdy probíhal rozhovor, měl za sebou měsíční zkušenost. Nikdy předtím kvůli svému onemocnění nepracoval. Jan je z menšího města, kde CDZ vzniká. Co se týče onemocnění, má bipolární poruchu.

14.1.1 Seznam témat DVO1 peer konzultanta Petra

A) Vhodné predispozice peer konzultanta

Osobní kvality – *„Peer je člověk, který musí mít osobní kvality, aby mohl tu práci jako vykonávat.“*

- **Psychická odolnost** – *„K tomu patří nějaká psychická odolnost. Ono to zní trošku jako blbost jakoby, že jako psychicky odolnej člověk, že jako je zároveň psychicky nemocnej.“*
- **Houževnatost** – *„Když jsem se do něčeho pustil, tak jsem se to snažil dokončit a neutíkal jsem od toho.“*

Proces učení hovoření o vlastním onemocnění – *„Já, když jsem to dělal, tak mě to v podstatě jako otevíralo ty starý rány jo, ale naučil jsem se o tom mluvit, aby mě to nezraňovalo.“*

Sebepřijetí jako nejtěžší úkol – *„Já jsem vlastně měl bludy spojený s tím, že jsem myslel, že jsem jako úchyl nebo prostě jako nějaký druh boha, takže ono to sebepřijetí potom bylo jako těžký.“*

- **Problém ve společnosti** – *„Trpěl jsem možná s tím, jakou mám roli v tomto světě a v životě prostě jo, protože když člověk žije jakoby nemocnej, tak je na něj lidi maj takovej jako blbej pohled.“*

- **Sebestigmatizace** – „Sebestigmatizace dejme tomu nějaká pořád taky je, že nemůžu se jako oveřejnit, že prostě mám tu diagnózu jo.“
- **Pomohl čas, psychoterapie a reforma** – „Určitě čas, že si to člověk zpracovává v sobě a potom určitě jako nějaká psychoterapie taky, ta mi jako pomohla, že jsem chodil. A reforma, protože nebejt reformy, tak jsem skončil v ústavu prostě jo.“

B) Self management jako způsob nevyhoření a vyhnutí se psychické nepohodě

Nikdy nekončící boj s nemocí – „Jako je to nikdy nekončící boj s tou nemocí, takže ono vlastně taková nikdy nekončící nepohoda. Určitě to ale může být lepší a horší.“

Zvýšená sebek péče v komparaci s ostatními pracovníky – „Musím jako mnohem víc dávat na sebe pozor než normální pracovníci jako třeba zdravotní sestry, protože je to jako psychicky náročná práce, a u toho peer konzultanta je to ještě mnohem náročnější psychicky.“

- **Psychické zranění z minulosti** – „No, protože člověk si s sebou nese ty rány z minulosti no.“
- **Větší náchylnost k vyhoření** – „Tak jako u těch peerů je to vyhoření mnohem jakoby rychlejší, a mnohem náchylnější.“

Hledání rovnováhy – „Jako hlavně najít si jakoby rovnováhu v tom jako kolik dávám tý práci, abych nevyhořel.“

Profesionální odstup – „Peer konzultant by spíš měl bejt od citlivosti jakoby spíš jako oproštěnej jo, protože když jako moc dáváte do tý práce peera dáváte moc city, tak je to jako větší náročnost na tu psychiku jakoby vaši.“

Protikrizové plánování pro peer konzultanty – „My jsme měli v práci vlastně protikrizové plánování jenom čistě pro peery, ne pro pracovníky.“

Snaha o minimalizaci stresu – „Hlavně se snažím jako nestresovat jo, protože jako v podstatě, jakmile se v podstatě jakoby dostanu do stresu, tak se mi prostě vrací nemoc jo.“

14.1.2 Interpretace DVO1 peer konzultanta Petra

Petr se domnívá, že pozice peer konzultanta není pro každého se zkušeností s psychózou, jelikož je práce na pozici peer konzultanta náročná vzhledem k psychické pohodě. Aby peer konzultant pozici zvládl, musí mít určité predispozice.

Za tyto predispozice Petr považuje vytvořenou odolnost, aby na sebe peer konzultant nevztahoval náročné životní situace klientů. Když je totiž dle Petra peer konzultant přehnaně empatický, v tom slova smyslu, že nemá vytvořenou profesionální hranici, určitý odstup, vyhoří. Druhým důležitým prvkem při výkonu peer konzultantství je zpracování nemoci a umění o ní hovořit. Tento prvek je důležitý z hlediska faktu,

že při komunikaci s klienty se mohou peer konzultantovi vypořádat negativní vzpomínky na jeho zkušenost s psychózou.

Velký prostor byl věnován tématu sebepřijetí, který Petr hodnotil jako jeden z nejtěžších úkolů nejenom pro peer konzultanta, ale obecně pro osoby s psychózou. Důvod, proč je sebepřijetí u Petra velmi těžké plyne z problematiky bludů, ale i z problematiky společnosti, která obecně nenahlíží na osoby s psychózou příznivě.

V návaznosti na první odstavce o predispozicích peer konzultanta, Petr poukazuje na důležitost sebepečce peer konzultanta, která by měla být větší než u ostatních pracovníků, jelikož peer konzultant si nese zranění z minulosti a je náchylnější k vyhoření. Jako cestu k nevyhoření považuje Petr self management. Za nejpodstatnější techniku zmiňuje tvorbu profesionálního odstup, a eliminaci stresu, jelikož pokud je Petr ve stresu, okamžitě se mu vrací příznaky psychózy.

Co se týče inkongruencí, u Petra jsem identifikovala téma psychická odolnost a zároveň profesionální odstup.

14.1.3 Seznam témat DVO1 peer konzultanta Jana

A) Nástroje pro práci na pozici peer konzultanta

Vlastnosti

- **Zodpovědnost** – „Člověk musí mít to sebevědomí, aby jako dokázal tomu člověku pomoci a že ho nijak jako nepokříví.“
- **Vnímavost a citlivost** – „Já jsem takový senzitivní, ale ne všechny klienty to osloví.“
- **Odvaha** – „Peer by měl být odvážný si myslím, ale to nevím, jestli jsem no.“ „Obdivuju ty lidi, který veřejně mluví na destigmatizačních akcích. Jako já bych to asi taky zvládnul, ale je tam potřeba velká odvaha.“

Zranitelnost a citlivost je potřebná pro bližší kontakt – „Člověk, aby se navázal jako nějaký důvěrnější kontakt, tak musí navzájem ty dva lidi být musí být vůči sobě zranitelní.“

Zpracování

- **Proces zotavení** – „Projít tím zotavením teda, nějakým způsobem, ne úplně jako do konce třeba, ale být v tom procesu zotavování.“
- **Příběh** – „Být ochotný to sdílet jako s druhým lidem.“ „V (jméno organizace) jsme pracovali na osobním příběhu, a tak jsem si ten osobní příběh trochu zpracoval.“

Sebepřijetí je proměnlivé – „No, jelikož mám jako afektivní poruchu, tak když mám jako manický stavy, tak mám jako vysoké sebevědomí, chová se úplně divně a jakmile to vopadne a dostanu se do deprese, tak se za to strašně biču a nedokážu to nějak přijmout, a to mě právě to sebevědomí strašně poškozuje.“

- **Budování sebevědomí** – „Budovat sebevědomí i na jinech složkách než na základě toho, co se odehrávalo při tom onemocnění.“

B) Hledání self managementu a psychické pohody z důvodu krátké zkušenosti na pozici peer konzultanta

Nepohoda plynoucí z adaptačního procesu – „Jako cejtím, že já jsem v nepohodě trochu jako jo, takže pak je tam pro mě jako třeba těžký vyladit ten osobní život mimo tu práci tak, aby to fungovalo.“

Poznávání peerovské pozice – „Jestli do toho patří i nějaká ta supervize, jako speciálně pro toho peera nebo i taková podpora peerovská jako navzájem, tak do toho jsem zatím moc nezabředl.“

Self management podle sebe – „Já se to snažím dělat podle sebe, tak jak to jde nějak.“

14.1.4 Interpretace DVO1 peer konzultanta Jana

Jan působí na pozici peer konzultanta krátké časové období. Fakt, že nikdy předtím nepracoval ještě umocňuje celkovou nepohodu, kterou momentálně Jan zažívá. Je pro něj zatím těžké vyladit osobní život mimo práci. I přesto, že je adaptační proces pro Jana náročný, v práci se cítí dobře.

Jan považuje některé nástroje peer konzultanta za důležité vzhledem k psychické pohodě. Dle Jana by peer konzultant měl být zodpovědný. To znamená, aby peer konzultant byl stabilní a sebejistý v tom, že svým předáváním zkušeností klienta nijak netraumatizuje. Dále zmiňoval, že on sám je velmi senzitivní, což ale ne každého klienta osloví. Poslední jmenovanou vlastností byla odvaha, kterou Jan zmiňoval v souvislosti s obdivem vzhledem k peer konzultantům, kteří o svém příběhu hovoří veřejně. Jan prezentuje, že by vystupování veřejnosti pravděpodobně také zvládl, ale je si vědom, že je k tomu potřeba velká odvaha, kterou neví, zdali má. Dále Jan za nástroj peer konzultanta považuje zranitelnost, která je dle Jana podstatná pro bližší navázání kontaktu s klientem. Posledním nástrojem peer konzultanta je příběh. Sám Jan na svém příběhu pracoval za pomoci jedné organizace.

Velký prostor Jan věnoval sebepřijetí, které je u něj velmi proměnlivé. Záleží na míře vlivu jeho onemocnění. Janův proces sebepřijímání se zlepšuje v komparaci s minulostí, k čemuž značně přispělo budování sebevědomí i na jiných složkách osobnosti než těch spojených s nemocí. Co se týče self managementu, je Jan v procesu nastavování technik, na které si sám přišel.

14.2 Interpretace DVO1 u sociálních pracovníků a psychologů dle zakotvené teorie

14.2.1 Kategorizace DVO1

V oblasti kategorizace daného tématu jsem identifikovala následující kategorie, a subkategorie. Podrobná kategorizace DVO1 včetně dimenzí je umístěna v příloze D.

Kategorie 1: Představy o vhodných predispozicích peer konzultantů pro dobrý výkon peer konzultantství a pro udržení jejich psychické pohody.

Subkategorie A: Pro dobrý výkon peer konzultantství je užitečné mít určité vlastnosti.

Subkategorie B: Zpracování a nemoci a příběhu jsou nezbytné kroky při práci na pozici peer konzultanta.

Subkategorie C: Sebepřijetí je náročné, ale podstatné pro výkon peer konzultantství.

Subkategorie D: Sebepoznání jako první krok k nastavení self managementu a technik sebepéče

Kategorie 2: Self management je pro peer konzultanty důležitý pro udržení jejich psychické pohody a pracovní pozice v multidisciplinárním týmu.

Subkategorie A: O psychickou pohodu musí peer konzultanti pečovat, jelikož je jejich práce psychicky velmi náročná.

Subkategorie B: Teoretické představy o self managementu, který by peer konzultanti měli dodržovat, aby předešli dekompenzaci.

Kategorie 3: Zranitelnost a citlivost peer konzultantů ve vztahu k jejich psychické pohodě.

Subkategorie A: V případě umění práce se zranitelností a citlivostí, se peer konzultant stává velkým pomocníkem klientům.

Subkategorie B: Pokud se zranitelností a citlivostí peer konzultant neumí pracovat, znesnadňuje to jeho práci s klienty a zhoršuje to jeho psychickou pohodu.

Kategorie 4: Pokud je peer konzultant v psychické pohodě, je velkým přínosem pro klienty i MT.

Subkategorie A: Peer konzultant je inspirací pro ostatní pracovníky v multidisciplinárním týmu.

Subkategorie B: Peer konzultant poskytuje ostatním pracovníkům multidisciplinárního týmu rady.

Subkategorie C: Peer konzultant ztvárňuje naději pro klienty.

Subkategorie D: Peer konzultant je díky zkušenosti s duševním onemocněním klientům nejbližší.

14.2.2 Interpretace DVO1

V této části budu detailně interpretovat DVO1, pro kterou jsem zvolila kategorii dvě, která se zabývá důležitostí self managementu peer konzultantů z hlediska udržení psychické pohody a pozice v multidisciplinárním týmu.

Subkategorie A: O psychickou pohodu musí peer konzultanti pečovat, jelikož je jejich práce psychicky velmi náročná.

Psychickou pohodu popisovali respondenti každý jiným způsobem. Nejčastěji se objevovaly stavy spokojenosti, radosti, stavy klidu, vyrovnanosti (SP4, PSY4), naopak SP1 považuje za psychickou pohodu peer konzultantů stav bez známek psychického onemocnění.

Všichni dotazovaní respondenti z řad sociálních pracovníků a psychologů se shodli na tom, že pro práci peer konzultanta s klienty a udržení peer konzultanta na této pozici v multidisciplinárním týmu, je velmi důležité pečovat o psychickou pohodu. Je to z toho důvodu, že je práce s lidmi s psychózou psychicky velmi náročná. Ovšem respondenti se neshodovali, zda je udržování psychické pohody peer konzultantů důležitější než udržování psychické pohody ostatních pracovníků multidisciplinárního týmu.

Někteří sociální pracovníci (SP1, SP4) se domnívají, že psychická pohoda peer konzultantů je stejně důležitá jako u kteréhokoliv jiného pracovníka v multidisciplinárním týmu. Naopak PSY2 tvrdí, že psychická pohoda peer konzultantů je důležitější u peer konzultantů, jelikož jsou rizikovější a náchylnější k rozvrácení psychické pohody, což následně může vést k navrácení psychiatrických příznaků, atace, až k hospitalizaci.

„Peer konzultanti jsou rizikovější v tom, že se, prostě tím, že to znají tu problematiku a prošli si tím, tak jsou rizikovější k tomu, k třeba k té zátěži, kterou můžou prožívat v té práci, proto si myslím, že by o sebe měli víc dbát než zdravý člověk v té práci.“ (PSY2)

Dále z výpovědí respondentů vyplynulo několik faktorů, které jsou na práci peer konzultanta náročné. SP1, SP3, PSY1, PSY3 se shodli na tom, že práce v terénu je pro peer konzultanty náročná, hlavně z důvodu, že je práce velmi akční, plná rychlých změn, či brzkého vstávání na porady, což činí některým peer konzultantům problémy.

„No, ono je obecně známý, že opravdu ta práce peer konzultanta v terénu, zejména v centrech duševního zdraví, kde se jakoby ... je krize, šup, musí se všechno pozměnit a rychle jako odjet a podobně, tak toto jsme vnímali, že strašně byl jako problém a bylo to hrozně pro ni stresující.“ (SP1)

Na tomto místě chci ještě poukázat na výpovědi respondentů, kteří zmiňovali že i samotné vyprávění příběhu může být velmi náročné (SP2). Na druhou stranu PSY3 potvrzuje, že vyprávění příběhu může být náročné, ale vyzdvihl aspekt, že vyprávění příběhu – narativita – zvyšuje psychickou pohodu peer konzultantů. Za náročnost práce peer konzultanta ovlivňující psychickou pohodu jsou považovány také těžké životní

příběhy klientů, na čemž se shodují psychologové (PSY1, PSY3). Proto je podstatné naučit se zpracovávat příběhy klientů a celkově pracovat s klienty takovým způsobem, aby to peer konzultanty nezraňovalo (PSY3).

Popsala jsem, co je dle výpovědí respondentů pro peer konzultanty obtížné a nyní přejdu k tomu, co respondenti zmiňovali jako důležité pro udržování a pečování o psychickou pohodu. Jako nejdůležitější byla zmiňována tvorba odolnosti a psychohygienu, aby nedošlo ke zhoršení psychického stavu (SP2, SP3, PSY2, PSY3) související s prací sama se sebou, což úzce koresponduje se self managementem, kde je práce sama se sebou ústředním tématem. Ze zkušeností s peer konzultanty SP3 a PSY3 plyne, že je pro výkon pozice peer konzultanta nezbytně nutné se psychickou pohodou zabývat a nezanedbávat ji.

Subkategorie B: Teoretické představy o self managementu, který by peer konzultanti měli dodržovat, aby předešli dekompenzaci.

V interpretaci této subkategorie je mým hlavním cílem představit teoretický pohled sociálních pracovníků a psychologů na self management peer konzultantů. Velmi pozoruhodné bylo zjištění, že pár odborníků (SP4, PSY1, PSY2) slyšelo tento pojem poprvé v životě. Následně ale všichni vydedukovali, o čem by self management peer konzultantů mohl být. Tím, že někteří respondenti o self managementu peer konzultantů teoreticky nic nevěděli, vyvozovali představy o self managementu z vlastní zkušenosti s peer konzultanty.

Nejprve bych chtěla zmínit, že respondenti viděli velkou souvislost mezi self managementem a psychickou pohodou. Sami zmiňovali, ať už teoreticky, nebo i z vlastní zkušenosti, že dobře nastavený self management peer konzultantů, napomáhá k udržování jejich psychické pohody a pracovní pozice v multidisciplinárním týmu.

Dle výpovědí respondentů je jasné, že je self management velmi široký pojem, do kterého spadá spousta aspektů. Stejně jako u pečování o psychickou pohodu se všichni respondenti shodli, že jsou určité aspekty self managementu pro peer konzultanty velmi důležité, jelikož pokud se nedodržují, důsledkem je odchod z práce.

„Peer konzultantka často si nosila tu práci jako domů a pak to dopadlo tak, že většinou končila na neschopence, až následně musela i jako tu práci opustit úplně, protože to prostě jako nezvládla a šlo, tady si myslím, že byla opravdu chyba pouze v jejím self managementu.“ (SP1)

Úryvkem z rozhovoru se SP1 jsem chtěla ilustrovat, že je self management peer konzultantů opravdu důležitý, s čímž souhlasí i ostatní dotazovaní respondenti. PSY2 má zkušenost s tím, že se peer konzultant velmi přetěžoval, bral si několik klientů denně a svůj self management vůbec nedodržoval. Jako základ self managementu bylo zmiňováno poznat sám sebe, a dle toho si nastavovat podmínky v práci a počet klientů, takže self management je cesta k fungování a udržování sebe sama v pracovním životě (SP1, SP2, SP4, PSY1, PSY2).

V návaznosti na předchozí odstavec bych chtěla zmínit, že peer konzultanti se sice mohou velmi dobře znát a mohou mít nastavený počet klientů, který jim vyhovuje, ale jejich psychický stav se denně mění, což je rozdíl od ostatních, psychicky stabilnějších pracovníků v multidisciplinárním týmu. Dle toho by také peer konzultanti měli umět reagovat. Obecně to lze nazvat jako sebereflexe a flexibilita, určité umění reagovat a jednat dle svého psychického stavu (SP4, PSY1, PSY2, PSY3).

Předchozí odstavec o nepřetěžování úzce souvisí s hranicemi. Práci s hranicemi zdůrazňovalo hned několik respondentů (SP3, SP4, PSY1, PSY2, PSY3). Opět to souvisí se sebepoznáním. Druhým bodem, je umění říct ne. Do self managementu bez pochyby patří i psychohygienu a péče o sebe sama (SP1, SP3, SP4, PSY1, PSY2, PSY3).

Závěrem interpretace o teoretických představách self managementu peer konzultantů bych chtěla zmínit uspořádání priorit, které zmiňovali SP1 a PSY3. Jde o uvědomění, co je pro peer konzultanta v životě důležité, a i když jej práce velmi naplňuje, nemůže ji dělat pořád. Měl by umět i odpočívat a relaxovat (PSY1, PSY3, PSY4), díky čemuž načerpá energii pro další pracovní dny.

14.3 Dílčí závěr DVO1

Na tomto místě přináším odpověď na DVO1, která zní: *Jaké je centrální jádro sociální reprezentace psychické pohody a self managementu peer konzultantů dle sociálních pracovníků, psychologů a peer konzultantů?*

Na základě interpretace dat dle IPA jsem identifikovala následující centrální jádro sociální reprezentace psychické pohody a self managementu dle peer konzultantů: 1) Peer konzultant by měl mít určité vlastnosti, aby ho práce peer konzultanta nezraňovala. 2) Peer konzultant by měl umět o onemocnění hovořit. 3) Sebepřijetí je velmi náročné. 4) Převažuje psychická nepohoda. 5) Měla by být zvýšená sebepéče oproti ostatním pracovníkům v multidisciplinárním týmu. 6) Self management dělají peer konzultanti podle sebe.

Na základě interpretace dat dle zakotvené teorie jsem identifikovala následující centrální jádro sociální reprezentace psychické pohody a self managementu dle sociálních pracovníků a psychologů: 1) Peer konzultant by měl mít určité vlastnosti, díky kterým nebude při práci s klienty zraňován a bude v psychické pohodě. 2) Je podstatné mít zpracované onemocnění, jelikož nezpracování onemocnění vede k narušení psychické pohody při výkonu peer konzultanta. 3) Sebepoznání peer konzultanta je první krok k nastavení self managementu. 4) Self management peer konzultantů je velmi důležitý pro udržení psychické pohody a pozice v multidisciplinárním týmu. 5) Peer konzultant by se měl naučit pracovat se svojí zranitelností a citlivostí, aby zůstal v psychické pohodě. 6) Když je peer konzultant v psychické pohodě, je inspirací pro klienty i MT.

Sdílené představy peer konzultantů a pracovníků se týkají vlastností, které by peer konzultant měl mít, aby ho práce nezraňovala. Za druhé zpracování onemocnění a za třetí, peer konzultant by měl mít nastavený self management, jelikož je jeho práce náročná, a bez nastaveného self managementu dochází k syndromu vyhoření.

15 Interpretace DVO2

Cílem této kapitoly je zodpovědět druhou dílčí výzkumnou otázku, která zní: *Jaké jsou periferní elementy sociální reprezentace psychické pohody a self managementu peer konzultantů dle sociálních pracovníků, psychologů a peer konzultantů?*

15.1 Interpretace DVO2 u peer konzultantů dle IPA

15.1.1 Seznam témat DVO2 peer konzultanta Petra

A) Techniky self managementu obecně v životě

Denní pravidelnost – „*Jako ráno v šest v sedm vstávám, udělám si ranní hygienu, potom se nasnídám, jako že mám prostě naplánovanou ten den, a taky pravidelně spát, mezi osmou a devátou chodím spát.*“

Metoda úkolového plánování – „*Když něco potřebuju udělat, tak si to musím napsat a postupně to odškrtnout, když si to nenapíšu, tak to opravdu neudělám, no někdy to neudělám, i když to mám napsané (smích), ale jako jakmile to nemám napsané, tak udělám polovinu práce.*“

Spánková hygiena – „*Ten spánek je důležitější, pokud jako nemáte pravidelnou spánek, tak se jako strašně rapidně začne zhoršovat ten zdravotní stav.*“

Zdravý životní styl – „*Nepiju alkohol, odvykl jsem si kouřit.*“

Emoční rovnováha – „*Snažím se držet takovej svůj osobní zen jakoby, takže jako nemít moc velký výkyvy nálad a prostě, když je mi jakoby špatně, tak si jako držím jako dobrou náladu, a i chvíle, kdy mi je blbě, kdy jsem jako zas moc rozváděnej, nebo mám jakoby moc velkej pocit štěstí, tak se snažím zase mírnit.*“

Medikace – „*Základem je nachystat si léky s sebou, nosím je jakoby s sebou, a když mi je moc blbě, tak si prostě vezmu jo, takže se zmedikuju jakoby sám, ale to beru už jako krizovej stav.*“

Regulace silou vůle – „*Trošku se s tím tou silou vůle dá trošku dělat, ale jenom jako málo, ne jako že bych řekl, teďka budu zdravěj a z čista jasna se vyléčím, tak to úplně nefunguje.*“

B) Techniky self managementu v pracovním prostředí

Pracovní time management

- **Využití diáře** – „*Když jsem třeba chodil do práce, tak jsem musel mít diář, tak prostě bez diáře to nejde.*“
- **Plánování pracovní doby** – „*Měli jsme nějaký plánování tý pracovní doby toho pracovního procesu jakoby toho peera.*“

Separace práce a osobního života – „*Vypínat pracovní e-mail.*“

Snížení pracovního nasazení v případě příznaků syndromu vyhoření – „U toho vyhoření mi pomohl trošku odpočinek, že jsem trošku zvolnil v tý práci, že jsem si třeba vzal na týden dovolenou, když už to bylo dost vážný.“

Tvorba profesionální hranice – „Každý pracovník si musí vybudovat jakoby sám ten odstup, protože nemůžete být úplně jakože je mi to jedno, na druhou stranu nemůžete být do toho případu tak vtažený, že by vás to semlelo.“

- **Klienti často překračují hranice** – „Klienti vyžadují, abyste se s něma potkávali jako po práci, abyste se s něma potkávali jako kamarádi.“
- **Edukace klientů o pozici peer konzultanta** – „My jsme vždycky vysvětlovali, že to nejde, že jsme jako takový profesionální kamarádi, jsme za to placení a nechtějte po nás, že se s váma jako setkáme ve volném čase.“
- **Poskytování pouze pracovních kontaktů** – „Musíte jakoby mít třeba pracovní telefon a dávat jenom pracovní číslo na sebe jo.“
- **Změna jména na sociálních sítích** – „Dokud jsem neměl změněné jméno, tak si mě vygooglil nějaký klient, třeba bývalej, chtěl pokecat na messengeru.“

15.1.2 Interpretace DVO2 peer konzultanta Petra

Petr má vytvořených několik technik self managementu, které jsem rozdělila na techniky self managementu v osobním životě a techniky self managementu v pracovním prostředí.

Co se týče technik self managementu obecně v životě, nejdůležitějšími technikami pro Petra je denní pravidelnost a metoda úkolového plánování, jelikož jakmile Petr nemá napsané úkoly, udělá polovinu práce. Dále Petr zmiňuje důležitost spánkové hygieny, jelikož při nedodržívání spánkové hygieny se rapidně zhoršuje jeho zdravotní stav. Posledními technikami self managementu obecně v životě, které Petr využívá je emoční rovnováha, kdy se Petr snaží nemít velké výkyvy nálad, regulace silou vůle, což má pouze mírný vliv a medikace. To znamená mít vždy nachystané léky a brát si je s sebou kamkoliv.

Druhý okruh technik self managementu je zaměřený na práci. Tyto techniky Petr považuje jako podstatné, protože jsou prevencí před pracovním přetížením. V rámci pracovního time managementu Petr v práci na pozici peer konzultanta využíval diář, bez kterého nelze pracovat. Dále Petr považuje za podstatné separovat práci od osobního života například za pomoci vypnutí pracovního e-mailu mimo pracovní dobu. V případě objevujících se příznaků syndromu vyhoření Petrovi pomáhá odpočinek, kdy si vezme dovolenou nebo zvolní v práci. Posledním krokem self managementu Petra je tvorba profesionální hranice, což je dle Petra odstup od klientů, kteří u peer konzultantů často hranice překračují. Za konkrétní postupy nedovolení klientům, aby překračovali hranice je edukace klientů o tom, že peer konzultant je pracovník a ne kamarád. Za druhé poskytovat pouze pracovní kontakty a změnit si jméno na sociálních sítích.

15.1.3 Seznam témat DVO2 peer konzultanta Jana

A) Postupy self managementu pro budování psychické pohody

Pohyb – „Sport, to moc ne jako (smích), ale občas sport, nebo procházky, pohyb je taky zásadní věc pro budování celkové pohody.“

Zdravá strava – „Zdravá strava, ale to taky ne úplně často dodržuju, spíš mám takový etapy v tom roce, kdy se snažím jíst jako zdravě.“

Vytvoření časového prostoru pro relaxaci – „Já se snažím jako meditovat a dechový cvičení dělat, a když je potřeba, tak tomu věnuju i hodinu denně jako doma potom, že si potřebuju udělat jako prostor tady na to a mě to pomáhá jako zbavit se tady té zátěže no.“

Spánková hygiena – „No tak rozhodně spánek, na tom to stojí všechno si myslím, jako abych těch osm hodin tak nějak jako naspal.“

B) Postupy self managementu v pracovním prostředí

Disociační proces při práci s klienty – „Nevztahovat si to, co zažiju v terénu, nevztahovat si to na sebe, že prostě oddělovat to hodně, a to se mi asi daří.“

Separace práce a osobního života – „Joo, to už jsem taky poznal, že si nemám brát práci domů (smích), protože to funguje jenom v té práci, aspoň tedy mně.“

Preventivní intervence – „Je prostě potřeba včas reagovat a vzít si volno prostě, já chodím třeba jako preventivně i na psychoterapie.“

Emoční regulace – „Když se něco jako zadaří, tak si to jako na sebe vztáhnu, a to negativní to jako se snažím spíš nevztahovat.“

C) Podpora multidisciplinárního týmu

Poskytnutí prostoru pro sebepěči – „Tým mi poskytne volno, jinak by to nemohlo fungovat si myslím.“

Nastavení společné harmonie – „Snažíme se budovat tu správnou harmonii mezi těma klíčovými pracovníkama a tím peerem.“

Respektování peer konzultantových omezení – „Kolegové jsou velice jako k tomu vnímaví a myslím, že mají i pochopení pro moje jako omezení.“

Pravidelné konzultace s vedoucím pracovníkem – „Já všechno konzultuju právě, jednou tejdne nebo jednou za čtrnáct dní se svým vedoucím.“

15.1.4 Interpretace DVO2 peer konzultanta Jana

Jan má vytvořených několik postupů self managementu pro budování psychické pohody.

Zmiňuje pohyb, který je pro psychickou pohodu zásadní, ovšem ne úplně často jej provozuje. To stejné platí u zdravé stravy. Jan ví, že je zdravá strava zásadní pro psychickou pohodu, ale má pouze etapy v roce, kdy jí zdravě. Velkou pozornost Jan věnoval

vytvoření časového prostoru na relaxaci, která je pro něj v životě velmi zásadní, jelikož se při ní dokáže zbavit zátěže. Posledním postupem pro budování psychické pohody je spánková hygiena.

Co se týče postupů self managementu v pracovním prostředí, nejvíce Jan využívá disociační proces při práci s klienty, kdy si v rámci práce nevztahuje na sebe, co zažije v terénu. Druhým podstatným krokem je separace práce a osobního života, kdy je dle Jana podstatné pracovat pouze v práci. Preventivní intervence je další postup self managementu, kdy Jan dochází preventivně i na psychoterapie. Jan ještě v pracovním self managementu využívá emoční regulaci, kdy na sebe pozitivní vlivy nechá působit a negativní se snaží spíš nevztahovat.

Jelikož je Jan na pozici peer konzultanta krátké časové období, velkou pozornost věnoval multidisciplinárnímu týmu, který je pro něj oporou. Kolegové jsou velmi chápaví a celkově se Jan často odkazoval na svého vedoucího, se kterým vše pravidelně konzultuje.

15.2 Interpretace DVO2 u sociálních pracovníků a psychologů dle zakotvené teorie

15.2.1 Kategorizace DVO2

V oblasti kategorizace daného tématu jsem identifikovala následující kategorie, a subkategorie. Podrobná kategorizace DVO2 včetně dimenzí je umístěna v příloze E.

Kategorie 1: Způsoby podpory peer konzultanta v psychické pohodě a self managementu z hlediska multidisciplinárního týmu

Subkategorie A: MT pomáhá peer konzultantovi v psychické pohodě díky nastavení otevřeného prostoru a důvěrné atmosféry v týmu.

Subkategorie B: MT ujišťuje peer konzultanta, že zhoršení jeho psychického stavu není selhání.

Kategorie 2: Postupy self managementu peer konzultantů pro udržení psychické pohody a pozice v multidisciplinárním týmu

Subkategorie A: Self management peer konzultanta v pracovním prostředí

Subkategorie B: Self management peer konzultanta v osobním životě

Kategorie 3: Aspekty zvyšující psychickou pohodu peer konzultantů

Subkategorie A: Pracovní aspekty zvyšující psychickou pohodu

Subkategorie B: Individuální aspekty zvyšující psychickou pohodu

15.2.2 Interpretace DVO2

V této kapitole budu detailně interpretovat DVO2, pro kterou jsem zvolila kategorii dvě zaměřenou na postupy self managementu peer konzultantů napomáhající k udržení psychické pohody a pracovní pozice v multidisciplinárním týmu.

Subkategorie A: Self management peer konzultanta v pracovním prostředí

V úvodu subkategorie o self managementu peer konzultantů v pracovním prostředí bych ráda zmínila, že zkušenosti respondentů – sociálních pracovníků a psychologů – se self managementem peer konzultantů, jsou velmi rozdílné. V některých organizacích mají peer konzultanta s dlouholetými zkušenostmi, který má dobře nastavenou alespoň určitou oblast self managementu (SP2, SP4, PSY1, PSY3, PSY4). Na druhou stranu existují i peer konzultanti, kteří nemají nastavený žádný self management, nepěčují o sebe dostatečně a přetěžují se (SP1, SP3, PSY2).

Druhý bod, který bych na úvod chtěla zmínit, se týká faktu, že většina respondentů z řad pracovníků nevěděla, jaký self management má jejich peer konzultant (SP2, SP4, PSY1, PSY2, PSY4). Pozoruhodné mi přišlo zjištění, které vyplynulo z rozhovorů – mnohem méně informací o peer konzultantech ví psychologové. Sami psychologové (PSY1, PSY2, PSY4) uváděli, že o peer konzultantech obecně znají málo informací. Zmíněný fakt plyne pravděpodobně ze skutečnosti, že peer konzultant spadá pod sociální oblast multidisciplinárního týmu, a psycholog pod oblast zdravotnickou. Psychologové (PSY1, PSY2, PSY3) prezentovali, že s peer konzultantem nesdílí kancelář a setkávají se s ním pouze na poradách/supervizích, z čehož plyne důsledek nízké informovanosti o peer konzultantech.

„Já o těch peerech vlastně, když se o tom takhle bavíme, tolik úplně nevím.“ (PSY2)

V následující části interpretace DVO2 již přejdu ke konkrétním postupům self managementu peer konzultantů, které jsem v rozhovorech identifikovala. První oblast self managementu v pracovním prostředí je zaměřena na práci s hranicemi (SP3, PSY1, PSY3). Práce s hranicemi se důležitá, aby se peer konzultant nepřetěžoval, nebo aby jej klienti nepřehlcovali či nevyužívali. Podle SP2, SP3, PSY2 jde přehlčení nebo využívání peer konzultanta ze strany klientů předejít pomocí vyjasnění role peer konzultanta a nastavení spolupráce s klientem. Ze zmíněného plyne, aby peer konzultanti při navázání spolupráce edukovali klienty o pozici peer konzultanta, a objasnili na čem spolu budou pracovat. Edukace může spočívat v objasnění, co může klient probírat s peer konzultantem a s čím by měl raději oslovit jiného pracovníka. Nastavení spolupráce se týká i jasně daného času či vykání.

„Vlastně vyjasnit tu roli toho peera v tom jejich vztahu, na čem vlastně konkrétně ten peer bude pracovat, prostě nebude řešit sociální věci, ale bude s ním řešit to peerovský.“ (SP3)

V souvislosti s prací s hranicemi SP3, PSY1 a PSY2 reprezentovali filtraci klientů. Klienti mají různé diagnózy a některé z nich mohou být velmi náročné, například poruchy osobnosti (PSY2). Z tohoto důvodu se SP3, PSY1 a PSY2 domnívají, že pro self management peer konzultantů je vhodné klienty filtrovat. To znamená, že by peer konzultant měl nejprve zjistit, se kterými klienty se mu dobře pracuje a kteří jsou pro něj zatěžující. Dle zjištění se zaměřit na spolupráci s klienty, se kterými peer konzultantovi práce jde, případně může mít i náročnějšího klienta, ale například pouze jednoho, aby nenastal případ, že by peer konzultant měl několik náročných klientů za sebou (PSY2).

„Přijde mi dobrý jako filtrovat ty klienty, se kterými bude ten konkrétní peer pracovník pracovat, takže si myslím, že třeba někteří klienti mohou být pro toho peera fakt hodně náročný a může ho to jako možná i poškodit.“ (SP3)

Respondenti SP3, PSY1 a PSY2 se shodli, že by filtrace klientů mohla pomoci v psychické pohodě peer konzultantů. Ovšem nastínili, že se filtrace klientů v praxi příliš neděje.

V návaznosti na filtraci klientů PSY4 je v rozporu se SP3, PSY1 a PSY2. PSY4 tvrdí, že u nich v CDZ se diagnózy nerozlišují, ale peer konzultant má možnost odmítnout klienta, když má například plný počet klientů, nebo když mu klient nevyhovuje a zhoršuje peer konzultantovu psychickou pohodu.

V následujícím odstavci se zaměřím na druhou oblast, která se týká time managementu a plánování. Na důležitost plánování v self management poukazovali SP1 a SP4. Pro SP1 je oblast time managementu peer konzultantů důležitá, jelikož zažila peer konzultantku, která s časem pracovat neuměla. Naopak SP4 má dobrou zkušenost s time managementem peer konzultantky. Peer konzultantka si velmi dobře plánuje práci dle svých možností, své únavy. Plánuje si pomocí papírového i elektronického diáře.

Plánování zmiňuje i SP2 v souvislosti s tzv. rozjezdovým měsícem. Toto označení je pro měsíc, kdy se peer konzultant vrací do práce například po nemocenské. Peer konzultantka v týmu SP2 si v tomto měsíci plánuje méně klientů, aby si opět zvykla na pracovní cyklus. Díky rozjezdovému měsíci je peer konzultantka více v psychické pohodě. Přejít mezi pracovní neschopností a klasickým denním výkonem práce je náročný, proto MT takto peer konzultantce ulevuje. Do oblasti plánování spadá i tvorba

protikrizového plánu, která opět reprezentují SP1 a SP4. Díky protikrizového plánu lépe jedná peer konzultant i MT.

„Po nějakým čase vždycky s tím peerem se píše nějaký jako krizovej plán, abychom věděli, jak to vlastně má, jak to poznáme, že fakt něco máme dělat, co dělat, co nedělat, čemu se věnovat, čemu se nevěnovat, případně koho můžeme oslovit, třeba z rodiny nebo prostě nějaký kamarády, jako vlastně co dělat možná nejlíp, když mu bude hůř.“ (SP4)

Na protikrizové plánování navazuje další oblast, která se týká prevence a včasného podchycení zhoršujícího se stavu. Této oblasti věnovali velkou pozornost SP2, SP3, PSY1 a PSY4. Jedná se o oblast self managementu, kdy peer konzultant umí rozpoznat varovné příznaky a umí se o sebe preventivně postarat včas, díky čemuž nedojde k úplnému propadu, vyhoření nebo atace. Za techniky prevence a včasného podchycení zhoršující stavu respondenti (SP2, SP3, PSY1, PSY4) považují odchod na dovolenou nebo do pracovní neschopnosti. Případně SP3 zmiňuje možnost hospitalizace na pár dní, což z její zkušenosti někteří peer konzultanti využívají. SP2, PSY1, a PSY4 mají zkušenost, že peer konzultanti v jejich organizacích zmíněnou oblast self managementu zaměřenou na prevenci mají velmi dobře zpracovanou.

K prevenci zhoršení psychického stavu lze připojit i formu self managementu, kdy je důležité o problémech mluvit. Odborně se jedná o oblast self managementu supervizí či intervizí, kterou respondenti SP3, SP4, PSY1, PSY2 shledávali jako velmi podstatnou pro udržení psychické pohody. Jak jsem zmínila v DVO1, práce s lidmi s psychózou je náročná, proto jsou supervize či intervize způsob, jak o problémech hovořit. Všichni zmínění respondenti mají v multidisciplinárním týmu skupinové supervize, avšak pouze tým SP4 nabízí i individuální supervizi pro peer konzultanty. SP3, PSY1 a PSY2 tuto možnost nemají, ale shledávají ji jako podstatnou a domnívají se, že by značně zlepšila psychickou pohodu peer konzultantů, jelikož v některých týmech chce peer konzultant řešit problémy na individuální bázi, a ne s celým týmem.

Supervize/intervize lze považovat za způsob redukce problémů. V následujícím odstavci se zaměřím na způsoby redukce negativních emocí, které respondenti označovali jako část self managementu, který se týká práce s emocemi (PSY3). Respondenti (SP1, PSY1, PSY3, PSY4) považovali za důležité, aby peer konzultant redukoval negativní emoce a nadržel je v sobě, zatímco SP3 polemizovala na tím, do jaké míry je vhodné negativní emoce redukovat. Zmínění respondenti se shodli, že každý peer konzultant má jiný postup redukce negativní emocí. Například peer konzultantka z týmu SP1 potřebuje být sama, proto jde na procházku se sluchátky v uších, zatímco peer konzultantka od PSY1 redukuje negativní emoce společně s týmem.

Subkategorie B: Self management peer konzultanta v osobním životě

Druhá subkategorie se týká self managementu peer konzultanta v osobním životě. Na základě rozhovorů jsem identifikovala nejčastější strategii self managementu peer konzultanta v osobním životě, kterou je psychologická a psychoterapeutická pomoc. SP1, SP2, SP3, PSY1, PSY2 uvedli, že peer konzultant v jejich organizaci dochází na osobní psychologická či psychoterapeutická sezení, která nijak nesouvisí s prací.

„A co jsme se třeba bavili přímo se svojí peerkou, tak ona říkala, že zásadně psycholog.“ (SP2)

Druhým okruhem, který již může vykonávat peer konzultant sám bez pomoci jiné osoby či odborníka, je tvorba pozitivního deníku (SP1), či dle slov SP3 tvorba pochvalníčku. Peer konzultant může zreflektovat, co se mu v uplynulých dnech povedlo a může si zreflektovat své pocity. PSY3 ještě dodává techniku psaní – tři dobré věci. Tato technika znamená, že si peer konzultant napíše každý večer tři dobré věci, které se mu za den staly nebo ze kterých má radost. SP1, SP3 a PSY3 se domnívají, že tyto techniky jsou velmi dobré strategie self managementu pro udržení psychické pohody. Ovšem všichni zmínění respondenti dodávají, že si nejsou jisti, zda peer konzultant z jejich organizace tyto techniky využívá.

Následující odstavec se zaměřuje na uvolnění mysli, meditaci a relaxaci. Tyto techniky reprezentovali respondenti (SP2, PSY1), kteří zmiňovali, že jejich peer konzultant techniky relaxace velmi využívá. PSY3 doplňuje, že by bylo vhodné edukovat peer konzultanty o imaginacích. Konkrétně zmiňuje imaginaci bezpečného místa, imaginaci odloženého zavazadla a autogenní trénink.

Poslední okruh self managementu peer konzultantů v osobním životě, se dle respondentů (SP4, PSY3) týká volného času. SP4 a PSY3 se domnívají, že pro udržení psychické pohody peer konzultanta je podstatné věnovat se správnému nastavení volného času, kdy jej bude peer konzultant efektivně využívat. Oba zmiňují, že jejich peer konzultanti mají velmi dobře nastavený volný čas, kdy se věnují svým oblíbeným činnostem, přičemž načerpají energii pro další pracovní výkon. V závěru bych chtěla zmínit zkušenost SP2, jejíž peer konzultantka má ve svém volném čase nastavené rituály, který jí pomáhají udržet se v psychické pohodě.

15.3 Dílčí závěr DVO2

Na tomto místě přináším odpověď na DVO2, která zní: *Jaké jsou periferní elementy sociální reprezentace psychické pohody a self managementu peer konzultantů dle sociálních pracovníků, psychologů a peer konzultantů?*

Na základě interpretace dat dle IPA jsem identifikovala následující periferní elementy sociální reprezentace psychické pohody a self managementu dle peer konzultantů: (1) Je důležitá denní pravidelnost, aby den nebyl nahodilý. (2) Spánková hygiena je velmi podstatná, jelikož bez ní se zhoršuje zdravotní stav. (3) Dodržovat zdravý životní styl napomáhá k budování psychické pohody. (4) Je vhodné separovat práci od osobního života. (5) Adekvátně odpočívat napomáhá k psychické pohodě. (6) Tvorba profesionální hranice je podstatná pro nepřetížení. (7) Nevztahování negativních aspektů na sebe sama. (8) Včasné reagovat v případě zhoršení psychického stavu ve formě odchodu na dovolenou či do pracovní neschopnosti. (9) Meditace jako způsob uvolnění stresu. (10) Využití diáře a plánování pracovní doby.

Na základě interpretace dat dle zakotvené teorie jsem identifikovala následující periferní elementy sociální reprezentace psychické pohody a self managementu dle sociálních pracovníků a psychologů: (1) Je potřebné pracovat s hranicemi, aby peer konzultanta klienti nezraňovali, přičemž konkrétní technika se týká edukace klientů o pozici peer konzultanta. (2) Peer konzultanti si mohou vybírat klienty, se kterými se jim dobře pracuje a se kterými nikoliv. (3) Peer konzultanti využívají techniky time managementu, kdy plánují pracovní dobu a využívají diář. (4) Tvorba protikrizového plánu pomáhá MT v případě zhoršení psychického stavu peer konzultanta. (5) Je podstatné preventivně jednat v případě zhoršujícího se psychického stavu odchodem do pracovní neschopnosti. (6) Supervize a intervize zlepšují psychickou pohodu peer konzultantů. (7) Redukování negativních emocí pomáhá k udržování psychické pohody. (8) Peer konzultanti využívají psychologickou a psychoterapeutickou pomoc. (9) Tvorba pozitivního deníku zlepšuje psychickou pohodu. (10) Peer konzultanti pro udržování psychické pohody využívají relaxaci a meditaci. (11) Správně nastavený volný čas pomáhá k udržování psychické pohody.

Společné postupy self managementu a budování psychické pohody dle peer konzultantů a pracovníků se týkají profesionálního odstupu, adekvátně nastaveného volného času zaměřeného na odpočinek a načerpání energie, včasného reagování při zhoršení psychického stavu, využívání meditace pro uvolnění mysli a plánování pracovní doby.

16 Interpretace DVO3

Cílem této kapitoly je zodpovědět třetí dílčí výzkumnou otázku, která zní: *Jaký je vztah mezi centrálním jádrem a periferními elementy sociální reprezentace psychické pohody a self managementu peer konzultantů dle sociálních pracovníků, psychologů a peer konzultantů?*

16.1 Interpretace DVO3 u peer konzultantů dle IPA

16.1.1 Seznam témat DVO3 peer konzultanta Petra

A) Neadekvátní nastavení pozice peer konzultanta ve vztahu ke zvládnání vede k přepracovanosti nebo vyhoření a negativně ovlivňuje psychickou pohodu

Absence metodik – „*Jak jsem byl jeden z těch prvních peerů v republice, tak vlastně nebyla žádná metodika, nebylo žádné jakoby školení.*“

Peer konzultant musí splnit kritéria práce jako standartní zaměstnanec – „*Ono je jako blbý, že musí peer splnit všechny kritéria práce jako normální pracovník.*“

Nemožnost zvládnání naplňování kritérií při polovičním úvazku – „*Což je při tom půl úvazku strašnej nárok.*“

Přepracovanost jako důsledek špatného nastavení pozice peer konzultanta – „*Musej brát přesčas, aby to splnili.*“

Vyhoření

- **Vyhoření ostatních peerů** - „*Já jsem totiž jako peer zažil hodně peerů, kteří buď vyhořeli, nebo je to semlelo jakoby ta náročnost té práce duševně.*“
- **Vlastní vyhoření** – „*Za tu dobu, co jsem dělal toho peera, tak jsem vlastně třikrát vyhořel docela slušně jako a fakt jsem s tím jako třikrát chtěl seknout, na potřetí jsem s tím teda seknul, ale v podstatě jsem se tam držel jako zuby nehty no.*“

Hospitalizace jako konec výkonu práce peer konzultanta – „*Když se peři přepracují, většinou to skončí hospitalizací a peer skončí v té službě, pak je těžký vrátit se do té práce.*“

Nedostatečné zohlednění zpětné vazby peer konzultantů – „*Bohužel to není tak, že by se někdo ptal, jestli je to pro ně oukej nebo není.*“

B) Nedostatek psychosociální podpory pro peer konzultanty

Zohlednění, že je peer konzultant člověk s duševním onemocněním –
„Fakt jako myslet na to, že je to lidská bytost, která má nějaké omezení zdravotní a s tím omezením ještě jako pracuje.“

Více dbát na wellbeing peer konzultanta – *„Jako fakt víc dbát na wellbeing toho peera.“*

Self management si peer konzultant zvládne nastavit sám – *„Self management si myslím, že si už jako peer zvládne udělám sám nějak jako.“*

16.1.2 Interpretace DVO3 peer konzultanta Petra

Jelikož má Petr dlouholetou zkušenost s výkonem na pozici peer konzultanta, zmiňuje různé aspekty, které dle něj negativně ovlivňují psychickou pohodu. Dle Petra absen-tují metodiky a školení pro peer konzultanty. Dále Petr shledává problém v pozici peer konzultanta z hlediska plnění požadavků práce, které jsou stejné pro každého pracovníka, proto se dle Petra zapomíná na fakt, že peer konzultant je člověk s duševním onemocněním a je pro něj náročné plnit všechny požadavky práce při polovičním úvazku.

Petr o zmíněných problémech mluví ze své vlastní zkušenost, kdy sám několikrát vyhořel a má zkušenost i s dalšími peer konzultanty, kteří vyhořeli. Proto by se dle Petra mělo více dbát na wellbeing peer konzultantů, aby nedocházelo k syndromu vyhoření a k velké fluktuaci na pozici peer konzultanta. Co se týče self managementu, Petr se domnívá, že self management si každý peer konzultant zvládne nastavit sám.

16.1.3 Seznam témat DVO3 peer konzultanta Jana

A) Problém z hlediska dichotomie pozice peer konzultanta

Zamítnutí invalidního důchodu kvůli výkonu práce na pozici peer konzultanta –
„Znám peera, který začal pracovat jako peer, nikdy předtím nepracoval a během toho si žádal o invalidní důchod a ten invalidní důchod mu byl zamítnut z hlediska toho, že vlastně pracuje na pozici, která ruší jeho psychickou pohodu.“

Stigmatizace posudkovým lékařem – *„Osobní názor posudkáře byl takový, že vlastně nemocnej člověk by neměl pracovat s psychicky nemocnými lidma, prostě by se to nemělo potkávat, protože to prostě nefunguje.“*

Měla by být osvěta – *„Větší osvěta těch posudkovejch lékařů, aby to nevnímali jako zatěžující povolání, protože mně to třeba pomáhá.“*

B) Neadekvátní konfigurace pracovního úvazku pozice peer konzultanta

Nedostatečná kapacita pracovního úvazku vzhledem k pracovnímu vytížení –
„Ono se toho na tom půl úvazku moc nestihne jo, třeba tady u nás, když

jsme jako terénní hodně, tak to vychází jedna schůzka na den a když mám víc, tak mi naskakují hodiny navíc jo.“

Vzít si volno v případě nadbytečných hodin – „*Já si беру hodně často jako volno potom nějaký den, což mě nevadí, že si jakoby odpracuju navíc, že mám v týdnu třeba jeden deň volno, to mi vyhovuje a ty ostatní dny pracuju třeba víc než ty čtyři hodiny.“*

16.1.4 Interpretace DVO3 peer konzultanta Jana

Jan je na pozici peer konzultanta krátké časové období. Z tohoto důvodu je psychické nepohodě a aktuálně řeší posudek výkonu na pozici peer konzultanta, z čehož má obavu, jelikož jej čeká posudek od lékaře, který zastává názor, že by člověk s duševním onemocněním neměl vykonávat práci s lidmi s psychózou z důvodu náročnosti pozici vzhledem k psychické pohodě. Druhý problém Jan sledává v pracovním úvazku, který je nastaven jako poloviční. Ovšem práce je tolik, že má Jan často nadbytek hodin. Tento problém ale Jan řeší způsobem, kdy si nadpracuje hodiny a určitý den v týdnu si vezme volno.

16.2 Interpretace DVO3 u sociálních pracovníků a psychologů dle zakotvené teorie

16.2.1 Kategorizace DVO3

V oblasti kategorizace daného tématu jsem identifikovala následující kategorie, a subkategorie. Podrobná kategorizace DVO3 včetně dimenzí je umístěna v příloze F.

Kategorie 1: Nedostatečné teoretické zpracování pozice peer konzultanta vede k chaotické aplikaci pozice peer konzultanta do multidisciplinárních týmů.

Subkategorie A: Pracovníci v pomáhajících profesích nemají dostatečné znalosti o pozici peer konzultanta.

Subkategorie B: Pracovníci multidisciplinárního týmu mají předsudky vzhledem k peer konzultantům.

Subkategorie C: V České republice absentují přednášky a vzdělávání pracovníků multidisciplinárního týmu vzhledem k peer konzultantům.

Kategorie 2: Neukotvenost pozice peer konzultanta v legislativě snižuje psychickou pohodu peer konzultantů.

Subkategorie A: Metodiky pozice peer konzultanta jsou vágní.

Subkategorie B: Absence vzdělávací složky pro pozici peer konzultanta.

Subkategorie C: Neznalost pozice peer konzultanta z hlediska společnosti.

Kategorie 3: Absence psychosociální podpory z hlediska reformy péče o duševní zdraví ztěžuje peer konzultantům výkon jejich práce ve vztahu k udržení psychické pohody.

Subkategorie A: Implementace psychosociální podpory závisí na iniciativě peer konzultanta a organizace.

16.2.2 Interpretace DVO3

Pro interpretaci DVO3 jsem zvolila kategorii tři, která se zabývá absencí psychosociální podpory z hlediska reformy péče o duševní zdraví.

Subkategorie A: Implementace psychosociální podpory závisí na iniciativě peer konzultanta a organizace

Probíhající reforma péče o duševní zdraví přinesla pozici peer konzultanta. Tuto pozici vnímají respondenti na základě DVO1 velmi pozitivně ve vztahu k inspiraci klientů i multidisciplinárního týmu. I přes pozitivní vnímání pozice peer konzultanta, se respondenti (SP1, SP2, SP3, PSY1, PSY2, PSY3, PSY4) shodovali, že reforma péče o duševní zdraví nijak nenastavila psychosociální podporu peer konzultantů. Na druhou stranu SP4 jako jediný vnímá snahu od reformy nastavit péči o peer konzultanty.

„Ze začátku to bylo trochu punk, ale byla snaha čerpat informace ze zahraničí, nějakou metodiku a ošetření peerů, supervize, sdílení mezi peery. Reforma na to myslela, aby ty lidi nebyli úplně sami, jak v týmech, tak jako v tom svém pojetí, dělaly se různé programy myslím žejo od Ledovce, od Focusu, z péče o duševní zdraví jo.“ (SP4)

SP4 sice obhájí snahu reformy o nastavení psychosociální podpory, ovšem sám SP4 následně dospěl k tvrzení, že největší psychosociální podpora je stejně vedena z multidisciplinárního týmu a celkově jednotlivých organizací. S tímto tvrzením jsou ve shodě SP1, PSY1, PSY3, PSY4. Jako druhý typ psychosociální podpory jsem identifikovala podporu sebe sama jako peer konzultanta (SP2, PSY1, PSY3). Z nenastavení psychosociální podpory reformou péče o duševní zdraví, zůstali peer konzultanti v této oblasti ponecháni sami a je pouze na nich, zda si nastaví self management a techniky sebepéče či nikoliv.

„Ta reforma to třeba zamýšlela jako dobře, ale potom vlastně ta praxe už je úplně jiná, protože plno těch služeb není nějakým způsobem tou reformou hlídáný, tím pádem,

když služba neřeší to psychický zdraví toho peera, tak vlastně na to nikdo nepřijde, není žádná tlak na ty zaměstnavatele prostě o ty peery nějak jako pečovat.“ (SP3)

Nastavení či nenastavení psychosociální podpory velmi záleží na iniciativě samotného peer konzultanta a konkrétní organizace, ve které peer konzultant působí. Zamýšlela jsem se nad tím, jak u jednotlivých respondentů psychosociální podpora funguje. Na základě rozhovorů jsem identifikovala čtyři skupiny, které následně představím.

První skupinu jsem označila názvem: peer konzultant o sebe nepečuje, organizace se snaží podporovat. Tuto zkušenost má SP1 a SP3, kdy jejich peer konzultantky nemají správně nastavený self management a zároveň nechťejí pomoc od multidisciplinárního týmu. Obě sociální pracovnice mají snahu nabízet peer konzultantkám pomoc, která je ale negována.

Zvažuji možné příčiny tohoto jevu. Jedním z možných vysvětlení může být přesvědčení a snaha PE zvládat vše sama, dalším může být touha po plnohodnotném členství v multidisciplinárním týmu. Třetí možností je fakt, že společnost (i organizace) často klade důraz na výkon, což PSY3 hodnotí jako problematické.

Druhá skupina vzniká ve chvíli, kdy peer konzultant dbá o sebeděči a snaží se o nastavení self managementu, například pracovního – počet klientů či denní režim, ale MT nastavení self managementu peer konzultanta nerespektuje. Na základě rozhovorů jsem identifikovala tuto skupinu u PSY3. Jedním konkrétním příkladem je situace, kdy peer konzultantka od PSY3 potřebovala docházet do práce na pozdější hodinu, jelikož jí její onemocnění znemožňovalo brzké vstávání. Pro nastavení self managementu PE neměl MT pochopení, jelikož meškala ranní porady, kde tým vyžadoval i peer konzultantku.

Třetí skupina je mými respondenty nejčastěji zastoupena a je zároveň nejvhodnější, jelikož označuje respondenty, kdy o sebe peer konzultant pečuje a zároveň je podporován v psychické pohodě a self managementu multidisciplinárním týmem. Tuto skupinu jsem identifikovala u SP2, SP4, PSY1 a PSY4, kdy jejich peer konzultanti mají nastavený self management a techniky budování psychické pohody a zároveň je MT podporuje převážně v respektování nastavení self managementu.

Poslední skupinu jsem identifikovala u PSY2, kdy o sebe nepečuje sám peer konzultant a zároveň ani nemá podporu od multidisciplinárního týmu. Peer konzultant z týmu PSY2 se velmi přetěžoval. Měl devět schůzek s akutními lidmi denně a nikdo ho nehlídal. Zároveň jej ostatní pracovníci brali více jako klienta. Ovšem PSY2 mluvila ze zkušenosti z nemocničního prostředí, kde vnímám značný rozdíl mezi

multidisciplinárními týmy CDZ a nemocnicí. Sama PSY2 má zkušenost i z CDZ, přičemž zmiňovala, že v CDZ je na peer konzultanta pohlíženo více jako rovnocenného pracovníka.

Dle zmíněných čtyř skupin lze vidět, že velmi záleží na multidisciplinárním týmu, jak k peer konzultantovi přistupují. V tomto odstavci se budu věnovat supervizím a intervizím, které jsou pro SP nastaveny, zatímco pro peer konzultanty nikoliv. V některých organizacích nabízejí tuto možnost supervize i peer konzultantům, ale většinou se jedná o supervize pro celý tým. Individuální supervize má pouze peer konzultant z týmu SP4. K tomu SP3 dodává, že u nich v organizaci sice peer konzultant má supervize stejně jako SP, což je ale z jejího pohledu velmi nedostačující.

„Jako jo, supervize nějaké jsou, ale není jich hodně ani pro sociální pracovníky, natož pro peer pracovníky. Ten peer má vlastně stejnou tu péči o duši jako ten sociální pracovník, kterej třeba tu psychickou zátěž prostě nemá, takže by měla být nějaký psychologická, terapeutická péče prostě nadstandartně.“ (SP3)

Ze předešlého odstavce plyne, že v některých organizacích je péče o peer konzultanty ještě nižší než o ostatní pracovníky multidisciplinárního týmu. SP3 a PSY3 mají názor, že by péče o peer konzultanty měla být rozhodně vyšší, zatímco PSY1 a PSY4 polemizují nad tímto tvrzením. PSY1 a PSY4 sice zmiňují, že by peer konzultanti měli mít možnost vlastní individuální supervize, ale zároveň upozorňují, že nemají dostatek supervizí ani oni sami, z čehož mi vyplývá poznatek, že PSY1 a PSY4 berou peer konzultanta jako rovnocenného pracovníka a příliš nezohledňují dichotomii této pozice.

I přes většinovou snahu multidisciplinárního týmu podporovat peer konzultanty v self managementu a psychické pohodě, hodnotí respondenti z řad pracovníků absenci psychosociální podpory z hlediska reformy péče o duševní zdraví jako problematickou, jelikož je peer konzultant v týmu sám a z hlediska množství práce není příliš prostor na podporu peer konzultanta z multidisciplinárního týmu.

16.3 Dílčí závěr DVO3

Na tomto místě přináším odpověď na DVO3, která zní: *Jaký je vztah mezi centrálním jádrem a periferními elementy sociální reprezentace psychické pohody a self managementu peer konzultantů dle sociálních pracovníků, psychologů a peer konzultantů?*

Na základě interpretace dat dle IPA jsem identifikovala následující vztah mezi centrálním jádrem a periferními elementy sociální reprezentace psychické pohody a self managementu dle peer konzultantů:

Vztah mezi centrálním jádrem a periferními elementy u peer konzultantů se týká představy důležitosti self managementu z DVO1 a technik self managementu z DVO2, které si ale peer konzultanti nastavili dle sebe, jelikož absentuje psychosociální podpora z reformy péče o duševní zdraví. Peer konzultanti reflektují, že je pozice peer konzultanta neadekvátně nastavena k psychické pohodě, jelikož je peer konzultant brán jako standartní zaměstnanec, který musí naplnit stejná kritéria jako ostatní pracovníci, akorát na polovičním úvazku, přičemž dochází k přetížení peer konzultanta.

Na základě interpretace dat dle zakotvené teorie jsem identifikovala následující vztah mezi centrálním jádrem a periferními elementy sociální reprezentace psychické pohody a self managementu dle sociálních pracovníků a psychologů:

Vztah mezi centrálním jádrem a periferními elementy se dle sociálních pracovníků a peer konzultantů týká důležitosti self managementu vzhledem k psychické pohodě a udržení pozice v multidisciplinárním týmu a technikami self managementu, které dle pracovníků nemají peer konzultanti správně nastaveny a často se přetěžují. Špatně nastavený self management peer konzultantů dle pracovníků plyne z nenastavení psychosociální podpory z hlediska reformy péče o duševní zdraví, kdy není z reformy nastavena péče o peer konzultanty a záleží na dané organizaci, multidisciplinárním týmu a peer konzultantovi, jak o sebe sama peer konzultant pečuje a zda je poskytnuta podpora z hlediska multidisciplinárního týmu.

Sdílený vztah mezi centrálním jádrem a periferními elementy dle peer konzultantů a pracovníků se týká absence psychosociální podpory z hlediska reformy péče o duševní zdraví.

Závěr

Na tomto místě zodpovídám hlavní výzkumnou otázku, která zní: *Jaká je sociální reprezentace psychické pohody a self managementu peer konzultantů dle sociálních pracovníků, psychologů a peer konzultantů?* Odpověď na HVO propojuji s odbornou literaturou, navrhuji doporučení pro praxi a přikládám také návrh pro další výzkumy.

16.4 Odpověď na HVO

Na HVO odpovídám v souladu s definicí od Plichtové (2002): Koncept o sociálních reprezentacích se dělí na dvě složky, na **centrální jádro** a **periferní elementy**. Obě tyto části fungují jako celek, přičemž každá část má specifickou, ale komplementární roli vůči druhé (Plichtová, 2002).

V souvislosti se zmíněnou definicí od Plichtové (2002) jsem identifikovala v rámci rozhovorů s peer konzultanty a pracovníky následující témata. Nejprve zaměřím na odpověď centrálního jádra – jak respondenti chápou, vnímají a představují si psychickou pohodu a self management peer konzultantů. A následně představím konkrétní techniky self managementu a budování psychické pohody – periferní elementy.

Centrální jádro sociální reprezentace:

Sociální reprezentace psychické pohody a self managementu peer konzultantů má nedostatečně definované centrální jádro, což plyne z nejasného vymezení pozice peer konzultanta z hlediska reformy péče o duševní zdraví a z absentující psychosociální podpory.

Respondenti z řad peer konzultantů sdíleli představu, že jsou převážně v psychické nepohodě, jelikož je práce na pozici peer konzultanta náročná a celkově vnímají své onemocnění jako takové, které jim nedovoluje být v psychické pohodě. Postupy self managementu si peer konzultanti nalézají dle svého vědomí, jelikož absentují příručky s tematikou řízení sebe sama. I přes převažující nepohodu peer konzultanti shledávali aspekty či nástroje, které napomáhají v udržování psychické pohody při práci s klienty. Jedná se nalezení takových vlastností, aby práce s klienty peer konzultanta nezraňovala. Druhým tématem je umění hovořit o onemocnění. Velký prostor peer konzultanti věnovali sebepřijetí, které je pro ně velice náročné.

Respondenti z řad pracovníků zmiňovali, že o peer konzultantech teoreticky ví velmi málo informací, ale z hlediska vlastní zkušenosti s peer konzultanty sdílejí představu, která je zaměřena na důležitost self managementu u peer konzultantů, jelikož bez správného nastavení self managementu dle pracovníků dochází k rychlému navrácení psychiatrických příznaků, přičemž vznikají problémy v intervencích, a v komunikaci v rámci multidisciplinárního týmu. Dalšími identifikovanými tématy v rámci centrálního jádra

jsou vlastnosti peer konzultanta, díky kterým nebude při práci s klienty zraňován a udrží si tak psychickou pohodu. Dle pracovníků by peer konzultant měl mít zpracované onemocnění, jelikož při nezpracování svého onemocnění je narušena intervence s klienty a je negativně ovlivňována psychická pohoda peer konzultantů. Další téma pro udržení psychické pohody se týká naučení práce se zranitelností a citlivostí.

Sdílené představy o psychické pohodě a self managementu dle peer konzultantů a pracovníků se týkají vlastností, které by peer konzultant měl mít, aby při práci s klienty nedocházelo k rozvrácení psychické pohody. Druhým sdíleným tématem je zpracování onemocnění, díky čemuž jsou peer konzultanti schopni pracovat s klienty a zároveň si držet psychickou pohodu. Posledním sdíleným tématem je důležitost self managementu, který by peer konzultanti měli mít nastavený, jelikož je práce peer konzultanta náročná vzhledem k psychické pohodě.

Periferní elementy sociální reprezentace:

Oproti nejednoznačnému vymezení centrálního jádra psychické pohody a self managementu peer konzultantů jsem identifikovala velké spektrum periferních elementů postupů self managementu. Tento fakt plyne ze vztahu, kdy v rámci reformy péče o duševní zdraví nejsou nastaveny postupy péče o peer konzultanty, proto v rámci periferních elementů – na individuální rovině – o sebe peer konzultanti určitým způsobem pečují za pomoci sebe sama a za pomoci multidisciplinárního týmu.

U peer konzultantů jsem identifikovala postupy self managementu obecně v životě a v pracovním prostředí, které napomáhají k budování psychické pohody. Z hlediska postupů self managementu v osobním životě peer konzultanti sdíleli postupy zaměřené na dodržování denní pravidelnosti, plánování úkolů, dodržování spánkové hygieny a zdravého životního stylu, využívání relaxace a správně nastaveného volného času pro načerpání energie. Postupy self managementu v pracovním prostředí se dle peer konzultantů týkají separace práce od osobního života, tvorby profesionální hranice a preventivního reagování v případě zhoršení psychického stavu v podobě volna či docházení na psychoterapii.

U respondentů z řad pracovníků převažují techniky self managementu z pracovního prostředí, jelikož ve většině případů nemají pracovníci s peer konzultantem navázaný blízký vztah. Dle zkušenosti pracovníků v některých případech peer konzultanti nemají správně nastavený self management, přičemž dochází k přetěžování. Za vhodné techniky self managementu peer konzultantů v pracovním prostředí pracovníci shledávají v práci s hranicemi, kdy je vhodné edukovat klienty o pozici peer konzultanta. Dle výpovědí pracovníků je vyjasnění role peer konzultanta prevencí před překračováním hranic z hlediska klientů. Dle pracovníků peer konzultanti mohou odmítnout klienta v případě, kdy je značně narušována psychická pohoda peer konzultanta. V rámci time managementu peer konzultanti dle pracovníků plánují pracovní dobu a využívají diář. Pracovníkům v multidisciplinárním týmu velmi pomáhá, když si peer konzultant vytvoří protikrizový plán, na který je možné se odkázat v případě zhoršujícího se stavu peer konzultanta. Dle

pracovníků je podstatné, aby v případě zhoršení zdravotního a psychického stavu peer konzultant si vzal volno v práci preventivně, aby nedošlo k syndromu vyhoření a navrácení psychiatrických příznaků. Co se týče postupů psychické pohody, pracovníci reflektují postupy z hlediska psychoterapeutické pomoci, tvorby pozitivního deníku, relaxaci a meditaci a správně nastavený volný čas.

Sdílené postupy self managementu pro budování psychické pohody se dle peer konzultantů a pracovníků týkají tvorby profesionálního odstupu od klientů, adekvátně nastaveného volného času zaměřeného na odpočinek a načerpání energie, včasného reagování při zhoršení psychického stavu, využívání meditace pro uvolnění mysli a plánování pracovní doby.

Nyní budu na svá zjištění reflektovat prizmatem relevantní literatury obsažené v teoretické části práce.

Na základě rozhovorů s peer konzultanty jsem dospěla ke zjištění, že psychóza vzniká z různých důvodů a různých vlivů. Například i z důvodu přepracovanosti či nepochopení z hlediska společnosti s čímž souhlasí Obberreiter (2021), přičemž dochází k sociálnímu stažení. Dále oba peer konzultanti zmiňovali, že při svém onemocnění užívají léky, ale zároveň využívají psychoterapii jako formu léčby, což je v souladu s výzkumem od Geabela a Zielaska (2015), kteří shledávají kombinaci antipsychotických léků a psychoterapeutických přístupů za velmi účinnou léčbu psychózy. Z hlediska tvorby sebevědomí peer konzultanti pojednávali nad důležitostí stavění na zdravé části osobnosti než pouze na nemoci, což zdůrazňuje Federn (in Sarandöl, 2021).

Dle Foitové et al. (2016) je peer konzultant v multidisciplinárním týmu důležitou složkou, což hodnotí i respondenti v mém výzkumu, jelikož má peer konzultant vlastní zkušenost, která je nepřenositelná. Dále jsou pro klienty inspirací v podobě živoucího důkazu, že lze i přes duševní onemocnění žít plnohodnotný život. Dle Oborna et al. (2019) jsou peer konzultanti klientům nejbližší, jelikož je vlastní zkušenost identifikována jako bod spojení. Respondenti jsou ve shodě se studií od Oborna et al. (2019) z hlediska vstupování do obou světů, kdy je peer konzultant přínosem v týmu, že lépe přináší do diskuze pohled klienta.

Naopak dle Mutschlera et al. (2022) patří mezi nevýhody implementace peer konzultanta obava z udržení hranic peer konzultanta a jeho nejasná role. V mém výzkumu jsem dospěla ke zjištění, že peer konzultanti si dávají velký pozor na své hranice, ale je pravdou, že klienti mají u peer konzultantů větší tendenci hranice překračovat. Naopak nejasná role byla respondenty shledávána jako pravdivá, ovšem zlepšující se v komparaci se začátkem výkonu peer konzultantů v multidisciplinárních týmech v předešlých letech.

Studie od Gillarda et al. (2022) zjistila, že práce peer konzultantům dává smysl a celkově jsou spokojenější. S tímto tvrzením peer konzultanti příliš nesouhlasí, ale to shledávám z důvodu, že Petr již má dlouholetou zkušenost s výkonem peer

konzultantství, proto jej považuje za náročné a Jan teprve na pozici peer konzultanta začíná, proto pociťuje počáteční nepohodu, se kterou je studie od Gillarda ve shodě, jelikož je na začátku náročné přizpůsobit se požadavkům práce.

Z hlediska zraněného pomocníka jsem v svém výzkumu při rozhovorech s peer konzultanty identifikovala náročnost sebepřijetí, které je dle Ridgway (2001) velmi důležité pro zotavování.

Co se týče prvků PERMA, u peer konzultantů nejvíce převažuje smysluplnost výkonu jejich práce (Seligman, 2014), úspěšný výkon a radost z dobře odvedené práce či posunu u klienta. Na základě rozhovorů jsem identifikovala, že peer konzultanti jsou převážně v psychické nepohodě, což souzní s Adlerem et al. (2017), který se domnívá, že lidé s psychózou mohou jen ztěžka prožívat psychickou pohodu. Naopak pracovníci se domnívají, že peer konzultanti psychickou pohodu zažívají alespoň v malé míře v podobě radosti z práce, a radosti z koníčků. Tento aspekt je závislý na tom, v jaké míře onemocnění působí na peer konzultanty.

Ze studie od Goldberga et al. (2013) vyplynulo, že správně nastavený self management v podobě správně nastaveného dne, řešení problémů, plánování, zdravého stravování a fyzické aktivity zvyšují psychickou pohodu, což se shoduje s postupy self managementu v mém výzkumu.

Z hlediska self managementu se mnou identifikované strategie nejvíce shodují se studií od autorek Roberge, Meunier a Cleary (2022). Shodu nacházím v technikách reagování na základě psychického stavu. To znamená, když je člověku s duševním onemocněním dobře, může běžně pracovat, když je mu hůře, měl by si vzít volno. Druhou technikou je správně nastavený vztah s vedoucím pracovníkem, který jsem identifikovala u peer konzultanta Jana. Autorky se věnují důležitosti odpočinku, který je všemi mými respondenty shledáván jako zásadní. Poslední shodující behaviorální technika self managementu spočívá ve správném spánkovém režimu a zdravém životním stylu, který i peer konzultanti v mém výzkumu hodnotí jako podstatný vzhledem k psychické pohodě. Z hlediska kognitivních strategií jsem identifikovala shodu v adekvátním reagování při objevení se příznaků duševního onemocnění. V rámci strategií afektivního self managementu jsem identifikovala strategii ventilování emocí. Každý má nějaký svůj způsob, u mých respondentů převažuje ventilování emocí s kolegy nebo pomocí sebe sama v podobě procházky, hudby či relaxace.

Nyní se na svá zjištění budu dívat prizmatem SP. Dominelli (2009) definovala SP na základě formálnosti. Z výzkumu vyplynulo, že práce peer konzultanta je sice finančně ohodnocena, tudíž by měla být považována za formální, ovšem ještě nedošlo k zakotvení pozice peer konzultanta do legislativy. Formálnost absentuje i z hlediska problému většího překračování hranic ve vztahu k peer konzultantům nežli k ostatním pracovníkům multidisciplinárního týmu.

V tomto odstavci se zaměřím na svá zjištění konceptem o sociálním fungování dle Harriet Bartlett (1970). Na základě rozhovorů s peer konzultanty jsem dospěla ke zjištění, že na jedné straně stojí požadavky prostředí, které by člověk na pozici peer

konzultant měl zvládat, přičemž ale dle respondentů často dochází k nezvládnutí a přetížení, z čehož plyne nerovnováha.

Z hlediska přístupů dle Payne (2006) jsem identifikovala za nejvíce využívaný terapeutický přístup při práci s klienty, i při budování psychické pohody peer konzultantů. Jde o budování psychosociální pohody pomocí růstu a seberealizace, což je uplatňováno u klientů i peer konzultantů.

Na základě SP založené na vztazích (Turney, 2012) jsem identifikovala vztah jako důležitý prvek pro psychickou pohodu. Peer konzultanti zmiňovali, že je pro ně podstatné, aby v multidisciplinárním týmu byly zdravé vztahy. Stejný názor sdíleli odborníci, jelikož bez správně nastaveného profesionálního vztahu či přátelského vztahu dochází v multidisciplinárním týmu k problémům převážně v komunikaci a k negativním domněnkám.

Z hlediska silných stránek (Saleebey, 1996) peer konzultantů byla věnována mými respondenty velká pozornost odolnosti, kterou dle respondentů peer konzultanti mají.

16.5 Doporučení pro praxi

Aplikačním cílem je taková sociální reprezentace, kdy je v rámci reformy péče o duševní zdraví kladen důraz na psychickou pohodu a self management peer konzultantů, přičemž výsledkem je péče z hlediska samotného peer konzultanta, multidisciplinárního týmu i reformy péče o duševní zdraví.

V průběhu tvorby bakalářské práce jsem došla k závěru, že z hlediska aplikačního cíle je nejdůležitější péče o sebe sama z pohledu peer konzultanta, ale identifikovala jsem v rámci rozhovorů i doporučení pro praxi z hlediska multidisciplinárního týmu a reformy péče o duševní zdraví.

První doporučení pro praxi plyne ze zjištění, že absentují příručky s postupy self managementu peer konzultantů. V případě nízkého zájmu ohledně hledání technik self managementu či negace rad z multidisciplinárního týmu, dochází k přetížení peer konzultanta. Z tohoto důvodu bych v první řadě vytvořila brožuru či příručku, která by se věnovala postupům self managementu v pracovním prostředí, ale převážně postupům v osobním životě, které jsou pro budování psychické pohody zásadní. Příručka by byla rozdělena na dvě části – na část technik pracovního self managementu a na část technik osobního self managementu pro budování psychické pohody. Část o osobním self managementu by byla zaměřena na koncepty jako posttraumatický růst, zraněný pomáhající, práci s resiliencí, práci se zdroji a silnými stránkami osobnosti a v závěru by byly umístěny různé typy relaxací a imaginací jako například body scan, imaginace bezpečného místa, nebo imaginace odložení zavazadla. Díky příručce by byly všechny typy self managementu peer konzultantů na jednom místě. Příručku bych umístila na internet a do všech organizací, kde působí peer konzultanti.

I přes důležitost vzniku příručky shledávám za podstatné věnování se postupům self managementu pro budování psychické pohody na praktické rovině. Z tohoto důvodu bych vytvořila workshop, kde by techniky self managementu mohly být trénovány. Workshop by byl rozdělen na tři části. První část by byla zaměřena na sebezpečí, přičemž by se této části účastnili pouze peer konzultanti. Nejprve bych v krátkosti představila svá zjištění technik self managementu pro budování psychické pohody pomocí prezentace. Následovalo by zkoušení technik na praktické rovině v podobě relaxací a imaginací. Druhá část workshopu by byla zaměřena na změnu narace přemýšlení peer konzultantů o sobě samém a změnu narace vyprávění příběhu. To znamená, že by se trénovalo vyprávění příběhu zaměřené spíše na zvládání místo vyprávění negativních aspektů.

Třetí část by byla i pro ostatní členy multidisciplinárního týmu, kde bych představila techniky, jak může multidisciplinární tým pomoci peer konzultantům. V rámci části workshopu i s ostatními pracovníky multidisciplinárního týmu by se trénovala komunikace mezi peer konzultantem a ostatními členy multidisciplinárního týmu. Celý workshop by vedli zkušenější peer konzultanti, což značně sníží stigmatizaci. Aby se workshop dostal do co největšího povědomí, spojila bych se s organizacemi jako Práh jižní Morava a Fokus. Celý workshop by trval šest hodin, přičemž každému bloku by byla věnována hodina a půl, mezi bloky by byly přestávky na 30 minut a v závěru by probíhala diskuse o přínosu workshopu.

Druhé doporučení pro praxi se věnuje vylepšení fungování peer konzultanta v multidisciplinárním týmu vzhledem k jeho psychické pohodě. Na základě rozhovorů vyvozují první zlepšení v podobě práce peer konzultantů v Centru duševního zdraví ve dvojici. Jelikož by peer konzultant mohl mít „partáka“ a nemusel by být v týmu osamocen, díky čemuž se zlepší jeho vztahy. Druhým tipem pro praxi v multidisciplinárním týmu je tzv. rozjezdový měsíc pro peer konzultanty po návratu z pracovní neschopnosti, což značně zvýší peer konzultantovu psychickou pohodu. Třetímu tipu byla v rámci rozhovorů věnována velká pozornost. Peer konzultant by měl mít v multidisciplinárním týmu svého vedoucího (mentora), který jej bude monitorovat a zároveň i podporovat. Díky tomuto vedoucímu nebude docházet k přetížení peer konzultanta a zároveň by peer konzultant měl někoho, kdo jej bude velmi dobře znát a zároveň nemusí své strasti sdílet vyloženě s multidisciplinárním týmem. Posledním typem je sezení, které by probíhalo jedenkrát měsíčně s vedoucím multidisciplinárním týmu na lidské bázi. Peer konzultant by měl možnost probrat, jak se má, jak se cítí, jak se mu pracuje. Tento proces by sloužil jako prevence před syndromem vyhoření. Všechny čtyři zlepšení bych sepsala do závěrečné zprávy, kterou bych doručila do všech CDZ po České republice z důvodu inspirace, jak zlepšit psychickou pohodu peer konzultantů v rámci multidisciplinárního týmu.

Třetí doporučení je zaměřeno péči o peer konzultanty z hlediska reformy péče o duševní zdraví. Na základě rozhovorů jsem identifikovala tři typy na doporučení. V České republice existují svépomocné skupiny pro peer konzultanty. Ovšem je o nich

malé povědomí. Z tohoto důvodu bych vytvořila webové stránky pro peer konzulty, kde by byly umístěny veškeré informace o konání svépomocných skupin. Z důvodu většího povědomí bych odkaz na webovou stránku rozeslala do všech CDZ po České republice, aby se informace o konání svépomocných skupin k peer konzultantům dostala. Druhý tip se týká vzniku sítě peer konzultantů po celé České republice, aby všichni peer konzultanti měli možnost podpory, a nejen peer konzultanti v rámci Prahy či Brna. Poslední tip je zaměřen na důležitost individuálních supervizí, které ve většině organizací absentují. Všechny zmíněné tipy by velmi pomohly v budování psychické pohody peer konzultantů. Zmíněné doporučení bych sepsala do závěrečné zprávy a zaslala Ministerstvu zdravotnictví České republiky.

16.6 Návrhy dalších výzkumů

Během psaní mé bakalářské práce jsem narazila na témata, která nejsou hlavním zaměřením mé práce, ale přesto se jeví jako vhodná pro další výzkumy.

První návrh je orientován na uskutečnění kvantitativního výzkumu zaměřeného na techniky budování psychické pohody a self managementu peer konzultantů. V konečném důsledku jsem se ve svém výzkumu věnovala psychické pohodě a self managementu pouze u dvou peer konzultantů v rámci IPA, a osmi pracovníkům v rámci zakotvené teorie. V České republice je téměř dvě stě peer konzultantů, proto shledávám za vhodné provést kvantitativní výzkum s každým peer konzultantem v České republice z hlediska zjištění, jak vnímají svoji psychickou pohodu a které techniky self managementu využívají. Tento způsob výzkumu vnímám za podstatný z důvodu, že každému vyhovují jiné tipy self managementu, proto by mohlo vzniknout větší spektrum doporučení self managementu peer konzultantů.

Dalším návrhem je výzkum zaměřený na narativ vyprávění příběhu peer konzultantů. Bylo by zajímavé provést diskurzivní analýzu peer konzultantů, která by zkoumala implicitní a explicitní rovinu jejich vyprávění. Tento druh analýzy by mohl poskytnout zajímavé poznatky ohledně toho, jak jsou peer konzultanti ovlivňováni okolím a tím, co se naučili od přednášejících v rámci Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví.

Posledním návrhem je výzkum orientovaný na multidisciplinární tým. Jelikož jsem se v rámci svého výzkumu věnovala psychické pohodě a self managementu peer konzultantů, dospěla jsem ke zjištění, že v některých případech je pro multidisciplinární tým náročné začlenění peer konzultanta. Z tohoto důvodu doporučuji provést výzkum zaměřený na psychickou pohodu členů multidisciplinárního týmu vzhledem k peer konzultantům. Cílem výzkumu by bylo zjištění, jak by se peer konzultant měl chovat a co by měl dělat, aby usnadnil práci týmu a aby případně nedošlo k „přepečování“ peer konzultanta. Výzkum by mohl přinést významné poznatky, které by doplnily

můj výzkum a tvořily by komplexnější sounáležitost v rámci fungování multidisciplinárního týmu.

Použité zdroje

1. ABRIC, J. C. 1993. Central system, peripheral system: their functions and roles in the dynamics of social representations. *Papers on social representations*.
2. ADLER, A. et al. 2017. *Chapter 7: Psychological Wellbeing*. In: Happiness Transforming the Development Landscape. ISBN 978-99936-14-90-6.
3. AMBROSE-MILLER, W., ASHCROFT, R. 2016. Challenges Faced by Social Workers as Members of Interprofessional Collaborative Health Care Teams. [online]. *National Association of Social Workers*. [cit. 15. 12. 2022]. Dostupné na World Wide Web: <https://doi.org/10.1093/hsw/hlw006>
4. ANTHONY, W. A. 1993. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990. [online]. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. [cit. 10. 10. 2022]. Dostupné na World Wide Web: <https://doi.org/10.1037/h0095655>
5. BABBIE, E. R. 2013. *The practice of social Research*. 13th ed. Wadsworth Cengage Learning. ISBN 978-1-133-05009-4.
6. BARLOW, J. et al. 2002. Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. [online]. *Patient Education and Counselling*. [cit. 13. 10. 2022]. Dostupné na World Wide Web: [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00032-0](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00032-0)
7. BARTLETTOVÁ, H. M. 1970. The common base of social work practice. New York: National Association of Social Workers.
8. BENTALL, R. 2016. *The new psychological understanding of psychosis*. International Psychological Applications Conference and Trends. ISBN: 978-989-99389-6-0.
9. BOLAND, J. et al. 2021. Mental health social work in multidisciplinary community Teams: An analysis of a national service user survey. [online]. *Journal of Social Work*. [cit. 21. 11. 2022]. Dostupné na World Wide Web: <https://doi.org/10.1177/1468017319860663>
10. BRUN, C., RAPP, R. 2001. Strengths-Based Case Management: Individuals' Perspectives on Strengths and the Case Manager Relationship. [online]. *National Association of Social Workers*. [cit. 18. 12. 2022]. Dostupné na World Wide Web: <https://doi.org/10.1093/sw/46.3.278>
11. CARBOCH, R. 2020. Case management: léčba duševní nemoci a utváření subjektu. *Czech & Slovak Social Work/Sociální Práce/Sociálna Práca*.
12. CONCHAR, C., REPPER, J. 2014. „Walking wounded or wounded healer?“ Does personal experience of mental health problems help or hinder mental health practice? A review of the literature. [online]. *Mental Health and Social Inclusion*. [cit. 8. 10. 2022]. Dostupné na World Wide Web: <https://doi.org/10.1108/MHSI-02-2014-0003>

13. CREPAZ-KEAY, D., CYHLAROVA, E. 2012. A new self-management intervention for people with severe psychiatric diagnoses. [online]. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*. [cit. 20. 11. 2022]. Dostupné na World Wide Web: <https://doi.org/10.1108/17556221211236493>
14. CRESWELL, J. W., CRESWELL, J. D. 2018. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Sage publications.
15. CUTHBERT, B. N., MORRIS, S. E. 2021. Evolving Concepts of the Schizophrenia Spectrum: a Research Domain Criteria Perspective. [online]. *Frontiers in Psychiatry*. [cit. 28. 9. 2022]. Dostupné na World Wide Web: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.641319>
16. CVETOVAC, M. E., ADAME, A. L. 2017. The Wounded Therapist: Understanding the Relationship Between Personal Suffering and Clinical Practice. [online]. *The Humanistic Psychologist*. [cit. 15. 11. 2022]. Dostupné na World Wide Web: <https://doi.org/10.1037/hum0000071>
17. DOMINELLI, L. 2009. *Introducing Social Work, Short Introductions*. Cambridge: Policy Press.
18. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada. Psyché. ISBN 978-80-247-4826-9.
19. EARLY, T., GLENMAYE, L. 2000. Valuing families: Social work practice with families from a strength's perspective. [online]. *Social Work*. [cit. 30. 12. 2022]. Dostupné na World Wide Web: <https://doi.org/10.1093/sw/45.2.118>
20. EDGE, J., WHEATLEY, S. 2022. What does wellbeing mean to mental health peer workers. [online]. *Mental Health and Social Inclusion*. [cit. 1. 11. 2022]. Dostupné na World Wide Web: <https://doi.org/10.1108/MHSI-09-2021-0067>
21. EMILSSON, U. M. 2013. The Role of Social Work in Cross-Professional Teamwork: Examples from an Older People's Team in England. [online]. *British Journal of Social Work*. [cit. 13. 11. 2022]. Dostupné na World Wide Web: <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcr185>
22. FERGUSON, H. et al. 2022. Relationship-based practice and creation of therapeutic change in long-term work: social work as a holding relationship. [online]. *Social Work Education*. [cit. 19. 1. 2023]. Dostupné na World Wide Web: <https://doi.org/10.1080/02615479.2020.1837105>
23. FOITOVÁ, Z. et al. 2016. Zapojení peer konzultantů do komunitní a lůžkové péče o duševní zdraví. *Praha*: [online]. *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví*. [cit. 12. 10. 2022]. Dostupné na World Wide Web: https://www.cmhcd.cz/cmhcd/media/media/ke%20stazeni/centrum/manual_zpk_web.pdf
24. FRANCIS, A. 2014. Strengths-based Assessments and Recovery in Mental Health: Reflection from Practice. [online]. *International Journal of Social Work and Human Services Practice*. [cit. 18. 12. 2022]. Dostupné na World Wide Web: <http://dx.doi.org/10.13189/ijrh.2014.020...>

25. FRANKL, V. E., LUKAS, E. S. 2006. *Vůle ke smyslu: vybrané přednášky o logoterapii*. 3. vyd. Brno: Cesta. ISBN 80-7295-084-3.
26. FREDRICKSON, B.L., JOINER, T. 2002. Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. [online]. *Psychological Science*. [cit. 2. 12. 2022]. Dostupné na World Wide Web: https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1111/1467-9280.00431?casa_token=-KcoLe7VXo0AAAAA:LE0opH6SjNjnbbZjMRc3xFFVPiyU7gMcVxqgtKHZVts7LbP7eZ WVR9AnoZ02AA2IRp-- GH3hp
27. GAEBEL, W., ZIELASEK, J. 2015. Schizophrenia in 2020: Trends in diagnosis and Therapy. [online]. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. [cit. 9. 9. 2022]. Dostupné na World Wide Web: <https://doi.org/10.1111/pcn.12322>
28. GILBERT, P., STICKLEY, T. 2012. Wounded Healers: the role of lived experience in mental health education and practice. [online]. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*. [cit. 12. 10. 2022]. Dostupné na World Wide Web: <https://doi.org/10.1108/17556221211230570>
29. GILLARD, S. et al. 2022. The impact of working as a peer worker in mental health services: a longitudinal mixed method study. [online]. *BMC Psychiatry*. [cit. 2. 10. 2022]. Dostupné na World Wide Web: <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03999-9>
30. GOLDBERG, R.W. et al. 2013. Living Well: An Intervention to Improve Self-Management of Medical Illness for Individuals With Serious Mental Illness. [online]. *Psychiatric Services*. [cit. 5. 12. 2022]. Dostupné na World Wide Web: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200034>
31. GRAYBEAL, C. 2001. Strengths-Based Social Work Assessment: Transforming the Dominant Paradigm. [online]. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*. [cit. 4. 1. 2023]. Dostupné na World Wide Web: https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1606/1044-3894.236?casa_token=YrbA-BGRak4sAAAAA:60MZOmWTXlcLpYOumop-gMyLQ_ofiE6r2LDQ8lxBjia83rle84cFuw0NUptGKQWsBMs-q98U_nbDq
32. GRÜN, A. 2000. *Duchovní terapie a křesťanská tradice: čtrnáct svatých pomocníků*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 80-7192-425-3.
33. GULOVSUZ, S., OS, J. 2018. The slow death of the concept of schizophrenia and the painful birth of the psychosis spectrum. [online]. *Psychological medicine*. [cit. 12. 9. 2022]. Dostupné na World Wide Web: <https://doi.org/10.1017/S0033291717001775>
34. HANNESSEY, R. 2011. *Relationship Skills in Social Work*. SAGE publications.
35. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. 2010. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.
36. HENDL, J. 2005. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.

37. HENDL, J., 2015. *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. Páté, rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0981-2.
38. HEROD, J., LYBERY, M. 2002. The social work role in multi-disciplinary teams. [online]. *Practice*. [cit. 21. 11. 2022]. Dostupné na World Wide Web: <https://doi.org/10.1080/09503150208411539>
39. HOWE, D. 1998. Relationship-based thinking and practice in social work. [online]. *Journal of Social Work Practice*. [cit. 5. 1. 2023]. Dostupné na World Wide Web: <https://doi.org/10.1080/02650539808415131>
40. HOWE, D. 2018. *Relationship-Based Social Work. Getting to the Heart of Practice*. Second Edition. Jessica Kingsley Publishers.
41. HUČÍN, J., HONZÁK, R. 2001. *Hovory o psychoterapii: péče o duši současného člověka*. Praha: Portál. Rozhovory. ISBN 80-7178-525-3.
42. HYTYCH, Roman, 2008. *Smrt a nesmrtelnost: sociální reprezentace smrti*. Praha: Triton. Psyché. ISBN 978-80-7387-092-8.
43. CHAN, R.C.H. et al. 2017. Flourishing With Psychosis: A Prospective Examination on the Interactions Between Clinical, Functional, and Personal Recovery Processes on Well-being Among Individuals with Schizophrenia Spectrum Disorders. [online]. *Schizophrenia Bulletin*. [cit. 10. 9. 2022]. Dostupné na World Wide Web: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx120>
44. CHISHOLM, J., PETRAKIS, M. 2020. Peer Worker Perspectives on Their Potential Role in the Success of Implementing Recovery-Oriented Practise in the Clinical Mental Health Setting. [online]. *Journal of evidence-based social work*. [cit. 4. 10. 2022]. Dostupné na World Wide Web: <https://doi.org/10.1080/26408066.2020.1729282>
45. JACOBI, J. S. 2013. *Psychologie C. G. Junga*. Praha: Portál. Spektrum. ISBN 978-80-262-0353-7.
46. KVATERNIK, I., GREBENC, V. 2009. The role of social work in the field of mental health: dual diagnoses as a challenge for social workers. [online]. *European Journal of Social Work*. [cit. 28. 11. 2022]. Dostupné na World Wide Web: <https://doi.org/10.1080/13691450902981426>
47. LEAVY, P. 2017. *Research design: Quantitative, qualitative, mixed methods, arts-based, and community-based participatory research approaches*. Guilford Publications.
48. LORIG, K.R., HOLMAN, H. 2003. Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanism. [online]. *Annals of Behavioral Medicine*. [cit. 12. 10. 2022]. Dostupné na World Wide Web: https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01
49. MAREŠ, J. 2008. *Kvalita života u dětí a dospívajících*. Brno: MSD. ISBN 80-86633-65-9.
50. MATOUŠEK, O. 2007. *Základy sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-331-4.

51. MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. 2010. *Sociální práce v praxi: specifiky různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0.
52. MATOUŠEK, O., KŘIŠTAN, A. 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Brno: Masarykova univerzita. Středisko pro pomoc studentům se specifickými nároky.
53. MCCOLGAN, M., MCMULLIN, CH. 2017. *Doing Relationship-Based Social Work: A Practical Guide to Building Relationship and Enabling Change*. Jessica Kingsley Publishers.
54. MKN-10 KLASIFIKACE. *Prohlížeč MKN-10 klasifikace* [online]. [cit. 5.9.2022]. Dostupné na World Wide Web: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00-F99>
55. MIŇHOVÁ, J., LOVASOVÁ, V. 2018. *Psychopatologie: pedagogické, právní a sociální aspekty*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk. ISBN 978-80-7380-721-4.
56. MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.
57. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. Psyché. ISBN 80-247-1362-4.
58. MOORE, M. et al. 2016. The Role of Social Work in Providing Mental Health Services and Care Coordination in an Urban Trauma Centre Emergency Department. [online]. *Psychiatric Services*. [cit. 12. 12. 2022] Dostupné na World Wide Web: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500469>
59. MOSCOVICI, S., DUVEEN, G., 2000. *Social representations: explorations in social psychology*. Cambridge: Polity Press. ISBN 0-7456-2226-7.
60. MPSV. 2015. Sešit sociální práce. Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu. [online]. [cit. 18. 12. 2022]. Dostupné na World Wide Web: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/953091/3ssp.pdf/7f72a3fc-91fc-c606-6781-cb374d528797>
61. MUSIL, L., JAKLOVÁ STŘIHAVKOVÁ, D. 2020. Reflecting on a Common Core and the Variability of Social Work Definitions: "Theme and its Interpretations" by Foucault. [online]. *Journal of Social Work Education*. [cit. 29. 12. 2022] Dostupné na World Wide Web: <https://doi.org/10.1080/10437797.2019.1656573>
62. MUSIL, L., NAVRÁTIL, P. 2000. Sociální práce s příslušníky menšinových skupin. Sociální studia.
63. MUTSCHLER, CH., BELLAMY, CH., DAVIDSON, L., LICHTENSTEIN, S., KIDD, S. 2022. Implementation of Peer Support in Mental Health Services: A systematic Review of the Literature. [online]. *American Psychological Association*. [cit. 12. 10. 2022]. Dostupné na World Wide Web: <https://doi.org/10.1037/ser0000531>
64. NEWCOMB, M., BURTON, J., EDWARDS, N., HAZELWOOD, Z. 2015. How Jung's Concept of the Wounded Healer Can Guide Learning and Teaching in Social Work and Human Services. [online]. *Advances in Social Work & Welfare Education*.

- [cit. 15. 10. 2022]. Dostupné na World Wide Web: <https://journal.anzswwer.org/index.php/advances/article/view/237>
65. NOVÁK, P. 2009. Teorie sociálních reprezentací. E-psychologie.
 66. OBBREITER, D. 2021. Carl Rogers and Schizophrenia. The evolution of Carl Rogers' thinking on psychosis and schizophrenia: a literature survey. [online]. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*. [cit. 13. 10. 2022]. Dostupné na World Wide Web: <https://doi.org/10.1080/14779757.2021.1898456>
 67. OBORN, E. et al. 2019. Knowledge and expertise in care practises: the role of the peer worker in mental health teams. [online]. *Sociology of Health and Illness*. [cit. 12. 12. 2022]. Dostupné na World Wide Web: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12944>
 68. OSBORN, M. 2003. Interpretative phenomenological analysis. In: SMITH, J. A. et al. *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*. Sage Publications.
 69. PARK, N. et al. 2004. Strengths of character and well-being. [online]. *Journal of Social and Clinical Psychology*. [cit. 11. 11. 2022]. Dostupné na World Wide Web: <https://doi.org/10.1521/jscp.23.5.603.50748>
 70. PATTON, M. Q. 2015. *Qualitative Research and evaluation methods: Integrating theory and practice*. Sage publications.
 71. PAYNE, M. 2006. *What is professional social work?* Bristol: BASW.
 72. PLICHTOVÁ, Jana, 2002. *Metódy sociálnej psychológie zblízka: kvalitatívne a kvantitatívne skúmanie sociálnych reprezentácií*. Bratislava: Média. ISBN 80-967525-5-3.
 73. PROBSTOVÁ, V., PĚČ, O. 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0731-3.
 74. PRŮVODCE REFORMOU PSYCHIATRICKÉ PÉČE. 2019. [online]. [cit. 9. 9. 2022]. Dostupné na World Wide Web: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18149/39439/PrůvodceReformou_komplet.pdf
 75. PUNCH, K. F. 2008. *Úspěšný návrh výzkumu*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-468-7.
 76. PUNOVÁ, M. 2020. *Využití silných stránek jedinců v rámci sociální práce*. In: KALLOVÁ, N., LUKŠÍK, I. Kvalita života a kvalita vztahov. Zborník z konferencie „potrebujeme pozitívne mysliet', cítiť a konať?“
 77. RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. 2012. *Psychiatrie*. Praha. Karolinum. ISBN 80-7262-140-8.
 78. RATEAU, P. et al. 2011. *Social Representation Theory*. In: VAN LANGE, P. A. M. et al. 2011. *Handbook of Theories of Social Psychology*.
 79. REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ. 2017. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. [online]. [cit. 9. 9. 2022]. Dostupné na World Wide Web: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Malý%20průvodce%20reformou%20psychiatrické%20péče.pdf>

80. RIDGWAY, P. 2001. Restoring psychiatric disability: Learning from first person recovery narratives. [online]. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. [cit. 20. 9. 2022]. Dostupné na World Wide Web: <https://doi.org/10.1037/h0095071>
81. ROBERGE, C., MEUNIER, S., CLEARY, J. 2022. In Action at Work! Mental Health Self-Management Strategies for Employees Experiencing Anxiety or Depressive Symptoms. [online]. *Canadian Journal of Behavioural Science*. [cit. 30. 11. 2022]. Dostupné na World Wide Web: <https://doi.org/10.1037/cbs0000346>
82. ROOTS, ROSES. 2020. Wounded Healer Experiences in Art Therapy. [online]. *Journal of the American Art Therapy Association*. [cit. 15. 11. 2022]. Dostupné na World Wide Web: <https://doi.org/10.1080/07421656.2020.1764794>
83. RUCH, G. 2005. Relationship-based practice and reflective practice: holistic approaches to contemporary child care social work. [online]. *Child and Family Social Work*. [cit. 3. 1. 2023]. Dostupné na World Wide Web: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2005.00359.x>
84. RUST, T. et al. 2009. Strengths only or strengths and relative weakness? A preliminary study. [online]. *The Journal of Psychology*. [cit. 3. 1. 2023]. Dostupné na World Wide Web: <https://doi.org/10.3200/JRL.143.5.465-476>
85. ŘICHÁČEK, T., ČERMÁK, I., HYTYCH, R. 2013. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6382-2.
86. SAHA, S. et al. 2020. Psychosocial rehabilitation of people living with mental illness: Lessons learned from community-based psychiatric rehabilitation centres in Gujarat. [online]. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. [cit. 29. 10. 2022]. Dostupné na World Wide Web: https://journals.lww.com/jfmpc/Fulltext/2020/09020/Psychosocial_rehabilitation_of_people_living_with.80.aspx
87. SALEBEEY, D. 1996. The Strengths Perspective in Social Work Practice: Extensions and Cautions. [online]. *National Association of Social Workers*. [cit. 5. 1. 2023]. Dostupné na World Wide Web: <https://doi.org/10.1093/sw/41.3.296>
88. SARANDÖL, A. 2021. Psychodynamic Perspective on Psychotic Disorder and Function of Art in Psychotherapy with Psychotic Patients. [online]. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*. [cit. 12. 10. 2022]. Dostupné na World Wide Web: http://cappsy.org/archives/vol13/no4/cap_13_04_01_en.pdf
89. SCANLAN, J. N., STILL, M., RADICAN, J., HENKEL, D., HEFFERNAN, T., FARRUGIA, P., ISBESTER, J., ENGLISH, J. 2020. Workplace experiences of mental health consumer peer workers in New South Wales, Australia: A survey study exploring job satisfaction, burnout, and turnover intention. [online]. *BMC Psychiatry*. [cit. 15. 10. 2022]. Dostupné na World Wide Web: https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-020-02688-9?umt_campaign=BMCS_AWA_JW01_GL_trendmd_2021_BPSY_BMCPsychiatry_HP
90. SEIDMAN, I. 2013. *Interviewing as Qualitative Research: A Guide for Researchers in Education and the Social Sciences*. Teachers College Press.

91. SELIGMAN, M.E.P. 2014. *Vzkvétání: nové poznatky o podstatě štěstí a duševní pohody*. V Brně: Jan Melvil. Pod povrchem. ISBN 978-80-87270-95-0.
92. SCHMIDBAUER, W. 2015. *Syndrom pomocníka*. 2. vyd. Praha: Portál. Spektrum. ISBN 978-80-262-0865-5.
93. SCHRANK, B. et al. 2013. Conceptualising and measuring the well-being of people with psychosis: Systematic review and narrative synthesis. [online]. *Social Science & Medicine*. [cit. 24. 11. 2022]. Dostupné na World Wide Web: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.05.011>
94. SCHUTT, R. K. et al. 2022. Cognitive Enhancement Therapy vs social skills training in schizophrenia: a cluster randomized comparative effectiveness evaluation. [online]. *BMC Psychiatry*. [cit. 12. 10. 2022]. Dostupné na World Wide Web: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-022-04149-x>
95. SILVERMAN, D. 2020. *Interpreting qualitative data*. 6th edition. Los Angeles: Sage. ISBN 978-1-5264-6724-9.
96. SIMMONS, C. A. et al. 2016. *Strengths-Based Social work: A Social Work Metatheory to Guide the Profession*. Theoretical Perspectives for direct social work practice.
97. SLEZÁČKOVÁ, A. 2012. *Průvodce pozitivní psychologií: nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Praha: Grada. Psyché. ISBN 978-80-247-3507-8.
98. SMITH, J. A. et al. 2009. *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. Thousand Oaks: Sage. ISBN 978-1-4129-0833-7.
99. SMITH, J. A. 2017. Interpretative phenomenological analysis: Getting at lived experience. [online]. *The Journal of Positive Psychology* [cit. 30. 2. 2023]. Dostupné na World Wide Web: <https://www.researchgate.net/publication/311928869> Interpretative phenomenological analysis Getting at lived experience
100. SMITH, J. A., OSBORN, M. 2008. *Interpretative phenomenological analysis*. In: SMITH, J. A. 2015. *Qualitative psychology: A practical guide to Research methods*. 3rd edition. Los Angeles: Sage. ISBN 978-1-4462-9846-6.
101. SMOCK, S. A. et al. 2008. *Solution-focused group Therapy for level 1 substance abusers*. [online]. *Journal of Marital and Family Therapy*. [cit. 19. 9. 2022]. Dostupné na World Wide Web: <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2008.00056.x>
102. STRAUSS, A., CORBIN, J. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. ISBN 80-85834-60-X.
103. STRAUSSNER, S. L. A., SENREICH, E., STEEN, J. T. 2018. Wounded Healers: A Multistate Study of Licensed Social Workers' Behavioral Health Problems. [online]. *Social Work*. [cit. 13. 11. 2022]. Dostupné na World Wide Web: <https://doi.org/10.1093/sw/swy012>
104. STRIJBOS, D., SLORS, M. 2020. What Kind of „Management“Is Self-Management? A Two-Dimensional Approach to Self-Management in Mental Health Care. [online]. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*. [cit. 2. 11. 2022]. Dostupné na World

- Wide Web: <https://www.researchgate.net/profile/Derek-Strijbos/publication/347394654/What-Kind-of-Management-Is-Self-Management-A-Two-Dimensional-Approach-to-Self-Management-in-Mental-Health-Care/links/63274a87873eca0c0098d888/What-Kind-of-Management-Is-Self-Management-A-Two-Dimensional-Approach-to-Self-Management-in-Mental-Health-Care.pdf>
105. STUHLÍK, J. 2001. *Asertivní komunitní léčba a case management*. Praha: Focus Books.
 106. SVOBODA, M. et al. 2015. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0976-8.
 107. TURNEY, D. 2012. A relationship-based approach to engaging involuntary clients: the contribution of recognition theory. [online]. *Child and Family Social Work*. [cit. 2. 1. 2023]. Dostupné na World Wide Web: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2012.00830.x>
 108. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. 2022. [online]. [cit. 1. 9. 2022]. Dostupné na World Wide Web: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-10>
 109. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. 2022. [online]. [cit. 1. 9. 2022]. Dostupné na World Wide Web: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11>
 110. VALIENTE, C. et al. 2019. The Challenge of well-being and quality of life: A meta-analysis of psychological interventions in schizophrenia. [online]. *Schizophrenia Research*. [cit. 25. 11. 2022]. Dostupné na World Wide Web: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.01.040>
 111. VENGLÁŘOVÁ, A., MAHROVÁ, G. 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2138-5.
 112. VILLAGGI, B. et al. 2015. Self-management strategies in recovery from mood and anxiety disorders. [online]. *Global Qualitative Nursing Research*. [cit. 2. 11. 2022]. Dostupné na World Wide Web: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2333393615606092>
 113. VYBÍRAL, Z., ROUBAL, J. 2010. *Současná psychoterapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-682-7.
 114. WHO. Mental health: a state of well-being. In: WHO [online]. Copenhagen: WHO, 2014 [cit. 2. 10. 2022]. Dostupné z World Wide Web: https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
 115. WILLIG, C. ROGERS, W. S. 2017. *The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology*. Sage.
 116. WYDER, M. et al. 2020. Diary of Mental Health Peer Worker: Findings From a Diary Study Into the Role of Peer Work in a Clinical Mental Health Setting. [online]. *Frontiers in Psychiatry*. [cit. 25. 10. 2022]. Dostupné z World Wide Web: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2020.587656/full>

117. ŽIŽLAVSKÝ, M. 2003. *Metodologie pro Sociální politiku a sociální práci*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3110-7.

Rejstřík

	A		G
Abric, 35		Gaebel, 18, 19	
Adame, 21, 22		Gilbert, 21	
Adler, 23		Gillard, 20	
Ambrose-Miller, 30		GlenMaye, 33	
Anthony, 19		Goldberg, 24	
Ashcroft, 30		Graybeal, 33	
		Grebenc, 29, 30	
	B	Grün, 22	
Babbie, 37		Guloksuz, 18	
Barlow, 24			H
Bartlettová, 27, 28		Hannessey, 31, 32	
Bentall, 18		Hanvey, 27	
Boland, 29		Hartl, 17	
Brun, 33		Hartlová, 17	
Bruno, 33		Hendl, 37, 43, 45	
	C	Herold, 29, 30	
Carboch, 29		Holman, 24	
CDZ, 12, 19, 42, 50, 64, 73, 91, 92, 93, 94, 95, 103		Howe, 31, 32	
Cleary, 25, 26			Ch
Conchar, 21		Chan, 22, 23	
Corbinová, 37, 44, 45		Chisholm, 20	
Crepaz-Keay, 24		Chytil, 27	
Creswell, 37, 43			J
Cuthbert, 18		Jacobi, 22	
Cvetovac, 21, 22		Jaklová Stříhavková, 28	
Cyhlarová, 24			K
	D		
Dominelli, 27		Kvaternik, 29, 30	
Dušek, 17			L
	E		
Early, 33		Leavy, 43	
Edge, 23, 24		Lorig, 24	
Emilsson, 29		Lovasová, 18	
	F	Lymbery, 29, 30	
Federn, 19			M
Ferguson, 31, 32		Mahrová, 27, 28	
Foitová, 19		Malý průvodce, 19, 82	
Francis, 32		Mareš, 22	
Frankl, 21		Matoušek, 27, 28, 29	

Meunier, 25, 26
 Miňhová, 18
 Miovský, 40, 41
 Morris, 18
 Moscovici, 34
 MPSV, 29, 30, 81
 multidisciplinární tým, 14, 19, 20, 39, 54, 55, 56, 57,
 58, 62, 63, 65, 72, 73, 81, 90, 98, 99, 101, 104
 Musil, 27, 28
 Mutschler, 20

N

Navrátil, 27, 28
 Newcomb, 21
 Novák, 34, 35, 38

O

Obberreiter, 18, 19
 Oborn, 19
 Osborn, 44

P

Park, 33
 Patton, 43
 Payne, 28
 Pěč, 18
 peer konzultant, 13, 14, 17, 19, 20, 21, 23, 24, 31, 32,
 33, 34, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 47, 50, 51, 52, 53,
 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67,
 68, 69, 70, 71, 72, 73, 78, 90, 91, 92, 93, 94, 98,
 99, 100, 101, 102, 103, 104
 Petrakisová, 20
 Philpot, 27
 Plichtová, 34, 35, 39
 Probstová, 18, 29
 Průvodce, 19, 84
 psychická pohoda, 5, 13, 22, 23, 24, 25, 31, 32, 38,
 41, 54, 55, 56, 61, 62, 64, 65, 67, 68, 69, 70, 90,
 93, 94, 98, 99, 102, 103
 Punch, 48
 Punová, 33

R

Raboch, 18
 Rapp, 33
 Rateau, 34, 35
 Repper, 21
 Ridgway, 22
 Roberge, 25, 26
 Rogers, 31, 82
 Roots, 21
 Roses, 21
 Ruch, 31, 32
 Rust, 33

Rutter, 33

Ř

Řiháček, 43, 44

S

Saha, 29
 Saleebey, 32, 33
 Sarandöl, 19
 Scanlan, 20
 Seidman, 40
 self management, 2, 5, 9, 13, 14, 17, 22, 24, 25, 31,
 38, 39, 41, 46, 52, 56, 57, 58, 63, 64, 69, 71, 72,
 74, 90, 92, 94, 95
 Seligman, 23
 Schmidbauer, 22
 Schranková, 24
 Schutt, 19
 Silverman, 37
 Simmons, 33
 Slezáčková, 22
 Slors, 25
 Smith, 44
 Smock, 33
 sociální práce, 80, 81, 82, 85, 86
 sociální pracovník, 81
 sociální reprezentace, 80
 Strauss, 37, 44, 45
 Straussner, 21, 22
 Strijbos, 25, 85
 Stuchlík, 29
 Svoboda, 17

Š

Šupa, 29

U

ÚZIS, 17

V

Valiente, 23
 Venglářová, 27, 28

W

Wheatley, 23, 24
 Willig, 44
 Wyder, 20

Z

Zielasek, 18, 19

Ž

Žižlavský, 38, 40, 41

Příloha A Tabulka operacionalizace

HVO		
Jaká je sociální reprezentace psychické pohody a self managementu peer konzultantů dle sociálních pracovníků, psychologů a peer konzultantů?		
Dílčí výzkumné otázky	Indikátory	Otázky
<p>DVO1: Jaké je centrální jádro sociální reprezentace psychické pohody a self managementu peer konzultantů dle sociálních pracovníků, psychologů a peer konzultantů?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - představy o pozici peer konzultanta - představy o multidisciplinárním týmu - představy o reformě péče o duševní zdraví - představy o roli peer konzultanta v multidisciplinárním týmu - představy o své vlastní roli vzhledem k peer konzultantovi - představy o psychické pohodě peer konzultanta - představy o self managementu peer konzultanta 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Co Vás první napadne, když se řekne peer konzultant? 2. Jaké vlastnosti by měl mít člověk, který dělá peer konzultanta/jaké vlastnosti Vám osobně pomáhají/pomáhaly být dobrým peer konzultantem? 3. Co si představíte pod pojmem psychická pohoda peer konzultantů? Kdo nebo co tuto Vaši představu nejvíce ovlivnil/o/co si představíte pod pojmem psychická pohoda? Co Vám osobně pomáhá budovat Vaši psychickou pohodu? 4. Co si představíte pod pojmem self management peer konzultantů? 5. Co si myslíte o sebezpřijetí peer konzultantů? Jak je možné jej průběžně posilovat/posilujete své vlastní sebezpřijetí? Pokud ano, jakým způsobem? Pokud ne, vysvětlete. 6. Je podle Vás zranitelnost a citlivost peer konzultantů spíše výhodou nebo nevýhodou v jeho práci s klienty? Vysvětlete. /jaká je Vaše osobní

		<p>zkušenost s Vaší zranitelností a citlivostí?</p> <p>7. Jak moc (co všechno) by měl mít peer konzultant zpracováno, aby mohl pozici peer konzultanta vykonávat? Obou: Jaká je Vaše osobní zkušenost?</p> <p>8. (jen pro peer konzultanty: A) v jakých situacích jste jako peer konzultant cítil/a hrdost na sebe sama? B) v jakých situacích jste jako peer konzultant cítil/a radost a uspokojení ze své práce?)</p>
<p>DVO2: Jaké jsou periferní elementy sociální reprezentace psychické pohody a self managementu peer konzultantů dle sociálních pracovníků, psychologů a peer konzultantů?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - postupy self managementu peer konzultanta - postupy zvyšování psychické pohody peer konzultanta - zkušenost s podporováním peer konzultanta z hlediska multidisciplinárního týmu v psychické pohodě a v self managementu - preventivní postupy před syndromem vyhoření - postupy práce s emocemi 	<p>1. Jakou konkrétně máte Vy zkušenost s podporou peer konzultantů v budování jejich/své psychické pohody? Co konkrétně děláte, jaké postupy využíváte při budování své vlastní psychické pohody?</p> <p>2. Jak zvládat (Vy osobně zvládáte) propady, negativní stavy a obtížné situace při práci peer konzultanta, aby nedošlo k syndromu vyhoření a propuknutí nové ataky?</p> <p>3. Podporujete peer konzultanty v self managementu? Pokud ano, jak? Pokud ne, vysvětlete. (pro peery: podporovali Vás lidé z týmu v CDZ v self managementu?) Pokud ano, jak? Pokud ne, jak si to vysvětlujete?</p> <p>4. Co konkrétně lze dělat pro to, aby případy klientů peer konzultanty nezatěžovaly a dokázali si udržet odstup? (pro</p>

		<p>peery: jaké jsou Vaše osobní zkušenosti? Jak to děláte Vy?</p> <p>5. Jak peer konzultant z Vašeho CDZ dodržuje self management/jaké postupy self managementu jsou pro Vás osobně nejdůležitější? Bez kterých postupů self managementu byste se neobešel? Vysvětlete, z jakých důvodů právě tyto.</p> <p>6. Jak může peer konzultant posilovat (jak jste Vy osobně posiloval/a) prožívání pozitivních emocí při práci s klienty?</p> <p>7. Jak může peer konzultant redukovat (jak jste Vy osobně redukoval/a) prožívání negativních emocí při práci s klienty?</p>
<p>DVO3: Jaký je vztah mezi centrálním jádrem a periferními elementy sociální reprezentace psychické pohody a self managementu peer konzultantů dle sociálních pracovníků, psychologů a peer konzultantů?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - vztah mezi představou o psychické pohodě peer konzultanta a postupy zvyšování psychické pohody peer konzultanta - vztah mezi představou o self managementu peer konzultanta a postupy self managementu peer konzultanta - vztah mezi teoretickou představou o roli peer konzultanta a působením peer konzultanta 	<p>1. Je či není nějaký rozdíl mezi teoretickou představou o peer konzultantovi a Vaší zkušeností s peer konzultanty (a Vaší osobní zkušeností)? Pokud ano, jaký? Pokud ne, vysvětlete.</p> <p>2. Četl/a jste něco nebo byl/a jste na nějaké přednášce o self managementu peer konzultantů? Pokud ano, co, případně na jaké přednášce? A jak jste to využil/a při práci s peer konzultanty (se sebou samým)? Pokud ne, z čeho vycházíte při reflexi self managementu peer konzultantů (svého vlastního self managementu)?</p> <p>3. Zažil/a jste nějaké stereotypy ve vztahu k peer konzultantům?</p>

	<p>v multidisciplinárnímu týmu</p> <p>- vztah reformy péče o duševní zdraví a péče o peer konzultanta</p>	<p>Pokud ano, jaké? Pokud ne, vysvětlete.</p> <p>4. Co si myslíte o současné podobě a průběhu reformy péče o duševní zdraví? Co se podařilo a co nikoliv?</p> <p>5. Jak si myslíte, že reforma péče o duševní zdraví nastavila roli peer konzultanta v CDZ? Jak toto nastavení reformy ovlivňuje psychickou pohodu peer konzultantů?</p> <p>6. Mělo nebo nemělo by se něco změnit ve vztahu k self managementu peer konzultantů a jeho posilování v CDZ? Pokud ano, co by se mělo změnit a jak byste to udělal/a? Pokud ne, vysvětlete.</p>
--	---	---

Příloha B Seznam otázek pro rozhovor

1. Co Vás první napadne, když se řekne peer konzultant?
2. Co si představíte pod pojmem psychická pohoda peer konzultantů? Kdo nebo co tuto Vaši představu nejvíce ovlivnil/o/co si představíte pod pojmem psychická pohoda? Co Vám osobně pomáhá budovat Vaši psychickou pohodu?
3. Co si myslíte o současné podobě a průběhu reformy péče o duševní zdraví? Co se podařilo a co nikoliv?
4. Co si představíte pod pojmem self management peer konzultantů?
5. Zažil/a jste nějaké stereotypy ve vztahu k peer konzultantům? Pokud ano, jaké? Pokud ne, vysvětlete.
6. Jaké vlastnosti by měl mít člověk, který dělá peer konzultanta/jaké vlastnosti Vám osobně pomáhají/pomáhaly být dobrým peer konzultantem?
7. Jak si myslíte, že reforma péče o duševní zdraví nastavila roli peer konzultanta v CDZ? Jak toto nastavení reformy ovlivňuje psychickou pohodu peer konzultantů?
8. Četl/a jste něco nebo byl/a jste na nějaké přednášce o self managementu peer konzultantů? Pokud ano, co, případně na jaké přednášce? A jak jste to využil/a při práci s peer konzultanty (se sebou samým)? Pokud ne, z čeho vycházíte při reflexi self managementu peer konzultantů (svého vlastního self managementu)?
9. Jak moc (co všechno) by měl mít peer konzultant zpracováno, aby mohl pozici peer konzultanta vykonávat? Obou: Jaká je Vaše osobní zkušenost?
10. Jakou konkrétně máte Vy zkušenost s podporou peer konzultantů v budování jejich/své psychické pohody? Co konkrétně děláte, jaké postupy využíváte při budování své vlastní psychické pohody?
11. Je či není nějaký rozdíl mezi teoretickou představou o peer konzultantovi a Vaší zkušeností s peer konzultanty (a Vaší osobní zkušeností)? Pokud ano, jaký? Pokud ne, vysvětlete.
12. Je podle Vás zranitelnost a citlivost peer konzultantů spíše výhodou nebo nevýhodou v jeho práci s klienty? Vysvětlete. /jaká je Vaše osobní zkušenost s Vaší zranitelností a citlivostí?
13. Co si myslíte o sebepřijetí peer konzultantů? Jak je možné jej průběžně posilovat/posilujete své vlastní sebepřijetí? Pokud ano, jakým způsobem? Pokud ne, vysvětlete.
14. Jak zvládat (Vy osobně zvládáte) propady, negativní stavy a obtížné situace při práci peer konzultanta, aby nedošlo k syndromu vyhoření a propuknutí nové ataky?
15. Podporujete peer konzultanty v self managementu? Pokud ano, jak? Pokud ne, vysvětlete. (pro peery: podporovali Vás lidé z týmu v CDZ v self managementu?) Pokud ano, jak? Pokud ne, jak si to vysvětlujete?

16. Co konkrétně lze dělat pro to, aby případy klientů peer konzultanty nezatěžovaly a dokázali si udržet odstup? (pro peery: jaké jsou Vaše osobní zkušenosti? Jak to děláte Vy?)

17. Jak peer konzultant z Vašeho CDZ dodržuje self management/jaké postupy self managementu jsou pro Vás osobně nejdůležitější? Bez kterých postupů self managementu byste se neobešel? Vysvětlete, z jakých důvodů právě tyto.

18. Jak může peer konzultant redukovat (jak jste Vy osobně redukoval/a) prožívání negativních emocí při práci s klienty?

19. Mělo nebo nemělo by se něco změnit ve vztahu k self managementu peer konzultantů a jeho posilování v CDZ? Pokud ano, co by se mělo změnit a jak byste to udělal/a? Pokud ne, vysvětlete.

20. Jak může peer konzultant posilovat (jak jste Vy osobně posiloval/a) prožívání pozitivních emocí při práci s klienty?

21. (jen pro peer konzultanty: A) v jakých situacích jste jako peer konzultant cítil/a hrdost na sebe sama? B) v jakých situacích jste jako peer konzultant cítil/a radost a uspokojení ze své práce?)

Příloha C Tabulka s údaji o respondentech

	Věk	Délka praxe s cílovou skupinou	Dosažené vzdělání	Absolvované kurzy
Sociální pracovníci				
SP1	26 let	3 roky	Vysokoškolské	Kurz care, kurz krizové intervence
SP2	22 let	Půl roku	Vysokoškolské	Žádné kurzy
SP3	24 let	3 roky	Vysokoškolské	Kurz krizové intervence
SP4	40 let	12 let	Vysokoškolské	Case management, sociální rehabilitace, krizová intervence, muzikoterapie
Psychologové				
PSY1	26 let	4 roky	Vysokoškolské	Kurz psychologa ve zdravotnictví
PSY2	31 let	3 roky	Vysokoškolské	Rorschachův kurz, vývojová psychopatologie, sebezkušenostní výcvik (4. ročník), výcvik v primární prevenci u dětí
PSY3	46 let	13 let	Vysokoškolské	Sebezkušenostní výcvik SUR, výcvik v autogenním tréninku, sebezkušenostní týdenní výcvik v integrované psychoterapii Ferdinanda Knoblocha

PSY4	28 let	3 roky	Vysokoškolské	Frekventant v jungiánské psychoterapii
Peer konzul- tanti				
PE1 (Petr)	37 let	6 let	Vysokoškolské	Kurz pracov- níka v sociál- ních službách, psychoterapeu- tické výcviky
PE2 (Jan)	32 let	Jeden měsíc	Středoškolské	Žádné kurzy
PE3	29 let	6 let	Středoškolské	Kurz pracov- níka v sociál- ních službách, recovery kurz
PE4	35 let	3 roky	Vysokoškolské	Kurz pracov- níka v sociál- ních službách

Příloha D Podrobná kategorizace DVO1

V oblasti kategorizace daného tématu jsem identifikovala následující kategorie, subkategorie a dimenze:

Kategorie 1: Představy o vhodných predispozicích peer konzultantů pro dobrý výkon peer konzultantství a pro udržení jejich psychické pohody.

Subkategorie A: Pro dobrý výkon peer konzultantství je užitečné mít určité vlastnosti.

Dimenze: A1) Otevřenost A2) Empatie A3) Upřímnost A4) Komunikativnost

Subkategorie B: Zpracování a nemoci a příběhu jsou nezbytné kroky při práci na pozici peer konzultanta.

Dimenze: B1) Peer konzultant by měl mít dobře zpracovaný osobní příběh, jelikož je jeho dobrým nástrojem. B2) Peer konzultant by měl umět s nemocí pracovat. B2.1 Peer konzultant by si měl zpracovat, co mu nemoc vzala. B2.2 Peer konzultant by měl mít zmapovány pozitiva, která mu nemoc přinesla.

Subkategorie C: Sebepřijetí je náročné, ale podstatné pro výkon peer konzultantství.

Dimenze: C1) Peer konzultant by se neměl stydět za své duševní onemocnění. C2) Peer konzultant by měl přijmout svá omezení a limity.

Subkategorie D: Sebepoznání jako první krok k nastavení self managementu a technik sebepečce.

Dimenze: D1) Sebepoznání je podstatné pro následné nalezení aspektů, co peer konzultantovi vyhovuje za strategie zvládání a udržování v psychické pohodě.

Kategorie 2: Self management je pro peer konzultanty důležitý pro udržení jejich psychické pohody a pracovní pozice v multidisciplinárním týmu.

Subkategorie A: O psychickou pohodu musí peer konzultanti pečovat, jelikož je jejich práce psychicky velmi náročná.

Dimenze: A1) Peer konzultant by uměl pracovat sama se sebou. A2) Psychohygienu je u peer konzultantů důležitá. A3) Je potřebné pracovat na tvorbě odolnosti. A4)

Psychickou pohodu ovlivňuje několik hledisek. A4.1 Dobré vztahy. A4.2 Smysl života. A4.3 Prožitok úspěchu. A4.4 Angažovanost. A4.5 Hrdost na sebe sama.

Subkategorie B: Teoretické představy o self managementu, který by peer konzultanti měli dodržovat, aby předešli dekompenzaci.

Dimenze: B1) Uspořádat si priority v životě. B2) Balancovat mezi soukromým a pracovním životem. B3) Umět říct ne B4) Pracovat s hranicemi. B5) Nepřetěžovat se. B6) Udělat si čas na relax. B7) Nastavit si podmínky v práci. B8) Efektivně využívat čas. B9) Nebrat si práci domů.

Kategorie 3: Zranitelnost a citlivost peer konzultantů ve vztahu k jejich psychické pohodě.

Subkategorie A: V případě umění práce se zranitelností a citlivostí, se peer konzultant stává velkým pomocníkem klientům.

Dimenze: A1) Vztah mezi klientem a peer konzultantem je velmi otevřený. A2) Velkou výhodou je zkušenost s duševním onemocněním. A3) Díky citlivosti jsou peer konzultanti empatictější. A4) Peer konzultanti mohou jít s klienty do zpracování náročných témat.

Subkategorie B: Pokud se zranitelností a citlivostí peer konzultant neumí pracovat, znesnadňuje to jeho práci s klienty a zhoršuje to jeho psychickou pohodu.

Dimenze: B1) Špatně nastavené hranice jako způsob zranění peer konzultanta. B2) Blízký vztah s klientem jako riziko zranění. B3) V multidisciplinárním týmu je zranitelnost a citlivost peer konzultanta brána jako negativum, protože se pracovníci bojí, že peer konzultanta psychicky zraní. B3.1 Špatná komunikace v multidisciplinárním týmu, ze které plynou nedorozumění. B3.2 Peer konzultant je brán více jako klient.

Kategorie 4: Pokud je peer konzultant v psychické pohodě, je velkým přínosem pro klienty i MT.

Subkategorie A: Peer konzultant je inspirací pro ostatní pracovníky v multidisciplinárním týmu.

Dimenze: A1) Učí ostatní pracovníky multidisciplinárního týmu radovat se z maličkostí. A2) Vnáší do multidisciplinárního týmu optimismus. A3) Je nadějí pro ostatní

pracovníky z hlediska zvládnání těžkých životních období klientů. A4) Dodává ostatním pracovníkům motivaci, že práce s lidmi s duševním onemocněním má smysl.

Subkategorie B: Peer konzultant poskytuje ostatním pracovníkům multidisciplinárního týmu rady.

Dimenze: B1) Poskytuje pohled klienta. B2) Přibližuje prožívání klienta. B3) Dává rady, jak pracovat s klientem z osobní zkušenosti. B4) Má přidanou hodnotu ve vnímání recovery přístupu, jelikož s ním má vlastní zkušenost.

Subkategorie C: Peer konzultant ztvárňuje naději pro klienty.

Dimenze: C1) Díky peer konzultantovi klienti vidí, že se náročná životní situace dá zvládnout. C2) Je možné žít dobrý a kvalitní život i s duševním onemocněním. C3) Peer konzultant posiluje u klientů odvahu. C4) Peer konzultant učí klienty radovat se z maličkostí.

Subkategorie D: Peer konzultant je díky zkušenosti s duševním onemocněním klientům nejbližší.

Dimenze: D1) Klienti peer konzultanta nejvíce poslouchají, jelikož on také zažil náročnou životní situaci spojenou s duševním onemocněním. D2) Klienti peer konzultantovi nejvíce důvěřují, díky čemuž mu poví nejvíce informací. D3) Peer konzultant dokáže klientům nejvíce poradit ve strategiích na cestě za zotavením, jelikož sám duševní onemocnění zažil. D4) Peer konzultant má větší pochopení než ostatní pracovníci z multidisciplinárního týmu.

Příloha E Podrobná kategorizace DVO2

V oblasti kategorizace daného tématu jsem identifikovala následující kategorie, subkategorie a dimenze.

Kategorie 1: Způsoby podpory peer konzultanta v psychické pohodě a self managementu z hlediska multidisciplinárního týmu

Subkategorie A: MT pomáhá peer konzultantovi v psychické pohodě díky nastavení otevřeného prostoru a důvěrné atmosféry v týmu.

Dimenze: A1) Peer konzultant může s týmem cokoliv probrat. A2) Peer konzultant může požádat tým o radu. A3) Peer konzultant může s týmem sdílet strasti i radosti. A4) Peer konzultant se může opřít o tým. A5) Multidisciplinární se peer konzultanta ptá, jak mu může pomoci. A6) Peer konzultant na nic nikdy není sám. A7) Dobrá komunikace s týmem je zásadní.

Subkategorie B: MT ujišťuje peer konzultanta, že zhoršení jeho psychického stavu není selhání.

Dimenze: B1) Peer konzultant propady může mít. B2) Peer konzultant může být hospitalizovaný. B3) MT vnímá zhoršení psychického stavu peer konzultanta za běžnou součást jeho onemocnění. B4) MT respektuje, když si peer konzultant vezme nemocenskou nebo nepřijde do práce. B5) Zaměstnavatel by měl peer konzultantovi umožnit vzít si volno, dovolenou, neschopenku.

Kategorie 2: Postupy self managementu peer konzultantů pro udržení psychické pohody a pozice v multidisciplinárním týmu

Subkategorie A: Self management peer konzultanta v pracovním prostředí

Dimenze: A1) Nastavení podmínek spolupráce s klientem je prevencí před využíváním ze strany klienta. A2) Vybírání klientů podle diagnóz, které peer konzultantovi vyhovují, napomáhá v udržení psychické pohody. A3) Plánování pracovních dní dle psychického stavu peer konzultanta. A4) Preventivní techniky zaměřené na podchycení zhoršujícího stavu z dlouhodobého hlediska chrání peer konzultanta před vyhořením a atakou. A5) Supervize/intervize jsou způsobem řešení problémů. A6) Techniky redukování negativních emocí. A7) Peer konzultant by měl mít v multidisciplinárním týmu člověka, který ho bude monitorovat a inspirovat.

Subkategorie B: Self management peer konzultanta v osobním životě

Dimenze: B1) Peer konzultanti z vlastního zájmu mají pravidelné psychologické nebo psychoterapeutické schůzky. B2) Tvorba pozitivního deníku. B3) Meditace, relaxace a imaginace jako techniky self managementu uvolnění mysli. B4) Kvalitně trávený volný čas udržuje peer konzultanty v psychické pohodě.

Kategorie 3: Aspekty zvyšující psychickou pohodu peer konzultantů

Subkategorie A: Pracovní aspekty zvyšující psychickou pohodu

Dimenze: A1) Výkon peer konzultantství je naplňující. A2) Když je peer konzultant brán jako součást multidisciplinárního týmu, zvyšuje to jeho psychickou pohodu. A3) V případě pokroku u klienta, má peer konzultant největší radost. A4) Pozitivní zpětná vazba od klientů a od týmu zvyšuje psychickou pohodu peer konzultanta.

Subkategorie B: Individuální aspekty zvyšující psychickou pohodu

Dimenze: B1) Peer to peer podpora zvyšuje psychickou pohodu. B2) Prožití pozitivních emocí peer konzultantovi dodá motivaci a energii do dalších pracovních dní. B3) Zaměření na silné stránky místo hledání aspektů, které peer konzultant kvůli onemocnění dělat nemůže. B4) Sociální opora je velký zdroj zvyšování psychické pohody.

Příloha F Podrobná kategorizace DVO3

V oblasti kategorizace daného tématu jsem identifikovala následující kategorie, subkategorie a dimenze:

Kategorie 1: Nedostatečné teoretické zpracování pozice peer konzultanta vede k chaotické aplikaci pozice peer konzultanta do multidisciplinárních týmů.

Subkategorie A: Pracovníci v pomáhajících profesích nemají dostatečné znalosti o pozici peer konzultanta.

Dimenze: A1) MT má zkreslené představy o pozici peer konzultanta. A2) MT neví, jaká je náplň práce peer konzultanta. A3) MT nevyužívá plný potenciál peer konzultanta. A4) Pomáhající pracovníci mimo CDZ neznají pojem peer konzultant. A5) MT neví, jak s peer konzultantem jednat.

Subkategorie B: Pracovníci multidisciplinárního týmu mají předsudky vzhledem k peer konzultantům.

Dimenze: B1) Pracovníci multidisciplinárního týmu mají tendenci přehnaně pečovat o peer konzultanta. B2) Pracovníci multidisciplinárního týmu mají předsudek, že je peer konzultant zranitelný více, než ve skutečnosti je. B3) MT bere peer konzultanta více jako klienta.

Subkategorie C: V České republice absentují přednášky a vzdělávání pracovníků multidisciplinárního týmu vzhledem k peer konzultantům.

Dimenze: C1) Pracovníci multidisciplinárního týmu si hledají materiály o peer konzultantech ve vlastním zájmu. C2) Pracovníci multidisciplinárního týmu se dobrovolně účastní vzdělávání o peer konzultantech v zahraničí. C3) Pracovníci multidisciplinárního týmu vychází při reflexi pozice peer konzultanta pouze z vlastní zkušenosti s peer konzultanty.

Kategorie 2: Neukotvenost pozice peer konzultanta v legislativě snižuje psychickou pohodu peer konzultantů.

Subkategorie A: Metodiky pozice peer konzultanta jsou vágní.

Dimenze: A1) Peer konzultant nezná náplň své práce. A2) Absentuje promyšlenost, jak má peer konzultant pracovat s klienty. A3) Peer konzultant neví, co si v rámci zákona může dovolit. A4) Peer konzultant se při práci nemá o co opřít. A5) Neukotvenost pozice peer konzultanta vede k tendenci peer konzultantů se přetěžovat. A5.1 Chce se vyrovnat ostatním pracovním v multidisciplinárním týmu. A5.2 Nechce selhat. A5.3 Chce si dokázat, že to zvládne. A5.4 Chce všem klientům pomoci. A5.5 Neumí říct ne a klienti jej využívají.

Subkategorie B: Absence vzdělávací složky pro pozici peer konzultanta.

Dimenze: B1) Peer konzultant je vzděláván jako SP. B2) Není dostatek financí na vzdělávání peer konzultantů. B3) Neví se, jak školit peer konzultanty.

Subkategorie C: Neznalost pozice peer konzultanta z hlediska společnosti.

Dimenze: C1) Strach peer konzultantů ze stigmatizace při sdělení výkonu práce. C2) Náročné vysvětlování, co je pozice peer konzultanta. C3) Nepochopení přesahu a důležitosti pozice peer konzultanti. C4) V České republice je náročné mluvit o duševním zdraví.

Kategorie 3: Absence psychosociální podpory z hlediska reformy péče o duševní zdraví ztěžuje peer konzultantům výkon jejich práce ve vztahu k udržení psychické pohody.

Subkategorie A: Implementace psychosociální podpory závisí na iniciativě peer konzultanta a organizace.