

Masarykova univerzita

Filozofická fakulta

Ústav pedagogických věd

Magisterská diplomová práce

2018

Bc. Barbora Ďásková

Masarykova univerzita

Filozofická fakulta

Ústav pedagogických věd

Sociální pedagogika a poradenství

Bc. Barbora Ďásková

Cesty k zotavení.

O práci peer lektorů v oblasti duševního zdraví

Magisterská diplomová práce

Vedoucí práce: doc. PhDr. Bohumíra Lazarová, Ph.D.

2018

*Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala
samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.*

.....

Podpis autora práce

Na tomto místě bych opravdu velice ráda chtěla poděkovat vedoucí mé práce, doc. PhDr. Bohumíře Lazarové, Ph.D., za její ochotu, vstřícnost a čas, který mi věnovala a také za její cenné rady, odborné připomínky a podporu. Dále bych ráda poděkovala paní Petře Kubinové, která mi věnovala mnoho času při realizaci této práce. Také bych chtěla poděkovat Adamovi, Evě, Tereze, Petře, Lence a mým rodičům, kteří mi byli při psaní práce velkou oporou. V neposlední řadě děkuji respondentům, kteří jsou opravdovými hvězdami této diplomové práce. Děkuji za vaši důvěru.

Obsah

| | |
|---|----|
| Úvod..... | 7 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 11 |
| Vymezení peer problematiky a teoretického zázemí | 11 |
| 1 Peer pracovníci..... | 15 |
| 1.1 Obecné vymezení peer práce | 15 |
| 1.2 Peer pracovníci v oblasti duševního zdraví | 16 |
| 1.3 Peer pracovníci v českých podmínkách..... | 20 |
| 2 Peer lektor | 23 |
| 2.1 Lektor obecně | 23 |
| 2.2 Peer lektoři v oblasti duševního zdraví..... | 26 |
| 2.3 Peer lektoři v českých podmínkách | 29 |
| 3 Zotavení | 32 |
| 3.1 Definice zotavení | 32 |
| 3.2 Principy zotavení | 34 |
| 3.3 Principy zotavení a jejich vztah k peer práci | 36 |
| 3.4 Práce jako nástroj zotavení | 39 |
| Shrnutí teoretické části..... | 45 |
| EMPIRICKÁ ČÁST | 47 |
| 4 Metodologie výzkumného šetření..... | 47 |
| 4.1 Výzkumné téma a výzkumný problém | 47 |
| 4.2 Cíle výzkumu..... | 48 |
| 4.3 Výzkumné otázky | 49 |
| 4.4 Výzkumný vzorek..... | 51 |
| 4.5 Metoda sběru dat | 53 |
| 4.6 Etické aspekty výzkumu | 53 |
| 4.7 Analýza dat | 55 |
| 5 Interpretace analyzovaných dat..... | 56 |
| 5.1 „Přetavit hroznou zkušenost v něco pozitivního“ | 56 |
| 5.2 Příběh zotavení | 59 |
| 5.3 S barvou ven | 64 |
| 5.4 Druzí jako významný zdroj podpory | 70 |
| 5.5 Komplikace aneb důvody k pochybnostem..... | 75 |

| | |
|---|-----|
| 5.6 Zisky aneb důvody, proč jít dál | 81 |
| 5.7 Budoucí výzvy | 90 |
| Shrnutí | 95 |
| Závěr..... | 104 |
| Seznam zdrojů..... | 110 |
| Přílohy | 121 |
| Příloha č. 1 – Etický kodex lektora s vlastní zkušeností (peer lektora) | 122 |
| Příloha č. 2 – Tazatelské schéma polostrukturovaného rozhovoru | 123 |
| Příloha č. 3 – Úryvek z pořázeného rozhovoru..... | 125 |

Úvod

„Myslím si, že to, že dáte člověku pocit potřeby, pocit zodpovědnosti a umožníte mu rozvést jeho kreativitu nebo nedej bože jeho schopnosti, tak když se na to kouknu zpětně, tak je to to nejlepší – moje nejlepší cesta, jaká se mi mohla nabídnout. A ona se mi nabídla.“

(respondent Hendrix)

V zahraničí, a to především v anglicky mluvících zemích, se v posledních letech bohatě rozšířilo zapojování uživatelů psychiatrické péče do možností rozhodování a provádění změn a osvěty v oblasti péče o osoby s duševním onemocněním. To vychází z principů Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, ve které se uvádí, že by osoby s duševním onemocněním měly mít příležitost aktivně se zapojovat do rozhodovacích procesů o politikách a programech, které se jich přímo týkají (Makovcová, 2010).

Od 90. let 20. století se po celém světě rozšiřuje zaměstnávání uživatelů psychiatrické péče na pozicích peer pracovníků (Davidson et al., 2006). Za peer pracovníky v oblasti duševního zdraví se označují osoby, které pracují skrze využívání své osobní zkušenosti s duševním onemocněním, a to mnoha různými cestami. Konkrétní praktické uplatnění peer pracovníků a náplň jejich práce se odvíjí od charakteru a zaměření služby, v níž je peer zaměstnán.

Zaměstnávání osob s duševní nemocí na pozicích peer pracovníků, jako trend zemí západního světa, v posledních letech přichází také do systému psychiatrických služeb v České republice (Foitová et al., 2016). Vytváření peer pracovních pozic je v souladu se záměry reformy psychiatrické péče, která momentálně v našich podmínkách probíhá. S vývojem reformy se dá předpokládat, že bude počet peer pracovních pozic v České republice narůstat. To tvoří téma peer pracovníků aktuální, což je jeden z hlavních důvodů, proč vnímám za potřebné jej blíže prozkoumat.

Jedním typem peer pracovníků jsou peer lektoři, kteří představují ústřední téma této diplomové práce. Hlavním úkolem peer lektorů je lektorování o tématech z oblasti duševního zdraví, při kterém využívají zkušeností se svým vlastním duševním onemocněním. V českých podmínkách se aktuálně peer lektoři v oblasti duševního zdraví zaměřují na vzdělávání studentů vysokých škol a odborníků z oblasti péče o osoby s duševní nemocí. Přispívají tím k destigmatizaci duševních onemocnění a ke změnám postojů studentů k osobám

s psychiatrickou diagnózou, i ke zlepšení zdravotních a sociálních služeb. Peer lektoři v českých podmínkách se také budou v blízké budoucnosti věnovat vzdělávání dalších osob s duševním onemocněním.

Považuji za velmi důležité zaměřit se ve výzkumu konkrétně na pozice peer lektorů, a to z několika důvodů. Prvním z nich je ten, že se projekty neziskových organizací zaměřené na vznik pracovních pozic peer lektorů konají v České republice již přes pět let (Centrum pro rozvoj ..., 2013). Dosud však zde na téma peer lektorů nebyly vydány žádné studie, materiály k uvedeným projektům jsou v podstatě jediné zdroje informací v českém jazyce, jež podávají pouze stručný přehled o těchto pozicích.

Dalším důvodem, proč je nutné soustředit se na danou problematiku, je skutečnost, že i v zahraniční literatuře se dosud peer lektorům v oblasti duševního zdraví věnovala jen malá pozornost. Navíc ty výzkumy, které byly publikované, se dosud zaměřovaly spíše na perspektivy studentů vzdělávacích kurzů než na perspektivy lektorů s duševním onemocněním (Gidman, 2013).

Dalším důležitým aspektem pro nutnost zkoumání tématu peer lektorů je také to, že většina výzkumů z této problematiky pojednává celkově o „peer pracovnících“, výzkumníci se tedy v rámci jedné studie zabývají všemi typy peer pracovních pozic¹ (např. Ahmed et al., 2015; Salzer, Schwenk & Brusilovskiy, 2010). Ačkoliv se náplně práce jednotlivých peer specialistů od sebe odlišují, výzkumná pozornost se na ně zaměřuje převážně v souhrnu jako na peer pracovníky. Nízký počet realizovaných výzkumů na konkrétní peer pracovní pozice vnímám jako nedostatek na současném poli vědění. Samotný fakt, že těchto pracovních pozic stále přibývá a jejich podoba se více rozvíjí (Moran et al., 2013), naznačuje, že by se měly tyto pozice začít ve výzkumných záměrech rozlišovat. Z uvedených důvodů vnímám, že je důležité výzkumně se soustředit vždy pouze na jednu z těchto pozic – v případě této diplomové práce na peer lektory a na jejich vlastní perspektivu.

Téma peer lektorů v oblasti duševního zdraví jsem si pro svou diplomovou práci vybrala také z toho důvodu, že se tematicky protíná se sociální pedagogikou. Klíčovým pojítkem je zde aspekt vzdělávání dospělých osob, jež představuje hlavní pracovní náplň peer lektorů. Dále lze najít propojení v souvislosti s péčí o osoby s duševní nemocí, neboť se může

¹ Další peer pozice jsou například peer konzultant, peer poradce, peer výzkumník, aj.

absolvent oboru sociální pedagogiky pracovně uplatnit jako sociální pracovník v přímé péči o tento typ klientů.

Jedním z klíčových aspektů peer práce v oblasti duševního zdraví je orientace peer pracovníků na „zotavení“. Zotavením se myslí cesta zlepšování zdravotního stavu, ale i osobní proměny, která osobě s duševním onemocněním umožňuje žít smysluplný život ve společnosti a usilovat o plné využití jejího osobního potenciálu. Nejde v něm tedy pouze o vymýcení příznaků duševní nemoci, ale o jejich zvládnutí tak, aby si člověk mohl užívat vlastního života. Takto pojímaný proces zotavení se staví do opozice k medicínskému pohledu na osoby s duševní nemocí, který se více než o silné stránky jedince zajímá o jeho problémy a symptomy nemoci (Probstová & Pěč, 2014).

Působení peer pracovníků by ve všech kontextech jejich práce mělo principy zotavení reflektovat (Shepherd, Boardman & Burns, 2010). Ve své diplomové práci jsem se tak rozhodla zaměřit na to, jak práce peer lektorů v oblasti duševního zdraví reflektuje tři principy zotavení, kterými jsou „naděje“, „kontrola“ a „příležitost“.

Úkolem peer lektorů je tedy propagovat hodnoty zotavení při vzdělávání druhých osob. Zároveň, stejně jako všichni peer pracovníci, mají roli „nositelů naděje“, tedy naděje toho, že je možné se z duševní nemoci zotavit (Foitová et al., 2016). Pro tuto diplomovou práci dále pojímám jako důležitý faktor to, že pokud je osobám s duševní nemocí poskytnuta možnost jejich pracovního zařazení, proces jejich vlastního zotavení se tímto značně podporuje. Práce peer lektorů tak funguje jako nástroj k jejich vlastnímu zotavení, což dokládá úvodní citace jednoho z respondentů.

Hlavním cílem této diplomové práce je tedy zjistit, jak jsou v práci peer lektorů naplňovány principy zotavení. Pro dosažení tohoto cíle je potřeba popsat a objasnit, co na svých pracovních pozicích peer lektoři zažívají a jaké jsou klíčové aspekty jejich práce. Získané poznatky budou poskytnuty koordinátorům projektu zaměřeného na vznik pozic peer lektorů v České republice, se kterými jsem ve spojení a kteří možnost využití výsledků ve své praxi velice vítají.

Tato diplomová práce má teoreticko-empirický charakter. Rozděluji ji tedy na dvě základní části, a to na část teoretickou a část empirickou. V teoretické části práce se soustředím na seznámení čtenářů se zkoumaným tématem. Přináším zde jeho teoretické ukotvení na základě dostupné literatury a vysvětluji klíčové pojmy práce. V této části

nejdříve vymezují problematiku peer pracovníků na poli duševního zdraví a poskytují zde vysvětlení toho, jaké teoretické podklady pro práci využívám. V návaznosti se v další kapitole věnuji tématu peer pracovníků, kde se nejdříve soustředím na širší vymezení termínu „peer práce“ s uvedením jejích forem v různých oblastech a oborech. Poté zmiňuji specifika peer pracovníků v oblasti duševního zdraví a také jejich zapojování do služeb v českých podmínkách. V kapitole druhé se věnuji již konkrétně pozici peer lektorů v oblasti duševního zdraví. Představuji zde obecné vymezení termínu „lektor“ a toho, jak jej pojímám pro potřeby této práce. Dále se v této kapitole soustředím na pracovní pozice peer lektorů se všemi jejími specifiky. V závěru této kapitoly opět čtenáře seznamuji s tím, jak jsou peer lektoři v oblasti duševního zdraví zapojováni do aktivit v České republice. V kapitole třetí se věnuji termínu zotavení jako významnému konceptu v práci peer pracovníků. Uvádím zde tři principy zotavení, od kterých se odvíjí podoba specifických výzkumných otázek této práce. Následně se věnuji významnému tématu práce, a to zaměstnávání osob s duševním onemocněním. Zde popisuji zaměstnání a práci jako hlavní nástroj pro zotavení těchto osob. Konkrétně se zde také věnuji otázkám zaměstnávání peer pracovníků s jeho možnými přínosy a benefity, ale i potížemi a překážkami, na které v souvislosti se svým pracovním zařazením narážejí. Tyto okolnosti považuji za důležité zde uvést, neboť se všechny z nich dotýkají procesu jejich vlastního zotavování a mají na něj výrazný vliv.

Empirická část práce je rozdělena do dvou kapitol. V první z nich věnuji pozornost metodologii výzkumného šetření, pro kterou jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii. Formuluji zde výzkumné téma a výzkumný problém a dále představuji hlavní výzkumné cíle a výzkumné otázky. Následně se soustředím na popis výzkumného vzorku s kritérii jeho výběru, popisuji vstup do terénu a metodu sběru dat. V neposlední řadě se zde také věnuji uvedení etických aspektů výzkumu. V druhé kapitole empirické části zaměřuji svou pozornost na interpretaci dat, která byla získána od peer lektorů v oblasti duševního zdraví. V této části interpretuji základní faktory a okolnosti, jež byly zjištěny jako významné pro působení peer lektorů na jejich pracovních pozicích. V závěru empirické části práce se soustředím na shrnutí a diskuzi získaných poznatků vzhledem k principům zotavení.

TEORETICKÁ ČÁST

Vymezení peer problematiky a teoretického zázemí

Abych se mohla zabývat tématem peer lektorů v oblasti duševního zdraví a tomu, jak jsou v jejich práci naplňovány principy zotavení, musím se nejdříve zaměřit na vysvětlení termínu „peer“. Dále považuji za důležité na úplném počátku objasnit to, jak nahlížím na problematiku a aktuální situaci uplatňování peer pracovníků, neboť dané vysvětlení poskytne vhled do konceptualizace následujících kapitol v teoretické části práce.

„Peer“ je anglický termín, který nemá přesný český ekvivalent. Tento termín v angličtině vyjadřoval příslušnost k jedné z pěti vrstev aristokracie (Svenson, 1998). Překládá se jako „osoba stejného stavu“ nebo také „vrstevník“ a označuje osobu, která se s jednou či více osobami shoduje v určitých rysech vybrané významné oblasti (Foitová et al., 2016). Může to být člověk, který je druhému blízký například věkem, sociálním postavením, zaměstnáním, zdravotním stavem, zájmy či životní orientací, a který tak má z důvodu této podobnosti schopnost jej ovlivňovat v jeho názorech a postojích (Svenson, 1998). V oblasti duševního zdraví termín „peer“ označuje člověka, kterého s druhými spojuje zkušenost s duševním onemocněním (Foitová et al., 2016).

Koho si pak lze představit pod pojmem „peer pracovník“? Peer pracovníci jsou osoby se zkušeností s psychiatrickým onemocněním, které poskytují služby a podporu druhým s podobnou nemocí (Moran, Russinova & Stepas, 2012). U českých autorů působících na poli péče o osoby s duševním onemocněním pak lze nejčastěji narazit na definici: „Peer pracovníci jsou lidé s žitou zkušeností duševního onemocnění, kteří používají tuto zkušenost k podpoře dalších klientů a posilování jejich naděje.“ (Foitová et al., 2016, s. 8). Jejich náplň práce se tak v těchto zdrojích nazývá „peer support“ neboli peer podpora, jež znamená nabízení pomoci, poskytování znalostí, zkušeností, emocionální podpory, praktické pomoci a sociálních interakcí druhým osobám, které ve vlastním zotavovacím procesu zatím nejsou tak daleko jako peer pracovníci (Graham & Rutherford, 2016). Takto znějí nejčastěji v české i zahraniční literatuře užívané definice peer pracovníků a jejich pracovní náplně.

Hlavní předmět této práce – „peer lektoři“ v českém prostředí – se ovšem od zmíněné definice liší ve významných bodech, jež je nutné zmínit. V procesu hlubšího

pronikání do problematiky jsem zjistila, že odborníci, jež se zabývají zavedením „peer pracovních pozic“ v českých podmínkách, popisují náplň práce peer lektora následovně: „... *pracovník, který využívá svou zkušenost se službami a se zotavováním při profesní přípravě budoucích pracovníků v oblasti péče o duševní zdraví (lékaři, zdravotní sestry, psychologové, sociální pracovníci...) a při dalším profesním vzdělávání těchto profesionálů.*“ (Foitová et al., 2016, s. 8). Vzhledem k tomu, že v takto definované pozici peer lektora není obsažen prvek přímé pomoci osobám se stejnou charakteristikou – tj. zkušenosti s duševním onemocněním – je dle mého názoru problematické ji zařazovat do „peer podpory“. S tím souhlasí také Petra Kubinová, která je jednou z koordinátorek projektů zavádění pracovních pozic peer lektorů v České republice. Kubinová uvádí: „*Termín ‚peer‘ pro naše použití u pozice peer lektora v překladu neznamena ‚člověka na stejné lodi‘, čímž myslím to, že jeho práce nespočívá pouze ve využívání vlastní zkušenosti s duševním onemocněním pro pomoc osobám se stejnými životními podmínkami.*“ (Kubinová, 2018)².

V zahraničí (hlavně anglicky hovořící země – USA, Velká Británie, Austrálie aj.) je pole působení peer lektorů rozšířeno také na vzdělávání osob s duševním onemocněním (Frayn et al., 2016). V českých podmínkách se však aktuálně peer lektoři zaměřují na vzdělávání studentů vysokých škol a odborníků z oblasti péče o osoby s duševní nemocí, první příležitost pro vzdělávání druhých osob s duševním onemocněním jim bude poskytnuta až po dokončení této diplomové práce (Kubinová, 2018). Je tedy rozumné přizpůsobit konceptualizaci teoretické části práce tomuto faktu. Nicméně zároveň je třeba si uvědomit, že tento krok s sebou přináší několik potíží pro uchopení problematiky této diplomové práce.

Prvním z nich je mé zjištění, že takto definovaní peer lektoři v českých podmínkách nenaplnějí v pravém slova smyslu využívání pojmu „peer“. Jak již bylo uvedeno – termín „peer“ naznačuje vztah a určitou interakci mezi osobami se stejnými charakteristikami, a tato podmínka v případě vzdělávání studentů a odborníků není naplněna. Dále jde s tímto ruku v ruce to, že peer lektoři ve své pracovní činnosti neposkytují druhým „peer podporu“³.

² Zdroj představuje osobní sdělení Petry Kubinové, ke kterému došlo při setkání v březnu 2018 v Praze v organizaci Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. Schůzka byla věnována konzultování podkladových informací k projektům zavádění pozic peer lektorů v České republice, ve kterém Kubinová figuruje jako jedna z autorek projektů. Kubinová pro tuto diplomovou práci hraje roli zprostředkovatele (*gatekeeper*), který mi umožňuje získat přístup k respondentům při vytváření empirické části práce. Z uvedené schůzky pramení i všechny ostatní uvedené citace Petry Kubinové v této práci.

³ Ovšem je zde důležité zmínit, že podmínka interakce s druhými osobami s duševním onemocněním je v jednom konkrétním případě v práci peer lektorů naplňována, a to při vzdělávání budoucích peer konzultantů. Osoby na pracovních pozicích peer konzultantů poskytují přímou pomoc osobám s duševním onemocněním ve

Jak bych tedy při těchto komplikacích měla v práci užívat pojem „peer“ a „peer práce“? Pro účely práce jsem se rozhodla dále využívat definici peer pracovníků od Petry Kubinové: *„Jelikož je užití pojmu ‚peer‘ v některých případech matoucí, nejvýstižnější definicí obsahu práce ‚peer pracovníků‘ je zjednodušeně to, že využívají svou zkušenost s duševní nemocí v tom kontextu, kde pracují.“* (Kubinová, 2018). Termín peer lektor zde tedy bude užíván jako označení profese člověka, jež má vlastní zkušenost s duševním onemocněním, a nebude užíván ve smyslu podpory druhých osob se stejnými charakteristikami.

V důsledku uvedených terminologických komplikací v této diplomové práci by se dalo konstatovat, že by bylo vhodnější zaměřit se na zkoumání pracovních pozic peer lektorů až ve chvíli, kdy budou v pravém slova smyslu naplňovat svůj titul „peera“. Domnívám se však, že je potřebné zaměřit se na zkoumání problematiky peer lektorů již nyní.

Již v úvodu této diplomové práce jsem uvedla, že dosud nebyly realizovány studie na téma peer lektorů na poli duševního zdraví v našich podmínkách a neexistují žádné zdroje informací v českém jazyce. Také v zahraniční literatuře se tématu peer lektorů věnovala pouze malá pozornost, a navíc se dosud publikované výzkumy zaměřovaly spíše na perspektivy studentů vzdělávacích kurzů než na perspektivy lektorů s duševním onemocněním. Většina výzkumů dále povětšinou pojednává celkově o „peer pracovnících“, do kterých výzkumníci v rámci jedné studie zahrnují všechny typy peer pracovních pozic. Nízký počet realizovaných výzkumů na konkrétní peer pozice vnímám jako značný nedostatek na současném poli vědění.

Nedostatečný počet zdrojů, jež by se zaměřovaly pouze na pozici peer lektora, s sebou přináší další potíž pro teoretické uchopení problematiky v této diplomové práci, a to nedostatek pevného teoretického zázemí. Došla jsem k rozhodnutí následovně postupovat tak, že budu využívat dostupné zdroje na peer lektory, jež se zaměřují na perspektivu studentů vzdělávacích kurzů, a společně s těmito zdroji využívat také ty, které přináší souhrnné informace o všech peer pracovních pozicích najednou.

formě konzultací a terapie s dalšími odborníky ze služeb péče o duševní zdraví (Foitová et al., 2016). V tomto případě se však stále nedá hovořit o tom, že by jim peer lektori poskytovali „peer podporu“, neboť ve vzdělávacích kurzech nejde o podporu duševního zdraví peer konzultantů s cílem dosažení jejich zotavení, ale peer konzultanti v těchto kurzech jsou pojímáni jako budoucí odborníci pro péči o další osoby s nemocí a tyto kurzy je na jejich profesi mají za úkol připravit.

Jak jsem již uvedla výše – v těchto zdrojích je uváděno, že hlavní náplní práce peer pracovníků je poskytování „peer podpory“, což nekoresponduje s náplní práce aktuálně působících peer lektorů v českých podmínkách. Problematiku peer pracovníků v pravém slova smyslu je však v této práci potřebné využívat proto, že je s problematikou peer lektorů spřízněná a v mnohém představuje její teoretický základ. Ačkoliv se autoři studií o peer pracovnících věnují peer podpoře druhých osob s duševní nemocí, budou se v určitých bodech s obsahy práce peer lektorů prolínat. Zvláště pak, přihlédneme-li ke skutečnosti, že všichni peer pracovníci včetně peer lektorů na své pozice přicházejí s podobnými charakteristikami, především v podobě duševního onemocnění, jehož přítomnost má vliv na to, jak danou práci vykonávají, jaké potíže či benefity z toho pro ně mohou plynout a podobně. Dalším důležitým aspektem, který peer pracovníky a peer lektory určitým způsobem spojuje, je to, že je jejich práce vždy postavená na využívání své osobní zkušenosti s duševním onemocněním a měla by být orientována na využívání konceptu zotavení.

1 Peer pracovníci

1.1 Obecné vymezení peer práce

Jak jsem uvedla v předchozí kapitole, termínem „peer“ se rozumí někdo, s nímž se cílová populace může ztotožnit. Peer pracovník je pak osoba, která si prošla či stále prochází specifickými životními podmínkami a své zkušenosti z nich dále využívá pro podporu druhých osob v podobné situaci (Repper & Carter, 2011).

Kromě okruhu péče o duševní zdraví, jež je předmětem této práce, má zapojení peer pracovníků využití v mnoha dalších oblastech. Peer práce je zaváděna v celosvětovém měřítku na poli výchovy a vzdělávání, v sociálních programech různého typu a v intervencích v oblasti podpory zdraví člověka (Kools, 2011). Nejvíce známá a využívaná je ve školství, kde se realizuje prostřednictvím preventivních a výchovných programů. Zde jsou peer osobami starší žáci, kteří pozitivně a neformálně působí na formování postojů ostatních dětí s možností účinně ovlivnit jejich rizikové chování (Skácelová in Kalina, 2003). Peer práce je také hojně využívána u uživatelů návykových látek, a to například ve formě svépomocných programů, ve kterých peeri poskytují svou podporu osobám, jež se buď pokouší abstinovat od drog, nebo redukovat rizika spojená s jejich užíváním (Vobořil & Kalina in Kalina, 2003). Peer podpora dále bývá poskytována seniorům, rodičům s malými dětmi nebo osobám se specifickými zkušenostmi, a to například sexuálním pracovníkům (Nesta, 2015). Peer pracovníci se také uplatňují na poli péče o fyzické zdraví, kde pracují s osobami s dlouhodobými nemocemi, jako jsou například HIV, cukrovka a onkologická onemocnění. Peer podpora je zde zaměřena mimo jiné na praktickou asistenci v udržování zdravého životního stylu, pracovníci se také setkávají s přeživšími vyléčitelných onemocnění (Allcock et al., 2014).

Peer pracovníci jsou v uvedených oblastech zapojení do široké škály činností. Těmi mohou být poskytování emocionální a sociální podpory a také vzdělávání druhých osob se stejnými charakteristikami (Nesta, 2015). Dále jimi mohou být posilování dovedností těchto osob a obhajoby jejich práv, budování vztahů v komunitě či facilitace skupin. Mohou také vytvářet a vést peer skupiny, programy, služby a jiné aktivity, poskytovat supervizi svým peer kolegům či jim poskytovat školení (Jacobson, Trojanowski & Dewa, 2012; Substance Abuse and Mental ..., 2015).

V literatuře zabývající se oblastí duševního zdraví lze spatřovat, že tyto uvedené činnosti peer pracovníků autoři zahrnují pod souhrnný název „peer podpora“. Jak jsem již zmínila – peer lektoři v oblasti duševního zdraví v českých podmínkách se dosud nemohou označit za pracovníky poskytující peer podporu. Podle autorek Jacobsonové, Trojanowské a Dewy (2012) však mohou spadat pod obecnou definici peer pracovníků i ty osoby, které vzdělávají veřejnost skrze sdílení vlastních zkušeností. Sem je možné zařadit působení peer lektorů, kterým věnuji pozornost v druhé kapitole této práce. Nejdříve je však potřeba v základech uvést peer práci konkrétně v oblasti duševního zdraví, neboť z ní práce peer lektorů vychází.

1.2 Peer pracovníci v oblasti duševního zdraví

Tato kapitola přináší základní poznatky o peer pracovnících a podpoře, jež poskytují druhým osobám s duševním onemocněním. Navzdory tomu, že předmětem mé diplomové práce jsou peer lektoři, jejichž náplň práce je pojímána jako vzdělávání osob bez duševního onemocnění, je potřebné zde uvést problematiku peer pracovníků v pravém slova smyslu, neboť je s problematikou peer lektorů spřízněná a v mnohém představuje její teoretický základ.

Vzájemná podpora mezi uživateli psychiatrických služeb se objevovala od nepaměti. Svépomoc mezi lidmi s duševním onemocněním byla dříve naprosto běžnou součástí života (Davidson et al., 2012). Myšlenka využívání vlastní zkušenosti s duševní nemocí k podpoře druhých osob se stejnou zkušeností má mnoho podob. Davidson et al. (1999) navrhuje srozumitelné členění forem této pomoci následovně:

1. svépomocné skupiny – Skupiny jsou vedeny osobami s duševním onemocněním s cílem vytvoření prostoru pro to, aby si mohly vzájemně vyměňovat zkušenosti, nacházet podporu a zjišťovat, že v dané situaci nejsou sami.

2. služby poskytované lidmi s duševním onemocněním – V těch se jedná o služby poskytované týmem složeným výhradně z osob se zkušeností s nemocí, které jsou za svou činnost placené. V nich je zřetelnější hranice mezi tím, kdo je pomáhající a kdo je klient.

3. formální služby poskytované profesionály, do kterých se zapojují lidé s vlastní zkušeností – Peer pracovníci se stávají součástí týmu, v němž spolupracují s odborníky na

poskytování péče osobám s duševním onemocněním. V této formě peer pracovníci svým klientům poskytují profesionální podporu.

V této diplomové práci zaměřuji svou pozornost na peer lektory v českých podmínkách a srovnávám je s třetí uvedenou skupinou peer pracovníků. Ačkoliv peer lektoři pro potřeby této práce nespádají pod uvedené členění, poněvadž dosud neposkytovali peer podporu druhým osobám s duševní nemocí, je dle mého názoru potřebné tyto různé formy rozvést, neboť na nich práce peer lektorů staví a je jim v mnohém podobná. Práce peer lektorů je především podobná práci peer pracovníků třetího typu, neboť jsou stejně jako její příslušníci profesionalizováni a zároveň při vzdělávacích kurzech pracují v úzké spolupráci s odborníky z pole péče o duševní zdraví (Centrum pro rozvoj ..., 2013).

Kolébkou vytváření služeb, jež jsou postaveny na zapojování uživatelů psychiatrické péče do peer aktivit třetího typu, jsou Spojené státy americké. Jejich rozvoj souvisel s **reformou systému péče o duševní zdraví**, kde již od 90. let minulého století lze vystopovat původ myšlenky, že lidé s vlastní historií závažné duševní nemoci mohou poskytnout formální podporu druhým v podobné situaci. Zajímavé je, že se o tuto změnu nezasloužili profesionálové z oblasti péče o osoby s duševní nemocí, ale samotní příjemci služeb psychiatrické péče. Ti se začali sdružovat a vyjadřovat nespokojenost s podobou psychiatrické péče, kterou obdrželi ve státních nemocnicích a dalších institucích, a začali lobbovat za transformaci zdravotní i psychiatrické péče a posilovat svůj hlas v tomto procesu (Blanch et al., 2012, Davidson et al., 2006).

V tradičním pojetí problematiky péče o duševní zdraví nahlízejí odborníci na osoby s duševní nemocí pouze optikou nemoci a nemohoucnosti. V procesu vývoje služeb pro duševně nemocné postupně odborníci mění pohled na schopnosti osob s duševní nemocí a začínají je považovat za potencionální partnery při poskytování služeb druhým osobám s duševními poruchami (Clay, 2005). Vzhledem k rozpoznání významné hodnoty vztahu a vzájemné podpory dvou jedinců se stejnými charakteristikami a vzhledem k benefitům, které tento vztah poskytuje, se ve službách péče o duševní zdraví začíná napříč západním světem vytvářet více pracovních pozic pro peer pracovníky. Momentálně jsou peer pracovníci zaměstnáváni na rozličných pozicích a v různých nastaveních, a to hlavně ve Spojených státech amerických, v Austrálii (Franke et al., 2010), na Novém Zélandu (Scott et al., 2011) a v určitých částech Evropy (Castelein et al., 2008).

Náplní práce peer pracovníků je „**peer podpora**“ (*peer support*), která je definována jako „*systém nabízení a přijímání pomoci založený na principech respektu, sdílené odpovědnosti a vzájemném pochopení toho, co pomáhá.*“⁴ (Mead, Hilton & Curtis, 2001, s. 135). Spojení s jinou osobou, která žila nebo stále žije s podobnými problémy, může být životně důležitým aspektem podpory pro někoho, kdo zápasí s vlastní situací (Sunderland & Mishkin, 2014). Výsledky mnoha výzkumů (např. Moran et al., 2013; Sunderland & Mishkin, 2014) prokazují, že tato autenticita pomáhá vytvářet kladný posun v postoji osoby s aktuálními potížemi a vede k většímu pocitu empatie a propojení s peer pracovníkem, než se běžně vyskytuje ve vztahu mezi klientem a odborníkem.

Peer pracovníci ve své práci čerpají ze znalostí nabytých skrze zvládání svých vlastních **životních příběhů**, z událostí, emocí a z porozumění svým osobním zkušenostem. Sdílení těchto poznatků a svého vlastního příběhu o životě s duševní nemocí představuje hlavní nástroj v procesu podpory druhých osob. Při své práci by peer pracovníci měli vycházet z konceptu zotavení⁵, a tudíž i jejich příběh a jimi poskytovaná podpora by měly být vedeny v duchu přístupu zotavení (Foitová et al., 2016).

Hlavní rolí peer pracovníků je být inspirací a živoucím vzorem dalším osobám s duševním onemocněním, jež se potřebují posílit ve zvládání své mnohdy nesnadné životní situace. Mohou říkat „já jsem tam byl, já jsem důkaz“ (Foitová et al., 2016). Jejich působení se zakládá na přesvědčení, že „...ti, kdo čelili těžkým překážkám, vydrželi a překonali je, mohou poskytnout užitečnou podporu, povzbuzení, naději a možná i mentorství jiným, kteří se nacházejí v podobné situaci.“⁶ (Davidson et al., 2006, s. 1) Osoby spolupracující s peer pracovníky tak nejenže pociťují empatii a propojení, které vycházejí z podobných životních zkušeností, ale také v této interakci dochází k posilování jejich naděje. Naděje v to, že je možné zlepšit svou aktuální situaci, své zdraví, odolnost a kvalitu života (Sunderland & Mishkin, 2014).

Efektivita peer podpory pro jedince, jež se jí účastní, je značná. V mnoha výzkumech bylo ukázáno, že pokud klienti spolupracují s peer pracovníky, má to výrazný pozitivní vliv

⁴ Ang. originál - „*Peer support is a system of giving and receiving help founded on key principles of respect, shared responsibility, and mutual agreement of what is helpful.*“ (Mead, Hilton & Curtis, 2001, s. 135)

⁵ Konceptu zotavení se podrobněji věnuji v třetí kapitole.

⁶ Ang. originál - „*Peer support is based on the belief that people who have faced, endured, and overcome adversity can offer useful support, encouragement, hope, and perhaps mentorship to others facing similar situations.*“ (Davidson et al., 2006, s. 1). Do českého jazyka bylo přeloženo ve zdroji „Peer podpora dospělých se závažným duševním onemocněním: terénní zpráva“, jejím autorem je Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.

na jejich duševní zdraví a snižuje to počet jejich hospitalizací v psychiatrických institucích. Důležitý je pro ně také sociální aspekt peer podpory, neboť sociální izolace je jednou z významných potíží, kterým osoby s duševním onemocněním čelí (Repper & Carter, 2011). Tyto osoby si uvědomují větší pochopení svých potíží a lze u nich zaznamenat posílení naděje pro vymanění se ze své obtížné životní situace. Dále bylo zjištěno, že pocítují, že mohou snáze překonávat překážky, jež jsou spojeny s jejich onemocněním. Snižuje se jejich self-stigma, což je zvnitřňování stereotypů o duševních onemocněních s následkem ztráty sebeúcty a sebeúčinnosti, a stigmatizaci vnějšího okolí nepovažují za tak velkou překážku pro získání práce (Ochocka et al., 2006).

Peer pracovníci mohou peer podporu a své služby druhým osobám s duševním onemocněním poskytovat v mnoha různých formách. Nejčastěji jsou zapojováni do služeb psychiatrické rehabilitace (Mowbray, Moxley & Collins, 1998), která obsahuje širokou škálu metod k znovuzařazení klienta s duševním onemocněním do běžného života. Mohou pracovat jak na půdě organizace, která jej zaměstnává, tak i v přirozeném prostředí osob s duševním onemocněním. V práci s nimi mohou využívat skupinovou i individuální metodu pohovoru. V té se mohou setkávat nejenom s klienty s duševním onemocněním, ale také s jejich rodinnými příslušníky (Foitová et al., 2016). V rámci multidisciplinárních týmů dále mohou společně s odborníky pracovat metodou *case management*. Mohou se zapojovat do případového vedení klienta s duševním onemocněním, pomáhat vytvářet postupy práce s klientem a poskytovat mu konzultace ve zvládnání jeho životních potíží. Zde mohou vést plány osobního zotavení klientů, identifikovat jejich cíle a pomáhat klientům s jejich dosahováním (Sherman & Porter, 1991). Dále mohou peer pracovníci fungovat ve službách chráněného a podporovaného bydlení nebo v programech podporovaného zaměstnávání (Mowbray, Moxley & Collins, 1998). Podle Repperové a kolektivu (2013) mohou být jejich funkce v příslušných organizacích také širšího charakteru. Mohou se například zapojovat do plánování a evaluace služeb a do procesu zavádění nových pracovníků, mohou poskytovat poradenství dalším zaměstnancům apod. Peer pracovníci také mohou druhým osobám s duševními potížemi předávat informace v rámci vzdělávacích kurzů (peer lektoři), a to například v zařízeních nazývaných „*Recovery Colleges*“⁷ (Repper et al., 2013).

Peer pracovníci v oblasti duševního zdraví mohou dělat mnoho dalších aktivit, jejichž formy se odvíjí od podoby konkrétních organizací, v nichž působí. V možnostech této

⁷ Tuto formu pomoci více popisují v kapitole 2.3.

diplomové práce však není obsáhnout všechny pracovní kontexty, ve kterých se mohou peer pracovníci nacházet. Proto se v další podkapitole zaměřuji konkrétněji pouze na ty peer pracovní pozice, které jsou relevantní českému prostředí, přičemž pozici peer lektora je věnována celá druhá kapitola této práce.

1.3 Peer pracovníci v českých podmínkách

V zahraniční literatuře můžeme pro „peer“ osoby v oblasti duševního zdraví nalézat širokou škálu označení, jako např. *peer worker*, *peer support worker*, *consumer peer worker*, *peer provider*, *lived experience practitioner*, *people with lived experience*, *peer specialist* a mnoho dalších (např. Mental Health Commission..., 2016; Miyamoto & Sono, 2012). V českém prostředí se nejčastěji využívá termín „peer pracovník“, který zastřešuje další pojmenování těchto osob, jimiž jsou „peer konzultant“, „peer poradce“, „peer průvodce“, „peer výzkumník“ a „peer lektor“. Pojmenování těchto osob se odvíjí od jejich praktického uplatnění a náplně práce v souladu s konkrétní organizací či službou, v níž peer působí. V této kapitole tak dále představuji, jaké jsou aktuálně podoby peer pracovních pozic v českých podmínkách. Předtím je však potřeba ve stručnosti představit stav systému péče o osoby s duševním onemocněním v České republice, neboť jsou s ním činnosti peer pracovníků úzce propojeny.

V době před sametovou revolucí byl **system péče o osoby s duševní nemocí** veskrze institucionálního charakteru. Péče byla poskytována ústavní formou v psychiatrických zařízeních nebo byli pacienti odkázáni na pomoc blízkých (Marková, Venglářová & Babiaková, 2006). Po roce 1989 se u nás začala rodit nová podoba poskytování služeb těmto osobám, a to v podobě komunitní péče. Ta se snaží o respektování komplexnosti potřeb duševně nemocných a propojují se v ní jak zdravotní, tak i sociální služby (Foitová, 2009). Jejím hlavním principem je uplatňování individuálního přístupu, jež respektuje jedinečnost problematiky každého nemocného. Jednou ze zásad komunitní péče je uplatňování multidisciplinární spolupráce, jelikož jeden odborník není s to poskytnout u řady zdravotně-sociálních potíží duševně nemocných osob plnou šíří potřebné péče (Šupa, 2006).

Současný stav péče o duševní zdraví v České republice je však podle mnoha vědeckých zjištění v různých aspektech horší než v ostatních státech západní a severní Evropy. Komunitní péči se u nás stále nepodařilo systémově rozvinout. Většina péče pro duševně nemocné se odehrává v psychiatrických ambulancích a její podstata spočívá

v psychofarmakologii (Winkler et al., 2013). Proto se odborníci v oblasti služeb duševního zdraví snaží dosáhnout změn v systému poskytování pomoci osobám s duševní nemocí skrze reformu psychiatrické péče (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013). Na aktuální téma reformy péče o duševní zdraví reaguje psychiatr Jan Pfeiffer, který je mezinárodně uznávaným odborníkem na transformaci systémů psychiatrické péče: „*Současný systém lze určitě změnit. Pokud však do transformace nezasáhnou sami lidé se zkušeností s duševním onemocněním, tak změny moc neproběhnou. Skoro nikde, když se koukáte po světě, změna nepřišla ze strany profesionálů.*“ (Pfeiffer in Dobré místo, 2016). To dokládá aktuálnost tématu zapojování uživatelů psychiatrické péče do služeb péče o osoby s duševním onemocněním.

Jedním ze základních pilířů Strategie reformy psychiatrické péče v České republice jsou Centra duševního zdraví, v nichž jsou vzájemně propojovány zdravotní a sociální služby. V návaznosti na principy komunitní péče je zde klíčovým prvkem funkce multidisciplinárního týmu. V těch mají vedle odborníků na péči o osoby s duševním onemocněním (psychiatrii, psychologové, sociální pracovníci, aj.) místo také peer pracovníci (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013).

Peer pracovníci z multidisciplinárních týmů jsou prvním typem peer pracovníků v českých podmínkách, konkrétně se nazývají „**peer konzultanti**“. Peer konzultanti jsou tedy zaměstnanci organizací poskytujících služby lidem s duševním onemocněním, na které se vztahují obdobné kvalifikační požadavky jako na pracovníky působící v sociálních službách. Vedle individualizované podpory klientů také zprostředkovávají perspektivu příjemců služeb ostatním členům týmu. Do systému psychiatrické péče jsou tito pracovníci cíleně řazeni díky projektům Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví (Foitová et al., 2016; Paleček & Říčan, 2015). Tato nezisková organizace podle Zajíčkové (2017) do roku 2017 vyškolila celkem 73 peer konzultantů. Zaškolování peer konzultantů na pracovní pozice probíhá skrze jejich účast na vzdělávacích kurzech, které mimo jiné vedou také peer lektoři, jež jsou ústředním tématem této diplomové práce.

Dalšími pracovními pozicemi, na kterých se v České republice mohou uplatňovat osoby s duševním onemocněním, jsou pozice „**peer poradců**“. Aktuálně se uplatňují v internetové poradně Stopstigma, jejíž organizace taktéž spadá pod Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. Na dotazy veřejnosti týkající se témat duševního zdraví zde odpovídají psychiatři, psychologové a sociální pracovníci, ke kterým se v roce 2015 připojili také peer poradci (Zajíčková, 2016). Tito pracovníci využívají v poradenských službách svou

zkušenost se systémem psychiatrické péče a s vlastním zotavováním (Foitová et al., 2016). V odpovědích peer poradci tazatelům poskytují emoční podporu a pomoc při zorientování se v jejich tíživé situaci a motivují je k využití odborných služeb (Zajíčková, 2016).

Uživatelé psychiatrické péče mohou pracovat také jako „**peer průvodci**“. Pod organizací Baobab byl v letech 2014 až 2015 realizován projekt s názvem „S peer průvodcem napříč sociálními službami“. Jeho cílem bylo vyškolit skupinu osob s duševní nemocí na pozice peer průvodců, a tak je podpořit v jejich sociálním začlenění do společnosti. Náplní práce peer průvodců je vedení volnočasových skupin nebo služeb sociální rehabilitace, kde je lidem s duševním onemocněním poskytována možnost aktivizace a rozvoje jejich sociálních dovedností (Baobab z. s., 2015). Peer pracovníci v českém prostředí pronikají taktéž do výzkumné oblasti. Jsou jimi „**peer výzkumníci**“, kteří jsou aktuálně zaměstnáváni v Národním ústavu duševního zdraví. Zde se věnují vlastní výzkumné práci v oboru duševního zdraví nebo na ní spolupracují s dalšími výzkumníky na partnerské bázi (Chrtková, 2016). Posledním typem peer pracovníků v oblasti duševního zdraví, se kterými se lze setkávat v českých podmínkách, jsou peer lektori. Specifikům jejich práce věnuji pozornost v následující kapitole.

2 Peer lektor

2.1 Lektor obecně

V současné době se používá mnoho různých termínů pro označení těch, kteří se věnují **vzdělávání dospělých**. Za nejobecnější pojmenování můžeme pojímat termín autora Palána (2003), který užívá termín „andragog“ neboli vzdělavatel dospělých. Malach (2003) nabízí další označení – trenér, tutor, vyučující, mentor, kouč nebo lektor. Uvedení vzdělavatelé dospělých se od sebe liší svým zaměřením (teoretická či praktická orientace) a způsobem práce (např. distanční nebo prezenční).

Pro potřeby této práce využívám pro osobu vzdělávající druhé dospělé osoby označení „**lektor**“, neboť v komunitě odborníků v oblasti duševního zdraví je „peer lektor“ (z ang. *peer trainer*) na dané pracovní pozici zažitý pojem. Malach (2003) popisuje rozdíly mezi jednotlivými vzdělavateli dospělých, a lektorem je pro něj osoba, která se podílí na prezenční výuce zaměřené na osvojování vědomostí. Oproti např. trenérovi, jenž se zaměřuje na osvojování návyků, nebo tutorovi, jenž působí v distančním studiu, je dle mého názoru termín lektor pro označení pozice peer lektora vhodně vybrán. Peer lektor se se svými studenty setkává v prezenční výuce, kde jim předává celou škálu vědomostí (Centrum pro rozvoj ..., 2013), což souhlasí se způsoby řízení učení tak, jak je Malach (2003) u lektora uvádí.

Pojem lektor pak může být definován mnoha způsoby a může být vnímán v řadě významů. Podle Palána lze lektora chápat jako „*externího univerzitního učitele*“ (Palán, 2002, s. 110). Pro záměr této diplomové práce považuji uvedenou definici za nevhodnou. Některé ze vzdělávacích kurzů peer lektorů v oblasti duševního zdraví jsou zahrnuty do výuky na vysokých školách. Rovněž však vzdělávají psychiatry, psychology a jiné odborníky z pole duševního zdraví a v tomto případě o lektorech nelze hovořit jako o univerzitních učitelích (Centrum pro rozvoj péče ..., 2013).

Další definici nabízí Andragogický slovník, který lektora pojímá jako „*vzdělavatele dospělých, který řídí výukový proces v dalším vzdělávání*“ (Průcha a Veteška, 2012, s. 162). Toto pojetí se mi zdá být dosti obecné. Za vhodnější definici pro potřeby této diplomové práce považuji pojetí autorky Trdé: „*Lektor je ten, kdo se vědomě podílí na změnách přístupů, znalostí a dovedností. Učí lidi pracovat či uvažovat novým způsobem, dělat něco*

jinak.“ (Trdá, 2011, s. 12). Hlavním úkolem peer lektorů na poli duševního zdraví je destigmatizovat duševní nemoci neboli měnit postoje svých studentů k osobám s duševním onemocněním. Zároveň se snaží ovlivňovat profesionály v péči o tyto osoby v tom, aby jim byly poskytovány kvalitnější zdravotní a sociální služby (Centrum pro rozvoj ..., 2013). Lektoři tedy v tomto případě učí své studenty uvažovat i pracovat novými způsoby, snaží se jim poskytnout nové úhly pohledu na problematiku a rozšiřovat jejich obzory. V definici autorky Trdé (2011) však stále vidím určitý nedostatek, a to ten, že v ní není dostatečně obsažen prvek přímé výuky se studenty. Proto lze pro potřeby této práce její definici lektora rozšířit o popis Bednaříkové, podle níž lektor „*označuje pracovníka, který realizuje interaktivní výukový proces s dospělými účastníky*“ (Bednaříková, 2006, s. 26). Autorka klade důraz na interaktivitu procesu, ve kterém by se nemělo jednat pouze o pasivní předávání informací.

Co je tedy náplní práce lektorů? Vyčerpávající výčet činností lektorů poskytuje katalog **Národní soustavy povolání**. Lektoři podle něj řídí a realizují výukový proces v dalším vzdělávání. Podílí se tedy na tvorbě struktury a obsahu vzdělávacích kurzů a zpracovávají cíle vzdělávání. K jejich dosahování využívají předem připravené didaktické pomůcky a učební texty. V průběhu vzdělávacího procesu navazují vztahy s účastníky kurzů a dále je motivují k dalšímu vzdělávání. Konkrétním cílovým skupinám přizpůsobují učební látku, kterou jim následně budou prezentovat. V procesu vzdělávání vedou a řídí modelové situace a diskuze se studenty se zaměřením na procvičování jejich dovedností a kompetencí. Dále také ověřují jejich znalosti, dovednosti a kompetence, a to v průběhu i na konci vzdělávacího procesu.

Ve stručnosti lze říci, že náplní práce lektora je příprava, plánování, organizování, řízení a kontrola výuky. Má tedy na starosti celý výukový proces. Podle Medlíkové (2010) však nelze říci, že by náplň práce lektora byla pevně stanovena. Liší se v závislosti na tom, v jakých konkrétních podmínkách, a s ohledem na jako domluvenou zakázku, pracuje.

Lektoři na rozdíl od učitelů nejsou povinni absolvovat pedagogické vzdělání. Svě znalosti si sami doplňují vlastním vzděláváním a účastí na potřebných vzdělávacích kurzech. Více než na vzdělání lektora se pohlíží na jeho znalosti a zkušenosti a na to, jak je umí předávat (Jíra, Rampouchová & Veselý, 2004). Každý lektor by však na své pracovní pozici měl disponovat určitými znalostmi, dovednostmi a postoji. Mezi tyto kompetence autoři Dvořáková a Langer (2012) řadí:

1. Kompetence odborné – v těch se jedná o vědomosti, dovednosti a zkušenosti z příslušného oboru, který lektor prezentuje. V případě této diplomové práce je jím obor duševního zdraví.

2. Kompetence metodické – tedy komplex znalostí, dovedností a postojů, které lektorovi umožňují zajistit efektivní dosažení cílů vzdělávání, tj. znalosti z problematiky vzdělávání dospělých, znalost didaktických principů, schopnosti k vytváření obsahů vzdělávání, schopnosti výběru adekvátních strategií vzdělávání a metod výuky apod.

3. Kompetence komunikační a rétorické – tedy schopnosti verbální i neverbální komunikace.

Pro srovnání lze uvést kompetence podle autora Plamínka (2014), který je jedním z nejvýraznějších autorů v oblasti vzdělávání dospělých. Ten rozděluje potřebné kompetence lektorů do šesti rovin:

1. Osobnost – Pro určení osobnostního typu lektora Plamínek (2014) využil jazyk typologie MBTI (osobnostní test), podle kterého má lektor předpoklady pro vykonání dobrého výkonu tehdy, pokud spadá do kategorie „extravertoformních“ introvertů. Těmi jsou osoby, které jsou introvertního zaměření a zvládli si osvojit návyky extrovertů.

2. Znalosti – Lektori by měli mít především znalosti témat, které se týkají vzdělávané učební látky, neboť s jejich neznalostí klesá důvěryhodnost lektora. Uvádí, že nejlepším zdrojem pro to je mít praxi v příslušném oboru. Dále by měl lektor mít znalosti učení, jejichž obsah se protíná s metodickými kompetencemi od autorů Dvořáková a Langer (2012). Jako třetí okruh znalostí Plamínek označuje znalosti souvislostí, tedy souvislostí uvnitř vyučovaného oboru, ale také souvislosti mimooborové.

3. Dovednosti a návyky – Plamínek v této oblasti definuje následující položky: *říkat jen to, co prospěje účastníkům; návyk depersonifikace (nestát se součástí potyček); empatie; umění ptát se a mlčet; odolávání setrvačnosti; vhodné zvolení poměru mezi poučením, zábavou a motivací* (Plamínek, 2014, s. 289).

4. Vzdělání – Plamínek v této rovině hovoří o vlastním zjištění, že technické či přírodovědecké vzdělání může být pro lektory velkou výhodou, neboť technici a přírodovědci

jsou více než lidé s humanitním vzděláním odkázáni na svou vlastní vžitou schopnost empatie.

5. Postoje – V oblasti postojů Plamínek klade důraz na projevování opravdového zájmu o účastníky vzdělávacího procesu.

6. Výkony – Nejlepším ukazatelem pro kvalitu výkonů lektora lze poznat podle poptávky po jeho službách.

S posledním uvedeným bodem autora Plamínka (2014) by se dle mého mínění dalo polemizovat. Pokud se podívám do oboru duševního zdraví, jež je předmětem této práce, vidím zde velkou spoustu tabuizovaných témat a stigmatizujících přístupů k osobám s duševním onemocněním. Domnívám se, že i když mohou lektoři z oblasti duševního zdraví podávat vysoké a kvalitní výkony, nezmění to nic na tom, že na ně společnost dosud nemusí být zcela připravená. Na konkrétní pozici peer lektora v oblasti duševního zdraví se v této návaznosti věnuji v následující kapitole.

2.2 Peer lektoři v oblasti duševního zdraví

Jak jsem již zmínila dříve, odborníci v oblasti duševního zdraví čelí nenadálým výzvám spojeným s reformací psychiatrické péče napříč Evropou (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013). Tato reformace s sebou nese odklon od tradičního institucionálního modelu a orientaci na komunitní přístup k péči o duševně nemocné. Stanovy nedávných iniciativ (např. Mental Health Commission, 2008) zdůrazňují potřebu poskytování služeb zaměřených na zotavení⁸, které by vytvářely plodnou půdu pro růst partnerství mezi uživateli služby na jedné straně a odborníky na straně druhé. Na rozdíl od tradičního modelu zde uživatelé služeb v oblasti duševního zdraví nejsou považováni za pasivní elementy, ale jsou vnímáni jako činné prvky podílející se na utváření komunitního přístupu k péči o duševně nemocné. Jednou z významných rolí je aktivní **participace uživatelů psychiatrické péče ve vzdělávání** studentů vysokých škol a odborníků v oblasti duševního zdraví (Higgins et al., 2011).

Systematické zapojování uživatelů péče (duševně nemocných pacientů nebo klientů) do aktivní vzdělávací role ve školení odborníků v péči o duševní zdraví se v zahraničí datuje od 90. let minulého století (Centrum pro rozvoj ..., 2013). Souviselo s tím, že stále více docházelo k rostoucímu uznání nedostatků v dovednostech některých zdravotnických

⁸ Službám orientovaným na zotavení osob s duševní nemocí se více věnuji ve třetí kapitole.

pracovníků v péči o osoby s duševní nemocí (Perry et al., 2013). Následně se rozšířila myšlenka toho, že by samotní uživatelé této péče měli být zapojováni do plánování, poskytování a hodnocení vzdělávání všech skupin odborníků. Například ve Velké Británii bylo již v roce 2005 stanoveno, že by všichni studenti psychiatrických oborů měli být proškoleni uživateli psychiatrické péče (Centrum pro rozvoj ..., 2013). Takovéto uživatele v této práci nazývám „peer lektory“, což je termín, se kterým se osoby s duševním onemocněním v této roli identifikují. Hovořím zde však pouze o těch peer lektorech, kteří se věnují vzdělávání osob bez duševního onemocnění. Zároveň pro potřeby práce užívám termínu „**pracovní pozice peer lektorů**“, neboť jsou tyto osoby za svou činnost placeni.

Koho si tedy lze představit pod pojmem peer lektor? Autor Pavel Říčan, který je jedním z koordinátorů projektu zavádění pracovních pozic peer lektorů v České republice, náplň práce peer lektora definuje takto: „*Peer lektor pomocí prožité zkušenosti s nemocí vzdělává profesionály (lékaře, zdravotní sestry, sociální pracovníky a také peer pracovníky). Je to člověk, který má vlastní zkušenost, a navíc zná i teorii, kterou může přinést do výuky.*” (Říčan, 2014, s. 8). Dále peer lektori vzdělávají budoucí pracovníky v oblasti péče o duševní zdraví, a tedy studenty vysokých škol oborů psychologie, sociální práce, medicína, aj. (Foitová et al., 2016).

Osoby, které se dostanou na pracovní pozici peer lektora, se nejdříve samy musí účastnit vzdělávání v oblasti učení a prezentace a také si vytvořit teoretický přehled o relevantních tématech duševního zdraví, který povětšinou před nástupem na pozici nemají (Dogra & Holley, 2011). Následně studenty vzdělávacích kurzů prostřednictvím svých životních příběhů seznamují s tím, jaký je život s duševní nemocí, jaké mají obtíže, a co to pro ně znamená, jak se změnil život jim i jejich rodině apod. (Říčan in Šustrová, 2015). Peer lektori stejně jako ostatní peer pracovníci využívají vlastní příběh v duchu „*recovery oriented*“ neboli se **zaměřením na zotavení**. „*V praxi to znamená, že peer lektor přináší do kontaktu s cílovou skupinou prvky naděje, pochopení a přijetí, které jsou pro nás základní pocitovou hodnotou, kterou chceme předávat.*“ (Kubinová, 2018). Lektoři s vlastní zkušeností s onemocněním svůj příběh prokládají stejně důležitými teoretickými poznatky z oblasti témat péče o duševní zdraví. Vzdělávací kurzy také vedou mnohdy ve dvojici s odborníkem z oblasti duševního zdraví (Dogra & Holley, 2011).

Peer lektori mají jedinečné porozumění vlastní nemoci a zkušenosti se zdravotní péčí. Petra Kubinová k tomu uvádí: „*Člověk s duševním onemocněním ví nejlépe, co život s limity,*

keré nemoc přináší, obnáší. A proto je z hlediska této zkušenosti kompetentní k jejímu sdílení více než lektor, který vlastní zkušenost nemá.” (Kubinová, 2018). Peer lektoři tak mohou užitečně přispívat k výuce druhých v roli „experta“ ve své nemoci, s účastí na rozhodování o tom, co se učí, jak mohou být nastavovány výukové programy a také s účastí na evaluaci průběhu učení (Centrum pro rozvoj ..., 2013). Ve vzdělávacím kontextu jsou tedy peer lektoři vnímáni nikoliv jako exempláře duševně nemocných osob, ale jako odborníci na svou vlastní nemoc, jež přináší unikátní vhled do problematiky duševního zdraví (Tait & Lester, 2005).

Do výuky studentů pomáhajících profesí a odborníků péče přináší mnoho nových prvků. Poskytují jim pohled do kontextu života jedince s duševním onemocněním, čímž dopomáhají k vytvoření jedinečného dojmu na studenty. Studenti kurzů se seznamují s konkrétní osobou, jež má duševní nemoc a zároveň je v roli lektora. Nemají tak před sebou pouze nemoc či diagnózu, ale spatřují celého člověka jako komplexní individualitu. Taková perspektiva je zásadní pro fungování holistického modelu péče o duševně nemocné, ve kterém odborníci nepohlíží pouze na symptomy nemoci jedince (Dogra & Holley, 2011).

Podstatné sdělení, jež peer lektoři dokážou studentům předat lépe než jejich kolegové z řad odborníků bez zkušenosti s duševní nemocí, je důležitost naděje a zotavení. Peer lektoři jsou schopni zprostředkovat studentům jedinečné pochopení své nemoci a zvýšit tak jejich empatii (Centrum pro rozvoj ..., 2013). Zapojení peer lektorů do výuky dále dopomáhá studentům uvědomit si to, jak rozmanitě mohou lidé jejich duševní nemoci prožívat (Dogra & Holley, 2011). To může vyvažovat negativní obrazy duševně nemocných ve společnosti, jež jsou značně posilovány médii. Ve zpravodajství je často možné si o osobách s duševním onemocněním přečíst jako o „nebezpečných šilencích“, čímž je vydatně posilován stereotyp stigmatu psychické nemoci ve společnosti (Ocisková & Praško, 2015). Peer lektoři tak mohou pomáhat rozptýlit tyto stigmata, mýty, strachy a předsudky vůči osobám s duševním onemocněním (Tait & Lester, 2005).

Zapojování peer lektorů do procesu vzdělávání s sebou podle výsledků studií několika autorů nese spoustu výhod. Výzkumy z oblasti vzdělávání zdravotních sester, psychologů a sociálních pracovníků ukazují, že využití peer lektorů ve výuce má významný a pozitivní dopad na nabývání schopnosti komunikace mezi odborníky a klienty (Simons et al., 2007), na nabourávání stereotypů a profesně zatvrzelých náhledů na osoby s duševní nemocí (Tew, Gell & Foster, 2004) a v neposlední řadě na rozvíjení perspektivy a sebereflexe ohledně

důsledků péče o duševně nemocné (Townend et al., 2008). Owen a Reay (2004) dále zjistili, že postoje studentů k učení se od uživatelů služeb byly pozitivnější a stejně tak se jim celkově zlepšil celkový náhled na práci s klienty v oblasti duševního zdraví. Zapojení peer lektorů do vzdělávání studentů a odborníků tedy celkově vede k vyšší efektivnosti výuky a k důslednější přípravě pro práci s duševně nemocnými. Pro ilustraci zde uvádím citaci jednoho z respondentů empirické části práce, jež nabízí pohled do práce peer lektorů při vzdělávání odborníků z oblasti péče o duševní zdraví:

„Ona (psychiatřka) začala vyprávět o tom, že ‚já jsem si uvědomila, že jsem úplně vyhořelá, že tu práci nenávidím, já to prostě už dělat nechci, vy si neumíte představit, co to je, 20 let furt to samé‘. A my říkáme ‚ale proto tu jsme, pojďme se o tom bavit, třeba najdeme něco, co dokážete při své práci použít‘.“

(respondent Hendrix)

2.3 Peer lektoři v českých podmínkách

Trend zapojování uživatelů psychiatrické péče do vzdělávání přišel do České republiky v roce 2013. Klíčovou roli v tom sehrála organizace **Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví**⁹. V té byl vypsán první projekt zaměřený na vznik pracovních pozic peer lektorů u nás, který se jmenoval „Zapojení uživatelů péče do vzdělávání v oblasti péče o duševní zdraví“ (Centrum pro rozvoj ..., 2013).

V tomto projektu bylo vybráno deset osob s duševním onemocněním za účelem jejich zapojení do výuky na vysokých školách. Jednou ambicí projektu bylo měnit postoje budoucích odborníků péče o osoby s duševním onemocněním. Požadavky na uchazeče o pracovní pozici peer lektora byly: osobní zkušenost s duševním onemocněním bez ohledu na diagnózu, kompenzovaný zdravotní stav nejméně dva roky, dosažené alespoň středoškolské vzdělání, motivace k předávání zkušeností s nemocí a ochota svěřit se se svým příběhem a dobré komunikační schopnosti, dobré vystupování a osobní projev (Centrum pro rozvoj ..., 2013).

Před započítáním lektorování si účastníci projektu nejdříve museli projít několika formami vzdělávání. Zaprvé pro ně byl realizován dvoudenní seminář s lektory a odborníky z Velké Británie a Nizozemí, ve kterém se účastníci vzdělávali skrze předávání zkušeností ze

⁹ V této diplomové práci organizaci Centrum pro rozvoj duševní zdraví záměrně neanonymizuji. Od hlavních koordinátorů projektů zaměřených na zavádění pozic peer lektorů jsem k tomu dostala svolení, a navíc i oni sami považují za přínosné, aby byly projekty peer lektorů v českých podmínkách spojovány se jménem jejich organizace.

zahraniční praxe. Na to navázal 60 ti hodinový kurz lektorských dovedností, který zahrnoval trénink v teoretických a praktických znalostech a dovednostech v oblasti aktuálních trendů v péči o duševní zdraví a výcvik v lektorských dovednostech – práce se skupinou, dovednost sestavit a prezentovat téma, dovednost vést diskusi se skupinou vzhledem k cílům výuky apod. Zároveň si peer lektoři museli přivlastnit pravidla „etického kodexu lektora s vlastní zkušeností“, který kromě popisu předávaných hodnot studentům určuje také základní dovednosti peer lektorů ve vzdělávacím procesu (viz. příloha č. 1). Nejdůležitějším aspektem, ve kterém museli být účastníci projektu vyškoleni, byla práce s vlastním příběhem v duchu konceptu zotavení (Centrum pro rozvoj ..., 2013).

S realizací kurzu lektorských dovedností současně probíhala odborná příprava lektorů s vlastní zkušeností, a to ve formě přípravy vzdělávacích modulů. V rámci toho peer lektoři získávali mnoho teoretických znalostí skrze studium informačních zdrojů. Dále se připravovali po osobní stránce, kdy se učili formulovat své příběhy v kontextu jednotlivých výukových témat. Pro vzdělávání studentů na vysokých školách těmito tématy byly Recovery (zotavení), Self management, Destigmatizace a Peer programy, na které byly následně vytvořeny vzdělávací moduly (Centrum pro rozvoj ..., 2013).

První příležitost k lektorování měli lektoři s vlastní zkušeností na vybraných vysokých školách, kde odučili uvedené vzdělávací moduly ve spojení se sdílením svého osobního příběhu s životem s duševním onemocněním. Peer lektoři se ve výuce zaměřovali na změnu postojů studentů k osobám s duševním onemocněním a také na předávání informací o tom, jak by budoucí odborníci měli se svými klienty pracovat v orientaci na zotavení a jak by je měli nejlépe posilovat a zplnomocňovat (Centrum pro rozvoj ..., 2013; Kubinová, 2018).

Následně se peer lektoři zaměřili na vzdělávání odborníků, a to v rámci dalšího projektu s názvem „Umíme se domluvit“. Kurz sloužil ke vzdělávání pracovníků státní správy a samosprávy v přístupu k péči o osoby s duševním onemocněním. Zde se začal uplatňovat prvek kooperace peer lektora a lektora odborníka z péče o duševní zdraví (Centrum pro rozvoj ..., 2013). Kubinová k tomu dodává: „*Při realizaci aktivit a kurzů nesou peer lektoři stejnou odpovědnost a mají stejné kompetence a platové ohodnocení jako druhý lektor.*“ (Kubinová, 2018).

Po realizaci uvedených projektů se začalo pole působení peer lektorů rozšiřovat a také začaly pro lektory s vlastní zkušeností vznikat nové pracovní pozice. Peer lektoři v českých

podmínkách se dnes zapojují do mnoha různých vzdělávacích kurzů jak pro studenty vysokých škol, tak pro odborníky z psychiatrické péče. Vytváří také vzdělávací kurzy na klíč pro konkrétní organizace či instituce. Uplatňují se také při vzdělávání peer konzultantů, které v kurzech připravují na jejich profesi, a při zaučování svých budoucích kolegů peer lektorů na jejich pracovní pozice (Centrum pro rozvoj ..., 2013).

V současnosti¹⁰ se také peer lektoři v českých podmínkách začínají uplatňovat ve vzdělávání druhých dospělých osob s duševním onemocněním, a to v rámci dalšího projektu Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví s názvem *Recovery College*. Cílem tohoto projektu je nabízet spektrum vzdělávacích, osvětových a volnočasových aktivit vedoucích k začleňování osob s duševní nemocí do běžného života společnosti. Nabídka vzdělávacích kurzů pro osoby s duševním onemocněním je zaměřena na podporu zvládnání jejich životních situací a na rozšíření jejich znalostí a posílení schopností v jejich procesu zotavení. Pro studenty kurzů je vytvořeno devět vzdělávacích modulů, které se zaměřují na různá témata jako například na téma zotavení, finanční gramotnost, sebe prezentace, jak komunikovat s lékařem o medikaci, aj. Součástí projektu jsou dále studijní stáže pro peer lektory za účelem seznámení se s funkčním modelem vzdělávacích programů v zahraničí nebo také vedení workshopů pro studenty žurnalistky, dokumentaristiky a příbuzných oborů, kteří mají jako budoucí novináři zásadní vliv na prezentaci osob s duševním onemocněním v médiích (Centrum pro rozvoj ..., 2017; Kubinová, 2018).

¹⁰ Od dubna roku 2018.

3 Zotavení

3.1 Definice zotavení

Užívání termínu „zotavení“ se pojí s obdobím 90. let 20. století, kdy se příjemci služeb psychiatrické péče zasloužili o deinstitucionalizaci systému psychiatrické péče ve Spojených státech amerických. Na základě zapojování hlasu těchto osob do podoby péče poskytované psychiatrickým pacientům přicházela nová vize toho, jak lze nahlížet na život s duševním onemocněním (Bonney & Stickley, 2008).

Systémy péče o psychiatrické pacienty se do té doby zakládaly na přesvědčení, že se není možné z duševní nemoci zotavit. Péče o tyto osoby byla založena pouze na udržování jejich přijatelného zdravotního stavu (Anthony, 2000). V tomto tradičním medicínském modelu, který do 90. let v péči o osoby s duševním onemocněním převládal, byly služby založené pouze na diagnóze a léčbě nemoci. Pro medicínské paradigma bylo charakteristické zaměřování se na nedostatky člověka, a ne na jeho schopnosti, silné stránky a sociální fungování (Davidson et al., 2008). Zlepšování stavu těchto osob se posuzovalo podle redukce symptomů a léčba končila teprve až ve chvíli, kdy příznaky nemoci vymizely (Grenier, 2012). Díky hnutí uživatelů psychiatrické péče se vytvářela alternativa k medicínskému pojetí života s duševním onemocněním a do popředí se začalo dostávat využívání nového termínu „*recovery*“ neboli **zotavení** (Bonney & Stickley, 2008).

Co se tedy skrývá pod termínem zotavení? Z dostupné literatury je zřejmé, že má zotavení mnoho různých definic. Nejvyužívanější z nich je definice autora Anthonyho, jež ho pojímá jako: „... *hluboce osobní a jedinečný proces proměny postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí jedince. Je to způsob, jak žít spokojený, nadějeplný a přínosný život přes omezení, která nemoc přináší.*“¹¹ (Anthony, 1993, s. 527)

Termín „*recovery*“ lze do českého jazyka překládat jako „úzdrava“, obecně je však podporováno využívání termínu „zotavení“. Pojem úzdava vyvolává představu, že nemoc a její příznaky zcela vymizí. Z definice autora Anthonyho (1993) lze však odvodit, že se s tímto při zotavení nutně nepočítá. Nepředpokládá úplné uzdravení a absenci symptomů

¹¹ Ang. originál: „*Recovery is described as a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness.*“ (Anthony, 1993, s. 527)

nemoci, ale spíše se zaměřuje na hledání způsobů, jak se úspěšně vyrovnávat s nemocí a jak žít uspokojivý život (Hejzlar, Halíř & Fiala, 2010).

Lidé se závažnými duševními onemocněními představují heterogenní skupinu. Povaha jejich psychiatrických poruch je rozmanitá¹², lišit se mohou také jejich průběhem a intenzitou. Proto je proces zotavení pojímán jako jedinečný pro každého člověka. Tyto osoby v důsledků své nemoci pocítují značná omezení v každodenním fungování. Ve srovnání s dopadem psychiatrických příznaků v úzkém slova smyslu mnohdy narážejí také na různé bariéry, jež jim průběh nemoci ztěžují. Jsou jimi například nízký příjem, absence sociální opory, stigmatizace okolí, nemožnost naplňování sociálních rolí, a celkové sociální vyčlenění na okraj společnosti. Většina z duševně nemocných osob má však stejná přání jako mají ostatní lidé – být zdravý, mít práci a bydlení, dobré vztahy s rodinou a přáteli, sebeúctu, uznání druhých a osobní rozvoj (Pěč & Probstová, 2009).

Pro osoby s duševním onemocněním tedy možnost zotavení znamená posílení naděje do budoucna, řízení vlastního života, posilování sebevědomí a sebeúcty, a dosahování smysluplných rolí (Clay, 2005). Umožňuje jedinci žít svůj život ve společnosti a zároveň usilovat o dosahování jeho plného potenciálu (Madsen & Gillespie, 2014). Na termín zotavení se tedy pohlíží spíše jako na proces než jako konečný výsledek, ke kterému by osoby s duševním onemocněním měly dojít (Davidson, Tondora & Ridgway, 2010).

Autoři Andresen, Oades a Caputi (2003) uvádí, že také samotné osoby s vážným duševním onemocněním pojímají zotavení spíše jako cestu než jako výsledek. To dokládají slova Patricii Deegan, jež propaguje myšlenku zotavení, a zároveň je nositelkou duševní poruchy schizofrenie. Své vlastní zkušenosti se životem s nemocí využívá pro popis procesu zotavení následovně:

*„Zotavení se nevztahuje na konečný bod či výsledek. Jeho významem není to, že je člověk „vyléčen“. Ve skutečnosti je zotavení pojímáno jako stále se prohlubující akceptace našich omezení. Místo toho, aby nás to přivádělo k zoufalství, můžeme zjišťovat, že jsou naše osobní omezení základem, ze kterého mohou vyrůst naše jedinečné možnosti. Tohle je paradox zotavení: přijetím toho, co nemůžeme dělat nebo být, začínáme objevovat, co dělat můžeme a kým můžeme být. Zotavení je tedy proces. Je to způsob života.“*¹³ (Deegan, 1996a, s. 13)

¹² Jsou jimi schizofrenie, afektivní poruchy (mezi které se řadí deprese, úzkost a bipolární poruchy), poruchy osobnosti, organické poruchy, poruchy aktivity a pozornosti, závažné poruchy závislosti a jejich možné kombinace (Pěč & Probstová, 2009).

¹³ Ang. originál: „Recovery does not refer to an end product or result. It does not mean that one is “cured”. In fact, recovery is marked by an ever-deepening acceptance of our limitations. But now, rather than being an

3.2 Principy zotavení

Zotavení osob s duševním onemocněním je tedy pojímáno jako proces osobního růstu a rozvoje, který může vést k získání kontroly nad životem, k osobnímu naplnění a smysluplnému životu (Clay, 2005). Jakými způsoby ale lze zotavení dosahovat?

Zásadními elementy pro možnost změny a osobního zotavení osob s duševní nemocí se zabývá mnoho autorů. Pro ukázkou zde pouze jmenovitě uvádím pár těchto pojetí. Autoři Lapsley et al. (2002) se domnívají, že klíčovými elementy zotavení jsou: naděje, sebeúcta, mezilidské vztahy a sebekontrola. Leamy et al. (2011) za klíčové pojímají spojení s druhými osobami, naději a optimismus do budoucnosti, změnu v pojetí své vlastní identity, hledání smyslu svého života a celkové posílení své osoby. V jiném pojetí se za klíčové dimenze, které zásadně podporují možnosti zotavení, považují domov, zdraví (zvládání symptomů nemoci), životní smysl a smysluplné aktivity a vztahy s druhými (SAMHSA, 2017).

Pro potřeby této práce využívám členění principů podle autorek Repperové a Perkinsové (2009). Myslím si, že jejich členění jednoduše, ale celistvě shrnuje všechny výše uvedené definice ostatních autorů. Klíčovými hodnotami pro možnosti zotavení osob s duševním onemocněním jsou podle Repperové a Perkinsové (2009) „**naděje**“, „**kontrola**“ a „**příležitost**“. Zároveň jsou tyto komponenty důležité pro odborníky v péči o duševní zdraví, jimiž poskytovaná podpora by měla být v souladu s uvedenými klíčovými zásadami zotavení. Následně popisuji jednotlivé principy zotavení a každý z nich doplňuji citací osob s vlastní zkušeností se životem s duševním onemocněním.

Naděje

Naděje (*hope*) je popisována jako klíčový element, jehož přítomnost je nutná pro zotavení jedince s duševním onemocněním. Pokud jedinec není schopen vidět, že má možnost prožívat smysluplný a hodnotný život, zotavení je pro něj téměř nemožné (Shah & Vankar, 2009). Naděje je jednoduše definována jako „víra v to, že věci mohou být jinak“ (Chandler & Repper, 2011). Pro nabytí naděje je zapotřebí, aby měl samotný jedinec s duševním onemocněním víru v to, že může mít naplňující a produktivní život neboli celkově víru, že je zotavení možné. Pokud tomu uvěří, již to znamená posun v jeho vlastním procesu zotavení

occasion for despair, we find that our personal limitations are the ground from which spring our own unique possibilities. This is the paradox of recovery i.e., that in accepting what we cannot do or be, we begin to discover who we can be and what we can do. Thus, recovery is a process. It is a way of life.“ (Deegan, 1992, s. 13)

(Onken et al., 2007). Nadějí se tedy myslí víra ve vlastní zotavení a motivace ke změně svého života. Mít naději znamená přemýšlet o své budoucnosti a věřit, že v ní jeho život bude lepší (Chandler & Repper, 2011). Vytvoření a zjištění konkrétních cílů, snů a aspirací do budoucna je považováno za první krok v procesu zotavení (Onken et al., 2007). Pro naději jsou klíčové také vztahy s druhými lidmi, kteří fungují jako zdroj naděje ve chvílích, kdy to jedinec s nemocí sám nezvládá (Shah & Vankar, 2009).

"Pro ty z nás, kteří byli diagnostikováni s duševními chorobami a kteří někdy žili v pustinách programů duševního zdraví, naděje není jen příjemně znějící eufemismus. Je to otázka života a smrti."¹⁴

(Deegan in Repper & Perkins, 2009, s. 91)

Kontrola

Kontrolu (*control*) lze do českého jazyka překládat jako sebekontrolu, sebeřízení nebo také sebeurčování. Osoby s duševním onemocněním často cítí, že jsou jejich potíže s duševním zdravím mimo jejich kontrolu a že jedině odborníci je mohou dát do pořádku. Pokud však na svých problémech vedle pomoci odborníků také sami pracují, každý z nich se může stát opravdovým expertem na péči o sebe sama (South West London..., 2016).

V tomto principu tedy jde o aktivní a zodpovědné přebírání kontroly nad svými problémy a životem. Jedná se u něj o zvládání nemoci a jejích symptomů, ale také o vlastní sebe-směřování a dosahování cílů (Shah & Vankar, 2009). Mít kontrolu nad svým životem znamená porozumět tomu, co se v minulosti nemoci událo, a umět se tomu přizpůsobit (Repper & Perkins, 2009). Znamená to nastavování si svých osobních výzev a definování svého dalšího životního příběhu. Jedinec v procesu zotavení musí být sám sobě tím, kdo si určuje vlastní cíle a požadované kroky k tomu, aby jich mohl dosahovat (Onken et al., 2007). Kontrolou se míní také to, že má jedinec vytvořený plán pro krizové situace spojené se svým duševním zdravím. Ví, které okolnosti mu škodí a má přehled o možnostech dostupné podpory (Shah & Vankar, 2009). Pro posílení sebekontroly je důležitým faktorem okolí jedince, které by jej mělo podporovat k pozitivním změnám (Onken et al., 2007).

„V průběhu let jsem tvrdě pracovala, abych se stala odborníkem v péči o sebe sama. Naučila jsem se různé způsoby, jak si pomáhat.“¹⁵ (Deegan in Repper & Perkins, 2009, s. 91)

¹⁴ Ang. originál: „*For those of us who have been diagnosed with mental illness and who have lived in sometimes desolate wastelands of mental health programmes, hope is not just a nice sounding euphemism. It is a matter of life and death.*“ (Deegan in Repper & Perkins, 2009, s. 91)

Příležitost

Osoby se závažným duševním onemocněním velmi často bývají sociálně vyloučené ze společnosti. Sociálním důsledkem duševního onemocnění je jeho stigmatizace. Tyto osoby mají proto potíže se začleněním se do společenského, rodinného, pracovního i partnerského života (Thornicroft, 2011). Významným aspektem, který podporuje proces zotavení jedince s duševním onemocněním, je tedy dát mu příležitost (*opportunity*) k tomu, aby se mohl sociálně začlenit do společnosti. To znamená mít možnost vybudovat si život navzdory svému duševnímu onemocnění (Repper & Perkins in Shepherd et al., 2014).

Osoby s duševním onemocněním si přejí být cennými členy komunit, mít přístup k příležitostem, které v nich existují, a mít také příležitost těmto komunitám určitým způsobem přispívat (Repper & Perkins, 2009). To posiluje pocity jejich sebeúcty a sebehodnoty a zvyšuje kvalitu jejich životů (Bonney et al., 2008). Pro proces zotavení osoby s duševní nemocí je také důležité mít šanci dělat věci, kterých si cení a díky kterým považuje svůj život za smysluplný (South West London..., 2016). Dále je pro ni podstatné mít možnost podporovat role, které již má (např. student, dcera, syn), mít šanci vytvářet role nové a účastnit se vztahů v komunitě podle vlastní volby. Pokud tedy osoba s duševním onemocněním má pracovat na svém procesu zotavení, potřebuje mít přístup k těm zdravotním, sociálním, ekonomickým, vzdělávacím, rekreačním a duchovním příležitostem, které většina osob ze společnosti považuje za samozřejmost (Shah & Vankar, 2009).

„Já nechci mít svou psychiatrickou sestru, já chci mít život.“¹⁶ (Rose in Repper & Perkins, 2009, s. 91)

3.3 Principy zotavení a jejich vztah k peer práci

Koncept zotavení dnes můžeme spatřovat jako dominující princip při poskytování péče osobám se závažným duševním onemocněním ve vyspělých zemích (Bonney & Stickley, 2008). Například ve Spojených státech amerických se termín zotavení objevil již v roce 1999 v oficiálním státním dokumentu, jenž zapojení tohoto konceptu do služeb psychiatrické péče uvedl takto: *„Všechny služby pro osoby s duševním onemocněním by měly být uživatelsky orientované a zaměřené na zvyšování zotavení. To znamená, že cíle služeb nesmějí být omezeny na redukci symptomů, ale měly by usilovat o obnovení významuplného*

¹⁵ Ang. originál: *„Over the years I've worked hard to become an expert in my own self care. I've learned different ways of helping myself.“* (Deegan in Repper & Perkins, 2009, s. 91)

¹⁶ Ang. originál: *„I don't want a CPN, I want a life.“* (Rose in Repper & Perkins, 2009, s. 91)

a produktivního života.“ (Department of health and human services in Paleček & Říčan, 2015).

Cíle služeb zaměřených na zotavení se tedy liší od cílů tradičních zdravotnických služeb, jež se soustředí na léčbu symptomů nemoci a prevenci relapsů¹⁷. Služby orientované na zotavení věnují mnohem více pozornosti celkovému zdraví a blahobytu jedinců (*wellbeing*) a poskytují jim takovou podporu, která jim umožní, aby fungovali jako plnohodnotní občané ve svých komunitách (Shepherd, Boardman & Slade, 2008).

Využívání konceptu zotavení v psychiatrické péči není klíčové pouze pro uživatele této péče, ale i pro odborníky na poli duševního zdraví, a tedy i pro peer pracovníky, jež jsou do systému péče zapojováni (Centrum pro rozvoj ..., 2013). Přístup zaměřený na zotavení rozpoznává hodnotu žité zkušenosti s onemocněním a propojuje ji s expertízou a se znalostmi odborníků na poli péče o duševní zdraví (Mental Health Commission..., 2016).

V organizacích poskytujících zdravotní a sociální služby osobám s duševním onemocněním, které zavádí „praxi zaměřenou na zotavení“, by podle Farkase (2007) měly být začleňovány hodnoty a principy zotavení do celé jejich infrastruktury. Hlavní hodnoty a principy by se měly odrážet v poslání a politice organizace a měly by být reflektovány ve všech postupech a aktivitách těchto organizací (Farkas, 2007). Principy zotavení musí být patrné také v jazyce, které daná organizace a její vedení využívá, jak v každodenní komunikaci, tak v metodických dokumentech (Anthony, 1993). Shepherd, Boardman a Slade (2008) k tomu dodávají, že jednou z cest, kterými se mohou naplňovat hodnoty konceptu zotavení, je samotné zaměstnávání uživatelů služeb na pozicích peer pracovníků v těchto organizacích. Ti by měli pomáhat s navrhováním, realizací, poskytováním a vyhodnocováním všech aktivit organizace.

Ve všech pracovních aktivitách peer pracovníků by tedy měly být reflektovány základní hodnoty a principy zotavení, jež jsou pro potřeby této práce pojmenovány „naděje“, „kontrola“ a „příležitost“. Zaprvé by měli peer pracovníci inspirovat druhé svou **nadějí** (Repperová et al., 2013). Do kontaktu se druhými osobami by měli přinášet prvky naděje v zrcadlení skutečnosti, že i s vážným duševním onemocněním a s jeho omezeními lze mít uspokojivý život. Sami jsou příkladem toho, že to je možné, a proto také bývají peer pracovníci obecně nazýváni jako „nosielé naděje“ (Foitová et al., 2016). Zadruhé peer

¹⁷ Relaps je opětovné objevení příznaků nemoci, která byla v klidovém období.

pracovníci hrají důležitou roli v motivování klientů v ohledech **kontroly**. V přímé péči své klienty podporují v tom, aby přebírali kontrolu nad svým životem a sami si určili, jakou budou chtít mít svou budoucnost. Nakonec by měli podporovat klienty v tom, aby se jim dostávalo **příležitostí** a aby se mohli účastnit vztahů a aktivit v komunitě podle vlastní volby. Podle Repperové a Cartera (2011) jsou peer pracovníci schopni tyto hodnoty předávat úspěšněji než kvalifikovaní odborníci.

Vztah konceptu zotavení a peer pracovníků lze spatřovat také v jejich hlavní náplni práce. Tou je sdílet s klienty svůj příběh života s duševním onemocněním, který by měl být orientovaný na zotavení. Příběhy peer pracovníků proto bývají nazývány jako „příběhy zotavení“ a druhým osobám by měly prezentovat pozitivní cesty osobního růstu po zkušenosti s dlouhodobým psychiatrickým onemocněním (Ridgway, 2001; Moran et al. 2012). Před sdílením svého příběhu se však peer pracovník musí naučit s ním správně zacházet. Příběh zotavení by měl být orientován pozitivně a peer pracovník by se v něm tak měl zaměřovat na to, co mu pomohlo dostat se z nemoci ven a nejenom na to, co ho k nemoci vedlo (Foitová et al., 2016).

Principy zotavení v práci peer lektorů

Předmětem této diplomové práce jsou peer lektori v oblasti duševního zdraví v českých podmínkách. U peer lektorů se mohou principy zotavení projevovat jinými způsoby, neboť se ve své práci nezaměřují na peer podporu druhých osob s duševním onemocněním. Domnívám se, že se principy zotavení v práci peer lektorů odráží ve formě jejich vlastního zotavení, ale také skrze povahu jejich zaměstnání, neboť práce a pracoviště, ve kterých působí, jsou orientovány na uplatňování principů zotavení.

O peer lektorech je dosud známo to, že přináší do kontaktu se svými studenty prvky naděje, pochopení a přijetí a že propagují myšlenky toho, že je zotavení možné. Dále je známo, že stejně jako ostatní peer pracovníci využívají vlastní příběh v duchu „*recovery oriented*“ (Kubinová, 2018). Jak již uvádím výše, principy zotavení by měly být naplňovány v celé infrastruktuře organizací peer pracovníků a všechny jejich aktivity by měly hodnoty zotavení reflektovat. Zajímá mě tedy, jak se dále uvedené principy promítají v činnosti peer lektorů a v náplni jejich práce. Je však nutné si uvědomit, že bez vlastní zkušenosti se zotavením by peer lektori nemohli plnohodnotně vykonávat tuto práci.

Z toho důvodu je důležité prozkoumat, jak mohou být principy zotavení naplňovány v souvislosti s vlastním procesem zotavení peer lektorů a jakou s tím má spojitost jejich zaměstnání a pracovní zařazení. V této práci se tedy v první řadě zaměřuji na to, jak zaměstnání peer lektorů posiluje jejich pocity naděje a (sebe)kontroly, jakými způsoby takové posilování probíhá a zda a jak jim tyto pozice poskytují příležitosti, jejichž přísun je pro zotavení každého jedince s duševní nemocí klíčový. Vliv práce jako takové na proces zotavení peer lektorů považuji za významné téma, jež úzce souvisí s naplňováním principů zotavení v organizacích, ve kterých působí. Proto v další kapitole zaměřuji pozornost na to, jakou roli hraje pracovní zařazení v životě osob s duševním onemocněním, a také konkrétně peer pracovníků, a jaké potíže a přínosy jsou s jejich zaměstnáváním spojeny.

3.4 Práce jako nástroj zotavení

3.4.1 Práce u osob s duševním onemocněním

Lidé s problémy v oblasti duševního zdraví bývají velice znevýhodněni na trhu práce, což brání jejich plnohodnotnému zotavení z nemoci a udržuje jejich závislost na podpoře společnosti¹⁸. Nezaměstnanost je dle autorů Wahgorna a Lloyda (2005) obecně negativním fenoménem, který má řadu záporných dopadů na osoby s duševním onemocněním, včetně ztráty vlastního smyslu a užitečnosti, struktury, rolí, statusu a pocitu identity, který práce přináší. Nezaměstnanost jim také přináší zvýšené riziko odcizení, apatie, zneužívání návykových látek, fyzické nemoci a izolaci. Zaměstnávání těchto osob naopak přispívá k jejich společenskému začlenění, ke zlepšení zdravotního a funkčního stavu a také k užítku pro společnost (Centrum pro rozvoj ..., 2013). Práce je mnohými autory (např. Boardman et al., 2003) pojímána jako základní podmínka pro zotavení. Mezi klíčové koncepty „hnutí recovery“ patří předpoklad, že osoba s duševní nemocí potřebuje mít smysluplnou sociální roli a životní aktivity a pak bude schopna vzít do svých rukou svůj život a nemoc. Příležitost k návratu do práce má pro osoby uzdravující se z nemoci reálný smysl, neboť se díky ní více integrují do života v komunitě (Centrum pro rozvoj ..., 2013).

Při vstupu osob s duševním onemocněním na trh práce dochází ke kumulaci vnitřních i vnějších bariér (Farbiaková, 2008). Jednou z vnitřních bariér mohou být samotné následky duševního onemocnění. Povaha duševních onemocnění může vyvolávat poruchy kognitivních funkcí, které mají vliv na pracovní výkonnost jedinců a mohou limitovat možnosti volby

¹⁸ Například ve formě invalidního důchodu.

takového zaměstnání, které by jedinci s duševní nemocí byli schopní zvládat (Honey in Waghorn & Lloyd, 2005). Další bariérou spojenou s podstatou duševních onemocnění může být nedostatek sebeúcty a sebedůvěry ve své pracovní schopnosti, strach ze selhání a z návratu příznaků nemoci (Jansen in Farbiaková, 2008; Waghorn & Lloyd, 2005). Dalším problémem může být nízký stupeň vzdělání a nedostatečná nebo žádná předchozí praxe (Centrum pro rozvoj ..., 2013).

Zásadní vnější překážkou pro zaměstnávání osob s duševním onemocněním je stigma duševního onemocnění, které často zahrnuje mimo jiné přesvědčení, že člověk s duševní nemocí není schopen pracovat (Thornicroft, 2011). Společnost často povaze duševních onemocnění nerozumí a má z nich strach. Postoje zaměstnavatelů tento přístup společnosti odráží, a tak osoby s duševní nemocí získávají méně pracovních příležitostí než „zdravé“ osoby (Farbiaková, 2008). Kvůli stigmatizaci duševní nemoci se také jedinci bojí při žádosti o zaměstnání svou psychiatrickou diagnózu odhalit (Mental Health Foundation in Thornicroft, 2011).

Povaha duševního onemocnění je nepředvídatelná a ohrožuje stabilitu člověka a jeho schopnost pustit se do delší pracovní činnosti (Waghorn & Lloyd, 2005). Proto je mnoho osob s duševním onemocněním přesvědčeno, že hledání práce přesahuje jejich možnosti. Pokud však již člověk práci nalezne, je to jen napůl vyhraná bitva. Když má člověk duševní nemoc, může být pro něj těžké si práci udržet (Thornicroft, 2011). Tyto osoby mohou na svých pozicích zažívat nedostatek porozumění ze strany kolegů, strach ze sdělení diagnózy, šikanu nebo přidělování ponižujících pracovních úkolů, častý stres a úzkosti (Bird, 2001).

Jaké přínosy má naopak práce pro život osob s duševním onemocněním? Tyto benefity jsou povětšinou stejné povahy jako má práce pro každého jedince. Podle autorů Boardmana a Friedliho (2012) je jedním z hlavních přínosů práce pro osoby s duševním onemocněním finanční příjem, jež je hlavním zdrojem pro možnosti uspokojování svých potřeb.

Autoři Rowland a Perkins (in Waghorn & Lloyd, 2005) dále identifikují čtyři hlavní výhody práce pro osoby s psychiatrickou diagnózou: práce jako restorativní psychologický proces, ochranný efekt práce, práce pozitivně mění jedincovo sebepojetí a zapojení do sociálního prostředí. Práce jako taková je tedy důležitým faktorem pro možnost sociálního začlenění a dává lidem s duševním onemocněním příležitost pro to, aby participovali ve

společnosti jako aktivní občané (Boardman et al., 2003). Zaměstnání přináší osobám s duševní nemocí sociální kontakty a možnosti, jak se mohou smysluplně zapojit do širší komunity. Ve své práci mají možnost stát se součástí nových skupin lidí a možnost budovat si síť sociálních vztahů. V pracovním prostředí se také mohou vytvářet přátelské vztahy a kumulují se zde další příležitosti pro podílení se na širších aktivitách s ostatními lidmi (MacLellan et al., 2015).

Jedinec s duševním onemocněním si zaměstnáním získává určitý sociální status, který bývá měřítkem při jeho hodnocení druhými lidmi. Možnost pracovat je ale také důležité pro jeho vlastní sebehodnocení a sebeúctu. Pokud mají jedinci s duševní nemocí pozitivní zkušenost se zaměstnáváním, posiluje to pocity jejich vlastní účinnosti a sebedůvěry ve vlastní schopnosti. Dále to má pozitivní vliv na jejich schopnost zapojování se do dalších pracovních činností (Waghorn, Chant & King, 2005).

Velkým přínosem práce pro osoby s duševním onemocněním jsou poskytnuté příležitosti k posilování svých silných stránek, k získávání nových znalostí a ke zdokonalování svých dovedností, čímž jim vznikají další příležitosti na trhu práce (Boardman & Friedli, 2012; Waghorn & Lloyd, 2005). Mezi další výhody zaměstnání patří strukturalizace času a denního režimu a s tím spojená pravidelnost zapojení do pracovních aktivit (Harnois & Gabriel, 2000).

Jak lze z uvedených poznatků pochopit, práce člověka zasahuje do všech sfér jeho života. Uvedené potíže a benefity pracovního zařazení osob se závažným duševním onemocněním tak mají značný vliv na jejich proces zotavení. To také platí pro peer pracovníky, kterým se věnuji v následující kapitole.

3.4.2 Práce u peer pracovníků

V zaměstnávání peer pracovníků jako osob s duševním onemocněním mohou hrát roli všechny uvedené potíže a překážky pro zařazení na jejich pracovní pozice a zároveň jim tyto pozice mohou přinášet uvedené zisky a benefity. Dále však na jejich pracovních pozicích mohou vznikat situace, ze kterých plynou specifické potíže a benefity vázající se přímo k profesi peer pracovníků, a které také mohou mít vliv na jejich vlastní proces zotavování. V této diplomové práci se soustředím na peer lektory, kteří se ve své práci nevěnují druhým osobám s duševním onemocněním. Proto zde uvádím pouze ty potíže a benefity ze

zaměstnávání peer pracovníků, které nemusí mít nutně souvislost s poskytováním peer podpory této cílové skupině.

Podle Chinmana a kolektivu (2006) se peer pracovníci mohou být ve své práci více vystavováni stresovým situacím, které by mohly vést k opětovnému výskytu příznaků jejich duševního onemocnění. Peer pracovníci jsou z důvodu svého onemocnění zranitelnější a citlivější na různé stresové podněty. Je tedy potřeba, aby více než jiní pracovníci sledovali své pracovní vytížení a také aby tomu mohly být přizpůsobeny jejich pracovní podmínky (Yuen & Fossey in Repper & Carter, 2011). To je také podle Paulsona (in Repper & Carter, 2011) velkou slabinou organizací, jejichž zaměstnanci jsou převážně osoby s duševním onemocněním. Kvůli zvýšenému riziku toho, že u nich může docházet ke zhoršení jejich psychického stavu, je více také ohrožována stabilita pracovní síly.

Ze zahraničních výzkumů vyplývá, že se samotní peer pracovníci cítí být na svých pozicích velmi často ve stresu. Problémy se jim mohou vyskytovat v souvislosti se sdílením příběhu svého života s onemocněním při nastavování hranic toho, kolik je bezpečné ze své nemoci druhým osobám sdílet. Dále jsou na ně mnohdy vyvíjeny organizační požadavky, které nejsou schopni zvládnout, a to například nutnost vykonávání stanovených úkolů v konkrétním čase (Kemp & Henderson, 2012). Některým peer pracovníkům také v této souvislosti vznikají potíže se zpracováváním administrativních úkolů (Hamilton et al., 2015).

Jednou z dalších potíží v práci mnoha peer pracovníků je to, že mívají pocit nedostatečného zaučení se pro jejich pracovní pozice (např. Chinman et al., 2006; Cabral et al., 2014). Vznikají u nich pocity nepochopení toho, jak by měli svou práci vykonávat. S tím souvisí také to, že se některým peer pracovníkům nedostává dostatečné podpory ze strany organizace (Mowbray, Moxley & Collins, 1998). Podle mnoha autorů mají peer pracovníci také často pocit, že nejsou adekvátně finančně ohodnoceni (např. Ahmed et al., 2015).

Podle autorů Asada a Chreima (2015) dále peer pracovníci mohou zažívat stigmatizující přístup ze strany jejich „zdravých“ spolupracovníků. Někteří pracovníci si v takových chvílích dokonce musí vytvářet strategie, jak potlačovat vnímaný nedostatek jejich akceptace. Jejich spolupracovníci tyto peer pracovníky nepojímají jako sobě rovné a stále na ně pohlíží na „pacienty“ (Davidson et al., 1999). Od peer pracovníků a jejich možného vkladu do pracovního procesu mají nízké očekávání (Francis et al., 2002). Tyto

přístupy podle Morana et al. (2013) naznačují, že kultura příslušné organizace není správně orientována na propagaci konceptu zotavení.

Zaměstnání na pozicích peer pracovníků těmto osobám na druhou stranu přináší mnoho benefitů. Jejich práce má pozitivní vliv na jejich duševní zdraví, neboť skrze ni mohou dále a lépe pracovat na vlastním procesu zotavení. Peer pracovníci těží z pocitu, že jsou druhými lidmi v této souvislosti oceňováni, a to u nich dále vede k posilování pocitů sebeúcty (Repper & Carter, 2011). Brunier a jeho kolektiv (2002) uvádí, že skrze předávání svých zkušeností s nemocí nabývají peer pracovníci pocitu, že mohou tímto způsobem nacházet smysl v potížích, které ve svém životě s nemocí zažívají. Samotný proces sdílení zkušenosti může být pro peer pracovníka obohacující a může pro něj představovat terapeutickou zkušenost (Graham & Rutherford, 2016).

Dalším velkým přínosem je pro peer pracovníky taková pracovní kultura, která uplatňuje základní hodnoty konceptu zotavení a která normalizuje psychiatrické onemocnění. To má podle Morana a kolektivu (2013) pro tyto osoby velmi významnou hodnotu, a to zejména proto, že v jiných zaměstnáních na základě svého onemocnění zažívají předsudky a diskriminaci ze strany zaměstnavatelů.

Autoři Mowbray a kolektiv (1998) provedli výzkum s 11 peer pracovníky rok po ukončení jejich peer zaměstnání. Výsledky jejich výzkumu přináší pohled na další benefity, které peer pracovníci na svých pozicích získávají. Za nejdůležitější přínos jejich práce tito pracovníci zpětně považovali finanční příjem. Dalšími benefity byla stálá možnost účastnit se supervize a bezpečná atmosféra v organizaci, ve které nemuseli skrývat své onemocnění. Práce na pozicích peer pracovníků těmto osobám navíc přinesla posílení úrovně sebehodnocení, jelikož vnímali, že dělají smysluplnou práci s pozitivním přesahem na další osoby. To také zmiňují autoři Miyamoto a Sono (2012), jež do přínosu práce peer pracovníků zahrnují zvýšené pocity vlastní účinnosti vyplývající ze zkušenosti v pomáhání druhým osobám a zvýšené sebevědomí díky komunikaci mezi lidmi sdílejícími společný typ zkušeností.

Podle Řičana (2014) představuje přínos už samotné vytváření peer pracovních pozic v komunitě. Většina pracovních míst, které jsou obecně vytvářeny pro osoby s duševním onemocněním, je v chráněných podmínkách. V těch se tyto osoby věnují povětšinou

manuálními činnostmi a nemohou v nich rozvíjet svůj duševní potenciál. Peer pracovní pozice danou příležitost osobám s duševním onemocněním poskytují.

Shrnutí teoretické části

V zahraničí se v posledních letech bohatě rozšířilo zapojování uživatelů psychiatrické péče do možností rozhodování a provádění změn a osvěty v oblasti péče o osoby s duševním onemocněním. Jednou z forem zapojování je zaměstnávání uživatelů psychiatrické péče na pozicích peer pracovníků. Za peer pracovníky v oblasti duševního zdraví se označují osoby, které pracují skrze využívání své osobní zkušenosti s duševním onemocněním, a to mnoha různými cestami. Konkrétní praktické uplatnění peer pracovníků a náplň jejich práce se odvíjí od charakteru a zaměření služby, v níž je peer zaměstnán.

Trend vytváření pracovních pozic peer pracovníků přichází v několika posledních letech také do České republiky a vytváření těchto pozic je zde v souladu se záměry reformy psychiatrické péče, která momentálně v našich podmínkách probíhá. Jedním typem peer pracovníků jsou peer lektoři, jejichž hlavním úkolem je lektorování o tématech z oblasti duševního zdraví, při kterém využívají zkušeností se svým vlastním duševním onemocněním.

V českých podmínkách peer lektoři v oblasti duševního zdraví vzdělávají cílové skupiny odborníků v oblasti péče o duševní zdraví a studentů vysokých škol humanitních oborů o tématech duševního zdraví. Přispívají tím k destigmatizaci duševních onemocnění a ke změnám postojů studentů k osobám s psychiatrickou diagnózou i ke zlepšení zdravotních a sociálních služeb. Tito lektoři nenaplnují v pravém slova smyslu využívání pojmu „peer“, jež naznačuje vztah a určitou interakci mezi osobami se stejnými charakteristikami, a jejich práce se také nedá popsat jako poskytování peer podpory. Navzdory tomu bylo potřebné se v teoretické části zabývat celou problematikou peer pracovníků „v pravém slova smyslu“, neboť je s problematikou peer lektorů spřízněná a v mnohém představuje její teoretický základ.

Jedním z klíčových aspektů peer práce v oblasti duševního zdraví je orientace peer pracovníků na koncept „zotavení“. Zotavením se myslí cesta zlepšování zdravotního stavu, ale i osobní proměny, která osobě s duševním onemocněním umožňuje žít smysluplný život ve společnosti a usilovat o plné využití svého osobního potenciálu. Nejde v něm tedy pouze o vymýcení příznaků duševní nemoci, ale o jejich zvládnutí tak, aby si člověk mohl užívat vlastního života.

Tradiční systémy péče o psychiatrické pacienty se zakládají na přesvědčení, že se není možné z duševní nemoci zotavit, péče o tyto osoby je v jejich pojetí založena pouze na

udržování přijatelného zdravotního stavu nemocných. Zavádění konceptu zotavení do služeb psychiatrické péče představuje novou vizi toho, jak lze nahlížet na povahu duševních onemocnění, a osobám s psychiatrickou diagnózou napomáhá žít spokojený, nadějeplný a přínosný život přes omezení, která nemoc přináší.

Ve všech pracovních aktivitách peer pracovníků by měly být reflektovány základní hodnoty a principy zotavení, jež jsou pro potřeby této práce pojmenovány „naděje“, „kontrola“ a „příležitost“. Ty by měly být naplňovány v celé infrastruktuře organizací těchto pracovníků a promítány ve veškeré činnosti a náplni jejich práce. Vzhledem k tomu, že na dané téma nebyly dosud provedeny žádné výzkumné studie, zajímá mě, jakými způsoby se uvedené principy v činnosti peer lektorů a v náplni jejich práce mohou promítat.

Je však nutné si uvědomit, že bez vlastní zkušenosti se zotavením by peer lektoři svou práci nemohli plnohodnotně vykonávat. Z toho důvodu je důležité zaměřit pozornost současně na to, jak mohou být principy zotavení naplňovány v souvislosti s vlastním procesem zotavení peer lektorů a jakou s tím má spojitost jejich zaměstnání a pracovní zařazení. V této práci se tedy zaměřuji na to, jak zaměstnání peer lektorů posiluje jejich pocity naděje a (sebe)kontroly, jakými způsoby takové posilování probíhá a zda a jak jim tyto pozice poskytují příležitosti, jejichž přísun je pro zotavení každého jedince s duševní nemocí klíčový. Vliv práce jako takové na proces zotavení peer lektorů považuji za významné téma, jež úzce souvisí s celkovým naplňováním principů zotavení v organizacích, ve kterých působí.

EMPIRICKÁ ČÁST

4 Metodologie výzkumného šetření

Pro výzkumné šetření této diplomové práce jsem si zvolila **kvalitativní přístup**, který je zaměřen na získání hloubkových dat z výpovědí respondentů. Ten je podle Dismana (2002) charakterizován jako nenumerické šetření a interpretace sociální reality. Cílem kvalitativního šetření je popsat zvláštnosti několika málo případů (Hendl, 2016). Hlavní předností kvalitativní výzkumné strategie je to, že poskytuje možnosti pro hlubší pochopení problému. Autoři Strauss a Corbinová uvádí: „*kvalitativní metody se užívají k odhalení a porozumění tomu, co je podstatou jevů*“ (Strauss & Corbin, 1999, s. 11). Kvalitativní metoda mi pomůže získat detailní informace o důležitých jevech na pracovních pozicích peer lektorů, které by se kvantitativními metodami obtížně podchycovali.

4.1 Výzkumné téma a výzkumný problém

V začátcích každého výzkumu je důležité stanovit si výzkumné téma a výzkumný problém, podle kterého se práce bude ubírat. Výzkumné téma a podoba jeho zadání v sobě nesou základní směřování výzkumného úkolu. Po výběru tématu následuje jeho formulace na výzkumný problém. Ten představuje otázku, na které má zkoumání přinést odpověď (Reichel, 2009).

Výzkumné téma pro tuto diplomovou práci jsem od počátku hledala v oblasti péče o osoby s duševním onemocněním, neboť mě jejich problematika zajímá a do budoucna mám zájem se na tomto poli pracovním uplatnit. Téma duševního zdraví jsem chtěla propojit se zaměřením svého studovaného oboru a v tomto ohledu mě zaujalo téma peer lektorů v oblasti duševního zdraví. Vznik pozic peer lektorů v České republice je vesměs v jeho počátcích a pracovní zkušenosti českých peer lektorů dosud nebyly zmapované.

Nejdříve je zde potřeba zmínit změny, které mě provázely v procesu výzkumného šetření. Původním záměrem mého výzkumu bylo zaměřit se na „cestu peer lektora“, tedy na to, jak peer lektoři interpretují proces stávání se peer lektorem v českých podmínkách. Po získání dat od respondentů práce jsem se však rozhodla uvedený výzkumný problém změnit. To mi dovolila povaha kvalitativní strategie zkoumání, kterou jsem si vybrala pro výzkumné šetření v této práci. Švaříček, Šedřová a jejich spolupracovníci (2014) uvádí, že proces

kvalitativního výzkumu není lineární, ale cirkulární. V něm se jednotlivé fáze výzkumu překrývají a výzkumník se v nich vrací k předcházejícím stádiím a modifikuje je. U kvalitativních výzkumných strategiích je tedy zcela běžné se v procesu bádání „navracet zpět“ a provést určitou změnu svého plánu.

Změna výzkumného plánu v této diplomové práci se odvíjela od důkladné analýzy dat, při které se vynořovalo téma zotavení a jeho tři principů (naděje, kontrola, příležitost) jako důležitá součást práce peer lektorů. Změna zaměření práce byla diskutována s koordinátory projektu na zavádění pozic peer lektorů v České republice, kterým budou výsledky této práce předány. Ti tuto změnu vítali a přeformulování výzkumného problému tak mělo smysl také s ohledem na míru přínosu takto zpracovaných dat. Pro tuto diplomovou práci se aktuálním výzkumným problémem stalo **naplňování principů zotavení v práci peer lektorů v oblasti duševního zdraví**.

4.2 Cíle výzkumu

Původním cílem této diplomové práce bylo zjistit, jak peer lektoři v oblasti duševního zdraví interpretují proces stávání se peer lektorem v českých podmínkách. V tomto procesu bylo cílem zaměřit se na to, jak peer lektoři zpětně vnímají dobu nástupu na své pracovní pozice, jak se na pozicích aktuálně cítí a jaká je jejich představa o směřování do budoucnosti.

Změna výzkumného problému mě vedla také ke změně cílů výzkumu. Aktuálním a hlavním cílem mého výzkumného šetření je popsat a objasnit, jak jsou v práci peer lektorů v oblasti duševního zdraví naplňovány principy zotavení a to naděje, kontrola a příležitost. Budu hledat odpovědi na otázky, jak jsou tyto principy uplatňovány vzhledem k jejich činností a jak se promítají v náplni jejich práce. Peer lektoři potřebují mít pro tuto práci vlastní zkušenost s procesem zotavení, aby ji mohli plnohodnotně vykonávat. V tomto cíli se tedy budu zaměřovat i na jejich vlastní proces zotavování a na to, jakou s ním má spojitost jejich zaměstnání na pracovních pozicích peer lektorů.

Aby bylo možné na tento cíl nahlížet z více perspektiv, je možné podle Maxwella (in Švaříček, Šedřová et al., 2014) rozlišovat trojí typ cílů výzkumu, a to *intelektuální*, *praktický* a *personální*. Pro zajištění komplexnosti nahlížím na nově stanovený cíl výzkumného šetření v těchto třech rovinách.

Intelektuální rovina – V intelektuální rovině cíle svými poznatky rozšířím odborné poznání v tematické oblasti peer lektorství v oblasti duševního zdraví ve spojení s tématem principů zotavení. Z dostupných zdrojů je zřejmé, že dosud nebyly realizovány žádné české studie, které by se zaměřovaly na pozice peer lektorů. Mým intelektuálním cílem je zde objasnit, co peer lektoři zažívají na svých pozicích a jaké jsou klíčové aspekty jejich práce. Skrze tyto poznatky mohu následně zjistit, kde a jak lze v práci peer lektorů spatřovat naplňování principů zotavení, a to „naděje“, „kontroly“ a „příležitosti“.

Praktická rovina – V uvedené rovině se zaměřuji na praktické využití výsledků výzkumu této diplomové práce v praxi. Poznatky získané skrze analýzu získaných dat mohou být využity v praxi koordinátorů projektů zavádění pozic peer lektorů v České republice. Výsledky mohou posloužit jako zpětná vazba jejich práce a také jako zdroj informací pro usnadnění zavádění dalších pozic peer lektorů do budoucna. Výsledky výzkumu by mohly být zajímavé také pro osoby s duševním onemocněním, které by v budoucnosti mohly nastupovat na pozice peer lektorů.

Personální rovina – Tato rovina cíle pojednává o tom, jak práce na výzkumu obohatí mě jako výzkumníka. Témata duševního zdraví a také konkrétně peer lektorů pojmám jako velmi zajímavé a aktuální. Velmi mě vnitřně naplňuje to, že jsem v kontaktu s odborníky z této praxe a že můžu alespoň malým dílem – i kvůli nim – přispět k rozvoji poznání v peer problematice v českých podmínkách. Zároveň se po ukončení studií stěhuji do Velké Británie, kde budu usilovat o získání zaměstnání právě v oboru duševního zdraví. Ve Velké Británii stále přibývá peer pracovních pozic a na jejich zavádění je pohlíženo jako na jeden z aktuálních trendů na poli péče o osoby s duševním onemocněním. Díky hlubšímu prozkoumání této problematiky se cítím posílena pro ucházení se o zaměstnání i v této zemi západního světa.

4.3 Výzkumné otázky

Švaříček, Šed'ová a jejich kolektiv uvádí, že „výzkumné otázky tvoří jádro každého výzkumného projektu“ (Švaříček, Šed'ová et al., 2014, s. 69). Podle autorů musí být v souladu se stanovenými cíli a výzkumným problémem. Vzhledem k tomu, že se od původního cíle práce odvíjela podoba výzkumných otázek, je zde třeba jejich verzi také uvést. Původní verze hlavní a specifických otázek zněla následovně:

HVO: Jak peer lektoři interpretují proces stávání se peer lektorem v oblasti duševního zdraví?

SVO1: Jak peer lektoři interpretují svůj vstup na pracovní pozice peer lektorů?

SVO2: Jak peer lektoři interpretují své aktuální působení na pracovních pozicích peer lektorů?

SVO3: Jak si peer lektoři představují své směřování do budoucnosti?

Na základě nově stanoveného výzkumného problému a cíle výzkumu jsem si stanovila hlavní výzkumnou otázku (HVO), která zní: **Jak jsou v práci peer lektorů naplňovány klíčové principy zotavení?**

Hlavní výzkumnou otázku jsem dále rozčlenila do tří specifických otázek, a to podle jednotlivých principů zotavení podle autorek Repperové a Perkinsové (2009). Tyto otázky komplexně vystihují hlavní výzkumnou otázku a zní následovně:

SVO1: Jak je v práci peer lektorů naplňován princip naděje?

SVO2: Jak je v práci peer lektorů naplňován princip kontroly?

SVO3: Jak je v práci peer lektorů naplňován princip příležitosti?

Ve znění uvedených otázek se peer lektory myslí osoby se závažným duševním onemocněním, jež působí na pracovní pozici peer lektora v oblasti duševního zdraví. Termínem zotavení se v nich myslí „... *hluboce osobní a jedinečný proces proměny postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí jedince. Je to způsob, jak žít spokojený, nadějeplný a přínosný život přes omezení, která nemoc přináší.*“¹⁹ (Anthony, 1993, s. 527). Pojmy naděje, kontrola a příležitost jsou zde pojímány jako hlavní hodnoty a principy, jejichž přítomnost je v procesu zotavování nutná (Repper & Perkins, 2009).

Od specifických výzkumných otázek se následně odvíjí podoba otázek tazatelských, které je blíže rozpracovávají a charakterizují. Vedle těchto otázek, jež jsou klíčové pro získání potřebných dat, jsou součástí tazatelského schéma také doplňující otázky zaměřené na

¹⁹ Ang. originál: „*Recovery is described as a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness.*“ (Anthony, 1993, s. 527)

zjištění základních charakteristik pro možnosti popisu respondentů. V případě tohoto výzkumného šetření se podoba tazatelských otázek odvíjí od původně stanoveného cíle práce. Celé znění tazatelského schématu je možné zhlédnout v příloze č. 2.

4.4 Výzkumný vzorek

4.4.1 Výběr výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek je v kvalitativním výzkumu konstruován záměrně a je odvozen od výzkumného problému a také výzkumných otázek (Švaříček & Šedřová, 2014). Při volbě kvalitativní strategie výzkumu je doporučována záměrná volba respondentů, aby se tím zaručilo, že budou mít takové vlastnosti, které chce výzkumník sledovat (Merriam, 1998). Výběr výzkumného vzorku je tedy v tomto výzkumném šetření **záměrný**.

V rámci této diplomové práce jsou středem zájmu *peer lektoři v oblasti duševního zdraví*, což zároveň tvoří první kritérium pro výběr respondentů. Původní záměr byl vybrat takové peer lektory, kteří mají zkušenost se vzděláváním druhých osob s duševním onemocněním. Při hlubším prozkoumání aktuální situace peer lektorů v českých podmínkách jsem však došla ke zjištění, že tuto podmínku žádný z těchto lektorů nenaplnuje. Ve výběru jsem dále nerozlišovala, zda mají peer lektoři zkušenost se vzděláváním studentů vysokých škol nebo odborníků z péče o duševní zdraví, přičemž mezi tyto odborníky řadím v této práci také peer konzultanty²⁰.

Dalším kritériem pro výběr cílové skupiny je *opakovaná zkušenost s lektorováním*. Zde byla vytvořena hranice minimálně dvouleté praxe na pozici peer lektora a alespoň deseti realizovaných vzdělávacích akcí. Podmínkou zde také bylo to, že *počítají se svým dalším působením na pozici peer lektora do budoucnosti*. Tato podmínka byla stanovena na základě původního záměru zkoumat celou cestu peer lektorů na jeho pracovní pozicích včetně jeho výhledu do budoucna.

Zásadní podmínkou pro účast peer lektora ve výzkumu této práce byl však jeho *zájem a ochota se zúčastnit*. Švaříček, Šedřová a kolektiv (2014) uvádí, že je zapotřebí do výzkumu vybírat takové respondenty, kteří budou s účastí na výzkumu souhlasit a kteří budou ochotní se výzkumníkovi otevřít.

²⁰ Ti poskytují přímou pomoc osobám s duševním onemocněním ve formě konzultací a terapie s dalšími odborníky ze služeb péče o duševní zdraví (Foitová et al., 2016).

V průběhu shromažďování informací o aktuálních podmínkách peer lektorů v České republice jsem zjistila, že je velmi obtížné peer lektory dohledat přes internetové zdroje. Obávala jsem se tedy, že budu mít potíže při získávání respondentů do této práce. Toto očekávání se naštěstí nenaplnilo a můj výzkumný vzorek čítá osm respondentů.

Respondenty jsem pro výzkum získávala kombinací dvou metod. Zaprvé jsem kontaktovala hlavní koordinátorku projektů zaměřených na zavádění pozic peer lektorů se žádostí o zprostředkování kontaktů na peer lektory, kterou byla Petra Kubinová. Ta pro tuto diplomovou práci hraje roli *gatekeepera* neboli zprostředkovatele, který mi umožnil získat přístup k respondentům (Toušek et al., 2015). Touto metodou se mi podařilo získat šest respondentů do výzkumu. Po navázání kontaktů s těmito lektory jsem dále využila *metodu sněhové koule*. Skrze tuto techniku se získávají další potencionální respondenti do výzkumu na základě doporučení jeho stávajících respondentů (Švaříček, Šed'ová et al., 2014). Předpokládala jsem, že mají peer lektoři různých organizací mezi sebou navázány vztahy, což se mi potvrdilo. Touto metodou jsem do výzkumného šetření získala dva zbývající respondenty.

4.4.2 Charakteristika respondentů

Výzkumného šetření této diplomové práce se zúčastnilo osm respondentů a z toho tři ženy a pět mužů. V procesu získávání dat od respondentů jsem došla k rozhodnutí změnit v této práci pohlaví všech respondentů na muže. To jsem učinila z toho důvodu, že jsem od respondentů získávala velmi citlivá data týkající se jejich životů s duševním onemocněním.

Někteří z respondentů této práce se obávají toho, že by čtenáři této práce mohli podle uvedených informací rozpoznat jejich osobu, což by pro některé z nich představovalo riziko ztráty jejich druhého zaměstnání. Je zde třeba podotknout, že pohlaví respondentů nemělo na získané poznatky žádný vliv, a tudíž považuji za legitimní tento krok učinit. Pro co nejvyšší míru zachování anonymity respondentů zde také záměrně neuvedu tabulku, která by přiřazovala jednotlivé charakteristiky ke konkrétním osobám. Charakteristiky respondentů uvádím v souhrnu v následujících bodech.

Věk: 35, 36, 40, 44, 45, 46, 50, 60

Nejvyšší dosažené vzdělání: střední odborné učiliště, Bc., Bc., Mgr., Mgr., Mgr., Ing., Ing.

Vystudovaný obor: žurnalistika a mediální studia, historie, prodavač, finance a statistika, společenské vědy, komparatistika – srovnávací literatura, speciální pedagogika (jeden respondent nechtěl uvést)

Psychiatrická diagnóza: schizoafektivní porucha smíšeného typu, úzkost a deprese, paranoidní schizofrenie, bipolární porucha, deprese, paranoidní schizofrenie, (jeden respondent nechtěl uvést)

Počet realizovaných vzdělávacích akcí (odhadem): 10, 15, 25, 25, 30, 30, 30, 40

4.5 Metoda sběru dat

Po stanovení typu výzkumu a na základě základní výzkumné otázky jsem pro sběr dat zvolila metodu hloubkového **polostrukurovaného rozhovoru**. Tuto metodu jsem zvolila z toho důvodu, že umožňuje zachytit výpovědi respondentů v přirozené podobě (Švaříček & Šedřová, 2014). Polostrukurovaný rozhovor je charakteristický tím, že je v jeho rámci vytvořeno schéma předem připravených témat. Témata jsou respondentům předkládána v podobě otevřených otázek a v průběhu rozhovoru obohacena o konkretizující otázky pro zajištění detailních a komplexních informací.

Nejdříve jsem potencionální respondenty kontaktovala emailovou formou a v pozdější fázi výzkumného šetření jsme využívali také telefonického spojení. Celkově jsem s žádostí o účast ve výzkumu kontaktovala 11 osob, přičemž tři z nich se rozhodly z důvodu pracovního vytížení výzkumu nezúčastnit. V průběhu této fáze výzkumu jsem nezaznamenala žádné větší potíže v komunikaci s respondenty ani při realizaci sběru dat.

Rozhovory s osmi peer lektory probíhaly povětšinou v kavárně nebo domácnosti daných respondentů. Bylo pro mě podstatné, aby se respondenti cítili při rozhovorech i vzhledem k citlivosti tématu bezpečně a příjemně, tudíž jsem vždy předem navrhla, aby si místo setkání určili sami. Všichni respondenti byli velice sdílní a jednali ochotně a přátelsky. Někteří z nich dokonce uváděli, že jim rozhovor poskytl příležitost k utřídění si svých myšlenek. Rozhovory probíhaly v časovém rozmezí od 50 minut do dvou hodin.

4.6 Etické aspekty výzkumu

Ve výzkumném šetření je potřeba zabývat se etickými zásadami, které je potřeba v něm uplatňovat. Hlavní zásadou je podle Hendla (2016) ochrana soukromí respondentů, zajištění

jejich anonymity, získání souhlasu k provedené výzkumu a poskytnutí emočního bezpečí. Mezi etické aspekty výzkumu dále Švaříček, Šed'ová a kolektiv (2014) řadí poskytnutí možnosti zpřístupnění diplomové práce respondentům.

Jak jsem již uvedla výše, při veškeré komunikaci s respondenty jsem se snažila vytvářet bezpečnou atmosféru, ve které by se mnou mohli sdílet své osobní zkušenosti ze života s duševním onemocněním. Každý respondent byl předem ujištěný o jeho naprosté anonymitě ve výzkumu. Pro ještě bezpečnější zajištění anonymity respondentů jsem došla k rozhodnutí změnit v této práci pohlaví všech respondentů na muže a neuvádět jejich charakteristiky v tabulce, aby si je čtenáři nemohli přiřadit ke konkrétním osobám.

Před započítím výzkumného šetření jsem při vstupování do problematiky zjistila, že jména konkrétních peer lektorů této práce nejsou dohledatelná na internetu, což mi umožnilo výzkum se zajištěním jejich anonymity před veřejností realizovat. Peer lektoři se však mezi sebou v jejich komunitě vzájemně velmi dobře znají. Proto nebylo zcela možné zajistit anonymitu mezi samotnými respondenty této práce. Pro vytvoření pocitu bezpečí jsem se však tento aspekt snažila podchytit tím, že jsem se na něj před realizací každého z rozhovorů respondentů dotázala. Pravděpodobnost toho, že je jejich peer kolegové ve výzkumu rozpoznají, nevadila žádnému z těchto respondentů. Zajímavým zjištěním pro mě bylo to, že někteří z respondentů dokonce velmi stáli o to, aby v rámci této diplomové práce nebyli anonymizováni. To dle mého názoru souvisí s tématem odhalování svého duševního onemocnění před druhými, kterému respondenti ve svých výpovědích velmi často věnovali pozornost.

Dále jsem získávala informovaný souhlas s účastí na výzkumu, o který jsem před započítím výzkumu požádala všechny respondenty. Všichni z nich mi poskytli rozhovor naprosto dobrovolně. Před započítím každého z rozhovorů jsem se také dotázala respondentů o svolení je nahrávat na diktafon, aby bylo možné zachytit všechna získaná data. Jeden respondent se v této otázce zprvu zdráhal z obavy, že by mohla rozhovor vyposlechnout ještě jiná osoba než já. Respondenta jsem citlivě ujistila, že budu s nahrávkou zacházet opatrně a nepředám ji žádné třetí straně. Zároveň jsem nevytvářela atmosféru nátlaku a ubezpečila jsem ho, že není nutné nahrávku pořizovat. Respondent nakonec s nahráváním rozhovoru souhlasil.

4.7 Analýza dat

Po realizaci výzkumného šetření jsem přepsala získané rozhovory do textové podoby. K tomu jsem využila techniku doslovné transkripce, jejíž provedení bylo důležité pro možnost následného zpracování dat (Hendl, 2016).

Následně jsem přistoupila k zpracování dat, pro které jsem využila techniku otevřeného kódování. Tato technika se podle Strausse a Corbinové „zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů“ (Strauss & Corbin, 1999, s. 43). V procesu otevřeného kódování jsou texty přepsaných rozhovorů rozděleny na jednotky, kterým jsou přiděleny kódy. Kódy jsou následně podle souvislosti seskupovány do různých kategorií. Proces kódování se vyznačuje hledáním obsahově a významově podobných jevů (Hendl, 2016). Kódování dat získaných v této diplomové práci probíhalo za pomoci programu ATLAS.ti.

5 Interpretace analyzovaných dat

V této kapitole se budu zabývat interpretací výsledků výzkumného šetření. Podle Hendla (2016) se v procesu kódování získaných dat snažíme hledat obsahově a významově stejné jevy, od kterých se odvíjí podoba kategorií vytvořených v rámci interpretace. Kategorie, které jsem vytvořila na základě analýzy rozhovorů jsou:

- **„Přetavit hroznou zkušenost v něco pozitivního“**
- **Příběh zotavení**
- **S barvou ven**
- **Druzí jako významný zdroj podpory**
- **Komplikace aneb důvody k pochybnostem**
- **Zisky aneb důvody, proč jít dál**
- **Budoucí výzvy**

5.1 „Přetavit hroznou zkušenost v něco pozitivního“

První kategorie nese název „Přetavit hroznou zkušenost v něco pozitivního“, ten je vytvořen na základě citace jednoho z respondentů (tzn. „in vivo“ kódu). Tento název, stejně jako obsah kategorie, popisuje, s jakou motivací přicházejí osoby s duševním onemocněním do své profese peer lektora v oblasti duševního zdraví.

Existuje **řada motivů**, které vedou osoby s duševním onemocněním k zájmu o práci peer lektora v oblasti duševního zdraví. V souhrnu jsou tyto důvody obsaženy ve výroku respondenta Bowieho: „...možnost svou příšernou zkušenost přetavit v něco pozitivního, co někomu může něco dát, ta si myslím, že je lákavá pro plno lidí.“ Motivaci ucházet se o místo peer lektora v oblasti duševního zdraví lze rozdělit na **dva základní typy**, přičemž u jednotlivců můžeme spatřovat kombinaci obou z nich. Každému z těchto typů se věnuje jedna z následujících podkategorií.

Přínos pro mou osobu

První typ motivačních faktorů pro ucházení se o pozici peer lektora může být nazván jako „**přínos pro mou osobu**“. Zde je hlavní motivací očekávání určitého **finančního příjmu**. Diagnóza duševního onemocnění závažnějšího typu je jednou z příčin toho, proč je člověk vyloučený z řad pracovní síly (Thornicroft, 2011). Existuje velké množství důvodů, proč je

pro osoby s duševním onemocněním obtížné najít si pracovní uplatnění. Jednou z vnějších bariér jejich pracovního uplatnění je přístup zaměstnavatelů, u kterých se lidé s duševní nemocí v případě jejího odhalení setkávají s prvky stigmatizace. Zaměstnavatelé se obávají přijmout duševně nemocné, protože je považují za osoby nebezpečné, nepředvídatelné či nespolehlivé (Farbiaková, 2008). S tím má zkušenost respondent Dylan: „*A pak mě teda z práce vyhodili, když viděli ten papír od psychiatra, tak řekli, ať už tam teda nechodím.*“ Kvůli strachu z diskriminace tak osoby s duševní nemocí často v zaměstnání svůj zdravotní stav skrývají. Pro práci peer lektora je však vlastní **zkušenost s duševním onemocněním naopak nezbytná a žádoucí**, což lze pojímat jako důvod toho, proč hledají osoby s duševní nemocí pracovní uplatnění na této pozici.

Pokud se zaměřím na vnitřní bariéry pracovního uplatnění, přímé následky duševního onemocnění mohou být překážkou pro zařazení se do pracovního procesu. Mnoho dlouhodobě duševně nemocných osob má omezenou pracovní schopnost z důvodu ztráty části sociálních a pracovních dovedností, mívají tak například potíže s koncentrací, kognitivními funkcemi, organizováním či mezilidskými interakcemi (Farbiaková, 2008). Slovy respondenta Cobaina: „*...když jsem na tom byl hodně špatně a jezdil jsem za psychologem ... tak on se mě ptal, co bych chtěl v životě dělat. To byla taková zvláštní otázka, protože to vůbec nebylo pravděpodobné, že bych kdy něco dělal.*“ Nepředvídatelná povaha onemocnění mimo jiné ohrožuje stabilitu a schopnost dané osoby udržet si zaměstnání nepřetržitě po dlouhou dobu (Farbiaková, 2008). Zde na jeho předchozí citaci navazuje zkušenost Dylana: „*... A pak přišly hrozná deprese, nebyl jsem schopný vlastně ničeho. ... A protože jsem měl velké finanční problémy s tím spojené samozřejmě, neměl jsem úplně kde bydlet nebo jak to z čeho zaplatit, tak jsem hlavně chtěl pracovat. Ale nebylo pro mě úplně možné se vrátit třeba do toho školství v tuhle chvíli...*“. Při ucházení se o pracovní pozici peer lektora je tak důležitým faktorem očekávání takové formy zaměstnávání, kterou bude daná osoba s **limity** způsobenými svou nemocí **schopna zvládat**.

Vedle finančního příjmu má práce v životě každého člověka mnoho dalších přínosů. Pro osoby s duševním onemocněním je dalším motivem pro ucházení se o práci peer lektora získání **pocitu užitečnosti a potřeby**. Zaměstnání jim poskytuje možnost sociálně se začlenit a významně se podílet na dění v konkrétní komunitě (MacLellan et al., 2015; Waghorn & Lloyd, 2005). Dalším faktorem pro ucházení se o pozici peer lektora je vnímání této práce jako **příležitosti k osobnímu růstu a k rozvoji svých kompetencí**. Respondent

Lennon uvádí: „*Hlavně jsem tam šel s očekáváním toho, že to bude znamenat se hodně za pochodu učit, ... úplně to zlepšovat a zdokonalovat se.*“

Pracovní zařazení osob s duševním onemocněním jim v konečném souhrnu poskytuje příležitost pro **zlepšení a udržení zdravotního stavu** (Moran et al., 2012). Pro peer lektory tak je v mnoha případech výrazným motivačním prvkem to, že od práce na této pozici očekávají její pozitivní vliv na zlepšení svého psychického zdraví a zachování zotavení. V případě respondenta Jaggera byla vyhlídka této práce brána jako nástroj k posílení schopnosti kontrolovat objevující se příznaky zhoršení svého onemocnění: „... *jak já mám tu bipolárku, tak mám pak problémy s mániemi. Takže když je pak hodně spouštěčů, tak mám pak potíž to ubrzdit. Takže jsem si říkal, že tohle (práce peer lektora) pro mě může být taková brzda. A tím, že jsem zodpovědný a беру takovéhle věci vážně, tak mě to bude držet víc při zemi.*“

Zájem o pozici peera mnohdy také provází potřeba **najít smysl ve svém vlastním utrpení**, kterým si s duševní nemocí procházel (Brunier et al, 2002; Moran et al., 2012). To dokládají slova respondenta Jaggera: „*A je to tak důležitý moment, když si člověk říká, proč zrovna já jsem takhle nemocný, jak jsem si to zasloužil... tak tohle mu dává smysl, že vlastně tou zkušeností může pomoci ostatním.*“ Zprostředkování vlastní zkušenosti s nemocí tak staví tuto zkušenost do nového pozitivního světla, a je to pro peer lektora možnost, jak ji využít pro něco užitečného a přínosného.

Přínos pro druhé

S tím se již prolíná druhý typ motivace, jenž lze nazvat jako „**Přínos pro druhé**“ a jde zde o potřebu využít své zkušenosti s duševním onemocněním **k pomoci druhým osobám**, které také zažívají duševní onemocnění. Tato motivace je autory Gillardem et al. (2013) zvažována jako jedna z hlavních pohnutek pro ucházení se o pozici peer pracovníka.

Práce peer lektora se v tomto ohledu týká především lektorování témat duševního zdraví za účelem **šíření destigmatizace** duševních onemocnění ve společnosti. Nejlepší strategií pro snižování stigmat je vzdělávání druhých a umožnění jim kontaktu s osobami, které patří do stigmatizované skupiny (Corrigan et al., 2012). Tato motivace peerů je podpořena tím, že i oni sami na vlastní kůži v různých životních situacích zažívají, co to znamená být stigmatizován: „... *že jednou jsem jel na pohotovost, že mě bolí břicho, a když jsem řekl, s čím se léčím, tak mi řekli, že to mám psychicky, a poslali mě domů ... s tímhle se*

teda setkáváme. Že pak jakoby jakékoliv zdravotní problémy ti doktoři snižují, a tím duševním onemocněním je neřeší.“ (Dylan) Jedním z hlavních motivačních faktorů tak je snižovat předsudky a **měnit vytvořené stereotypy a postoje** druhých k osobám s duševním onemocněním. *„Prostě mi vadí to obrovské stigma, které je ve společnosti a mezi spoustou lidí, co znám, hlavně u těch starších. Aby to bylo brané trošku více jako normální věc, aby si ti lidi uvědomili, že to může potkat úplně každého jo.*“ (Dylan)

Na pozici peer lektora zájemce také láká to, že mohou jako „experti“ na život s duševním onemocněním **zprostředkovat** druhým tuto zkušenost **srozumitelným jazykem**. Respondent Hendrix uvádí, že *„...stačí, abyste odjeli 40 km za Prahu, a máte potíže občas někomu rozumět. A když jste nemocný a nejste nemocný, tak taky mluvíte úplně jiným jazykem.*“ Roli peer lektora tak pojmenovává jako roli „tlumočnicka“ nebo „překladače“ a využívání vlastní zkušenosti s duševní nemocí v práci peer lektora popisuje jako vytváření jazykového mostu mezi těmi, kdo duševní nemoc mají, a těmi, kdo ji nemají a snaží se do ní vžít. Někteří z peer lektorů na pozici přicházejí již s **předchozími zkušenostmi s lektorováním** a učením druhých. Vedle „expertízy“ v přímém pochopení duševního onemocnění se tak cítí být v předávání svých zkušeností lektorsky kompetentní, což lze taky vnímat jako důvod, proč mají potřebu nadále v této činnosti pokračovat jako peeři. Bowie: *„...a věděl jsem o sobě, že moje silná stránka je umění jasně, přehledně, srozumitelně říct někdy i složité věci, a měl jsem z toho uspokojení.*“

V závěru lze spatřit velmi důležitý faktor pro ucházení se o pozici peera v tom, jak peer lektoři vnímají postoj společnosti k potencionálním přínosům peer pracovníků. „Peer“ pracovní pozice začaly v České republice vznikat poměrně nedávno. Bylo zapotřebí, aby **společnost k tomuto kroku „dozrála“**, což lze také pojímat jako motivační prvek, který dovoluje peerům se o daná pracovní místa ucházet: *„... že předtím to nikdo nechtěl slyšet, prostě si říkali ‚to mi sem netahejte, nějaké bláznění‘, prostě to byla taková stopka a zed' ze strany okolí. A teď najednou jsem to mohl použít, ty svoje zkušenosti, které byly brané jako něco nežádoucího, ty projevy a zážitky, něco, co se nemá. A najednou to bylo žádané, že to bylo k něčemu dobré i pro ostatní.*“ (Lennon)

5.2 Příběh zotavení

„Příběhem“ peer pracovníka v oblasti duševního zdraví je nazývána jeho osobní zkušenost s duševním onemocněním se všemi okolnostmi, na které měla jeho nemoc vliv (Foitová et al.,

2016). Přítomnost takového „životního příběhu“ hraje zásadní roli, neboť je v základu pojímána jako jakási **predispozice a podmínka** k tomu, aby vůbec někdo mohl získat práci jako peer lektor.

Duševní onemocnění je v tradičním pohledu pojímáno jako nezvratné celoživotní postižení a jako něco chronického, u čeho není možné do budoucnosti dosáhnout žádného zlepšení. Účelem sdílení příběhů peer pracovníků je **poskytování alternativ** k tomuto náhledu na osoby s duševním onemocněním. Příběhy peer pracovníků bývají nazývány jako „příběhy zotavení“ a mají druhým prezentovat pozitivní cesty osobního růstu po zkušenosti s dlouhodobým psychiatrickým onemocněním (Ridgway, 2001), a jejich smyslem tak je vyvolávání „nákazy naděje“ (Deegan, 1988). Tak je to i v případě peer lektorů, popisují to slova respondenta Mercuryho: *„Největší hodnota je to předávání naděje, že i s takhle vážnou nemocí se dá hezky žít a mít smysluplné role životní, mít hezký život, mít práci, která mne baví a naplňuje, a být rámcově úspěšný i s tím, že mi ta nemoc přináší nějaké životní omezení.“*

U peer lektora na poli duševního zdraví je tedy sdílení osobního příběhu jedním ze základních pilířů jeho **pracovní náplně**. Podle Petry Kubinové peer lektor v průběhu lektorování využívá vlastní příběh v duchu *„recovery oriented“* neboli se zaměřením na zotavení. *„V praxi to znamená, že peer lektor přináší do kontaktu s cílovou skupinou prvky naděje, pochopení a přijetí, které jsou pro nás základní pocitovou hodnotou, kterou chceme předávat.“* (Kubinová, 2018). Je však důležité zmínit, že „pouhé“ sdílení osobního příběhu není jediným obsahem práce peer lektora. Příběh se v průběhu výuky se studenty bere jako nástroj k **podpoření teoretického zázemí** široké škály témat duševního zdraví, *„... má spíše podpírat tu teorii“* (Cobain).

Ačkoliv každý peer lektor zná obsah svého životního příběhu, je nutné, aby se na jeho sdílení předem náležitě připravil. Je potřeba si příběh uspořádat a utřídit tak, aby o něm mohl později před širším publikem hovořit. K tomu uvádí Petra Kubinová: *„Pojmenování peer lektora ‚expertem se zkušeností‘ patřičně dokumentuje náročnost jeho role. V průběhu lekce totiž nejde o spontánní vyprávění vlastního příběhu.“* (Kubinová, 2018). Lektor musí mít svou zkušenost **velmi dobře zpracovanou** a při výuce uplatňovat pouze relevantní témata. Je potřeba zpětně zjistit, jaké obtíže a zkušenosti ho na této cestě provázely a v jakých fázích se v průběhu života s duševním onemocněním nacházel. Je to potřebné z toho důvodu, aby při výuce mohl využít té své zkušenosti, která je adekvátní k aktuálnímu tématu či dotazu studenta. Mercury k tomu uvádí: *„...v ten správný okamžik, kdy se to hodí, do sebe sáhnete a*

vytáhnete tu zkušenost, která pro toho člověka je důležitá.“ Cílem sdílení své zkušenosti tedy není nekontrolované „otevírání se“, ale dosažení vzdělávacího účinku a efektu.

Proces „**uspořádání**“ **svého příběhu** je provázen mnoha pocity, návrat v myšlenkách zpět do minulosti svého duševního onemocnění je pro peer lektory mnohdy velmi **emotivní a bolestivý**. Někteří se vrací zpět do vzpomínek, které v sobě do této chvíle potlačovali a popírali. Setkávají se přitom s pocity studu a viny za to, co pod vlivem nemoci řekli a dělali nebo i strachu z toho, že si mohli nemoc způsobit sami. Zde to ilustrují některé z jejich výpovědí:

Dylan: „... *já jsem vlastně musel vzpomínat a vybavovaly se mi ty věci, které jsem potlačoval, neřešil nikdy s žádným terapeutem a vlastně více než deset let jsem je držel v sobě a nějakým způsobem jsem je popíral a tajil před lidma...*“

Presley: „... *když prostě probíráš něco, co tě tne jako do živého, a nemáš to nějak úplně ošetřený ... tak prostě já jsem se zasekával a tuhly mi končetiny v úzkosti...*“

Zpracování příběhu je náročné i z technického hlediska, neboť je potřeba projít si celou svou zkušenost s nemocí, která trvá mnohdy i několik desítek let, a naučit se o ní mluvit stručně a věcně. Respondent Mercury, jež ve svém kurzu vyučuje peer konzultanty, jak se svým příběhem pracovat, tvrdí: „*Říct svůj životní příběh v patnácti minutách, které se fakt stopují, není úplně jednoduché. Většinou je to příběh deseti a více let a vyžaduje to velkou sebekázeň.*“

Při navracení se do minulosti svého onemocnění za účelem rozřídění zkušeností jsou důležité dva faktory, jež mají na průběh tohoto procesu vliv. Prvním z nich je **dostatek času a prostoru**. Peer lektoři musí dle slov respondenta Lennona „dozrát“ do toho, aby byli schopní o svém příběhu mluvit před druhými. Faktor času je zde klíčový, neboť probírání se svými vzpomínkami doprovází spousta emočního vypětí, které **nelze zpracovat ze dne na den**. Významnou roli také hraje možnost mít **prostor pro vyjádření obav**, které tvorbu příběhu provázejí. Tento prostor je peer lektorům poskytován v podobě individuálních supervizí nebo absolvování kurzu lektorských dovedností. V případě většiny respondentů této práce se jednalo o účast na ročním kurzu lektorských dovedností a tvorby výukových modulů, ve kterých pracovali mimo jiné i na podobě svého příběhu. Intenzitu průběhu kurzu popisuje respondent Hendrix takto: „*My jsme rok dělali ty kurzy, to jsme se fakt vzájemně mučili, to jsme se ždímalí na kost. ... Fakt mi přišlo, že jsme na nějakém výcviku přežití. To*

nebyl den, aby tam dva nebuleli a nesešli s tím a neodešli.“ Tuto dobu peer lektoři nazývali také jako „roční očištec“ či „skupinová terapie“ a místnost, ve které kurz probíhal, pak nazývali „Místnost pláče“. Struktura kurzu lektorských dovedností poskytovala možnost vyslechnout si příběhy dalších peer lektorů, se kterými bylo možné se identifikovat, což se jistě také dá pojímat jako vlivný element. S tím souhlasí autoři Moran et al. (2012), jež tvrdí, že možnost vyposlechnout si osobní příběhy ostatních peer pracovníků slouží peerovi jako nástroj k tomu, aby se na svou zkušenost se zotavením díval z různých úhlů.

Druhým faktorem, který hraje při zpracování příběhů peer lektorů významnou roli, je **podpora kolegů a odborníků**, s nimiž při tvoření příběhu spolupracují. Je potřeba, aby peer lektorovi pomáhali **strukturovat** jeho zkušenost a aby mu byli **oporou i v emotivních chvílích**. Například pro respondenta Mercuryho byla důležitá podpora jeho supervizorky pro zpracování pocitu strachu z toho, že si nemoc zavinil sám: *„A tomu jsme se dost věnovali, až jsem si uvědomil: jo, prostě nějaká vina v tom byla, přijímám za to odpovědnost a nechci ji opakovat.“*

Dle autorů Foitové et al. (2016) by se měl peer pracovník ve svém příběhu cítit bezpečně a měl by se sám rozhodnout, co se z něj rozhodne později sdílet. Takové rozhodnutí však nemusí být jednoduché, neboť může přinést zesílení pocitů studu za konkrétní část příběhu nebo pocity „podvodníka“, který bude klamat své posluchače. To nastalo v případě respondenta Jaggera: *„...je část příběhu, kterou jsem vynechal. Nemluví o ní a asi ani nebudu, protože je hodně bolestivá.“* V tomto momentu vytváření příběhu měla také důležitý význam pro Jaggera podpora jeho spolupracovnice, se kterou to mohl konzultovat: *„Když jsem řešil, co říct a co ne, nebo s čím mám problém, když jsme mluvili o sobě, tak ona byla velikánskou oporou.“*

V souhrnu lze tedy spatřit **tři elementy**, které mají vliv na budoucí využívání svého osobního příběhu při lektorování a které jsou vzájemně provázány. Jsou jimi:

- 1) Uspořádání příběhu
- 2) Dostatek času a prostoru
- 3) Podpora kolegů a odborníků

Kombinace tří uvedených prvků přináší peer lektorovi významný přínos v podobě vlastního **sebepoznání**. V procesu zpracování příběhu měli možnost z mnoha stran

a opakovaně o své minulosti s nemocí přemýšlet. Díky provedení „uspořádání“ příběhu v kombinaci s dostatkem času, prostoru a podpory okolí u nich dochází k „uspořádání“ svých myšlenek a ve výsledku jim to přináší **pochopení a vyřešení dříve nezpracovaných témat**. Dylan uvádí: *„Mi to svým způsobem pomohlo, že jsem si ty věci vyřešil, mám je ze všech stran promyšlené, což mám pocit, že jsem hodně potřeboval.“*

Přínosem tohoto procesu může být u peer lektorů také uvědomění si toho, že je onemocnění v určitém směru obohatilo, a **vděčnost** za to. Díky zpracování příběhu si uvědomují své **individuální spouštěče**, které se pojí s rizikem relapsu a návratu příznaků nemoci. Následně tak mohou díky kontrole spouštěcích faktorů onemocnění, jež je jednou ze zásad duševní hygieny, pracovat na udržení své nemoci „pod pokličkou“. To je typické pro respondenta Lennona: *„A že když se blíží nebo propukne takováhle podobná krize, která mě chytla teď někdy před 3 týdny, tak že se z toho dokážu – nevím, jestli lépe vybabrat – ale prostě vím, že už mám nějakou zkušenost.“* Autoři Moran et al. (2012) uvádí, že rekapitulace příběhu peer pracovníka je příležitostí také pro to, aby zjistil, jaké faktory byly důležité pro jeho zotavení.

U peer lektorů může mít práce s vlastním životním příběhem dokonce tak velký přínos, že dojde ke **smíření se svým duševním onemocněním**. Tak se stalo v případě respondenta Dylana, jenž měl v jednu chvíli v úmyslu z pozice peer lektora odejít: *„A dneska jsem rád, že jsem to nevzdal. ... A jako můžu i říct, že ... vlastně to, že to nějakým způsobem komunikuju, mi hodně přispělo k tomu, že jsem se s tou nemocí smířil.“*

Zpracování osobní zkušenosti s duševním onemocněním má v neposlední řadě vliv také na to, jak se následně při jejím prezentování před studenty peer lektoři cítí. Při lektorování je pro sdílení své zkušenosti nutné se v tom posílit natolik, **aby se neprezentovali jako „oběti“, ale jako „hrdinové“ svých příběhů** (Centrum pro rozvoj ..., 2013). Domnívám se, že možnost znovu-prožít si své bolestivé minulosti před započítím lektorování je velmi důležitá pro to, aby k tomu nedocházelo až na lekci před studenty.

Hendrix: *„A vlastně to, co nás mělo bolet při tom přednášení, když jsme začínali, nás nebolelo, protože jsme v tom kurzu byli tak dlouho a všechno jsme si to odplakali během té přípravy... a pak jsme šli do toho docela očištění.“*

Přínosem zpracování příběhu pro následný průběh jeho sdílení je dále vytvoření **náhledu** nad nemocí, nabytí **sebejistoty** a klidu a posílení lektorských kompetencí. To ilustrují následující výroky respondentů:

Jagger: „... že něco dokážu říct trochu s odstupem, jako humornou historku.“

Dylan: „A dneska už se cítím mnohem jistější v celé té problematice, co se týče i mého života, a že to mám nějak zesumírované a zapadá mi to všechno do sebe a já už nějak dokážu mluvit spatra, což třeba při prvním učení rozhodně nešlo, to bylo v podstatě naučené nazpaměť.“

Presley: „... bylo to očistné, bylo to užitečné a bylo to důležité pro to, abych tu práci potom dělal dobře.“

5.3 S barvou ven

Kategorie s názvem „S barvou ven“ má návaznost na předchozí kapitolu, ve které byl věnován prostor tomu, jak peer lektoři v oblasti duševního zdraví zpracovávají životní příběh svého duševního onemocnění před tím, než s ním vyjdou před studenty. Ukázalo se, že k odhalení svého příběhu okolí peer lektoři přistupují různými způsoby.

Mohlo by se zdát, že peer pracovníci z povahy své role nebudou mít s odhalením své nemoci druhým problémy. Podle Kempa a Hendersona (2012) to však může představovat potíže pro každého začínajícího peer pracovníka. Moran et al. (2013) uvádí, že při tom mohou zápasit s otázkami jako „jak“, „kdy“, „komu“ a „co všechno“ by měli ze své nemoci druhým odhalit. Někteří z peer lektorů v této práci se však s potížemi při odkrývání své nemoci nepotýkali pouze v začátcích své lektorské kariéry, pro mnohé to představuje celoživotní problém. Navíc zde nejde o samotný „akt odhalení“, ale i o sdílení mnoha osobních témat, které s životem s duševní nemocí souvisejí.

Mercury: „... my jako peerové mluvíme fakt o svém životě hodně a o svých intimních věcech, ať už se to týká partnerství, sexuality, prostě všech aktivních lidských témat, a je to hodně těžký, protože hodně jdeme s kůží na trh.“

Pro některé peer lektory naopak odhalení a sdílení svých zkušeností s nemocí nepředstavuje větší potíže. Podle výpovědí respondentů práce tak lze vyzorovat, že se peer lektoři dělí do dvou skupin podle toho, jakou uplatňují strategii při odhalování svého onemocnění. Rozdílnost jejich odhalování před druhými je dána kombinací rozdílných

životních okolností, ve kterých se peer lektoři nacházejí, a tím, jakého riziku se při odhalení nemoci dopouští. Tím vzniká následující typologie zaměřená na různé strategie odhalování duševní nemoci u peer lektorů, kteří byli rozřazeni do skupin „Bojím se“ a „Nevadí mi to“.

Bojím se

První skupinu tvoří ti peer lektoři, kteří pro odhalování svého duševního onemocnění uplatňují selektivní strategii – odhalují se pouze určitým lidem a v určitých prostředích. Je vcelku logické, že v organizaci, kde jako peer lektoři působí, se se svou nemocí odhalují v plné míře. Toto odhalování však omezují pouze na tuto komunitu, jejíž atmosféru vnímají jako nestigmatizující. Pro takový typ odhalování své nemoci je typickým respondentem Dylan, který k tomu uvádí: „... v jiných zaměstnáních jsem se vždycky bál, aby na to někdo nepřišel.“

Pochybnosti při zvažování odhalení své nemoci na veřejnosti vznikají v návaznosti na strach z toho, že budou svým okolím základem jejich nemoci **stigmatizováni**. Zdá se, že na to mají zásadní vliv zkušenosti se stigmatem, se kterým se peer lektoři v minulosti setkávali. Respondent Dylan měl se stigmatizujícím přístupem ze strany svého okolí potíže od chvíle, kdy mu byla zjištěna psychiatrická diagnóza. V důsledku svého odhalení mu bylo například lékařem odmítnuto poskytnutí léčby fyzických potíží nebo to také opakovaně vedlo ke ztrátě přátel: „... jakmile se tohle někdo dozvěděl, tak to pro mě znamenalo vždycky problém.“

Odkrytí svého duševního onemocnění před druhými má velkou sílu. Dalším důvodem pro neodhalování své diagnózy může být pro peer lektory z této skupiny strach z toho, že to následně v druhých lidech vyvolává **nežádoucí typ reakcí**, kdy své chování k osobě změní na základě pohlížení na ni pouze skrze její nemoc.

Dylan: „... přál bych si potkat člověka, kterého vidím úplně poprvé, a říct mu ‚hele já mám duševní onemocnění‘ a on si prostě z toho nepředstavoval bůh-ví jaké věci a pak se podle toho ke mně nechoval... ti lidi mě potom kolikrát sledují a pozorují...“

S odhalením své nemoci se pojí také riziko negativních důsledků v podobě **zhoršení psychického stavu** peer lektora. Domnívám se, že odkrytí nemoci může při psychických obtížích působit jako zesilovač strachu z nepřátelských reakcí druhých, což následně pouze stav této osoby zhoršuje.

Dylan: „*Já jsem se hlavně bál dřív ... že se mi prostě rozjede psychóza a samozřejmě první co mě pak napadne – že mě někdo bude sledovat a že se o mně všechno dozví a pak mě třeba bude chtít zabít.*“

Proces „odhalení se“ je s rolí a identitou peer pracovníka bytostně propojen. Pojmenování „peer“ totiž dává okolnímu světu samo o sobě vědět, že má jeho nositel psychiatrickou diagnózu. U peer lektorů z této skupiny je však stále možné spatřovat strach ze stigmatizace a reakcí okolí na odhalení své nemoci před účastníky jejich vzdělávacích kurzů.

Hendrix: „*Myslím si, že úplně to nejobtížnější pro mě je předstoupit před ty lidi a říct svou diagnózu. Ty ji nemusíš říct, ale už tím, že tam stojíš, tak všichni vědí, že ji máš. Od toho jsi peer.*“

Domnívám se, že jejich strach pramení hlavně z očekávání toho, že se kurzů budou účastnit studenti **bez vzhledu do témat duševního zdraví**. U respondentů této práce lze rozpoznat větší obavy z lektorování kurzů pro širší veřejnost než pro vysokoškolské studenty humanitních oborů, jako je sociální práce či psychologie, u kterých lze očekávat alespoň základní znalosti problematiky duševních nemocí, a tím i menší či žádnou míru stigmatizujícího přístupu. U některých peer lektorů zejména v začátcích jejich lektorské kariéry dochází z důvodu odhalení se před svými studenty k pocitům úzkosti, trémy a nervozity. Strach ze svého „coming outu“ také může mít vliv na obsah vzdělávacích modulů, jako to bylo v případě respondenta Dylana, který v prvních kurzech nebyl schopen sdělit svůj vlastní životní příběh, a místo něj tak používal příběh jiné osoby s duševní nemocí.

Peer lektoři z této skupiny se mohou dostávat do obtížných situací i tehdy, když se někdo z okolí zeptá na jejich povolání. Pokud by přiznali své peer povolání, zároveň by to nutně doprovázelo i „přiznání se“ ke své nemoci. Pokud mají v takových chvílích peer lektoři pocit, že by je takové přiznání mohlo ohrozit, uplatňují v nich vyhýbavé komunikační strategie.

Hendrix: „*Já jsem vždycky říkal, že pracuju se schizofrenikama, protože jsem s nima pracoval, ale nechtěl jsem říkat, že jsem peer a tak dále.*“

Dylan: „*Nebo když se zeptají ‚jak ses k tomu dostal?‘, tak já si k tomu něco vymyslím, třeba ‚výběrovým řízením‘.*“

S problematikou odhalování své duševní nemoci dále souvisí to, že někteří z peer lektorů dostávají z různých důvodů velmi nízký nebo dokonce žádný invalidní důchod. Tato skutečnost, v kombinaci s tím, že práce peer lektora není na plný úvazek, je finančně velmi limituje a nutí je docházet i do dalšího zaměstnání. V takové situaci se nacházejí respondenti Hendrix a Bowie. Jejich hlavní zaměstnání není z oboru duševního zdraví a peer lektoři zde očekávají odmítající přístup k osobám s duševním onemocněním. Svůj zdravotní stav tak v této práci skrývají ze strachu ze stigmatizace a **diskriminace** a z případných dopadů na jejich život. Hlavní obava se týká možnosti ztráty zaměstnání, což by pro ně znamenalo **ztrátu hlavního finančního příjmu**. Důsledkem toho by bylo ohroženo finanční zabezpečení peer lektora i jeho rodiny.

Hendrix: „... *já si prostě musím nějak vydělat a tohle se ven fakt nenosí.*“

O strachu ze ztráty finančního zajištění po odhalení své nemoci nadřízeným a kolegům hovoří také Brohan et al. (2012). Dalšími důvody, kvůli kterým osoby s duševním onemocněním svou diagnózu v pracovním prostředí tají, jsou podle autorů očekávání neférového zacházení na pracovišti, podnícení pomluv ze stran kolegů nebo ztráta důvěryhodnosti v očích vedoucích pracovníků. Uvedené důvody nebyly zpozorovány u respondentů této práce. Nelze ale zcela vyloučit, že i ty mohou mít vliv na jejich neochotu se ve svém hlavním zaměstnání odhalit.

Obava ze ztráty hlavní práce nemá dopad pouze na to, že se peer lektoři neodhalují ve svém pracovním prostředí. Má to také dopad na vykonávání práce na pozici peer lektora, neboť to vyžaduje vybírat si, jakého lektorování se zúčastní či nezúčastní. Některé kurzy peer lektorů jsou koncipovány tak, že se jich může zúčastnit kdokoliv z široké veřejnosti. Tím se zvyšuje riziko, že se budou mezi jejich účastníky nacházet osoby z „normálního“ pracovního prostředí peer lektorů, a tím i riziko odhalení jejich nemoci v jejich hlavním zaměstnání.

Hendrix: „*Já jsem určité kurzy odmítl a dělám to dodneška. Že pokud by to měla být veřejná přednáška v knihovně, tak já rovnou říkám ,vy znáte můj názor, já to dělat nebudu‘.*“

Nevadí mi to

Odhalování své duševní nemoci pro peer lektory ze skupiny „Nevadí mi to“ nepředstavuje velkou obtíž. U respondentů této práce to lze usuzovat z toho, že na rozdíl od svých kolegů

z první skupiny ve svých výpovědích věnovali otázce odhalování nemoci velmi malou či žádnou pozornost. O tom, jak peer lektoři ze skupiny „Nevadí mi to“ uplatňují své strategie odhalování, jsem se tak dozvíдалa převážně z výpovědí jejich spolupracovníků, kteří jsou také respondenty této práce.

Peer lektoři v této skupině nemají potíže odhalit svou psychiatrickou diagnózu svému okolnímu světu. Domnívám se, že výběr tohoto přístupu souvisí s pocíťovanou mírou ohrožení, ke kterému by při odhalení nemoci mohlo dojít. Jedním z důležitých aspektů, který má vliv na pocíťovanou míru ohrožení, je příjem financí v podobě **invalidního důchodu**. Zatímco peer lektoři z první skupiny mají nízký nebo žádný invalidní důchod, peer lektoři z této skupiny považují výši svého důchodu za značnou finanční podporu pro zajištění svých životních nákladů. Ačkoliv také, jako jejich kolegové, docházejí do dalších zaměstnání, mají v nich sjednané pouze částečné pracovní úvazky. Díky příjmu z invalidního důchodu nejsou nuceni být zaměstnání na plný pracovní úvazek, kde by se mohli dostávat do situací, ve kterých by své onemocnění museli tajit. Respondent Hendrix ze skupiny „Bojím se“ to vnímá takto: „...rozumím tomu, že lidi, co mají invalidní důchod, se nebojí mluvit otevřeněji než já.“

Další důležitou okolností pro možnost odhalování nemoci je i to, že se peer lektoři ve svých dalších pracovních úvazcích nemusí obávat stigmatizujícího přístupu ze strany kolegů a vedoucích pracovníků, jako to je v případě první skupiny lektorů. Obavy z odhalení jim nevznikají hlavně proto, že jejich další **zaměstnání jsou z oboru duševního zdraví**. Někteří z respondentů této práce jsou zaměstnání na jiných „peer“ pracovních pozicích, jako například peer poradci nebo peer konzultanti, někteří pracují ve službách péče o duševní zdraví v roli pomáhajících pracovníků. Vyskytují se tedy v pracovních prostředích, která od svých pracovníků očekávají hluboký vhled do povahy duševních onemocnění, a z toho důvodu je peer lektoři vnímají jako nestigmatizující. Právě to má dle mého mínění vliv na to, že zde nepocíťují potřebu své duševní onemocnění tajit, neboť, na rozdíl od svých kolegů, odkrytím nemoci neriskují ztrátu zaměstnání, a tím i finančního příjmu.

Bowie: „... třeba Presley odhalením své nemoci nic neriskuje, nehrozí mu žádné ztráty, ale já bych riskoval ztrátu mého zaměstnání.“

Samotný fakt, že jsou všechny pracovní úvazky peer lektora z oboru duševního zdraví, však není zárukou pro to, aby se nebáli svou nemoc odkrývat. To je typické pro

respondenta Dylana, jehož všechny pracovní úvazky a prostředí by se daly vnímat jako nestigmatizující. I přesto však Dylan spadá pod první skupinu lektorů, pro které je otázka odhalení své nemoci obtížná. Z výpovědi tohoto respondenta lze usuzovat, že další velkou roli při otázkách odkrývání nemoci hraje celý soubor minulých zkušeností souvisejících s psychickými potížemi lektora a s podporou okolí, které se mu v nejhroších okamžicích dostávalo.

Dylan: „...každý to vidíme jinak, protože jsme se každý vyvíjeli s tou nemocí jinak. Já jsem zažil úplně jiné věci než oni, já jsem žil bez těch léků, já jsem žil bez těch doktorů, já jsem to musel zvládat sám a oni dostali veškerou podporu. ... Oni třeba taky nepřišli tolik o kamarády, kamarádi jim zůstali staří, já jsem třeba přišel o všechno...“

Větší ochota pro odkrývání nemoci se tak může odvíjet od toho, jaké reakce okolí lektorů na své odhalení v minulosti obdrželi a jaké podpory se jim při tom dostávalo. Z toho lze usuzovat, že peer lektorů ze skupiny „Nevadí mi to“ mohli v tomto procesu zažívat pozitivnější reakce okolního světa než jejich kolegové z první skupiny. To souhlasí s výsledky výzkumu autorů Brohana et al. (2012), kteří tvrdí, že **minulé pozitivní zkušenosti s odkrýváním** nemoci představují usnadňující faktor pro odhalení se v budoucnu.

Strategie odhalování peer lektorů v této skupině mívá dvě podoby. V první z nich jedinci své onemocnění před nikým neskrývají, ale nutně nevyhledávají situace, ve kterých by se museli odhalovat. To je typické pro respondenta Jaggera, který svou bipolární poruchu bez větších potíží svému okolí „přizná“, pokud se nachází v kontextu, kdy se mu zdá vhodné o ní povědět nebo kdy to pro druhé osoby nese nějaký význam. Autoři Corrigan et al. (2012) tento typ strategie nazývají strategií „**odhalování bez rozdílu**“ (*indiscriminant disclosure*).

Pro lektory uplatňující druhou formu odhalování je typické nejenom sdílení zkušeností se svým onemocněním bez ostychu, ale také to, že v interakci s druhými záměrně vyvolávají situace, ve kterých by došlo k odhalení jejich nemoci. Podle respondenta Dylana je pro tuto skupinu typickým představitelem jeho kolega respondent Cobain, kterého popisuje následovně: „*On naopak rád sbírá ty reakce jo, že se představí a hned řekne 'já jsem Cobain, já jsem schizofrenik'.*“ V návaznosti na uplatňování tohoto přístupu k odhalování své nemoci jsou tyto peer lektorů svými kolegy nazýváni „profesionálními schizofreniky“. Autoři Corrigan et al. (2012) mají pro tyto osoby ve své studii pojmenování „**Hlasatelé**“ (*Broadcast*). Dle autorů je pro tyto osoby typické to, že odkrývání a „hlásání“ své nemoci

pojímají jako nástroj ke vzdělávání svého okolí o duševních onemocněních, a jejich cílem je vyhledávat ty, se kterými by mohli své minulé i současné zkušenosti s duševní nemocí sdílet. Zde si autorům a jejich teorii dovolím oponovat, neboť se domnívám, že je tato definice nešťastně formulovaná. Podle ní by do skupiny „Hlasatelů“ měli spadat všichni peer lektoři v oblasti duševního zdraví, neboť její popis prakticky charakterizuje náplň jejich práce. Jak však bylo uvedeno výše, u peer lektorů můžeme pozorovat několik odlišných strategií, které při odhalování svého duševního onemocnění uplatňují.

5.4 Druzí jako významný zdroj podpory

Kategorie „Druzí jako významný zdroj podpory“ pojednává o podpoře okolí peer lektora, neboť figuruje jako velmi významný faktor v mnoha ohledech a situacích, jež lektor na své pracovní pozici zažívá.

Vytvoření podporujícího pracovního prostředí, ve kterém by se peer pracovníci cítili bezpečně, je pojímáno za jeden z klíčových elementů v jejich práci (Gillard et al., 2013). Ze zahraniční literatury lze vypožorovat, že peer pracovníci mívají ve své praxi potíže s tím, když se k nim jejich **spolupracovníci bez vlastní zkušenosti s duševním onemocněním** nechovají jako k sobě rovným a jednájí s nimi spíše jako s „diagnózami“ než jako s „celými osobami“ (Moran et al., 2012). Dalo by se tedy říci, že jedním ze způsobů, jak docílit bezpečného pracovního prostředí, je **uplatňování rovnocenného přístupu** k peer lektorům ze strany jejich „ne peer“ spolupracovníků.

Peer lektoři v českých podmínkách jsou ke svým spolupracovníkům – odborníkům (profesí sociální pracovníci, psychologové nebo jiní odborníci ze služeb duševního zdraví) většinou ve vztahu jako spolu-lektoři (kurz vede jeden peer lektor a jeden odborník) nebo jako účastníci projektu zaměřeného na vznik pozic peer lektorů s tím, že odborníci jsou zde manažeři tohoto projektu. V porovnání se zkušenostmi zahraničních peer kolegů tito peer lektoři u svých spolupracovníků nepocitují nadřazené chování a tuto skutečnost považují za velmi významnou: „...*ti lidi nás berou jako sobě rovné ... a prostě jsou nám oporou v tom, že je právě s nimi rovná debata.*“ (Presley) Je třeba zdůraznit, že tento aspekt lektoři vnímají jako opravdu cenný a předpokládají, že není samozřejmostí se vždy setkávat s takovým typem přístupu: „... *pochybuji, že takhle to mají rozmyšlené někde jinde, kde by chtěli mít lektoře. ... Ve zdravotnických zařízeních to myslím mají peeri opravdu nějakým způsobem těžké.*“ (Presley)

Za rovnocenný přístup k peer lektorům lze také označit to, že tito spolupracovníci **považují peer lektory za odborníky** v tom, na čem je postavena jejich peer role – tedy za experty na život s duševním onemocněním. To dokládají slova respondenta Cobaina: „... jako pro mě bylo strašně důležité to, že tam vlastně byl respektující přístup k nám jako k odborníkům na něco, co je třeba na hraně nějakého úplně sdělitelného poznání ... jako k odborníkům na své příběhy, na zkušenosti se stigmatem, na zkušenosti s doktorem a tak.“ Osoby s duševním onemocněním jsou ve společnosti často podceňovány a jejich hlas se nebere v potaz. Lze tedy usoudit, že přítomnost takového pracovního klimatu je pro peer lektory důležitým faktorem, který posiluje pocit jejich vlastní hodnoty. Peer lektoři také oceňují, že jsou jejich spolupracovníci **otevření k diskuzi** a že jim umožňují nejenom se vyjádřit k aktuálním otázkám, ale také pracovat na jejich vzniku: „Podle mě je strašně důležité, že v (název organizace) to fakt nebylo dogmatické. Že to jako nebylo jako ‚tady je tohle, a to budete říkat‘, ale že jsme si to hodně mohli vytvářet sami.“ (Cobain) To se týká především vytváření materiálů ke kurzům, které peer lektoři společně s odborníky lektorují. Poskytnutí příležitosti pro spolu-vytváření obsahu těchto kurzů následně vede také k pocitům posílení lektorských kompetencí a pracovní autonomie, jak ilustrují následující výroky respondentů:

Jagger: „Tím, že to spolu-vytváříme a pak to učíme, tak je z toho trochu jiný pocit, lepší.“

Hendrix: „A to, že jsme tam rok byli a ty kurzy tvořili, tak já osobně jsem se cítil docela pevný v kramflecích, když jsem před ty lidi předstoupil vyprávět o tématu, o kterém jsem předtím nevěděl ani prd.“

S tím dále souvisí i další významný prvek podpory od „ne peer“ spolupracovníků a tedy to, že neposuzují schopnosti peer lektorů na základě jejich duševních onemocnění. Kompetence peer lektorů nejsou podhodnocovány a ze strany spolupracovníků jim je vyjadřována **důvěra**. Respondent Mercury k tomu výstižně dodává: „...to, že mi věřili, to mi přijde hodně důležité, protože my jako peeri máme nést naději, ale pokud nám nebude nikdo věřit jako peerům, tak ji neuneseme.“ Vyjadřování důvěry ve schopnosti peer lektora je důležité také ve chvílích, kdy se peer lektorovi vrátí příznaky duševní nemoci, jako to bylo například u respondenta Dylana: „...ta určitá důvěra, že to zvládnou, i když to neudělám tu práci hned, ale s tím, že ji udělám, když se na to budu cítit.“ Pracovní prostředí, jež je založeno na důvěře k peer osobám, má následně pozitivní vliv také na jejich vlastní zotavení. To prožil respondent Jagger, kterého v procesu vytváření kurzů postihla epizoda s návratem

příznaků jeho bipolární poruchy: „*A když já jsem si nevěřil, ale věřil ve mně někdo jiný, tak to mi hodně pomohlo dát se dohromady.*“

Podpora spolupracovníků bez zkušenosti s duševním onemocněním je tedy spatřena i v **zohledňování** té skutečnosti, že jsou peer lektoři v určitých chvílích limitováni svým **duševním onemocněním** a že existuje riziko toho, že se po návratu příznaků nemoci nebudou moct své práci naplno věnovat. Více to může být vysvětleno na příkladu respondenta Dylana, u kterého došlo k vážnému zhoršení jeho psychického stavu hned z počátku při nástupu na pozici. Tuto dobu popisuje následovně: „...*já jsem psal ty prezentace a u toho jsem brečel, trvalo mi to strašně dlouho a bylo to pro mě hrozně psychicky náročné a bylo to pro mě hrozně emotivní... A chtěl jsem z toho projektu odejít.*“ Ze strany manažerů projektu mu bylo umožněno, aby z projektu odstoupil s otevřenou možností vrátit se zpátky ve chvíli, kdy dojde v jeho psychickém stavu ke zlepšení. Z pohledu Dylana tato forma podpory měla zásadní vliv na to, aby se do projektu zanedlouho vrátil. V tomto případě lze ze strany manažerů projektu hovořit o naplňování principů **podporovaného zaměstnávání** osob s duševním onemocněním. To lze označit za pružný systém podpory osob se znevýhodněním, ve kterém zaměstnavatelé berou ohledy na aktuální schopnosti a omezení, které s sebou duševní nemoc přináší (Kondrátová & Winkler, 2017). Jeho principy jsou v případě peer lektorů uplatňovány i po návratu do pracovní činnosti po zlepšení psychického stavu tím, že jsou na ně zpočátku kladeny nižší nároky v oblasti plnění obvyklých povinností.

Dylan: „... *že jsem vlastně neučil tolik jako ostatní a ten první rok jsem byl hrozně opatrný a velmi jsem zvažoval, jestli učit budu, nebo nebudu, jak se na to cítím, jak se na to necítím.*“

Samotná skutečnost toho, že je v této formě zohledňováno duševní onemocnění peer lektorů, taktéž přispívá k jejich vlastnímu zotavení. Toto zjištění koresponduje s výsledky výzkumu autorů Morana et al. (2013), jež obecně tento typ podpory označuje za jeden z nejvýznamnějších vlivů na proces zotavení jedinců s duševní nemocí, jež jsou v zaměstnaneckém poměru. Pokud jsou tyto osoby zaměstnány v organizacích, které na onemocnění neberou ohled, může při zhoršení jejich psychického stavu dojít až k výpovědi ze zaměstnání a následně také k potížím s finančním zabezpečením. To má návazně vliv na další zhoršení jejich nemoci a tím se dostávají do cyklu, ze kterého je obtížné se vymanit. Dylan: „...*už jenom ty nervy z toho, že ... budu bez peněz by mi hrozně přidávaly a podporovaly to, že by se ta psychóza mohla vrátit.*“ Dá se tedy říci, že podpora manažerů

projektu ve formě naplňování principů podporovaného zaměstnávání má výrazný vliv na psychický stav peer lektorů. Vzhledem k jejímu velkému významu pro peer lektory uvedu dvě delší výpovědi:

Dylan: „*Pokud se necítím dobře ... tak je tam možnost trošku ubrat a ostatní mě při tom podrží, pomůžou, až se budu cítit líp, tak zase můžu pracovat trošku víc ... a už se to nestává často, ale ten samotný fakt, že vím, že můžu (onemocnět), mi dělá strašně dobře, hrozně mě to uklidňuje...*“

Hendrix: „*Já jsem ten program jednou opustil ... šel jsem tehdy za (jméno manažera projektu) a řekl jsem mu: ‚já už na to nemám, já s tím musím seknout‘. A bylo naprosto fascinující, že když jsem pak zavola (jméno manažerky projektu) a říkám: ‚neměla bys pro mě nějakou práci?‘, tak ona řekla: ‚no jasně, vítěj na palubě‘. Takhle s těma lidma to strašně snadně šlo, takové jednoduché, přímočaré, srozumitelné. A když se to po těch třech letech stalo většině z nás, tak (jméno manažera projektu) říkal ‚no je potřeba si uvědomit, že tahle situace nastává a je potřeba s tím počítat‘. A tohle, když vám řekne váš šéf, tak... Nemůžete mít lepšího šéfa. Máte toho nejlepšího.“*

Podpora peer lektorů ze strany jejich spolupracovníků bez zkušenosti s duševním onemocněním bývá i odborného charakteru. Tito pracovníci představují pro peer lektory **mentory** a také **facilitátory**, kteří je na počátku jejich cesty provádí klíčovými tématy duševního zdraví, jež jsou součástí obsahu kurzů. Respondenti je v této souvislosti označují také za svou „**inspiraci**“. Současně pro ně plní roli **supervizorů** ve chvílích, kdy mají peer lektoři pocit, že se jim při lektorování něco nevydařilo, ale také podařilo.

Mercury: „*Takové to jejich nadšení, když jsem vyslovil nějakou novou myšlenku, která je zaujala, tohle to je skvělý, že to říkáš...*“

Zároveň lze vyzorovat, že vztahy mezi peer lektory a jejich spolupracovníky po čase nabývají osobnějšího charakteru, z čehož lze usuzovat, že jejich podpora přechází i do **přátelské roviny**.

Dylan: „*... úžasná podpora, empatie. Takové věci, na které jsem nebyl úplně zvyklý.*“

Velkým zdrojem podpory pro peer lektory jsou vedle spolupracovníků – odborníků také jejich další **kolegové peer lektoři** s duševním onemocněním. S těmi se setkávají v úzké

spolupráci, neboť je mnoho vzdělávacích kurzů koncipovaných právě pro lektorskou dvojici se dvěma peery, a v případě většiny respondentů v této práci si navíc s kolegy prošli stejným kurzem lektorských dovedností. **Lektorování ve dvojici** se svým peer kolegou představuje pro peer lektory velkou vzájemnou oporu, jelikož pocítují, že se mohou při lektorování na toho druhého spolehnout. Po nabytí zkušeností v lektorském tandemu jsou spolu sehraní, znají navzájem své silné i slabé stránky a daří se jim v průběhu lekce se doplňovat. Dylan uvádí: *„A každý dokáže vyprávět o něčem trochu jiném líp a dobře jsme s téma lidma sehraní. Takže ... cítím mnohem větší jistotu.“* Velký význam druhého lektora ve dvojici lektori pocítují také ve chvílích, kdy se sami necítí být psychicky v absolutní pohodě.

Jagger: *„... já jsem se moc dobře nevyspal, ráno jsem se vzbudil a nebylo mi psychicky moc dobře. ... Říkal jsem si, že to bude strašné. Tak kdybych tam byl sám, tak si to nedokážu moc představit.“*

Se svými peer spolupracovníky mnohdy navazují velmi **přátelské vztahy**, čemuž dle mého mínění nepochybně přispívá poskytnutí příležitosti vzájemného sdílení svých příběhů, a tím i hluboce osobních témat pro peer lektory.

Dylan: *„... ta podpora toho týmu ... že nějak jsme to mohli spolu sdílet tyhle ty zkušenosti.“*

Hendrix: *„... jako já osobně s nima mám vztah jako s kamarádem, kterého nemusíte vidět deset let, a když se potkáte, tak si máte, co říct.“*

Společným podporujícím faktorem pro práci peer lektorů je **nestigmatizující atmosféra** a nastavení organizací, pod jejichž záštitou se z nich stali peer lektori.

Jagger: *„... ten pohled mezi lidma na duševně nemocné lidi je pořád pekelný a fakt stigma přetrvává. A já jsem tak rád, že se pohybuju v prostředí, které samo o sobě není stigmatizující.“*

V celkovém souhrnu lze říci, že sociální klima na pracovišti a vztahy se spolupracovníky jsou velice důležitým faktorem pro to, aby byli peer lektori spokojeni ve své práci a aby se jim dařilo jak po odborné, tak i osobní a zdravotní stránce. Posledním dokladem pro to může být výpověď respondenta Hendrixe, jehož postihla ataka deprese těsně před příchodem do týmu s odborníky a peer lektory a který význam jejich podpory shrnuje následovně:

„A teď tam byla skupina lidí a já jsem se tam normálně rozmlouval ... a já si myslím, že to je ta věc, která mě vyléčila z toho nejstrašnějšího ... že hlavně jsem tam vždycky měl pocit bezpečí. Takže v tomhle já peerům v podstatě vděčím za strašně moc, strašně moc. A tomu štěstí, že mě tam přijali ... a že tam byla skupina lidí, se kterými jsme si sedli.“

5.5 Komplikace aneb důvody k pochybnostem

Peer lektoři z oblasti duševního zdraví se na svých pracovních pozicích setkávají s mnoha faktory, které jim znesnadňují jejich práci. Tyto komplikace se objevují ve čtyřech rovinách, které jsou dále popsány.

Komplikace související s duševním onemocněním

Osoby s duševním onemocněním musí ve své práci peer lektora čelit mnoha překážkám, které souvisejí právě se skutečností, že jsou znevýhodněni duševní chorobou. Různí peer lektoři hodnotí vliv své nemoci jako méně či více zásadní překážku pro vykonávání povinností na své pracovní pozici. Domnívám se, že se tato rozdílnost odvíjí od toho, v jakém duševním rozpoložení na pozici peer lektora nastupovali. Ti lektoři, kteří na pozici vstupují po aktuálně prožité atace onemocnění, tento vstup hodnotí jako mnohem obtížnější v mnoha ohledech než ti, kteří při něm neprožívají dozvuky nedávného relapsu. To koresponduje s teorií autorů Mowbray et al. (1998), jež přidávají, že potencionální zbytkové kognitivní, sociální a emocionální bariéry z důsledku nemoci mohou následně **ovlivnit pracovní výkon** a schopnost se **adaptovat na pracovní řád**. Respondenti Hendrix a Jagger, jež byli při nástupu na své pozice v odlišných duševních rozpoloženích, tento kontrast dokládají následovně:

Hendrix: „...tam nebylo vůbec nic snadného, to byla dřina ... středně těžký deprivant, cokoliv jako, vůbec vyjít ven. Předstoupit před ty lidi. Celý život jsem byl veselý, hravý, společenský, a pak přijde něco takového, kdy se bojíš vyjít z postele, tak to bylo úplně všechno těžké.“

Jagger: „...když jsem začínal, tak jsem na tom byl hodně dobře, že jsem jako fakt X let ani nejedl léky. ... V těch počátcích to (práce peer lektora) šlo hodně dobře, nevidím, že by tam bylo něco obtížného.“

Po nastoupení na pozici je však již pro peer lektory bez rozdílu obtížná ta skutečnost, že jsou ve své práci opakovaně „nuceni“ **vyvolávat si svou bolavou minulost**. Jak již bylo zmíněno, peer lektoři zažívají emoční vypětí při zpracovávání osobní zkušenosti se svou

duševní nemocí v průběhu přípravy obsahu kurzů. Následně k tomu však dochází také při sdílení těchto témat v přímé výuce se studenty.

Hendrix: „*To lektorování vás k tomu nutí ... ten kurz vás z principu jakoby nabádá k tomu, abyste si na to vzpomínali a mluvili o tom, takže to jsou permanentní cesty zpátky.*“

Dylan: „*... pořád to cítím, vracení se k některým těm věcem je pořád pro mě náročné emočně. A když teda učím na 6 hodin, tak je to pro mě hodně vyčerpávající a jsem příšerně po tom unavený.*“

Bowie: „*I když třeba neříkáte nějaké details, tak si tím vlastně připomínáte leckdy svoje nejhorší životní období velice bolavé.*“

Tento aspekt je pro peer lektory velice tíživým také ve chvílích, kdy se aktuálně cítí duševně oslabeni. Samotný proces sdílení svých zkušeností může mít taky následně dopad na **zhoršení jejich psychických obtíží**. Intenzita nemoci může postihnout lektora natolik, že se není schopen přípravy ani výuky v kurzech zúčastnit. Provázejí to pocity nejistoty, zda se bude jedinec moct k lektorování opět navrátit.

Lennon: „*Jsem si říkal ,už jsem to říkal 100x nebo 50x minimálně, a tak to teď už bude takovou levou zadní, o nic nejde‘. No ale když je člověku fakt blbě, tak mě překvapuje, jak mě to ještě víc přitíží a dorosseká vnitřně, ještě více mě to hodí dolů.*“

Jagger: „*... já jsem vloni měl manickou epizodu a vypadl jsem z toho procesu spoluvytváření modulů ... A měl jsem fakt strach, že jsem tak vypadl, že už se zpátky do toho rozjetého vlaku vůbec nedostanu.*“

Je zajímavým poznatkem, že zlepšení psychického stavu peer lektora může mít na průběh lektorování paradoxně i negativní vliv. Jelikož má lektor studentům poskytovat vhled do života s duševním onemocněním, je pro něj v období remise²¹ obtížné se do **příznaků nemoci opět „vžít“**.

Hendrix: „*A když se mi pak udělalo líp, tak jsem se musel do té pozice znova vpravovat, abych rozuměl lidem se zkušeností... a v tu chvíli bylo docela těžké se vracet do těch pocitů té nemoci.*“

²¹ Remise je návrat k původnímu fungování pacienta před vypuknutím nemoci.

Objevující se potíže v souvislosti s duševní nemocí v práci peer lektorů mohou také souviset s typickými charakteristikami osob s vážným duševním onemocněním. Symptomy nemoci, jako například problémy s pozorností, pamětí a aktivním fungováním mají vliv na pracovní výkonnost těchto osob, v pracovním procesu také bývají překážkou jejich **omezené předchozí pracovní zkušenosti** (Lewis in Waghorn & Lloyd, 2005). Cobain: „...*přece jenom jsme lidi, kteří jsou nezvyklí pracovat.*“

Tito lidé jsou dále považováni za **citlivější a zranitelnější** než ostatní, pracovní zátěž a stres tak na ně působí s větší intenzitou. Pro peer lektory také z povahy jejich onemocnění mnohdy bývá obtížná organizace a **plánování času**, a s tím související stanovování priorit a schopnost sladění pracovního a osobního života. Dokládají to následující výroky respondentů, kteří v průběhu lektorování na tyto překážky naráží:

Hendrix: „... *ty si většinou hněteš prsty a třeba si vzpomeneš na něco, co ti řekli v tom lektorském kurzu, co bys měl dělat, aby to normálnímu lektorovi pomohlo, jenže ty jsi o tisíc procent někde jinde.*“

Lennon: „*Dejme tomu, že oproti většině lidí mám příliš bouřlivou psychickou reakci na nějakou duševní nepohodu, na nějakou zátěž, že se hned hroutím, když je toho jen opravdu jenom o trochu víc.*“

Komplikace při lektorování

Pod danou podkategorii spadají takové faktory, které mají negativní vliv na vzdělávací působení peer lektora a které nejsou nutně spojeny s tím, že je peer lektor limitován svým duševním onemocněním.

Peer lektoři často během předstoupení před studenty trpí **trémou a nervozitou**. Plamínek (2014) uvádí, že k tomu může docházet zejména v začátcích lektorské kariéry, což bylo typické například pro respondenta Jaggera: „... *tím, že jsem ze začátku hodně bojoval s tou trémou, tak jsem si říkal, jestli to vůbec zvládnou.*“ K trémě u lektora může docházet především v souvislosti s očekáváním vlastního neúspěchu.

V začátcích lektorování také peer lektoři zažívají **pocity nejistoty a strachu**, zda při svém výkonu dostojí očekávané kvalitě. Dalšími komplikujícími faktory pro průběh lektorování bývají lektorovy pocity **nízké sebedůvěry, přílišné pasivity** či **neschopnosti**

improvizace. Někteří peer lektoři také zažívají potíže se svými **komunikačními dovednostmi**: „... *já si někdy říkám: ,tak sakra, už by ses měl nějak vymáčkout‘.*“ (Presley)

Při tvoření obsahu kurzů se někdy peer lektoři potýkají s potížemi při **přizpůsobování obsahu kurzu** „na tělo“ konkrétní skupině studentů. Lennon uvádí: „*Takže je to takové náročné na nějaký odhad, a i na to, že si musíme ze všeho brát tu zpětnou vazbu.*“ Plamínek (2014) uvádí, že pokud se témata a způsoby vzdělávání nesetkají s potřebami účastníků, může být pro lektory obtížné přesvědčit účastníky o smysluplnosti vzdělávacího obsahu.

Specifické potíže při lektorování má respondent Mercury, který se vedle lektorování odborníků věnuje také vzdělávání budoucích peer konzultantů, kteří sami mají duševní onemocnění. Domnívám se, že tento typ lektorování a potíže, které při něm mohou vznikat, v sobě, oproti vzdělávání „zdravé“ veřejnosti, obsahují ještě další dimenzi. Peer lektoři vždy působí jako „živoucí důkazy“ toho, že je možné se z duševní nemoci zotavit. Předpokládám však, že pro studenty s duševním onemocněním má tato průkaznost ještě větší význam, neboť sami bojovali nebo bojují s duševními obtížemi, a více si tak uvědomují, jak těžké je nad touto nemocí vyhrát. Na tyto studenty pak Mercury nepůsobí pouze jako vzdělavatel, ale také jako vzor, ke kterému je možné vzhlízet. Pro některé peer pracovníky tento aspekt přináší **pocity tlaku a nejistoty** v tom, zda toho mohou dostát (Moll et al., 2009). Mercury to komentuje následovně: „... *a najednou tam máte být tím vzorem. A vy o sobě víte, že nejste dokonalý, že máte spoustu chyb, že v té nemoci jste udělal spoustu věcí, za které se nemáte rád, za které se stydíte ... to bylo to nejtěžší, s tímto se vyrovnat.*“ V začátcích působení jako peer lektor pro studenty s duševním onemocněním pro něj bylo také obtížné vyrovnat se s tím, že nese za průběh lektorování, a tak i částečně za studenty určitou **míru zodpovědnosti**: „... *že najednou tam sedíte a máte na starosti deset, patnáct lidí, kterým ta práce může změnit život, a že je to docela darda.*“ (Mercury)

Původci obtížných situací v průběhu lektorování také bývají samotní účastníci vzdělávacích kurzů. Peer lektoři se na lekcích někdy setkávají se studenty, kteří **narušují hodinu a nerespektují** osobu lektora. Dylan popisuje svou zkušenost z hodiny na vysoké škole: „... *že odmítnou dělat nějaké cvičení, nebo schválně to zkazí, což by si asi nedovolili ke svému vyučujícímu.*“ Pro peer lektory je také obtížné spolupracovat se studenty, u kterých cítí, že **není možné změnit jejich postoje** k osobám s duševním onemocněním, nebo s těmi, kteří na lekci přicházejí **bez zájmu**.

Bowie: „*Program koncipovaný na šest hodin se s nima nedal natáhnout déle jak na čtyři, protože se těch interaktivních věcí prostě neúčastnili a tečka.*“

Při lektorování témat duševního zdraví bývá jeho součástí sdílení osobních témat peer lektorů. Pozitivním důsledkem vytvoření otevřené atmosféry je mnohdy to, že se studenti peer lektorům svěří se svými vlastními zkušenostmi s duševními obtížemi. Následně však může slovy respondenta Hendrixе dojít k tomu, že se **student „složí“**. Tuto obtížnou situaci nemůže vyřešit peer lektor sám, neboť k tomu není vybaven potřebnými kompetencemi: „*Nejsem psycholog, nejsem psychiatr, já nejsem trénovaný na skupinové terapie.*“ (Hendrix) Pro takové okamžiky je vhodné, aby byl při lekci přítomen odborník z oblasti péče o duševní zdraví.

Komplikace plynoucí z organizace práce

Hlavním problémem pro peer lektory, kteří mají nízký nebo žádný invalidní důchod, je nízká četnost lektorování. Tato komplikace byla již částečně nastíněná v kategorii S barvou ven. Jelikož jako peer lektoři **nejsou zaměstnáni na plný pracovní úvazek**, měli by bez invalidního důchodu potíže s finančním zabezpečením sebe a své rodiny. Jsou tak nuceni docházet do druhého zaměstnání, a to jim komplikuje život v několika aspektech.

Zaprvé, jak již bylo zmíněno, **nemohou naplno odhalit své duševní onemocnění** ze strachu ze stigmatizace ve svém hlavním zaměstnání s možným následkem jeho ztráty. Hendrix k tomu uvádí: „*Já nemám zaměstnání jako peer. To je pro mě to nejhorší, co se mi v tom stalo, že mi to nedalo práci. Proto jsem obezřetný.*“ Pokud by jim příjem z práce peer lektora zajistil alespoň nejnútnejší životní náklady, neváhali by se se svým statusem duševně nemocného odhalit naplno.

Další komplikací, kterou jim tato situace přináší, je **zvýšený stres a vyčerpání** z neustálého přecházení z rozdílných typů prostředí. To se tedy týká lektorů, jejichž hlavní práce není z oboru duševního zdraví. V závislosti na tom, jestli se peer lektor ocitá v „normálním“ světě nebo ve světě duševního zdraví, musí přizpůsobovat a **měnit svá mentální nastavení**. Hendrix: „*Je pro mě těžké oscilovat mezi normálním světem a tímhle světem. Furt být ve střehu.*“

Pro tyto peer lektory je klíčovým problémem nejen to, že je jejich lektorská činnost neuznávaná, ale také to, že je **lektorování příležitostné a nepravidelné**. Důsledkem toho musí

v určitých chvílích peer lektorování odmítat s ohledem na plnění závazků v práci, která jim poskytuje větší příjem. To je typické pro respondenta Bowieho, který dále kvůli nepravidelnosti a nízké četnosti lektorování pocítuje obavu z toho, že nemá prostor pro zdokonalování se v lektorování a opakovaně tak při kurzech zažívá pocity trémy.

S nepravidelností výuky v kurzech souvisí další faktor, který peer lektorům komplikuje jejich práci, a to celkově **stresující podmínky neziskového sektoru**. Výše finančního příjmu a vůbec i vznik pracovních pozic peer lektorů se povětšinou odvíjí od toho, zda se na ně skrze vytváření projektů v neziskových organizacích podaří získat grant. Projekty jsou však vždy pouze dočasné, a je tak nutné žádat o dotace opakovaně. To do života peer lektorů přináší permanentní nejistotu a obavu ze ztráty své práce.

Přesycení

Čtvrtá podkategorie pojednává o tom, jak peer lektori **přemýšlejí o odchodu** ze své peer pozice a celkově z pole duševního zdraví.

Peer lektori z důvodu mnoha výše uvedených komplikací občas uvažují o tom, že by z práce peer lektora odešli do jiného zaměstnání. Velmi častým důvodem je dále pocit **přesycení témat duševního zdraví**. Dá se říct, že u mnoha z nich dané téma proniká do velké spousty životních oblastí. Kromě toho, že oni sami trpí na duševní onemocnění, duševní obtíže mají často také jejich partneři či partnerky a rodinní příslušníci. Ve své práci se setkávají s dalšími duševně nemocnými, kteří jsou mnohdy také jejich nejbližší přátelé. Náplní jejich práce je mluvit o duševní nemoci a zdraví. Respondent Lennon to shrnuje slovy: *„Jsem v tom namočený jak okurka v láku a někdy si říkám, že bych od toho všeho nejradši utekl a nechal to běžet a šel dělat úplně nějakou jinou práci.“*

Tendence lektorů odejít z práce peer lektora z důvodu přehlcení se tématem duševního zdraví může být pojímána jako způsob ochrany nebo také psychohygieny. Jejich představy vedou k tomu, že by úplně opustili pole duševního zdraví, což by u některých z nich znamenalo opuštění také ostatních peer zaměstnání (např. pozice peer poradce a peer konzultanta).

Dylan: *„... někdy si říkám, že by bylo lepší to opustit a zase začít nějaký jiný styl života, prostě se vydat trošku jiným směrem a tuhle etapu životní uzavřít.“*

Pocity přehlčení a tendence přemýšlet o odchodu z peer práce mají jistou návaznost na výše zmíněné stresující podmínky neziskového sektoru, ve kterém jsou peer lektoři zaměstnaní. Grantová politika přináší do jejich životů obavy ze ztráty své práce. Respondent Hendrix uvádí: „*Tak vezměte si, že se rok o něco snažíte, pak to půl roku děláte a pak to skončí. Vy jste úplně obyčejně vyhozená zlatá rybička na suchý břeh a nevíte, co se bude dít...*“. Zde Hendrix také naráží na jeden z problémů, který peer lektoři vnímají za podstatný. Je jím **obtížná zaměstnatelnost peer pracovníků** na trhu práce, kteří sice získávají mnoho pracovních zkušeností ve svém peer povolání, ale v jiné oblasti tyto zkušenosti povětšinou nemohou využít.

Mercury: „*V Anglii se stalo to, že tam měli tři sta peerů, kteří byli v projektech... ty projekty skončily a ti lidi neměli kam jít, těžko se jim hledala adekvátní pozice ve společnosti.*“

Takové situace pro peer lektory pravděpodobně představují velký propad, neboť jim jejich pracovní pozice zajišťovaly určitý sociální kredit a nyní se musí poprat nejenom s nezaměstnaností, ale v některých případech také s „nezaměstnatelností“. Tyto výsledky korespondují s výsledky výzkumu autorů Kempa a Hendersona (2012), z nichž je zřejmé, že je tento problém typický pro všechny „peer“ profese.

Obava ze ztráty práce je zesílená i tím, že osoby s diagnózou vážnějšího duševního onemocnění **obecně mívají s hledáním nové práce potíže**. Někteří z peer lektorů se obávají toho, že by jim „konvenční“ pracovní prostředí nevyhovovalo nebo že by nenašli zaměstnání, ve kterém by byla jejich duševní nemoc se všemi jejími omezeními tolerována. Někteří se necítí dostatečně kompetentní na to, aby si hledali práci v jiném oboru: „... *myslím si, že bych to třeba nezvládl, že se jako takhle bojím, no.*“ (Cobain) Domnívám se, že i z toho důvodu se někteří z peer lektorů stále snaží vzdělávat i v jiných oblastech, aby po případném odchodu z nynější práce zvýšili své šance pro získání nového zaměstnání. „*Jo jako pořád uvažuju o tom, že pořád se učím angličtinu, vzdělávám se, chci si udělat další certifikáty...*“ (Dylan).

5.6 Zisky aneb důvody, proč jít dál

Předchozí kategorie se věnovala komplikacím a překážkám v práci peer lektorů v oblasti duševního zdraví, které je můžou vést až k myšlenkám na odchod ze svých pracovních pozic nebo i celkově z oblasti péče o duševní zdraví. Navzdory komplikacím však peer lektoři ve své práci zůstávají, neboť jim přináší mnoho zisků, a tak i „důvodů, proč jít dál“.

Za jeden z hlavních důvodů by se dal označit přínos v podobě **velkého pracovního uspokojení**. To u každého lektora vzniká individuálně na základě mnoha různých aspektů jeho práce. Radost peer lektorům přináší proces tvoření vzdělávacích obsahů, lektorování a hlubší interakce se studenty, i kontakt a přátelské vztahy se spolupracovníky. U mnoha z nich se objevují **pocity naplnění** z pracovní činnosti a pocity toho, že je jejich práce **smysluplná**. Pocity uspokojení ze své práce ilustrují jedny z mnoha citací respondentů:

Mercury: *„A to mě hrozně strhlo. Ten pocit, že tam můžu být, že to můžu sdílet. To byla pro mne velká euforie.“*

Hendrix: *„Já mám strašně rád, když vidíte na těch posluchačích, že je to nějakým způsobem zasáhne. Když vidíte, že se vám někdo otevře způsobem, který je pro něj nevídaný. A těch příležitostí jsou mraky při té naší práci!“*

Dá se říci, že pocity smysluplné práce plynou z valné většiny ze **zpětných vazeb účastníků** vzdělávacích kurzů, jež jsou ve většině případů velmi pozitivní. Peer lektory těší a v práci dále povzbuzuje, když na studentech vidí **změnu v jejich postojích** k osobám s duševní nemocí nebo když mají pocit, že účastníkům předané **informace pomohou** v jejich praxi. Naplňuje je také, pokud získají pocit, že účastníkům pomohou pro **prevenci či pochopení** vlastních duševních obtíží.

Dylan: *„... pár lidí řeklo, že jim to vlilo novou energii do té práce. Jednou se nám tam jeden pán dokonce rozbřečel ... ten pociťoval syndrom vyhoření a přemýšlel o tom, že změni zaměstnání, a šel na kurz, který ho přesvědčil o tom, že to má smysl no.“*

Bowie: *„Hodně příjemná je ta zpětná vazba od těch studentů, ať těch začínajících, tak i těch v praxi, když říkají: ‚dozvěděl jsem se tady něco ke své práci, ale odnáším si něco podstatného do svého soukromého života‘ - no to je na medaili!“*

Změna postojů k osobám s duševní nemocí u každého z jejich studentů pro ně představuje malý krůček a příležitost k tomu, aby na tuto problematiku měnili aktuální pohled celé širší společnosti. Cítí, že každým takovým krokem mohou přispívat ke **změně aktuálního systému** péče o tyto osoby. O tom hovoří respondent Hendrix: *„Aspoň u mě to tak je, že jsem strašně zabejčený, že si říkám, že tohle budu dělat i na smrtelné posteli, jen abych se tomu postavil.“*

Pocity uspokojení také vznikají ve chvílích, kdy peer lektoři vzdělávají další osoby s duševním onemocněním pro jejich budoucí zařazení na peer pozice a kdy u nich lze vidět **výsledky vlastní práce**: „...to je hrozně motivující, to, že se ten čas zkracuje, že fakt během půl roku se z nich stávají dobří pracovníci, kteří pomáhají klientům. Tak to je pro mne velké potěšení.“ (Mercury). V práci peer lektorů dále dochází k příležitostem naplňování jejich počáteční motivace, a to v **nacházení smyslu ve vlastním utrpení**.

Lennon: „... je z toho velké uspokojení a zadostiučinění, že ta moje zkušenost je nějak přínosná jak pro mě, tak i pro ostatní, kteří to sdílejí nebo naslouchají nebo jsou prostě na těch kurzech.“

V jejich práci je povzbuzuje myšlenka, že na své pracovní pozici **odvádějí dobrou práci**. „Musím říct, že s pomocí (název organizace), když se na to soustředíme a děláme to správně, tak si myslím, že to má docela oslnivou úroveň, to ať se na mě nikdo nezlobí. A může to mít opravdu obohacující účinek pro mnoho lidí.“ (Hendrix) Po určitém čase stráveném v roli peer lektorů se díky pozitivním zpětným vazbám studentů a také díky nabytým lektorským zkušenostem cítí být posílení v mnoha svých kompetencích a přináší jim to zisky v různých ohledech. Ty lze rozdělit do tří skupin, které jsou následně popsány.

Osobnostní rozvoj

Práce peer lektorů má v první řadě **pozitivní vliv na duševní zdraví** těchto lektorů, jak již bylo možné vyzorovat v předchozích odstavcích. Podle mnoha autorů (např. Thornicroft, 2011; Waghorn & Lloyd, 2005) je nejspíše právě práce tím nejdůležitějším nástrojem podpory v zotavení dospělých osob s duševním onemocněním, může u nich vést i ke snížení klinických symptomů jejich nemoci.

Přínos lze spatřovat v možnosti zpracování svých osobních nevyřešených témat z minulosti své duševní nemoci. Důsledkem procesu hluboké sebereflexe, která pro to byla zapotřebí, u mnoha peer lektorů dochází k lepšímu pochopení své nemoci a spouštěčů, které je navrací zpět do špatného stavu. Peer lektoři si tak posilují schopnost psychohygieny a sebe-pomoci v případech, kdy jim není po psychické stránce dobře. Zpracování svých minulých zkušeností s nemocí také u některých z nich vede ke smíření se s nemocí, k vytvoření nadhledu nad nemocí a k nabytí sebejistoty o ní hovořit před druhými lidmi. Posílená je také schopnost nastavování osobních hranic v tom, co a kolik ze svého života s nemocí je pro ně bezpečné s druhými sdílet.

Dylan: „*No tak teď jsem si mnohem jistější... to, že jsem schopný vyprávět ten svůj příběh, říkat ty věci ze života... že jsem se to opravdu naučil s nějakým větším klidem.*“

Na zlepšení a udržení psychické pohody peer lektorů má značný vliv také aspekt podpory jejich spolupracovníků a pracovního prostředí, kde jsou uplatňovány principy podporovaného zaměstnávání.

Průběh duševního onemocnění a jeho opakované ataky mají silně negativní vliv na kognitivní schopnosti (Waghorn & Lloyd, 2005), přičemž přínos práce peer lektorů lze spatřovat i v **posílení jejich kognitivních funkcí**. U peer lektorů, kteří se při nástupu na svou pracovní pozici oproti svým kolegům nachází ve zhoršeném psychickém stavu, lze následné posílení spatřovat hlavně ve zlepšení **paměti a schopnosti komunikace**. To je případ respondentů Dylana a Hendrixe, kteří proces posílení popisují takto:

Dylan: „*Prostě co se týče komunikace, co se týče vyjadřování... protože po těch psychózách, depresích se mi hrozně, ale hrozně zúžila slovní zásoba a nemluvil jsem, já jsem hrozně dlouho nemluvil. A ta komunikace pro mě byla trošku problém.*“

Hendrix: „*Jo, tam na začátku byl člověk velice nesmělý, já jsem jenom vesměs poslouchal, co si ostatní říkají, a sám jsem jako by nemluvil. Teď mi říkají Mistr zpětné vazby.*“

I u ostatních peer lektorů, kteří v začátcích své lektorské kariéry neprocházeli duševní krizí, dochází díky jejich pracovnímu zařazení k posunům v oblasti kognitivních schopností, a to hlavně ve schopnosti **koncentrace, rychlosti myšlení a zpracování informací**, ve schopnosti být **pohotový** a ve schopnosti **formulace a vyjadřování myšlenek**.

Lennon: „*(Zlepšil jsem se) asi i v nějakých reakcích a pohotových odpovědích, třeba i v pohotovém pokládání otázek a v podněcujícím zamyšlení.*“

Pozitivní zkušenost se zaměstnáním je obecně u osob s duševní nemocí spojena s **posílením pocitů vlastní účinnosti**, tedy sebedůvěry ve vlastní schopnosti (Waghorn, Chant & King, 2005). Vliv práce peer lektora na tyto pocity stejnými slovy uvádí respondent Cobain: „*Sebedůvěra je důležitá. Je to blbost, ale i na takové věci, jako jsou formulační schopnosti nebo přerušování ticha, je v tom důležitá nějaká sebedůvěra. A tu já pořád nemám, ale mám ji více než předtím.*“ S pocity vlastní účinnosti se pojí také přesvědčení o vlastní způsobilosti k plánování a zvládnutí různých situací a úkolů (Waghorn, Chant &

King, 2005). Pro posílení se v oblasti plánování byla pro respondenta Presleyho důležitým faktorem podpora jeho okolí. V tomto zmiňuje konkrétně svého kolegu Cobaina, který mu pomohl se posílit v dovednosti **plánování a strukturování času**: „Cobain mě naučil být dostupný na mailu, odpovídat na maily, organizovat si čas přes elektronický diář. Mně dělalo hrozné problémy nosit papírový diář a ve chvíli, kdy se to elektronizovalo, tak se mi zvýšila obrovsky výkonnost.“

Rozvoj lektorských kompetencí

Peer lektorům jejich práce přináší možnost posílení se ve svých **lektorských kompetencích**. Jedním z klíčových faktorů, jež na tom mají největší zásluhu, je pochopitelně to, že s přibývajícimi příležitostmi pro lektorování nabývají více pracovních zkušeností.

Presley: „... je to praxe, usazování těch věcí. ... Člověk se obrušuje a vytváří se určitý zvyk mluvit o určitých věcech určitým způsobem. Vytváří se povědomí o těch cvičeních, jak je vést a tak. Je to taková profesionalizace, praxe, no.“

Prvotní zisk práce peer lektorů lze spatřovat v **zasvěcení se do problematiky** duševního zdraví, které je v počátcích obsahem zaučování lektorů na tyto pozice. Osoby s duševním onemocněním mají praktické zkušenosti se systémem péče o duševní zdraví, ve většině případů však přicházejí na pozice peer lektorů bez znalosti teoretického zázemí problematiky.

Bowie: „...za pochodu jsme vstřebávali ohromné množství nových informací.“

Zajímavým poznatkem je zkušenost respondenta, který již dlouho před nástupem na pozici peer lektora pracoval jako sociální pracovník v přímé péči o klienty s duševním onemocněním, a i přesto neznal význam termínu „**zotavení**“. Ten se dá pojímat jako jeden ze základních kamenů v práci peer lektorů, přičemž jejich snahou je jej integrovat právě do systému péče o duševně nemocné.

Respondent²²: „Hlavně pro mě je nový koncept recovery, tak to jsem si připadal jak v Jiříkově vidění.“

²² Jméno respondenta je záměrně neuvedeno z důvodu anonymizace, aby jeho osobu nebylo možné přiřadit k profesi sociálního pracovníka.

V ojedinělých případech se také stává, že peer lektoři před nastoupením na své pozice nemají nejenom teoretickou, ale ani praktickou zkušenost se systémem péče o duševní zdraví. Hendrix: „*Vůbec jsem do té doby nevěděl, jaký je rozdíl mezi psychologem a psychiatrem.*“ U tohoto respondenta k tomu došlo následkem toho, že se u něj příznaky závažné duševní nemoci poprvé objevily teprve rok před tím, než se z něj stal peer lektor. V tu dobu měl za sebou pouze zkušenost s návštěvou psychiatra, což pro něj představovalo jedinou formu setkání se se systémem péče. Jak sám dodává: „... *jako u té diagnózy, kterou mám, tak tam léčení probíhá tak, že jsi 6 měsíců strnulý a jsi rád, že tě máma krmí*“. Tomuto typu peer lektorů tak jejich práce přináší **veškerý přehled o problematice** péče o duševní zdraví, což je zásadně posiluje ve schopnosti předávat tyto informace dále. Pro respondenta Hendrixe to také přineslo zisk v podobě posílení své vlastní účinnosti. Díky nabytí velkého množství znalostí se cítí být **kompetentní diskutovat s odborníky**, jež pracují na poli péče o duševní zdraví: „*Na začátku jsem byl nedotknutý, to jsem nevěděl vůbec nic, a teď se nebojím bavit s profesionálem a odporovat mu.*“

Autor Palán (2002) u lektora předpokládá nejenom důkladnou znalost přednášeného tématu, ale také alespoň minimální znalost andragogických postupů pro naplnění učebních cílů. Peer lektoři se po nástupu na své pracovní pozice v procesu zaučování věnují nejenom získání teoretických znalostí, ale také prezentačních dovedností. Díky kombinace takového počátečního zaučení a následného nabytí přímých lektorských zkušeností se studenty se lektoři posilují v mnoha svých lektorských dovednostech.

V prvé řadě to má výrazný vliv na prožívání trémy a nervozity, které hlavně ze začátku peer lektory při lektorování studentů provázely. Někteří lektoři se z počátku přehnaně připravovali na svůj přednes a na jeho obsah. To bylo typické pro respondenta Dylana: „*Že vlastně dříve jsem si napsal, co chci říct, a neřekl jsem v podstatě ani slovo navíc.*“ Dnes se většina peer lektorů cítí být **před studenty jistější** a dovolí si **improvizovat** a mluvit spatra.

Posílení schopnosti improvizace souvisí dále s tím, že se peer lektoři naučili při lektorování **lépe propojovat** teoretické znalosti a svou praktickou zkušenost s životem s duševní nemocí. Při výuce umí lépe využívat právě své **zkušenosti, která je relevantní** k aktuálnímu tématu nebo dotazu studenta. Také se jim daří lépe **přizpůsobovat vzdělávací obsah** kurzů aktuální situaci či účastníkům.

Lennon: „... že už docela pružně přizpůsobuju to sdělení tomu publiku konkrétnímu nebo konkrétním lidem.“

Pozitivní přínos práce peer lektorů v souvislosti s posílením jejich odborných kompetencí se také může projevat v tom, jak na lektora a jeho schopnosti pohlíží jeho okolí. S tím má zkušenost respondent Dylan, jehož rodina jej na základě jeho práce začala **považovat za „experta“ na vlastní život**: „Pro mé rodiče to bylo velké trauma a velký šok, když jsem onemocněl, a neměli informace a já jsem neměl informace a bylo to u nás hodně divoké. A vlastně tím, že jsem začal pracovat v tomhle oboru, tak si myslím, že jsem získal takový status toho, že asi vím, o čem mluvím, že asi vím, co se se mnou děje a že asi třeba můžu mít v nějakých věcech pravdu, když mi za to ještě někdo zaplatí.“

Sociální začlenění

Peer lektoři v oblasti duševního zdraví se skrze svou práci posilují v mnoha osobnostních i odborných kompetencích a už to samo o sobě přispívá k jejich lepšímu sociálnímu začlenění.

Práce jako taková je důležitým faktorem pro možnost sociálního začlenění a dává lidem s duševním onemocněním příležitost pro to, aby **participovali ve společnosti** jako aktivní občané (Boardman et al., 2003). Peer lektoři svou práci považují za smysluplnou s potenciálem pomoci druhým osobám. Tím se naplňuje motivace cítit se potřebný a užitečný společnosti, se kterou někteří z lektorů na pozici nastupují. Působení na pozici peer lektora mnohým z nich poskytuje pocity toho, že svou prací přispívají něčemu většímu, než jsou oni sami. Názorným příkladem je respondent Presley, který se zúčastnil prvního zaučování nové vlny peer lektorů v českých podmínkách: „V rámci projektu v (název organizace) se podařilo vyškolit dva nové peer lektory. A měl jsem z toho velkou radost. ... Opravdu jsem měl pocit, že dělám něco pro tu profesi.“

Většina osob s duševním onemocněním zažívá potíže s nedostatkem financí. Ten jako vedlejší příznak života s duševním onemocněním způsobuje odsun znevýhodněných osob na okraj společnosti (Waghorn & Lloyd, 2005). Je tedy zřejmé, že dalším aspektem poskytujícím možnost začlenění do širší společnosti je **finanční příjem**, který za svou práci peer lektoři získávají. „Myslím si, že ten přínos těchto věcí, ať už peer lektorů nebo peer konzultantů, je to, že to ty lidi vytahuje z bláta, že se můžou rozhlídnout.“ (Presley) Ačkoliv práce peer lektora není na plný úvazek, z výpovědí respondentů lze vyzdvihnout, že příjem

z ní má vliv na kvalitu jejich životů. Navíc respondenti velice oceňují skutečnost, že jsou jejich mzdy srovnatelné se mzdami lektorů – odborníků, kteří společně s nimi lektorují.

Presley: „*My dostáváme stejné peníze, jako dostávají ti profesionálové. My jsme vlastně profesionalizovaní. A bylo by to nefér, kdyby duševně nemocní dostali menší peníze jenom proto, že je duševně nemocný. A (název organizace) za tohle intenzivně bojuje, aby ty mzdy byly rovné v tomhle. A to si myslím, že je strašně důležité.*“

Prvky sociálního začleňování lze v práci peer lektorů pozorovat také v poskytované příležitosti kontinuálního **vzdělávání**. Z mnoha zahraničních výzkumů (např. Chinman et al., 2008; Cabral et al., 2014) vyplývá, že velmi častým problémem peer pracovníků je pocit neobdržení dostatečného zaučení se pro jejich peer pozice. Peer lektoři v českých podmínkách se však na rozdíl od svých zahraničních kolegů cítí být na svých pracovních pozicích dostatečně zaučováni. Organizace, pod jejichž záštitou peer lektoři pracují, jim také poskytují možnosti dalšího vzdělávání. Respondent Hendrix za tuto možnost cítí velkou vděčnost: „(Název organizace) *se furt stará o to, abychom se pořád vzdělávali, vzdělávali a vzdělávali. ... Umožnilo nám permanentně růst. To je zázrak, to je prostě zázrak.*“ Faktor dalšího vzdělávání poskytuje peer lektorům příležitosti k dalšímu posílení svých kompetencí, a stejně tak zvyšuje šance pro to, aby se peer lektoři následně udrželi na trhu práce. Důležitým faktorem, který jim v této souvislosti také napomáhá k jejich sociálnímu začlenění, je již zmíněný přístup jejich vedoucích pracovníků v podobě podporovaného zaměstnávání. Tato forma podpory peer lektorům umožňuje i po zdravotních potížích se do práce vrátit, napomáhá jim tak udržet si své zaměstnání a z ní plynoucí finanční příjem.

Jedním z dalších aspektů sociálního začleňování může být také to, že své posílené kompetence a nabyté zkušenosti mohou peer lektoři **využívat i v jiných oblastech** svého života. K přenosu zkušeností dochází u respondenta Jaggera při jeho dobrovolnické činnosti, ve které působí jako cvičitel jógy pro další osoby s duševní nemocí. Hovoří o tom následovně:

„... *nemám tam problém mluvit nahlas, pomalu a zřetelně a já se vůbec nepoznávám! Určitě mi k tomu pomohlo to lektorování, a že už se mi nějak podařilo překonat tu trému, kterou jsem tady fakt ani neměl.*“ Domnívám se, že schopnost přenosu zkušeností z lektorování do jiných pracovních oblastí může také zvyšovat šance peer lektorů pro uplatnění a udržení se na trhu práce, pokud by se z nějakých důvodů rozhodli ze svých nynějších pracovních pozic odejít.

Práce peer lektorům také umožňuje vytvářet si mnoho kontaktů, a to jak pracovních, tak sociálních. Přináší jim mnoho **dalších pracovních příležitostí**, ve kterých se mohou uplatnit. Tak se stalo i v případě respondenta Dylana, který měl v úvodu projektu zaměřeného na vznik pozic peer lektorů nutkání kvůli svým psychickým obtížím z práce odejít: „*A dneska jsem rád, že jsem to nevzdal, protože jsem získal tím pádem zase další pracovní příležitosti, začal jsem pracovat ještě na jiných projektech a dneska mě to zaměstnává jakoby plně.*“ Dále jim jejich práce přináší mnoho možností pro vytváření **sociálních vazeb** a navazování kontaktů v dané komunitě. Dá se říci, že tento aspekt respondenti uváděli jako jeden z hlavních důvodů, proč by „měli jít dál“. Nejenom, že se peer lektoři díky své práci dostávají do sociálního kontaktu s druhými, ale mnohdy také v této komunitě navazují hluboká přátelství, získávají zde podporu v krizových situacích a celkově zde mají vytvořené bezpečné zázemí. Respondent Hendrix to popisuje slovy: „*Jako mně peři dali úplně všechno. Mně nedali jenom to, že podpořili výrazným způsobem nějaký návrat do normálního života, vyléčení nebo já nevím, jak to nazvat, ale i ten přehled. Jo já teďkom, když se mi něco děje nebo nelíbí, tak mám neuvěřitelný background, mám komu zavolat.*“ Respondent Hendrix, který se před nastoupením na pozici peer lektora téměř nedostal do styku se systémem péče o duševně nemocné, ve své práci peer lektora taktéž získal **kontakty na služby** denního stacionáře: „*Tak jsem se do toho okamžitě nahlásil, a to byla druhá vlna pomoci, která mi hrozně pomohla.*“

V neposlední řadě je pro sociální začleňování peer lektorů důležité to, že je práce pojmána jako nástroj ke **snižování stigmatizace**. Většina lidí z běžné populace má o duševních onemocněních příliš málo informací nebo má informace nesprávné, s čímž následně souvisí jejich obezřetný postoj vůči duševně nemocným (Thornicroft, 2011). Pokud jsou peer lektoři zaměstnání na svých pozicích, ukazují tím světu, že lidé s duševním onemocněním jsou schopní a ochotní zapojit se do pracovního procesu, že mají kompetence na vykonávání této práce a že se chtějí účastnit a podílet na dění ve společnosti. Následným efektem pak může být změna postojů okolí k těmto osobám, jak se také stalo v případě respondenta Jaggera: „*Je to i tím, že vidí, že nejsem jenom blázen, ale že za mnou je i ta práce.*“

Práce na pozici peer lektora v oblasti duševního zdraví těmto osobám v souhrnu přináší mnoho zisků a má značný vliv na kvalitu jejich životů. Pro ilustraci a uzavření kapitoly zde uvádím výroky tří respondentů, jež tento efekt výstižně popisují:

Mercury: „*Já fakt, když to moje peer lektorství vyhodnotím, tak jsem vlastně v životě nejšťastnější, jak jsem byl kdy, a splnily se mi všechny moje životní potřeby a to, co jsem si přál.*“

Presley: „*Je to nějaké dobré období a já klepu a doufám, že hned neskončí. Vypadá to nadějně. Tak se budu držet zuby nehty, abych se nezbláznil a zvládal to dál.*“

Hendrix: „*Myslím si, že to, že dáte člověku pocit potřeby, pocit zodpovědnosti a umožníte mu rozvést jeho kreativitu nebo nedej bože jeho schopnosti, tak když se na to kouknu zpětně, tak je to to nejlepší – moje nejlepší cesta, jaká se mi mohla nabídnout. A ona se mi nabídla.*“

5.7 Budoucí výzvy

Poslední kategorie je zaměřena na výzvy do budoucna, a to jak na osobní výzvy peer lektorů, tak i na to, jakým výzvám do budoucna dle jejich pohledu čelí pozice peer lektora jako taková.

Osobní výzvy

Ačkoliv se peer lektoři aktuálně cítí být díky svému působení na svých pracovních pozicích v mnoha ohledech posílení, pořád existují oblasti a kompetence, u nichž se domnívají, že by se na jejich posilování měli dále zaměřovat.

Hlavní z nich se týká **ochrany svého duševního zdraví**. Respondent Lennon říká: „... *mám strach z toho, že jednou přijde nějaká ataka a já už se z ní nedostanu.*“ I přes uvedené pozitivní vlivy, které má práce na pozici peer lektora na jeho zdraví, nemůže mu zaručit jejich permanentní trvání. Na zhoršení duševního zdraví peer lektorů může mít vliv mnoho faktorů, jejichž negativní působení ani po posílení jejich dovedností v zacházení se svou nemocí nelze absolutně omezit. Přáním a výzvou pro lektory je tak více se věnovat psychohygieně a návykům, které povedou k udržení jejich dobrého psychického stavu.

Jagger: „*A já si říkám, že se fakt budu strašně snažit, aby se to nestalo, nebo ne hned tak brzo, ideálně vůbec. Takže fakt musím si hlídat ty spouštěče a všechno.*“

S tím také souvisí potřeba **lepší organizace času a nastavování životních priorit**: „*Že je důležitější odpočívat a ten partnerský a intimní život, rodina, a tak než ta práce. ... Myslím, že v mém dosavadním životě ta práce byla příliš na prvním místě a že to asi není*

úplně to ideální, to optimální pro život.“ (Lennon) Domnívám se, že je psychohygienu v práci peer lektora mnohdy důležitější než pro osoby, jež nejsou limitovány duševní nemocí, neboť na ně stres a pracovní zátěž působí s větší intenzitou. Je potřeba, aby si hlídali hranice toho, kam sahá zachování jejich duševní pohody, aby rozpoznali situace, ve kterých je již překračují. Respondent Mercury o tom hovoří takto: „I když ta hospitalizace je deset let pryč, tak ještě v tom pořád zvyšuji tu jistotu. A pořád přicházejí nové výzvy a já si říkám: ‚nepřešel jsi už toto tady?‘. A odmítat ty nové výzvy je těžké. Obzvláště, když si řeknu, že jsem jeden z peerů, který to v Čechách dělá nejděle, takže je dost pravděpodobné, že mám nejvíc zkušeností, pak odmítnout a říct: ‚já prostě nemůžu‘.“

Ti z peer lektorů, kteří se považují za málo průrazné na lekci před studenty, mají přání **posílit svou míru samostatnosti** ve vedení vzdělávacích kurzů: „... že bych se mohl víc snažit z té submisivní pozice přejít do víc partnerské.“ (Jagger) Mnoho peer lektorů také svou výzvu spatřuje v **lektorování bez druhého lektora** ve dvojici, jež pro něj nyní figuruje jako velký faktor podpory. Lennon: „...že bych ukočíroval ten dvoudenní kurz sám.“

Nekončící výzvou pro mnoho peer lektorů bývá umět **předávat** své osobní zkušenosti druhým **citlivým způsobem** s ohledem na své studenty. Posílení je v tomto případě důležité hlavně se studenty s duševním onemocněním, svou zkušenost v tomto ohledu popisuje respondent Mercury, který zaučuje budoucí peer konzultanty: „Takový ten pocit, že co nejmíň zasahovat těm lidem do jejich života, do toho jejich zotavení a vlastně je jenom podporovat, aby to tam nějak vznikalo dobře.“ Zde jde tedy i o výzvu posílení se v posuzování a dodržování hranic ve svém lektorském působení na studenty.

Dalšími osobními výzvami pro peer lektory v oblasti duševního zdraví je posílení své **pohotovosti** a schopnosti **formulovat myšlenky** při interakcích se studenty. Lennon: „Zlepšit tu schopnost reagovat v té komunikaci.“

Lektorské výzvy

Nejvýznamnější výzvou pro pozice peer lektorů, tak jak jí vnímají její aktéři, je **rozšíření pole jejich lektorského působení**. To je zejména důležité pro ty peer lektory, jež by si přáli opustit své druhé zaměstnání, ze kterého jim plyne jejich hlavní finanční příjem. Pokud by bylo více příležitostí, kde by se jako peer lektoři mohli uplatňovat, znamenalo by to pro ně také vyšší finanční ohodnocení. To je typické pro respondenta Hendrixe, který to komentuje následovně: „Přál bych si, aby to byla práce! Aby to prostě byla práce, to je všechno.“ Pokud

by se z lektorování stala pravidelná pracovní činnost, mělo by to dle těchto peer lektorů také pozitivní vliv na kvalitu jejich vzdělávacích kurzů.

Skutečnost, že peer lektori aktuálně nemají mnoho příležitostí k lektorování, se pravděpodobně zakládá na podmínkách neziskových organizací, ve kterých jsou zaměstnáni. V těch figurují nedostatečné finanční zdroje a nejistota v tom, zda budou příštím projektem získány. Tuto situaci komentuje respondent Hendrix slovy: „*Mně to přijde škoda, že ta vynaložená energie (název organizace) a vložená do energie naší, že se to prostě rozbředává. ... Tohle je mi líto, je mi to prostě líto.*“

Jsou ale také peer lektori, kteří množství lektorské práce naopak vnímají nejenom jako dostačující, ale také jako překypující. Respondent Cobain uvádí potřebu zaměstnat více peer lektorů na aktuální množství práce: „*Tak byl bych rád třeba, kdyby těch lidí bylo víc. Myslím si, že je to skoro nevyhnutelné, protože už teď jako to praská. Stačí, aby někdo nějak onemocněl nebo ještě jeden člověk z toho vypadl, a už to bude úplně nezvládnutelné.*“ Domnívám se, že tato rozdílná pojetí peer lektorů plynou z již zmíněného důležitého prvku, a to finančního příjmu z invalidního důchodu. Peer lektori bez příjmu z invalidního důchodu musí často odmítat svou účast na lektorování z toho důvodu, že jim koliduje s jejich hlavním zaměstnáním. Peer lektori s invalidním důchodem oproti tomu nejsou nuceni hledat si další práci na plný úvazek a více se tak mohou soustředit na svou práci peer lektora než jejich kolegové. To jim následně také generuje další lektorské příležitosti a z toho důvodu mohou pociťovat množství lektorské činnosti za uspokojivé.

Peer lektori se však v obecném důsledku shodují na tom, že je potřeba rozšířit jejich pole působení **i do jiných oblastí**. V momentální chvíli vzdělávají odborníky z týmů pečujících o klienty s duševní nemocí, budoucí peer konzultanty, jež do těchto týmů následně přicházejí, studenty vysokých škol na sociálně zaměřených oborech. Jako hlavní výzvu pro rozšíření svého působení peer lektori vnímají lektorování **studentů lékařských oborů**. Respondent Dylan aktuální situaci popisuje takto: „*Máme velké problémy se dostat na medicínu, jo, že ta fakulta medicíny o to nemá zájem. A myslím si, že tam by to bylo hodně důležité, aby nejen ty pomáhající profese, ale hlavně ti psychiatři...*“ Právě respondent Dylan v minulosti zažíval stigmatizující přístup ze strany lékaře. Lektorováním budoucích lékařů chtějí peer lektori dosáhnout změn v jejich postojích k osobám s duševním onemocněním, jejichž očekávaným účinkem by bylo zlepšení lékařské péče pro tyto osoby.

Další cílovou skupinou, na kterou peer lektoři považují za nutné zaměřit svou pozornost, jsou **studenti žurnalistických oborů**. Ve zpravodajství je často možné přečíst si o osobách s duševním onemocněním jako o „nebezpečných šilencích“, čímž je vydatně posilován stereotyp stigmatu psychické nemoci ve společnosti (Ocisková & Praško, 2015; Thornicroft, 2011). Vzdělávání novinářů v tématicce duševního zdraví poskytuje peer lektorům naději, že bude skrze něj možné postupně měnit obraz osob s duševní nemocí v médiích.

Peer lektoři by také rádi své zkušenosti předávali žákům **na základních školách**: „... že by možná nebyly špatné nějaké předměty péče o duševní zdraví – ale opravdu o duševní zdraví, a ne péče o duševní nemoc.“ (Bowie) S ohledem na věkovou skupinu žáků by zde mohli své lektorování uplatňovat v rámci prevence, jejíž význam je dle názoru peer lektorů podceňován.

Někteří peer lektoři dále uvažují o možnostech rozšíření svého působení na dospělé osoby, jež si dosud **nejsou vědomy přítomnosti** svého duševního onemocnění nebo neznají způsoby, jak s ním nakládat. Respondent Hendrix uvádí: „... *tahle ta osvěta u těch lidí, kteří si nejsou vědomi svého onemocnění, tak to je to, co mě na tom zajímá ... u nějakých obyčejných zaměstnanců a zaměstnavatelů, kde ti lidi to skrývají a žijí dlouhé roky, žijí v nerozbuřené depresi, žijí před hranou té deprese.*“ Jako jedna z možností pro předávání znalostí o povaze duševních nemocí se pro tohoto respondenta jeví propojení vzdělávacích kurzů peer lektorů s nabídkou školení, jež nabízejí personální agentury svým zaměstnancům.

Ve velmi blízké budoucnosti se peer lektoři budou věnovat **lektorování osob s duševním onemocněním**, čímž bude naplněn pravý smysl využívání jejich pojmenování „peer“. Peer lektoři tuto novou formu poskytování svých znalostí a zkušeností pojímají za jednu z dalších svých budoucích výzev a velmi věří v myšlenku toho, že je potřeba vzdělávat osoby zápasící s vlastními duševními potížemi. Na místě jsou ale obavy, zda to tak budou cítit i potencionální účastníci těchto kurzů. Respondent Dylan to popisuje slovy: „... *mám obavy, jestli je takováhle myšlenka vůbec jakoby reálná a prosaditelná u nás v České republice. Že prostě to stigma je prostě pořád tak hrozně veliké, že spousta lidí se neléčí a já jsem byl samozřejmě to samé.*“ Obávají se, že pro účast osob s duševním onemocněním na kurzech bude překážkou stigmatizující pohled na tyto osoby ve společnosti, jež obecně ohrožuje jejich účast na všech formách psychiatrických služeb. Pokud je člověk označen za duševně nemocného, často následkem dochází k různým formám sociálního a existenčního

ohrožení. Nelze se tedy divit, že se mnoho osob vyhýbá situacím, kde by mohlo dojít k odtajnění jejich duševní nemoci (Faltus & Janečková, 2008). Petra Kubinová k tomu uvádí: „*Bojíme se, že jsme předběhli dobu o dva kroky.*“ (Kubinová, 2018). Respondent Cobain dále vyjadřuje svou obavu v souvislosti také se špatnou fyzickou dostupností místa, kde budou kurzy probíhat. Ve vzdělávání osob s duševním onemocněním však v souhrnu peer lektoři vidí velký potenciál, který by bylo možné využít i pro účastníky s jinými typy nemocí a obtížemi. Inspirují je k tomu zkušenosti zahraničních organizací, kde jsou i tímto způsobem vytvářeny podoby vzdělávacích kurzů: „*...tam se nepřihlásí jenom člověk s duševní nemocí, ale může tam přijít člověk s cukrovkou nebo s problémy se srdcem, nebo tak, a vybere si kurz, který mu může nějak zlepšit ten jeho život, navzdory těm jeho omezením.*“ (Mercury)

Jednou z hlavních výzev vůbec je podle peer lektorů **posílení „směru recovery“**, tedy rozšíření myšlenky možnosti zotavení osob s duševní nemocí ve společnosti. S tímto směrem je práce peer lektorů v úzkém spojení a obsahy jejich vzdělávacích kurzů jsou naplněny jeho myšlenkami a principy. Peer lektoři by si do budoucna přáli, aby měl tento směr v českých podmínkách pevnější základy a aby se myšlenka zotavení více **protínala s aktuálním nastavením péče** o duševně nemocné osoby. Takto vnímá respondent Cobain momentální vztah mezi zastánci směru recovery a psychiatrickým systémem, který v péči o tyto osoby v České republice momentálně převládá: „*... ten psychiatrický jazyk je hrozně do sebe uzavřený a neustále něco označuje, rozlišuje. A pak je jako druhý proud nějakého antipsychiatrického aktivismu, kde ti lidi říkají, jak jim pomohlo sdílení mezi sebou a takhle. A ty řeči se úplně míjejí, tam ani nejsou třetí plochy prostě.*“

Výzvou je tedy propojování těchto různých přístupů k péči o osoby s duševním onemocněním. K tomu se česká společnost dle peer lektorů malými krůčky dostává skrze aktuálně probíhající **reformu psychiatrické péče**: „*Snad s tou reformou to bude nějak pokračovat a snad to bude podporované. Myslím si, že je to fakt strašně důležité.*“ (Jagger) Potřeba propojovat hodnoty stávajícího systému a směru recovery je a bude dle peer lektorů naplňována také vysokou aktivitou odborníků a v neposlední řadě také právě peer lektorů s vlastní zkušeností s duševním onemocněním: „*... to protnutí je hrozně složité si přát, ale kdo jiný by to mohl udělat než já.*“ (Cobain).

Shrnutí

V této kapitole se zaměřuji na shrnutí výsledků, jež jsou podrobněji rozpracovány v interpretační části práci. V té jsem se snažila popsat a analyzovat působení na pozici peer lektora v oblasti duševního zdraví se všemi důležitými aspekty, které do něj zasahují. Diskuze obsahuje komplexní pohled na získané výsledky výzkumu a přináší zodpovězení výzkumných otázek. Výsledná zjištění jsou pro přehlednost oprostěna o citace respondentů.

Prvotním cílem výzkumu bylo nahlédnout do procesu stávání se peer lektorem v oblasti duševního zdraví v českých podmínkách a objasnit tento proces s ohledem na vlastní interpretaci těch, jež na pracovních pozicích peer lektorů působí. Po získání dat od respondentů práce jsem zvažila změnu výzkumného cíle a hlavní výzkumné otázky, jež aktuálně zní: ***Jak jsou v práci peer lektorů naplňovány klíčové principy zotavení?*** Změna výzkumného cíle se odvíjela od důkladné analýzy dat, při které se vynořovalo téma zotavení a jeho principů. Přeformulování výzkumného zaměření mělo smysl také s ohledem na míru přínosu takto zpracovaných dat pro zadavatele, kterým budou výsledky této práce předány.

Hlavní výzkumná otázka je dále rozpracována do tří specifických výzkumných otázek, jejichž odpovědi v plné šíři vystihují odpověď na zastřešující otázku. Specifické výzkumné otázky jsou rozděleny podle tří hlavních principů a zaměřují se na to, kde jsou v práci peer lektora tyto principy naplňovány a jak k tomu dochází.

Naděje

Jak je v práci peer lektorů naplňován princip naděje? Naděje je popisována jako klíčový element, jehož přítomnost je nutná pro zotavení jedince s duševním onemocněním. Pokud jedinec není schopen vidět, že má možnost prožívat smysluplný a hodnotný život, zotavení je pro něj téměř nemožné (Shah & Vankar, 2009). Naděje je jednoduše definována jako „víra v to, že věci mohou být jinak“ (Chandler & Repper, 2011).

Naplňování principu naděje v práci peer lektora v oblasti duševního zdraví lze nacházet již v souvislosti samotného nástupu peer lektorů na své pracovní pozice. K ucházení se o tyto pozice je vede totiž určitá motivace a zájem. Očekávanými přínosy z práce peer lektora jsou například finanční ohodnocení, nestigmatizující pracovní prostředí či příležitost k osobnímu růstu a rozvoji kompetencí. Vidina těchto přínosů by neexistovala, pokud by peer lektoři na své pozice nenastupovali s myšlenkou, že je možné jich dosáhnout. Již to samotné

znamená, že tyto osoby pohlížejí na svou budoucnost a naplňování svých osobních cílů s určitou nadějí. Mají **vidinu své budoucnosti** a zájem o to, aby byl jejich život s duševním onemocněním v určitých ohledech kvalitnější.

Ucházet se o pracovní místo může být pro osoby s duševní nemocí obtížným úkolem. Často se v důsledku své nemoci cítí být pro práci nekompetentní a nejistí, a již předem mají strach ze selhání v pracovním procesu (Boardman et al., 2003). Také se mohou obávat, zda konkrétní zaměstnání a povinnosti z něj vyplývající budou schopni zvládat vzhledem k navracejícím se relapsům jejich duševní nemoci (Farbiaková, 2008). Také peer lektoři mnohdy přicházejí na své pracovní pozice s uvedenými strachy a obavami.

Kde tedy lze v této souvislosti v práci peer lektorů nalézt uplatňování principu naděje? Peer lektoři působení na svých pracovních pozicích vnímají jako **pozitivní zkušenost se zaměstnáním**, kde jsou jim poskytovány možnosti pro posilování mnoha jejich osobních kompetencí, včetně jejich sebedůvěry a pocitů vlastní účinnosti. Zde vidím naději v to, že peer lektoři skrze svou práci spatřují možnosti dalšího posílení svých kompetencí, kterých se jim před nástupem na pozici nemuselo dostávat. Zároveň je jejich vytrvání na pozici peer lektora také důkazem, že existují takové formy zaměstnání, které jim vyhovují a které mohou přes překážky kladené duševní nemocí zvládat.

Peer lektoři se díky své práci posilují v mnoha dalších kompetencích, a to jak osobnostních, tak i odborných. Zlepšují se jim kognitivní funkce, a to například paměť, koncentrace, komunikace, rychlost myšlení a schopnost formulace a vyjadřování myšlenek. Pracovní zařazení má také pozitivní vliv na jejich schopnosti plánování a strukturování času. Dále jim práce peer lektora přináší hluboký teoretický vhled do problematiky péče o duševní zdraví a po odborné stránce se peer lektoři posilují v lektorských dovednostech, jako je propojování teoretických a praktických konceptů této problematiky, přizpůsobování vzdělávacích obsahů aktuální situaci a schopnost improvizace před studenty. Domnívám se, že díky možnosti posílení se v těchto oblastech a pravděpodobně také díky veskrze pozitivním zpětným vazbám studentů nadále vzrůstají pocity naděje peer lektorů. Zjišťují, že **mohou dělat více věcí**, než původně mohli předpokládat, a že se mohou nadále ve svých schopnostech posilovat. V neposlední řadě má práce pozitivní vliv na duševní zdraví peer lektorů, čímž je posilován jejich pocit naděje ve vlastní proces zotavení.

Dále je princip naděje uplatňován v souvislosti s osobními příběhy peer lektorů. Sdílení osobního příběhu neboli „příběhu zotavení“ je jedním ze základních pilířů pracovní náplně peer lektorů (Ridgway, 2001). Do kontaktu se studenty přináší prvky naděje v tom, že i s vážným duševním onemocněním a jeho omezeními lze mít uspokojivý život, smysluplné role a naplňující práci. Sami jsou příkladem toho, že to je možné, a tak peer pracovníci obecně bývají nazýváni „**nositeli naděje**“ (Foitová et al., 2016). Petra Kubinová uvádí: „*Lektor musí mít prožitek naděje, aby to mohl důvěryhodně předat.*“ (Kubinová, 2018). Přinášení principu naděje do procesu vzdělávání druhých je tedy jedním z primárních úkolů, jež je od peer lektorů očekáván.

Další oblastí, ve které je v práci peer lektorů možné pozorovat uplatňování principu naděje, je podpora spolupracovníků. Mezilidské vztahy jsou pro pocitování naděje klíčové. Je totiž obtížné věřit ve vlastní možnosti a schopnosti, pokud si všichni kolem daných osob myslí, že nikdy ničeho velkého nedosáhnou (Shah & Vankar, 2009). Peer lektoři mají být „nositeli naděje“, ovšem pokud by se jim nedostávalo podpory z vlastního okolí, tuto naději by pravděpodobně nezvládli sami unést.

Faktor lidské podpory je důležitý ve chvílích, kdy si peer lektoři sami nevěří a pochybují o svých schopnostech pro zvládnání překážek a potíží. Potřebují mít vedle sebe někoho, kdo v ně bude věřit, dokud se sami opět neposílí. Pro peer lektory v českých podmínkách jsou těmito osobami jejich kolegové peer lektoři, se kterými navazují přátelství a vnímají je jako významný prvek podpory při lektorování ve dvojici. Podpora přichází také ze strany spolupracovníků bez zkušeností s duševním onemocněním – odborníků či manažerů projektů zaměřených na vznik pozic peer lektorů. Za velmi důležité peer lektoři vnímají to, že k nim tito spolupracovníci uplatňují rovnocenný přístup a považují je za odborníky v tom, na čem je postavena jejich peer role – tedy za experty na život s duševním onemocněním. Tímto peer lektorům vyjadřují svou důvěru. Důvěru v to, že své úkoly splní, důvěru v jejich kompetence úkoly dokončit. Nebojí se svěřit zodpovědnost do jejich rukou. Pokud mají peer lektoři ve svém pracovním prostředí přístup k takové formě podpory, může tím být posilována jejich víra, a tak i naděje v to, že sami úkoly zvládnou a že jsou pro jejich splnění kompetentní.

Pro osoby s duševním onemocněním je obtížné najít takové zaměstnání, ve kterém by byla tolerována epizodická a nepředvídatelná povaha duševního onemocnění (Farbiaková, 2008). Spolupracovníci bez duševního onemocnění v tomto ohledu poskytují peer lektorům

výhody ve formě podporovaného zaměstnávání. Berou ohledy na jejich aktuální schopnosti a omezení, které s sebou duševní nemoc přináší, aniž by to pro ně neslo pozdější negativní důsledky. Odborníci peer lektory podporují například ve chvílích, kdy dojde ke zhoršení jejich psychického stavu. Vyhovují jim tím, že jim ubírají pracovních povinností nebo jim umožňují z práce na čas odejít. Pokud mohou peer lektoři počítat s podporou ve formě podporovaného zaměstnávání, nemusí se v krizových situacích spojených se zhoršením jejich zdraví obávat ztráty své práce a finančního příjmu. Podpora ve formě podporovaného zaměstnávání tak má na peer lektory značný vliv v tom, aby svou **naději v případě krize neztráceli**.

Princip naděje lze také spatřovat v tom, že peer lektoři **přemýšlí o své budoucnosti** a o dalších cílech, kterých by chtěli dosahovat. U některých z nich to souvisí s problémem přesycení z témat duševního zdraví, jež se občas stává podnětem pro přemýšlení o odchodu z jejich práce. U některých lektorů lze spatřovat prvky naděje v tom, že se pro možnost odchodu dále **vzdělávají i v jiných oblastech**, aby tak zvýšili své budoucí šance pro uplatnění se na trhu práce.

Peer lektoři však mají mnoho důvodů, kvůli kterým ve své práci zůstávají. U mnoha z nich se objevují pocity velkého pracovního uspokojení a pocity toho, že je jejich práce smysluplná. Peer lektoři v ní mohou „přetavit hroznou zkušenost v něco pozitivního“. Využívání svých zkušeností ve vzdělávacím procesu považují za důležité, protože díky tomu může docházet ke změnám postojů společnosti k osobám s duševním onemocněním. **Věří v hlavní myšlenky své práce** a v to, že lze měnit stigmatizující přístup společnosti i systém péče o tyto osoby. V tom vidím jeden z hlavních aspektů, v němž lze v práci peer lektorů nacházet naplňování principu naděje.

Kontrola

Jak je v práci peer lektorů naplňován princip kontroly? Princip kontroly pojednává o zvládnání nemoci a jejích symptomů a také o vlastním sebesměřování a dosahování cílů. Jde o aktivní a zodpovědné přebírání kontroly nad svými problémy a životem (Shah & Vankar, 2009). Mít kontrolu nad svým životem znamená nastavování si svých osobních výzev a definování svého dalšího životního příběhu. Kontrola je úzce spjatá s pocity naděje a beznaděje. Je těžké udržet svou naději, pokud převládají pocity bezmocnosti a ztráta schopnosti sebeřízení (Chandler & Repper, 2011).

Jak již bylo opakovaně zmíněno, práce na pozici peer lektora přináší těmto osobám možnosti posílení se v mnoha osobnostních i lektorských kompetencích. Různé podoby posílení jim poskytují příležitost k tomu, aby **lépe dosahovali svých cílů**, a tak měli své životy „pod kontrolou“.

Za naplňování principu kontroly v práci peer lektorů lze pojímat již samotný fakt, že uživatelé psychiatrické péče mají možnost a **přístup k zapojování** se do řešení otázek týkajících se jich samotných. Ochocka a jeho spolupracovníci (2006) uvádí, že přesun od pasivního přijímání pomoci k aktivnímu přispívání je klíčovou podmínkou pro to, aby mohly osoby s duševní nemocí posílit své sebevědomí a sebehodnocení a aby mohlo dojít k celkovému posílení jejich osoby. Zapojování osob s duševním onemocněním do procesu vzdělávání druhých o povaze duševních nemocí tedy představuje pro tyto osoby určitou formu posílení. Peer lektoři svými aktivitami přebírají kontrolu nad procesem zkvalitňování životních podmínek osob s duševní nemocí. Ovlivňují, jak na tyto osoby, a tedy i na ně samotné pohlíží „zdravá“ společnost, a svým hlasem přispívají k možným změnám psychiatrického systému.

Pracovní zařazení osob s duševním onemocněním jim poskytuje příležitost pro **zlepšení a udržení zdravotního stavu** (Moran et al., 2012). Podle mnoha autorů (např. Thornicroft, 2011; Waghorn & Lloyd, 2005) je nejspíše právě práce tím nejdůležitějším nástrojem podpory v zotavení dospělých osob s duševním onemocněním, jež může vést i ke snížení klinických symptomů jejich nemoci. Někteří peer lektoři na pozici vstupují s tím, že pro ně bude představovat závazek a vyžadovat míru zodpovědnosti pro udržení své nemoci ve stabilním stavu. Princip kontroly je tedy naplňován již v počátcích lektorské dráhy, kdy je pro lektory vidina této práce pojímána jako možný nástroj kontroly pro zlepšování jejich psychické pohody.

Naplňování principu kontroly souvisí s jedním ze základních pilířů pracovní náplně peer lektorů, čímž je sdílení svého osobního příběhu. Jednou ze základních podmínek pro možnost zotavení jedince je podle Shahové a Vankara (2009) nalezení či vytvoření způsobů, jak by mohl pochopit svou minulost a přizpůsobit se tomu, co se v ní stalo. V práci peer lektora je tímto nástrojem proces uspořádání příběhu, ke kterému dochází před jeho sdílením před studenty. V tomto procesu dochází ke zpracování osobních nevyřešených témat z minulosti své duševní nemoci, což může následně mít pozitivní dopad na duševní zdraví peer lektora. Díky uspořádání minulých zkušeností dochází u peer lektorů k lepšímu

sebepoznání. Získávají pochopení toho, co a jak se jim v minulosti stalo, a mají tak možnost kontroly nad vyrovnáním se se svou minulostí. U některých peer lektorů to vede k převzetí zodpovědnosti za svou minulost, k vytvoření nadhledu nad nemocí a nabytí sebejistoty hovořit o ní před druhými lidmi. U některých to dokonce vede ke smíření se s tím, že právě oni mají duševní onemocnění.

Peer lektoři si dále na základě prozkoumání svých minulých zkušeností mohou uvědomovat, jaké jsou **spouštěče**, které se pojí s návratem příznaků jejich nemocí. Učí se tak lépe poznat svou nemoc a následně i lépe pečovat o své duševní zdraví. Tím si upevňují **schopnost psychohygieny** a sebe-pomoci, a je tak posilována i jejich „kontrola“ ve chvílích, kdy jim není po psychické stránce dobře. Podpořena je také schopnost **nastavování osobních hranic** v tom, co a kolik ze svého života s nemocí je pro ně bezpečné s druhými sdílet.

Jeden ze zisků práce peer lektorů lze spatřovat v zasvěcení se do problematiky duševního zdraví. Deegan (1996b) uvádí, že přístup k vzdělávání a edukaci o tématu psychiatrických nemocí, o dostupných léčbách a možnostech zotavení je základním krokem pro získání pocitů naděje, síly a kontroly. Díky získání **vhledu do problematiky** duševního zdraví jsou informačně posílení a lépe ví, jak funguje systém psychiatrické péče a kam si mohou v krizových chvílích zajít pro pomoc. Také se ve své práci seznamují s termínem „zotavení“, díky čemuž získávají možnost převzít do svých rukou vlastní proces zotavení. Pozitivní důsledky získání vhledu do problematiky se také mohou projevovat tak, že je peer lektor svým okolím považován za „experta“ na vlastní život a jeho okolí mu více důvěřuje v tom, že je schopen přebírat kontrolu nad svým životem.

Aby jedinec s duševní nemocí mohl dosahovat svých cílů a přebírat kontrolu nad svými problémy, je zapotřebí, aby se nacházel v takovém prostředí, které jej podporuje v pozitivních změnách (Onken et al., 2007). Jak již bylo zmíněno, k peer lektorům je ze strany spolupracovníků bez zkušenosti s duševním onemocněním uplatňován přístup rovnocenného zacházení. Vytváření vzdělávacích modulů funguje na bázi spolupráce těchto odborníků a peer lektorů. Peer lektoři nejsou svými spolupracovníky podceňováni a jejich hlas je považován za významný. Atmosféra pracovního prostředí je otevřená a nestigmatizující. Taková podoba **podporujícího prostředí** může mít pozitivní vliv na jejich vlastní schopnosti sebeřízení. Důležitým faktorem je zde to, že jsou aktivně zahrnováni do procesu rozhodování a že je jim svěřována do rukou velká míra zodpovědnosti.

Příležitost

Jak je v práci peer lektorů naplňován princip příležitosti? Významným aspektem, který podporuje proces zotavení jedince s duševním onemocněním, je dát mu příležitosti k sociálnímu začleňování do společnosti. Znamená to mít příležitost vybudovat si život navzdory svému duševnímu onemocnění (Repper & Perkins in Shepher et al., 2014).

U osob s vážnými duševními onemocněními hrozí velké riziko jejich odsunu na okraj společnosti. **Práce** je jedním z klíčových faktorů, který umožňuje lidem s duševní nemocí participovat ve společnosti jako aktivní občané (Boardman et al., 2003; Thornicroft, 2011). Samotné zaměstnání peer lektorů v oblasti duševního zdraví tedy pro ně znamená příležitost. Jejich práce také generuje mnoho dalších příležitostí, které přispívají k lepšímu sociálnímu začlenění.

U peer lektorů lze vidět naplňování principu příležitosti již od počátku jejich lektorské kariéry. Tím, že se ucházejí o tyto pracovní pozice, tak si **aktivně přitahují pracovní příležitosti** a přispívají tomu, aby jim vůbec vznikly. Dá se však říci, že lze princip příležitosti spatřovat již v tom, že vůbec peer pozice v konkrétní komunitě či společnosti vznikají. Diagnóza závažného duševního onemocnění je jednou z příčin toho, proč je člověk vyloučený z řad pracovní síly. Jedním z důvodů, proč je pro osoby s nemocí obtížné najít si pracovní uplatnění, je stigmatizující přístup zaměstnavatelů (Thornicroft, 2011). Pro pracovní pozice peer lektorů je přítomnost duševního onemocnění naopak pojímána jako nezbytná a žádoucí. **Zavádění peer lektorských pozic** tak značně rozšiřuje možnosti a příležitosti pro zaměstnávání osob s duševními potížemi.

Většina osob s duševním onemocněním zažívá potíže s nedostatkem financí (Farbiaková, 2008). Je tedy zřejmé, že dalším aspektem poskytujícím možnost začlenění do širší společnosti je **finanční příjem**, který za svou práci peer lektoři získávají. Díky finančnímu příjmu mohou uvažovat o zkvalitnění svého života. Pro peer lektory je navíc významným prvkem to, že jsou jejich mzdy srovnatelné se mzdami lektorů – odborníků, kteří společně s nimi lektorují.

Prvky sociálního začleňování lze v práci peer lektorů pozorovat také v poskytované příležitosti kontinuálního **vzdělávání**. Ačkoliv z mnoha zahraničních výzkumů (např. Chinman et al., 2008; Cabral et al., 2014) vyplývá, že peer pracovníky často provází pocity nedostatečného zaučení při nastoupení na jejich pracovní pozice, peer lektoři

v českých podmínkách se cítí být dostatečně proškolení. Organizace, pod jejichž záštitou peer lektoři pracují, jim poskytují také možnosti dalšího vzdělávání. Faktor dalšího vzdělávání poskytuje peer lektorům příležitosti k dalšímu posílení kompetencí a stejně tak zvyšuje šance na to, aby se peer lektoři následně udrželi na trhu práce.

Důležitým faktorem, ve kterém lze také nacházet naplňování principu příležitosti, je již zmíněný přístup spolupracovníků v podobě **podporovaného zaměstnávání**. Tato forma podpory peer lektorům umožňuje v případě duševní krize dočasně z práce odejít a po odeznění krize se zase vrátit. Je jim tedy dána příležitost „spadnout na dno a zase se zvednout“. To jim tak dále přináší možnost udržení si svého zaměstnání a z ní plynoucího finančního příjmu.

Pracovní zařazení na pozici peer lektora v oblasti duševního zdraví dále pro tyto osoby generuje mnoho sociálních příležitostí. Umožňuje jim vytvářet si kontakty, což jim může přinášet **další pracovní příležitosti** na poli peer aktivit, kterých někteří peer lektoři také využívají. Dále jim jejich práce nese možnosti pro vytváření **sociálních vazeb** a navazování kontaktů v dané komunitě. Nejenom že se peer lektoři díky své práci dostávají do sociálního kontaktu s druhými, ale mnohdy také v této komunitě navazují hluboká přátelství, získávají zde podporu v krizových situacích a celkově zde mají vytvořené bezpečné zázemí. Získávají zde také **kontakty na služby** sociální a zdravotní péče, jež mohou využívat pro podporu vlastního procesu zotavení.

Pro osoby s duševním onemocněním je šance dělat věci, kterých si cení a díky kterým jejich život stojí za to, zásadní pro jejich zotavení (South West London..., 2016). Peer pracovníci v oblasti duševního zdraví často svou práci považují za příležitost „**být součástí něčeho velkého**“ (Moran et al., 2012). Mnozí peer lektoři také pocítují, že svou prací přispívají něčemu většímu, než jsou oni sami. Tyto pocity se u nich objevují v souvislosti se zaučováním další vlny peer lektorů; jejich vzděláváním peer lektoři přispívají k rozvoji samotné profese.

Práce peer lektorů jim dává také příležitost k tomu, aby mohli dělat **smysluplnou činnost**. Sami peer lektoři svou práci považují za užitečnou s potenciálem pomoci druhým lidem. Změna postojů k osobám s duševní nemocí u každého z jejich studentů pro ně představuje příležitost k tomu, aby na tuto problematiku měnili aktuální pohled celé širší společnosti. Cítí, že každým takovým krokem mohou přispívat ke změně aktuálního systému

péče o tyto osoby. Dá se tedy také říci, že práce peer lektorů pomáhá utvářet takovou atmosféru ve společnosti, ve které by lidé s duševním onemocněním měli stále lepší **přístup ke všem možným příležitostem**, které by jejich životy dělaly kvalitnějšími.

Závěr

V této diplomové práci jsem se zabývala tématem peer lektorů, jejichž náplní práce je lektorování o tématech z oblasti duševního zdraví, při kterém využívají vlastní zkušenosti ze života s duševním onemocněním. Důvodem pro výběr tématu bylo mimo jiné to, že dosud nebylo realizováno mnoho výzkumů, jež by se zaměřovaly na peer lektory v oblasti duševního zdraví a na jejich vlastní nahlížení na tuto práci.

Původním záměrem této práce bylo zmapovat proces toho, jak se z osoby s duševním onemocněním stává peer lektor, a to z pohledu samotných peer lektorů. Na základě důkladné analýzy získaných dat jsem došla k rozhodnutí změnit výzkumný záměr práce. V datech se opakovaně vynořovalo téma zotavení jako důležité součásti práce peer lektorů. Nově stanoveným cílem této diplomové práce se tak stalo popsání a objasnění toho, jak jsou v práci peer lektorů naplňovány hlavní principy zotavení – „naděje“, „kontrola“ a „příležitost“.

Práce měla teoreticko-empirický charakter a pro výzkum byla zvolena kvalitativní strategie. Teoretickou část jsem sestavila ze tří základních kapitol, v rámci kterých jsem se soustředila na seznámení čtenářů se zkoumaným tématem. V její první části jsem se věnovala vymezení peer problematiky a teoretického zázemí. Bylo potřebné zde objasnit to, jak pro další práci pojímám termín „peer“ a jak nahlížím do problematiky a aktuální situace vytváření pozic peer pracovníků. Mimo jiné jsem zde také vysvětlila důvody pro následné využívání teoretických poznatků z problematiky peer podpory. V první kapitole jsem se věnovala obecnému vymezení peer práce a dále specifikům aktivit peer pracovníků v oblasti duševního zdraví a jejich zapojování do služeb v českých podmínkách. Druhou kapitolu jsem zaměřila konkrétně na pozici peer lektorů v oblasti duševního zdraví. Představila jsem zde obecné vymezení termínu „lektor“ a toho, jak jej pojímám pro potřeby této práce. Dále jsem se v této kapitole soustředila na pracovní pozice peer lektorů v oblasti duševního zdraví a na to, jak jsou zapojováni do aktivit v České republice. V kapitole třetí jsem se věnovala termínu zotavení jako významnému konceptu v práci peer pracovníků. Uvedla jsem zde tři principy zotavení, od kterých se následně odvíjela podoba specifických výzkumných otázek této práce. Následně jsem se věnovala tématu zaměstnání jako hlavnímu nástroji pro zotavení osob s duševním onemocněním, ve kterých jsem popsala potíže a benefity práce pro tyto osoby. Uvedené poznatky a celou problematiku peer lektorů v oblasti duševního zdraví jsem shrnula v závěru teoretické části práce.

Empirickou část této diplomové práce jsem rozdělila do dvou kapitol. V první z nich jsem se věnovala metodologii výzkumného šetření, kde jsem formulovala výzkumné téma a výzkumný problém. Dále jsem zde popsala hlavní výzkumný cíl a výzkumné otázky, uvedla jsem výzkumný vzorek s kritérii jeho výběru a popsala metodu sběru dat a vstup do terénu. Důležitou součástí této kapitoly bylo uvedení etických aspektů výzkumu, jež se týkaly převážně otázky anonymizace respondentů. Jelikož se práce zabývá citlivou tematikou, bylo nutné anonymitu účastníků výzkumu bezpečně zajistit. V závěru empirické části jsem zaměřila svou pozornost na interpretaci dat, která byla získaná prostřednictvím subjektivního pohledu peer lektorů v oblasti duševního zdraví, a také na shrnutí a diskuzi výsledků vzhledem k principům zotavení.

Na základě výsledků získaných dat jsem došla ke zjištění, že základní principy zotavení jsou naplňovány mnoha různými způsoby a v mnoha oblastech práce peer lektorů. Naplňování **principu naděje** lze nacházet již v souvislosti se samotným nástupem peer lektorů na jejich pracovní pozice. K ucházení se o tyto pozice je vede totiž určitá motivace a zájem. Tyto osoby tedy pohlížejí na svou budoucnost a na naplňování svých osobních cílů s určitou nadějí. Dále peer lektoři vnímají působení na svých pracovních pozicích jako pozitivní zkušenost se zaměstnáním, kde jsou jim poskytovány možnosti pro posilování mnoha jejich osobních kompetencí. Zde lze spatřit naplňování principu naděje v tom, že peer lektoři díky své práci spatřují možnosti dalšího posílení svých kompetencí, kterých se jim před nástupem na pozici nemuselo dostávat. Zároveň je jejich vytrvání na pozici peer lektora také důkazem, že existují takové formy zaměstnání, které jim vyhovují a které mohou přes překážky kladené duševní nemocí zvládat. Tím, že se peer lektoři díky své práci posilují v mnoha osobnostních i odborných kompetencích, zjišťují, že mohou dělat více věcí, než původně mohli předpokládat, a že se mohou nadále ve svých schopnostech posilovat. Jejich práce má také pozitivní vliv na duševní zdraví peer lektorů, čímž je posilován jejich pocit naděje ve vlastní proces zotavení. Dále je princip naděje uplatňován v souvislosti se sdílením osobních příběhů peer lektorů. Do výuky se studenty přináší prvky naděje v tom, že i s vážným duševním onemocněním a jeho omezeními lze mít uspokojivý život, smysluplné role a naplňující práci. Přinášení principu naděje do procesu vzdělávání druhých je tedy jedním z primárních úkolů, jež je od peer lektorů očekáván. Další oblastí, ve které je v práci peer lektorů možné pozorovat uplatňování principu naděje, je podpora spolupracovníků, neboť mezilidské vztahy jsou pro pocitování naděje klíčové. Faktor lidské podpory je důležitý ve chvílích, kdy si peer lektoři sami nevěří a pochybují o svých schopnostech pro

zvládnání překážek a potíží. Potřebují mít vedle sebe někoho, kdo v ně bude věřit, dokud se sami opět neposílí. Pokud je s peer lektory v jejich pracovním prostředí rovnocenně zacházeno a je jim projeována důvěra ze strany jejich spolupracovníků, může tím být posilována jejich víra, a tak i naděje v to, že sami úkoly zvládnou a že jsou pro jejich splnění kompetentní. Princip naděje lze také spatřovat v tom, že peer lektoři přemýšlí o své budoucnosti a o dalších cílech, kterých by chtěli dosahovat. Naplňování principu naděje lze však především spatřovat v tom, že peer lektoři věří v hlavní myšlenky své práce a v to, že lze měnit stigmatizující přístup společnosti i systém péče o tyto osoby.

Za naplňování **principu kontroly** v práci peer lektorů lze pojímat samotný fakt, že mají uživatelé psychiatrické péče možnost a přístup k zapojování se do řešení otázek týkajících se jejich samotných. Peer lektoři svými aktivitami přebírají kontrolu nad procesem zkvalitňování životních podmínek osob s duševní nemocí. Naplňování principu kontroly lze dále spatřovat hlavně v souvislosti s posilováním mnoha osobnostních i lektorských kompetencí peer lektorů. Různé podoby posílení jim poskytují příležitost k tomu, aby lépe dosahovali svých cílů, a tak měli své životy „pod kontrolou“. Pracovní zařazení osob s duševním onemocněním má vliv na jejich duševní zdraví – peer lektory je jejich práce pojímána jako možný nástroj kontroly pro zlepšování své psychické pohody. Naplňování principu kontroly souvisí také s jedním ze základních pilířů pracovní náplně peer lektorů, čímž je sdílení svého osobního příběhu. Díky nutnosti uspořádání minulých zkušeností dochází u peer lektorů k lepšímu sebepoznání. Získávají pochopení toho, co a jak se jim v minulosti stalo, a mají tak možnost kontroly nad vyrovnáním se se svou minulostí. Díky tomu se také učí lépe poznávat svou nemoc a následně i lépe pečovat o své duševní zdraví. Tím si upevňují schopnost psychohygieny a sebe-pomoci, a je tak posilována i jejich „kontrola“ ve chvílích, kdy jim není po psychické stránce dobře. Dalším ziskem práce peer lektorů je zasvěcení se do problematiky duševního zdraví. Díky získání vhledu do problematiky duševního zdraví jsou informačně posílení a lépe ví, jak funguje systém psychiatrické péče a kam si mohou v krizových chvílích zajít pro pomoc. Díky tomu tedy získávají možnost převzít do svých rukou vlastní proces zotavení. Aby jedinec s duševní nemocí mohl dosahovat svých cílů a přebírat kontrolu nad svými problémy, je zapotřebí, aby se nacházel v takovém prostředí, které jej podporuje v pozitivních změnách. Peer lektoři nejsou svými spolupracovníky podceňováni a jejich hlas je považován za významný. Důležitým faktorem je zde to, že jsou aktivně zahrnováni do procesu rozhodování a že je jim

svěřována do rukou velká míra zodpovědnosti. Takové pracovní zázemí může mít pozitivní vliv na jejich vlastní schopnosti sebeřízení.

Významným aspektem, který podporuje proces zotavení jedince s duševním onemocněním, je příležitost k sociálnímu začleňování do společnosti. Naplňování **principu příležitosti** je možné na pracovních pozicích peer lektorů spatřovat v mnoha ohledech. Samotné zaměstnání peer lektorů v oblasti duševního zdraví pro ně znamená příležitost. Jejich práce také generuje mnoho dalších příležitostí, které přispívají k lepšímu sociálnímu začlenění. Naplňování principu příležitosti lze u peer lektorů vidět již od počátku jejich lektorské kariéry. Tím, že se ucházejí o tyto pracovní pozice, si aktivně přitahují pracovní příležitosti a přispívají tomu, aby jim vůbec vznikly. Dá se však říci, že lze princip příležitosti spatřovat již v tom, že vůbec peer pozice v konkrétní komunitě či společnosti vznikají. Zavádění peer lektorských pozic totiž značně rozšiřuje možnosti a příležitosti pro zaměstnávání osob s duševními potížemi. Většina osob s duševním onemocněním zažívá potíže s nedostatkem financí, a je tedy zřejmé, že dalším aspektem poskytujícím peer lektorům možnost začlenění do širší společnosti je finanční příjem, který za svou práci získávají. Prvky sociálního začleňování lze v práci peer lektorů pozorovat také v poskytované příležitosti kontinuálního vzdělávání, což peer lektorům dále poskytuje příležitosti k dalšímu posilování kompetencí, a stejně tak zvyšuje šance na to, aby se udrželi na trhu práce. Důležitým faktorem, ve kterém lze také nacházet naplňování principu příležitosti, je již zmíněný přístup spolupracovníků v podobě podporovaného zaměstnávání, který jim poskytuje příležitost „spadnout na dno a zase se zvednout“. Pracovní zařazení na pozici peer lektora v oblasti duševního zdraví dále pro tyto osoby generuje mnoho sociálních příležitostí, a to možnost vytváření sociálních vazeb a navazování kontaktů v dané komunitě a zde také získávání kontaktů na služby sociální a zdravotní péče. Práce peer lektorů jim dává rovněž příležitost k tomu, aby mohli dělat smysluplnou a užitečnou činnost s potenciálem pomoci druhým lidem. Změna postojů k osobám s duševní nemocí u každého z jejich studentů pro ně představuje příležitost, díky které se může měnit aktuální pohled celé širší společnosti na tuto problematiku. Dá se tedy také říci, že práce peer lektorů pomáhá utvářet takovou atmosféru ve společnosti, v níž by lidé s duševním onemocněním měli stále lepší přístup k různým příležitostem, které by jejich životy dělaly kvalitnějšími.

Mezi limity této diplomové práce řadím to, že ji bylo obtížné uchopit z teoretického hlediska. Dosavadní výzkumy zaměřené na tematiku peer lektorů se zaměřovaly spíše na

perspektivy studentů vzdělávacích kurzů než na perspektivy lektorů s duševním onemocněním. Většina výzkumů z problematiky peer práce dále pojednává celkově o „peer pracovních“ a jejich výzkumníci se v rámci jedné studie zabývají všemi typy peer pracovních pozic. Z těchto důvodů nebylo zcela možné porovnávat zkušenosti peer lektorů této diplomové práce s jejich zahraničními kolegy peer lektory. Práci také provázely terminologické komplikace v souvislosti s využíváním termínu „peer“ a „peer podpory“. Těm by se dalo předejít, pokud by bylo výzkumné šetření provedeno až ve chvíli, kdy by peer lektoři v českých podmínkách naplňovali „v pravém slova smyslu“ titul peera. Další limit této práce spatřuji v aspektu anonymizace respondentů. Před výzkumným šetřením jsem zjistila, že jména konkrétních peer lektorů této práce nejsou dohledatelné, což mi umožnilo výzkum se zajištěním jejich anonymity před veřejností realizovat. Peer lektoři se však mezi sebou ve své komunitě, i vzhledem k citlivé povaze náplni jejich práce (sdílení svého příběhu), vzájemně velmi dobře znají. Proto nebylo zcela možné zajistit anonymitu mezi samotnými respondenty této práce. Pro vytvoření pocitu bezpečí jsem se však tento aspekt snažila podchytit tím, že jsem se na něj před realizací každého z rozhovorů respondentů dotázala. Pravděpodobnost toho, že je jejich peer kolegové ve výzkumu rozpoznají, nevadila žádnému z těchto respondentů.

Hlavním přínosem této diplomové práce je rozšíření odborného poznání v tematické oblasti peer lektorství v oblasti duševního zdraví ve spojení s tématem principů zotavení. Z dostupných zdrojů je zřejmé, že dosud nebyly realizovány žádné české studie, které by se zaměřovaly na pozice peer lektorů. Poznatky práce tak mohou sloužit těm osobám, které by chtěly získat základní přehled této problematiky v českých podmínkách. Výsledky empirického šetření také mohou být využity v praxi koordinátorů projektů zavádění pracovních pozic peer lektorů v České republice. Mohou pro ně posloužit jako zpětná vazba jejich práce a také jako zdroj informací pro usnadnění zavádění dalších pozic peer lektorů do budoucna. Výsledky výzkumu mohou být zajímavé i pro osoby s duševním onemocněním, které by v budoucnosti mohly nastupovat na pozice peer lektorů. Díky nim by získaly přehled o klíčových aspektech práce peer lektorů a také o tom, jaký mohou mít tyto faktory v případě nástupu na uvedené pracovní pozice vliv na jejich vlastní proces zotavení. V neposlední řadě by poznatky této diplomové práce mohly být přínosem pro samotné peer lektory, jež se účastnili jejího výzkumu. Shrnují jejich dosavadní zkušenosti na jejich pracovních pozicích, a mohou jim tak poskytnout ucelený přehled o tom, jak aspekty této práce působí na jejich proces zotavení. Přínos této diplomové práce pro peer lektory jsem však mohla spatřovat již

v průběhu realizace výzkumného šetření, při kterém někteří z respondentů uváděli, že jim rozhovor k výzkumu poskytl příležitost k utřídění svých myšlenek.

K závěru této práce vnímám považuji za podstatné zmínit, jaké spatřuji výzvy pro okruh výzkumu v souvislosti s problematikou peer lektorů v oblasti duševního zdraví. Zprvė by se dle mého mínění mohla ještě dále využít data získaná v rámci šetření této diplomové práce. Bylo by možné dále pokračovat v analýze a zaostřovat pozornost na nová vynořující se témata, jelikož získaná data jsou velmi bohatá. Největší výzvu pro výzkum však vidím v opakování šetření této diplomové práce ve chvíli, kdy budou mít peer lektoři v českých podmínkách opakovanou zkušenost se vzděláváním druhých osob s duševním onemocněním. Domnívám se, že se s tímto novým typem cílové skupiny bude měnit i podoba zisků a potíží, které peer lektoři na svých pracovních pozicích zažívají. Tyto nové faktory jistě budou mít dále vliv na jejich vlastní proces zotavení, jež by bylo dle mého mínění v budoucnu zapotřebí blíže prozkoumat.

Seznam zdrojů

- Ahmed, A. O., Hunter, K. M., Mabe, A. P., Tucker, S. J., & Buckley, P. F. (2015). The professional experiences of peer specialists in the Georgia Mental Health Consumer Network. *Community Mental Health Journal*, 51(4), 424-436.
- Allicock, M., Carr, C., Johnson, L. S., Smith, R., Lawrence, M., Kaye, L., ... & Manning, M. (2014). Implementing a one-on-one peer support program for cancer survivors using a motivational interviewing approach: results and lessons learned. *Journal of Cancer Education*, 29(1), 91-98.
- Andresen, R., Oades, L., Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 586-594.
- Anthony, W. A. (2000). A recovery-oriented service system: Setting some system level standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(2), 159.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11.
- Asad, S., & Chreim, S. (2016). Peer support providers' role experiences on interprofessional mental health care teams: A qualitative study. *Community mental health journal*, 52(7), 767-774.
- Baobab z.s. (2015). *Výroční zpráva 2015*. Dostupné z http://www.baobab-zs.cz/wp-content/uploads/2016/08/vzbao2015_web.pdf
- Bednaříková, I. (2006). *Kapitoly z andragogiky 2*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Bird, L. (2001). Poverty, social exclusion and mental health: A survey of people's personal experiences. *A Life in the Day*, 5(3), 4-8.
- Blanch, A., Filson, B., Penney, D., & Cave, C. (2012). *Engaging women in trauma-informed peer support: A guidebook*. Alexandria, VA: National Center for Trauma-Informed Care.
- Boardman, J., & Friedli, L. (2012). Recovery, public mental health and well-being. *NHS Confederation & Centre for Mental Health*.
- Boardman, J., Grove, B., Perkins, R., & Shepherd, G. (2003). Work and employment for people with psychiatric disabilities. *British Journal of Psychiatry*, 182, 467-468.

- Bonney, S., & Stickley, T. (2008). Recovery and mental health: a review of the British literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(2), 140-153.
- Brohan, E., Henderson, C., Wheat, K., Malcolm, E., Clement, S., Barley, E. A., ... & Thornicroft, G. (2012). Systematic review of beliefs, behaviours and influencing factors associated with disclosure of a mental health problem in the workplace. *BMC Psychiatry*, 12(1), 11.
- Brunier, G., Graydon, J., Rothman, B., Sherman, C., & Liadsky, R. (2002). The psychological well-being of renal peer support volunteers. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 40-49.
- Cabral, L., Strother, H., Muhr, K., Sefton, L., & Savageau, J. (2014). Clarifying the role of the mental health peer specialist in Massachusetts, USA: Insights from peer specialists, supervisors and clients. *Health & Social Care in the Community*, 22(1), 104-112.
- Castelein, S., Bruggeman, R. J., van Busschbach, J. T., van der Gaag, M., Stant, A. D., Knegtering, H. & Wiersma, D. (2008) The effectiveness of peer support groups in psychosis: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118, 64-72.
- Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (2013). *Materiály projektu: Zapojení uživatelů péče do vzdělávání v oblasti péče o duševní zdraví*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.
- Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (2017). *Materiály projektu: Recovery College*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.
- Clay, S. (Ed.). (2005). *On our own, together: Peer programs for people with mental illness*. Vanderbilt University Press.
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*, 63(10), 963-973.
- Corrigan, P. W., Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Solomon, P. (2012). *Principles and practice of psychiatric rehabilitation: An empirical approach*. New York: Guilford press.
- Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K. & Miller, R. (2012) Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry*, 11, 123-128.

- Davidson, L., Chinman, M., Kloos, B., Weingarten, R., Stayner, D. a Tebes, J. K. (1999). Peer support among individuals with severe mental illness: A review of the evidence. *Clinical psychology: Science and practice*, 6(2), 165-187.
- Davidson, L., Chinman, M., Sells, D., & Rowe, M. (2006). *Peer podpora dospělých se závažným duševním onemocněním: terénní zpráva*. Dostupné z http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Peer-podpora-dospelych-se-zavaznym-dusevnim-onemocnenim_final.pdf
- Davidson, L., Rowe, M., Tondora, J., O'Connell, M. J., & Lawless, M. S. (2008). *A practical guide to recovery-oriented practice: Tools for transforming mental health care*. New York: Oxford University Press.
- Davidson, L., Tondora, J., & Ridgway, P. (2010). Life is not an “outcome”: Reflections on recovery as an outcome and as a process. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13(1), 1-8.
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11.
- Deegan, P., E. (1996a). *Recovery, Rehabilitation and the Conspiracy of hope: "There's a Person In Here"*. *The Sixth Annual Mental Health Services Conference of Australia and New Zealand*. Dostupné z <https://www.patdeegan.com/pat-deegan/lectures/conspiracy-of-hope>
- Deegan, P. E. (1996b). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric rehabilitation journal*, 19(3), 91.
- Disman, M. (2002). *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum.
- Dobré místo (2016). Zaostřeno na duši. *Peer aktivity*. Dostupné z http://www.lidemezilidmi.cz/pdf/peer_aktivity.pdf
- Dogra, N., & Holley, T. (2011). Involvement of service users in psychiatric education. In Brown, T., & Eagles, J. Eds., *Teaching Psychiatry to Undergraduates*. London: RCPsych Publications.
- Dvořáková, M., & Langer, T. (2012). Cesty profesionalizace andragogické práce. *Andragogika: čtvrtletník pro rozvoj a vzdělávání dospělých*, (3), 5–6.
- Farbiaková, I. (2008). Bariéry v pracovním uplatnění osob s dlouhodobým duševním onemocněním. *Sociální práce/Sociálna práca*, (1), 77-87.
- Farkas, M. (2007). The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry*, 6(2), 68.

- Foitová, Z. (2009). Komunitní péče aneb Aby péče o duši neztratila duši. In Pěč, O., Probstová, V. eds., *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. (s. 208-245). Praha: TRITON.
- Foitová, Z., Heřt, Z., Pinkasová, M. V., Rolenc, V., Růžičková, B. M., Soldánová, P. S., ... & Zajíčková, M. A. (2016). *Zapojení peer konzultantů do komunitní a lůžkové péče o duševní zdraví*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.
- Francis, L. E., Colson, P. W., & Mizzi, P. (2002). Beneficence vs. obligation: Challenges of the Americans with Disabilities Act for consumer employment in mental health services. *Community Mental Health Journal*, 38(2), 95-110.
- Franke, C., Paton, B. & Gassner, L. (2010) Implementing mental health peer support: a South Australian experience. *Australian Journal Primary Health*. 16(2):179–86.
- Frayn, E., Duke, J., Smith, H., Wayne, P., & Roberts, G. (2016). A voyage of discovery: setting up a recovery college in a secure setting. *Mental Health and Social Inclusion*, 20(1), 29-35.
- Gidman, J. (2013). Listening to stories: Valuing knowledge from patient experience. *Nurse Education in Practice*, (13), 192–196.
- Gillard, S. G., Edwards, C., Gibson, S. L., Owen, K., & Wright, C. (2013). Introducing peer worker roles into UK mental health service teams: a qualitative analysis of the organisational benefits and challenges. *BMC Health Services Research*, 13(1), 188.
- Graham, J. T., & Rutherford, K. (2016). *The Power of Peer Support: What we have learned from the Centre for Social Action Innovation Fund*. Dostupné z http://cdn.basw.co.uk/upload/basw_42003-2.pdf
- Grenier, S. (2012). Making Space for Peer Support: A New Way to Look at an Old Problem. *Peer Bulletin*, (217), 10-16.
- Hamilton, A. B., Chinman, M., Cohen, A. N., Oberman, R. S., & Young, A. S. (2015). Implementation of consumer providers into mental health intensive case management teams. *The journal of behavioral health services & research*, 42(1), 100-108.
- Harnois, G., & Gabriel, P. (2000). *Mental health and Work: Impact Issues and Good Practices*. Geneva: World Health Organization and International Labour Organisation.

- Hejzlar, P., Halíř, M., & Fiala, M. (2010). Komunitní přístup v péči o dlouhodobě duševně nemocné. *Psychiatrie, 14*(3), 146-152.
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Higgins, A., Maguire, G., Watts, M., Creaner, M., McCann, E., Rani, S., & Alexander, J. (2011). Service user involvement in mental health practitioner education in Ireland. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 18*(6), 519-525.
- Chandler, R., & Repper, J. (2011). Making recovery a reality for family and friends. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice, 6*(1), 29-37.
- Chinman, M., Lucksted, A., Gresen, R., Davis, M., Losonczy, M., Sussner, B., & Martone, L. (2008). Early experiences of employing consumer-providers in the VA. *Psychiatric Services, 59*(11), 1315-1321.
- Chinman, M., Young, A. S., Hassell, J., & Davidson, L. (2006). Toward the implementation of mental health consumer provider services. *The Journal of Behavioral Health Services & Research, 33*(2), 176.
- Chrtková, D. (2016). *Konference Aktuální trendy v péči o lidi s duševním onemocněním: Výzkum v NUDZu vedený za spolupráce s lidmi s osobní zkušeností s duševním onemocněním*. Dostupné z <http://docplayer.cz/23522180-Konference-aktualni-trendy-v-peci-o-lidi-s-dusevnim-onemocnenim-dubna-2016.html>
- Jacobson, N., Trojanowski, L., & Dewa, C. S. (2012). What do peer support workers do? A job description. *BMC Health Services Research, 12*(1), 205.
- Jíra, O., Rampouchová, J., & Veselý, V. (2004). *Základy lektorské práce*. Praha: Institut dětí a mládeže MŠMT.
- Kemp, V., & Henderson, A. R. (2012). Challenges faced by mental health peer support workers: peer support from the peer supporter's point of view. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 35*(4), 337-340.
- Kondrátová, L., & Winkler, P. (2017). Podporované zaměstnávání osob s vážným duševním onemocněním – zahraniční a česká zkušenost: narativní syntéza. *Česká a slovenská psychiatrie, 113*(3), 132-139.
- Kools, J. P. (2011). *Peer involvement*. Trimbos Instituut: Correlation Network. Dostupné z: <http://www.peerinvolvement.eu/>

- Lapsley, H., Nikora, L. W. & Black, R. (2002). "Kia Mauri Tau!" *Narratives of recovery from disabling mental health problems. Report of the University of Waikato Mental Health Narratives Project*. Wellington: Mental Health Commission.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452.
- MacLellan, J., Surey, J., Abubakar, I., & Stagg, H. R. (2015). Peer support workers in health: a qualitative metasynthesis of their experiences. *PloS one*, 10(10), 1-17.
- Madsen, W. C., & Gillespie, K. (2014). *Collaborative helping: A strengths framework for home-based services*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Makovcová, M. S. (2010). *Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením*. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. Dostupné z https://www.mpsv.cz/files/clanky/10775/umluva_info_160511.pdf
- Malach, J. (2003). *Andragogika*. Ostrava: Ostravská univerzita.
- Marková, E., Venglářová, M., & Babiaková, M. (2006). *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada.
- Mead, S., Hilton, D., & Curtis, L. (2001). Peer support: A theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(2), 134.
- Medlíková, O. (2010). *Lektorské dovednosti: manuál úspěšného lektora*. Praha: Grada.
- Mental Health Commission. (2008). *A recovery approach within the Irish mental health services: A framework for development*. Dublin: Mental Health Commission.
- Mental Health Commission of New South Wales. (2016). *Employer's guide to implementing a peer workforce: Language Guides*. Dostupné z http://peerworkhub.com.au/wp-content/uploads/2016/11/MHC_223072_Language-Guide_Consumer_v4.pdf
- Merriam, S. B. (1998) *Qualitative Research and Case Study Applications in Education*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2013). *Strategie reformy psychiatrické péče*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. Dostupné z http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf

- Miyamoto, Y., & Sono, T. (2012). Lessons from peer support among individuals with mental health difficulties: a review of the literature. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH*, (8), 22.
- Moll, S., Holmes, J., Geronimo, J., & Sherman, D. (2009). Work transitions for peer support providers in traditional mental health programs: unique challenges and opportunities. *Work*, 33(4), 449-458.
- Moran, G. S., Russinova, Z., Gidugu, V., & Gagne, C. (2013). Challenges experienced by paid peer providers in mental health recovery: a qualitative study. *Community Mental Health Journal*, 49(3), 281-291.
- Moran, G. S., Russinova, Z., Gidugu, V., Yim, J. Y., & Sprague, C. (2012). Benefits and mechanisms of recovery among peer providers with psychiatric illnesses. *Qualitative Health Research*, 22(3), 304-319.
- Moran, G. S., Russinova, Z., & Stepsas, K. (2012). Toward understanding the impact of occupational characteristics on the recovery and growth processes of peer providers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(5), 376.
- Mowbray, C. T., Moxley, D. P., & Collins, M. E. (1998). Consumers as mental health providers: First-person accounts of benefits and limitations. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 25(4), 397-411.
- Nesta (2015). *Peer support: What is it and does it work? Summarising evidence from more than 1000 studies.* Dostupné z https://www.nesta.org.uk/sites/default/files/peer_support_-_what_is_it_and_does_it_work.pdf
- NSP – národní soustava povolání. *Lektor dalšího vzdělávání.* Dostupné z http://katalog.nsp.cz/karta_p.aspx?id_jp=102195
- Ochocka, J., Nelson, G., Janzen, R., & Trainor, J. (2006). A longitudinal study of mental health consumer/survivor initiatives: Part 3—A qualitative study of impacts of participation on new members. *Journal of Community Psychology*, 34(3), 273-283.
- Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O., & Cook, J. A. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery: A review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 9.
- Owen, C., & Reay, R. E. (2004). Consumers as tutors—legitimate teachers?. *BMC Medical Education*, 4(1), 14.

- Palán, Z. (2002). *Lidské zdroje: výkladový slovník: výchova, vzdělávání, péče, řízení*. Praha: Academia.
- Palán, Z. (2003). *Základy andragogiky*. Praha: Vysoká škola J. A. Komenského.
- Paleček, J. & Říčan, P. (2015). *Zpráva o přínosu zapojení peer konzultantů*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. Dostupné z <http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Institut/Zprava-o-prinosu-zapojeni-peer-konzultantu-PEK-Praha-2015.pdf>
- Perry, J., Watkins, M., Gilbert, A., & Rawlinson, J. (2013). A systematic review of the evidence on service user involvement in interpersonal skills training of mental health students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(6), 525-540.
- Plamínek, J. (2014). *Vzdělávání dospělých: průvodce pro lektory, účastníky a zadavatele*. Praha: Grada.
- Probstová, V., & Pěč, O. (2014). *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál.
- Průcha, J., & Veteška, J. (2012). *Andragogický slovník*. Praha: Grada.
- Reichel, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada.
- Repper, J., Aldridge, B., Gilfoyle, S., Gillard, S., Perkins, R., & Rennison, J. (2013). *Peer support workers: Theory and practice*. London: Centre for Mental Health.
- Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20(4), 392-411.
- Repper, J., & Perkins, R. (2009). Recovery and social inclusion. *Mental Health Nursing Skills*, 85-95.
- Ridgway, P. (2001). Restorying psychiatric disability: learning from first person recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(4), 335.
- Říčan, P. (2014). Pomáhat pomáhá. *Esprit*, (2), 8-9.
- Salzer, M. S., Schwenk, E., & Brusilovskiy, E. (2010). Certified peer specialist roles and activities: Results from a national survey. *Psychiatric Services*, 61(5), 520-523.
- SAMHSA, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2017). *SAMHSA's working definition of recovery*. Dostupné z <https://store.samhsa.gov/shin/content/PEP12-RECDEF/PEP12-RECDEF.pdf>
- Scott, A., Doughty, C. & Kahi, H. (2011) *Peer Support Practice in Aotearoa, New Zealand*. Christchurch: University of Canterbury.

- Shah, N., & Vankar, G. K. (2009). Dissociation In Psychiatric Inpatients. *Archives of Indian Psychiatry*, 10(1), 25.
- Shepherd, G., Boardman, J., & Burns, M. (2010). *Implementing recovery. A methodology for organisation change*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.
- Shepherd, G., Boardman, J., & Slade, M. (2008). *Making recovery a reality*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.
- Sherman, P. S., & Porter, R. (1991). Mental health consumers as case management aides. *Psychiatric Services*, 42(5), 494-498.
- Simons, L., Tee, S., Lathlean, J., Burgess, A., Herbert, L., & Gibson, C. (2007). A socially inclusive approach to user participation in higher education. *Journal of Advanced Nursing*, 58(3), 246-255.
- Skácelová, L. (2003). Vrstevnické skupiny, peer programy. In: Kalina, K., *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2. díl* (s. 307-310). Praha: Úřad vlády České republiky.
- South West London and St George's Mental Health NHS Trust. (2016). *What is Recovery?* London: Communications Department.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert.
- Sunderland, K., & Mishkin, W. (2014). *Guidelines for the practice and training of peer support*. Calgary: Mental Health Commission of Canada.
- Svenson, G. R. (1998). *European guidelines for youth AIDS peer education*. Dostupné z <https://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/HIV%20AIDS%20102e.pdf>
- Šupa, J. (2006). *Expertíza pro cílovou skupinu „Osoby s duševním onemocněním“*. Brno: Masarykova univerzita. Dostupné z http://www.socialnipecerbrno.cz/useruploads/files/expert%C3%ADza_-_osoby_s_du%C5%A1evn%C3%ADm_onemocn%C4%9Bn%C3%ADm.doc
- Šustrová, I. (2015). *Psychoedukační význam svépomocných skupin klientů s duševním onemocněním* (Diplomová práce). Dostupné z https://theses.cz/id/ygmtep/sustrova_bp_tisk.pdf
- Švaříček, R., Šed'ová, K. et al. (2014). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.

- Tait, L., & Lester, H. (2005). Encouraging user involvement in mental health services. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(3), 168-175.
- Tew, J., Gell, C., & Foster, S. (2004). *Learning from experience: Involving service users and carers in mental health education and training*. Nottingham: University of Nottingham.
- Thornicroft, G. (2011). *Ti, kterým se vyhýbáme: diskriminace lidí s duševním onemocněním*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.
- Toušek, L., Budilová, J. L., Fatková, G., Hejnal, O., Lupták, L., Růžička, M., & Šimek, J. (2015). *Kapitoly z kvalitativního výzkumu*. Plzeň: Západočeská univerzita.
- Townend, M., Tew, J., Grant, A., & Repper, J. (2008). Involvement of service users in education and training: A review of the literature and exploration of the implications for the education and training of psychological therapists. *Journal of Mental Health*, 17(1), 65-78.
- Trdá, J. (2011). *Lektorské finty. Jak připravit a realizovat zajímavá školení*. Praha: Grada.
- Vobořil, J. & Kalina, K. (2003). Svépomocné skupiny. In: Kalina, K., *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2. díl* (s. 84-87). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Waghorn, G., & Lloyd, C. (2005). The employment of people with mental illness. *Australian e-journal for the Advancement of Mental Health*, 4(2), 129-171
- Waghorn, G., Chant, D., & King, R. (2005). Work-related self-efficacy among community residents with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(2), 105.
- Winkler, P., Csémy, L., Janoušková, M., & Krejníková, L. (2013). *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Zajíčková, A. (2016). *Konference Aktuální trendy v péči o lidi s duševním onemocněním: Internetová psychiatrická poradna se zapojením peer poradců*. Dostupné z <https://anzdoc.com/konference-aktualni-trendy-v-peci-o-lidi-s-duevnim-onemocnim85ea79020b0266c575348180d540c7a923392.html>
- Zajíčková, A. (2017). *Konference „O nás s námi“: Kdo je to peer a jeho role a postavení v multidisciplinárním týmu*. Dostupné z http://www.reformapsychiatrickepece.cz/user/24482/upload/ftp_client/Pacientsk%C3

[%A1%20konference/AZ%20Kdo%20je%20to%20peer%20a%20jeho%20role%20a.p
df](#)

Přílohy

Příloha č. 1 – Etický kodex lektora s vlastní zkušeností (peer lektora)

Příloha č. 2 – Tazatelské schéma polostrukturovaného rozhovoru

Příloha č. 3 – Úryvek z pořízeného rozhovoru

Příloha č. 1 - Etický kodex lektora s vlastní zkušeností (peer lektora)

Posláním práce peer lektora je (vy)užívat svou jedinečnou zkušenost s duševním onemocněním k ovlivnění žádoucích postojů budoucích profesionálů péče o duševní zdraví.

... při své práci se hlásí k těmto hodnotám:

Přistupovat s respektem ke studentům a očekávat respekt od nich. Být hrdinou svého příběhu.

Podávat ověřené informace, odkazovat na jejich zdroje (literatura, odborná literatura, osobní svědectví vlastní či jiných lidí, zprávy z médií aj.).

Přinášet vlastní zkušenost jako důležitou součást výuky, propojovat svou zkušenost s dalšími dostupnými informacemi.

Být zdrženlivý ve vynášení obecných soudů a odsudků (všichni, vždycky apod.), usilovat ve výuce o vyváženost (objektivitu) a přinášení i pozitivních příkladů – dobré praxe, pozitivních zkušeností.

Konkrétnost.

Usilovat o zlepšení, nápravu, rozvoj.

Sebereflexe – to, co říkám studentům – je skutečně ku prospěchu?

Upřímnost, vlídnost.

Bourání stereotypů – přinášením silných informací.

Studenti mají právo vědět, že se dějí v systému péče o duševní zdraví špatné věci. Mají také právo vědět, že se dějí i věci dobré, prospěšné.

Neříkat studentům, co mají dělat, nechat to na nich, ať se názorově vyprofilují, ať zaujmou vlastní postoje.

Příloha č. 2 – Tazatelské schéma polostrukturovaného rozhovoru

Výzkumné otázky a tazatelské schéma polostrukturovaného rozhovoru se zakládá na původně stanoveném cíli práce.

HVO: Jak peer lektoři interpretují proces stávání se peer lektorem v oblasti duševního zdraví?

SVO1: Jak peer lektoři interpretují svůj vstup na pracovní pozice peer lektorů?

TO1: Jak se to stalo, že jste se stal/a peer lektorem?

TO2: Co jste potřeboval/a udělat pro to, abyste se stal/a peer lektorem?

TO3: Jaká byla vaše motivace pro to stát se peer lektorem?

TO4: Jaká byla vaše očekávání od toho stát se peer lektorem?

TO5: Co bylo v začátcích stávání se peer lektorem nejobtížnější?

TO6: Co vám v začátcích usnadňovalo stávání se peer lektorem?

SVO2: Jak peer lektoři interpretují své aktuální působení na pracovních pozicích peer lektorů?

TO7: Co je náplní vaší práce jako peer lektora?

TO8: Co aktuálně zažíváte v působení na pozici peer lektora?

TO9: Co vás překvapilo na pozici peer lektora?

TO10: Když se zaměříte na rozdíly mezi vaším předchozím očekáváním a realitou, v čem vidíte největší rozdíl?

TO11: Jaké faktory vám komplikují vaše působení na pozici peer lektora?

TO12: Co je pro vás v působení na pozici peer lektora obtížné?

TO13: Kdy jste měl/a pocit, že se vám v pozici peer lektora něco nedařilo?

TO14: Kdy jste měl/a pocit, že byste chtěl/a s touto prací skončit?

TO15: Jaké faktory vám naopak usnadňují vaše působení na pozici peer lektora?

TO16: Co se vám daří dělat snadno na pozici peer lektora?

TO17: Kdy jste měl/a pocit, že se vám v pozici peer lektora něco zdařilo?

TO18: V čem jste se zlepšil/a na pozici peer lektora?

SVO3: Jak si peer lektoři představují své směřování do budoucnosti?

TO19: Co byste potřeboval/a na vaší pozici peer lektora, aby vám v ní bylo ještě lépe?

TO20: Jak mohou být naplněny tyto potřeby?

TO21: Co byste ještě chtěl/a změnit v souvislosti s vaším působením na pozici peer lektora?

TO22: Jaké jsou možnosti dalšího vývoje pozice peer lektora do budoucnosti?

Ukončovací otázka:

Napadá vás něco, co byste chtěl/a ještě k našemu rozhovoru doplnit? Je něco, co vám teď třeba běží v hlavě?

Doplňující otázky:

Kolik vám je let?

Jakého typu je vaše duševní onemocnění?

Jaký máte dosažený stupeň vzdělání a v jakém oboru?

Příloha č. 3 – Úryvek z pořízeného rozhovoru

(V – výzkumník; R – respondent)

V: A když se zeptám ještě na ten začátek, na ten tvůj vstup na tvou pozici, jak se to stalo, že ses stal peer lektorem?

R: No já právě shodou okolností v té organizaci, kde jsem teďka před chvílí byl, tak já jsem byl učitelem na ZŠ, což je samo o sobě hodně náročné. Ale pak jsem měl spoustu osobních problémů, s tím že já jsem se několik let neléčil, vzhledem k tomu, že jsem měl velmi špatné zkušenosti s naším systémem psychiatrickým a vůbec s lidma, neměl jsem na to úplně štěstí. A vlastně jsem se ve 20. rozhodl, že se přestanu léčit, takže jsem se neléčil. A i když ta nemoc se někdy ozývala, tak prostě jsem pořád byl schopný jako... měl jsem prostě psychózy, slyšel jsem hlasy, nějakou domácí péčí a klidem a prací na sobě to samo odeznělo. A já jsem začal studovat vysokou školu dálkově, v druhém ročníku jsem začal pracovat. A pak teda někdy se u mě symptomy té nemoci objevovaly, ale byl jsem schopný to zvládnout nějak sám. A v té práci mě to nijak více neomezovalo, maximálně že jsem třeba byl unavený někdy nebo tak. Takže prostě pracoval jsem spoustu let i s tím, že ty psychotické stavy prostě přicházely. Ale už jsem neslyšel hlasy. A pak vlastně po několika letech, kdy vygradovaly ty osobní problémy, do toho jsem pracoval asi 14 hodin denně, tak přišla psychóza takového rázu, se kterou jsem se snažil asi ještě měsíc pracovat. A odvezla mě záchranka do Bohnic, kterou jsem si sám zavolal, a tam mi doporučili začít navštěvovat doktora. Dali mi tam nějaké léky, s tím že si mě tam chtěli nechat, ale já jsem je přesvědčil, že musím jít dělat faktury a že bych finančně to nezvládl, že to nejde tam zůstat. A našel jsem si teda doktora, začal jsem se léčit. A pak mě teda z práce vyhodili, protože jsem chtěl 14 dní dovolenou, a ten papír byl podepsaný od psychiatra. Oni mi nejdříve řekli, že mi to umožní, ale když viděli ten papír od psychiatra, tak řekli, ať už tam teda nechodím. Takže to bylo hodně diskriminační, ale já jsem v té době neměl určitě sílu řešit ještě tohle, protože jsem nevěděl, jak na tom budu dál. A pak vlastně přišly hrozné deprese, nebyl jsem schopný vlastně ničeho. A ten stav se potom rapidně mnohem více zhoršil, takže jsem byl jak psychotický, tak v hlubokých depresích. A protože jsem zaprvé měl velké finanční problémy s tím spojené samozřejmě, neměl jsem úplně kde bydlet nebo jak to z čeho zaplatit, a hlavně jsem chtěl pracovat. Ale nebylo pro mě úplně možné se vrátit třeba do toho školství v tuhle chvíli, tak jsem šel právě do téhle organizace (název organizace), kde nabízeli nějaké poradenství a case management, a tak jsem tam přišel s tím, že chci pracovat, ale nevím, co mám dělat a co by mi doporučili a jaké

by třeba byly možnosti. A tam mi právě dali leták s téma pozicema (peer lektorů), což mi přišlo jako v tu chvíli jako hrozně zajímavé a že vlastně bych v tom určitě byl dobrý, protože jsem zvyklý mluvit před lidma, jsem zvyklý něco přednášet, a ještě navíc jsem vystudoval speciální pedagogiku, což vlastně mám nějaké zkoušky z psychologie a z psychiatrie. Tak mi přišlo, že nejsem ani mimo obor, že by to mohlo být opravdu pro mě. A šel jsem tam, prošel jsem nějakým výběrovým řízením, přišlo mi to úplně super, že mám tady nějakou skvělou práci, ve které hlavně nemusím být každý den a tak dále. Nějak mi to řešilo i tu finanční situaci a těšil jsem se na tu práci. A pak přišel takový problém... nebo jakože problém, přišlo mi, že myšlenka zotavení a prostě vůbec všechny ty postoje, které tahle organizace prezentovala a jak se k nám chovala, mi přišlo úplně hrozně skvělé a vlastně to odráželo všechno to, co já jsem celé ty roky myslel a o čem jsem byl přesvědčený a vlastně že ten systém opravdu nefunguje dobře a spousta odborníků nepracuje tak, jak by měla a vznikají takovéhle problémy, kvůli kterým je takovou osvětu nutné dělat a nějak ty věci měnit. Takže tohle mi přišlo hrozně zajímavé, byl jsem fakt jako šťastný, že existují opravdu takoví lidi, notabene ještě ve světě, že jsou takové hnutí zaměřené i tímhle směrem. Ale pak vlastně po několika měsících přišel takový stav pro mě, že když jsem začal pracovat na těch věcech, to obnášelo tvoření nějakých prezentací, které jsem dělal doma a já jsem musel vlastně vzpomínat a vybavovaly se mi ty věci, které jsem potlačoval, neřešil nikdy s žádným terapeutem a vlastně více než 10 let jsem je držel v sobě a nějakým způsobem jsem je popíral a tajil před lidma. A najednou jsem si uvědomil, že je to pro mě hrozný problém to nějak vstřebat a změnit ten postoj s tím že o tom budu otevřeně mluvit. A ty věci vlastně nějak i v sobě řešit. A chtěl jsem z toho projektu odejít, že vlastně to zase prohloubilo ty deprese, já jsem psal ty prezentace a u toho jsem brečel, trvalo mi to strašně dlouho a bylo to pro mě hrozně psychicky náročné a bylo to pro mě hrozně emotivní. Takže jsem z projektu chtěl odejít, ale bylo mi umožněno, že jsem dostal vlastně takovou podporu, s tím že, až se na to budu cítit, můžu se vrátit. Že je to otevřené, že kdykoliv budu mít potřebu zase na tom projektu pracovat, tak jakoby můžu, ale byl mi poskytnutý čas s tím, že nemusím na setkání chodit, s tím že nemusím nic dělat a nějak to v sobě zpracovat. A pak jsem se teda rozhodl díky vlastně podpoře té projektové manažerky, která byla opravdu velmi podporující, tak jsem se do projektu vrátil s tím, že jsem vlastně neučil tolik potom jako ostatní a ten první rok jsem byl hrozně opatrný a velmi jsem zvažoval, jestli učit budu nebo nebudu, jak se na to cítím, jak se na to necítím. Takže tahle krize jako ze začátku přišla. A dneska jsem vlastně rád, že jsem to nevzdal, protože jsem získal tím pádem zase další pracovní příležitosti, začal jsem pracovat ještě na jiných projektech, a dneska mě to zaměstnává jakoby plně. A jako

můžu i říct, že mě to baví a že vlastně to, že to nějakým způsobem komunikuju, tak mi to vlastně hodně přispělo k tomu, že jsem se s tou nemocí smířil a nějak jsem si zpracoval spoustu témat, které jsem v sobě neměl vyřešené.

V: A když se teda vrátíme úplně na začátek, tak co jsi potřeboval udělat pro to, aby ses stal tím peer lektorem?

R: No projít tím výběrovým řízením. Jo nevím, jestli si budu pamatovat, jak to úplně přesně... Poslal jsem email s životopisem a pak jsem absolvoval pohovor, kde byly asi tři lidi. S tím jsem se do té doby třeba nesetkal, že jsem mluvil na pohovoru před třema lidma. Vždycky u toho byl jeden, tak to třeba byla taková věc, která mě trochu zaskočila tehdy. A to bylo všechno no. ... Ještě teda jsme absolvovali vůbec kvůli té profesi kurz lektorských dovedností. A jinak vlastně celou dobu to vzdělávání a hodně to samostudium.

V: No teda ty už jsi to možná trochu nakouzl, ale jaká byla tvá motivace pro to stát se peer lektorem?

R: No tak jako úplně ta první a základní byla prostě práce a peníze. Protože jsem práci a peníze potřeboval a hledal jsem v té době práci, kterou bych mohl dělat. Navíc jak mi bylo sympatické to, že vlastně ti lidi jsou otevření tomu, že teda tu duševní nemoc mám, a naopak je to nějaká moje devíza a v jiných zaměstnáních jsem se vždycky bál, aby na to někdo nepřišel, i když třeba můj první zaměstnavatel věděl o tom, a dal mi tu příležitost učit u něj ve škole, ale jinak jsem se prostě vždycky bál, že na to přijde někdo z kolegů, že se to někdo dozví, a to byl pro mě velký stres a tady ho vlastně nezažívám. Naopak zažívám tu podporu, že když mi není dobře, tak můžu jít na nemocenskou a nikdo mi to nebude vyčítat a každý pro to bude mít pochopení no.

V: A jaká byla tvoje představa o té tvé pozici peer lektora?

R: No já jsem původně ještě přemýšlel o tom, že budu peer konzultant. Protože tam se tehdy nabízely tyhle ty dvě pozice – peer lektor a peer konzultant. A s tím že jsem měl nějakou motivaci pomáhat lidem, kteří zažili to, co já. Protože si myslím, že ty zkušenosti mám bohaté v tom smyslu, že jsem se vlastně neléčil a zvládl jsem tu nemoc, zvládl jsem fungovat dobrých 10 let s tím, ani že by to na mě někdo někdy poznal bez nějakých výrazných komplikací. Jako chtěl jsem pomáhat spíš lidem s podobnou zkušeností no. A to lektorování jsem úplně neměl představu, co si pod tím můžu vybavit. A byl jsem vybraný na tuhle pozici

nakonec jo. A úplně jsem o tom víc moc nepřemýšlel, spíš jsem čekal, co to přinese, co se bude dít, protože ještě opravdu ty deprese u mě sice odeznávaly, už to nebylo tak hrozné, ale pořád jsem ty psychózy ještě zažíval ty psychotické stavy. A jako hodně dlouho jsem nevěděl úplně přesně, co se děje. A snažil jsem se nějak jako vnímat a prostě zajímat se o to téma a trochu se dostat do toho problému. A je pravda, že třeba ten první rok pro mě byl hodně těžký – i se trochu orientovat.

(...)

V: No o tom jsi taky mluvil – co bylo teda v začátcích peer lektorem nejobtížnější? Jsi říkal ten první rok...

R: Jo to jsem pořád ještě byl po těch psychózách, po těch těžkých depresích. Bral jsem hodně léků, byl jsem hodně pod lékama, otupělý.

V: A co ti naopak v začátcích usnadňovalo...

R: Ta podpora toho týmu. Jo opravdu ti lidi z (název organizace), úžasná podpora, empatie. Takové věci, na které jsem nebyl úplně zvyklý. A vlastně i ta důvěra určitá. Ta určitá důvěra, že to zvládnou, i když to neudělám tu práci hned, ale s tím, že ji udělám, když se na to budu cítit, a tak no. Ta podpora toho týmu, a i vlastně to, že jsem se začal přátelit s kolegama peer lektorama po nějaké době. A že jsem našel nové přátele a nějak jsme to mohli spolu sdílet tyhle ty zkušenosti, ti lidi v téhle oblasti už pracovali dřív. Tak podpora těch lidí.

V: No tak teď jsem se ptala hodně na tu minulost a když se přesuneme do přítomnosti, tak co aktuálně zažíváš při působení na té pozici peer lektora?

R: No tak teď jsem si mnohem jistější, protože mám za sebou třeba v loňském roce hodně toho přednášení – jak na školách, tak v organizacích. Vlastně máme strašně dobré zpětné vazby a hrozně dobré odezvy. Jako samozřejmě by se našli někteří, kteří nebyli spokojení. Ale ta reakce těch lidí, kterým přijde opravdu zajímavé, to, co jim tam povídáme. A i to, že jsem schopný třeba vyprávět ten svůj příběh, říkat ty věci ze života – že jsem se to opravdu naučil s nějakým větším klidem. A neříkám, že je to úplně rutina, vždycky je to pro mě trochu emočně náročné. Ale vlastně ty reakce těch lidí mi to hodně nahrazují, že mám pocit, že to má smysl. Hlavně je skvělé, že třeba přednášíme ve dvojicích, kde se skvěle doplňujeme. Je tam úžasné i to, že se dobře známe mezi sebou. A každý dokáže vyprávět o

něčem trochu jiném líp a dobře jsme s těma lidma sehaní. Takže teď cítím mnohem větší jistotu. Protože ze začátku moje první přednáška byla naprosto tragická z mého pohledu, ale prostě nějak se začít muselo. Byl jsem jako hodně v úzkosti, hodně nervózní a jako ta představa, že jsem před lidma, kteří všichni vědí, že mám duševní onemocnění, pro mě byl nepřekonatelný problém, tam něco říct, když ty věci jsou pro mě tak hrozně důležité. Tak si myslím, že ta nervozita na mě byla šíleně znát. A třeba v těch zpětných vazbách to tam samozřejmě ti lidi uvedli, že ač jsem byl nervózní, tak to bylo dobré. Tak to mi třeba pomáhalo, ale vadilo mi, že ta nervozita je znát a s tím jsem trochu bojoval. Ale po pár přednáškách dalších i vlastně za podpory těch kolegů jsem si na to zvykl, už to pro mě problém nebyl. A teď se těším na tu Recovery College, jsem velmi zvědavý, jak to bude probíhat, protože to je vlastně s jinou cílovou skupinou – je to přímo pro lidi s duševním onemocněním. A bude to probíhat úplně jinak, bude to trošku jiná práce no, tak to ještě nemůžu říct, jaké to bude. Na jednu stranu se na to těším, na druhou stranu váhám, jestli se s tím dovedu poradit.

V: Takže ty jsi ještě nelektoval studenty s duševním onemocněním.

R: Ne no.

V: Dobře. No a co tě překvapilo na pozici peer lektora? Myslím ve srovnání těch začátků a teďka, co tě překvapilo?

R: No právě jsem hodně vždycky řešil, že si myslím, že to má velkou sílu, když někdo vůbec pojmenuje to duševní onemocnění, že ho má. A že už jenom to, že člověk řekne, že ho má, tak to ve spoustě lidí vyvolává určité reakce, na které já jsem hodně citlivý. A u studentů psychologie by třeba člověk čekal, že ty reakce nebudou úplně negativní, ale někdy jsem tam vnímal určitou nadřazenost u nich a i aroganci. Vždycky se pár studentů takových objevilo. U těch sociálních pracovníků to tak třeba nebylo. Ale u budoucích psychologů se vždycky našel někdo, kdo si trošku rejpnul, kdo nám to trošku shodil a tak. A pak mě překvapily spíše i ty hodně pozitivní reakce, které často zažíváme právě u lidí, kteří s těma duševně nemocnýma pracují. Tak taky nejsou tam vždycky dobré reakce, ale pár lidí řeklo, že jim to třeba dalo novou energii do té práce a že ta myšlenka toho zotavení je vlastně úplně skvělá a tak. Jednou se nám tam jeden pán dokonce rozbřečel.

V: Jako sociální pracovník?

R: No, ale to bylo spíš o tom, že on šel na kurz z toho důvodu, že pociťoval vyhoření, nebyl to úplně sociální pracovník – pracoval s hodně těžkýma případama ve vězení. A ten pociťoval syndrom vyhoření a přemýšlel o tom, že změni zaměstnání a šel na kurz, který ho jako přesvědčil o tom, že to má smysl no. Tak tohle mi udělalo velkou radost.