



Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Peer mentoring u lidí s tělesným postižením - metodika pro sociální pracovníky

Bakalářská práce

Studijní program

Sociální práce

Autor: Tereza Bartalošová
Vedoucí práce: ThLic. Michal Umlauf, Ph.D.

Olomouc 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně na základě použitých pramenů a literatury uvedených v bibliografickém seznamu.

V Olomouci 18. 4. 2024

Tereza Bartalošová

Poděkování

Na tomto místě chci poděkovat vedoucímu práce, panu ThLic. Michal Umlauf, Ph.D. za jeho obětavé a vstřícné vedení v průběhu psaní práce. Jsem vděčná za připomínky, trpělivost a zpětnou vazbu, kterou mi vždy ochotně poskytl. Poděkování také patří celé mé rodině, za podporu ve studiu.

Obsah

Seznam zkratk	9
Úvod	10
1 Specifikace cílové skupiny	13
1.1 Definice a vymezení tělesného postižení	13
1.2 Zdravotní postižení	14
1.3 Vrozené tělesné postižení	15
1.4 Získané tělesné postižení	16
1.5 Klasifikace tělesných postižení	16
1.5.1 Periferní obrny	16
1.5.2 Poškození páteře a míchy	17
1.5.3 Amputace	17
1.6 Potřeby lidí se zdravotním postižením	17
2 Mentoring jako forma podpory	19
2.1 Peer mentoring	19
2.2 Peer mentor	20
2.2.1 Kompetence peer mentora	20
2.2.2 Náplň práce peer mentora	21
2.2.3 Peer mentor jako součást týmu	21
3 Teorie a metody sociální práce	23
4 Sociální politika	26
4.1 Funkce	26
4.2 Pilíře sociálního zabezpečení	27
4.2.1 Sociální pojištění	27
4.2.2 Státní sociální podpora	27
4.2.3 Sociální pomoc	28
5 Etika	31
5.1 Etický kodex SSP ČR	31
5.2 Etické zásady	32
5.3 Pravidla etického chování sociálního pracovníka	32
6 Analýza potřebnosti	34
6.1 Řešení problematiky v ČR a v zahraničí	34
6.2 Základní informace o cílové skupině	35
6.3 Metody získání předložených dat a vyhodnocení výchozího stavu	35
6.4 Závěr analýzy potřebnosti	38
7 Metodický dokument	41
7.1 Metodické pokyny	41
7.2 Identifikace limitů dosavadního řešení	42

7.3	Popis změny a cílového stavu.....	42
7.4	Prediktivní analýza rizik a dopadů v cílovém prostředí	43
8	Popis navrhovaného metodického dokumentu	45
8.1	Cíle a očekávané výsledky peer programu	45
8.2	Struktura organizace a spolupráce sociálních pracovníků a peer mentorů.....	46
8.3	Proces spolupráce s peer mentory	47
8.4	Školení sociálních pracovníků a peer mentorů.....	47
8.5	Metody a techniky využívané při práci s klienty.....	48
8.6	Supervize	48
8.7	Metody monitorování efektivity spolupráce	49
8.8	Ukončení spolupráce	49
8.9	Závěr a vyhodnocení	50
9	Pilotní ověření a vývojový diagram.....	51
	Závěr.....	53
	Bibliografie.....	55

Seznam zkratk

CZEPA	Česká asociace paraplegiků
ČR	Česká republika
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
TP	Tělesné postižení
ZTP	Průkaz pro osoby se zdravotním postižením
ZTP/P	Průkaz pro osoby se zdravotním postižením + průvodce

Úvod

Tématem této bakalářské práce je peer mentoring u lidí s tělesným postižením. Peer mentoringové služby jsou poskytovány člověkem neboli peer mentorem, který má vlastní zkušenost s tělesným postižením. Svou situaci překonal a rozhodl se pomoci usnadnit vyrovnávání se s postižením i jiným lidem zasaženým nepříznivou událostí, která je odkázala na pomoc druhých. Peer mentor s nimi sdílí své zkušenosti a rady, poskytuje podporu a zasazuje se o to, aby byli tito lidé začleněni zpět do společnosti. Svým přístupem k postižení ukazuje, že je možné žít stále naplno a mít plnohodnotně prožitý život nevhledě na zdravotní stav. Ačkoliv je téma peer mentoringu v České republice spojováno spíše s lidmi s duševním onemocněním či s náhradní rodinnou péčí, rozrůstá se peer mentoring i mezi další cílové skupiny. V České republice se peer mentoringu u lidí s tělesným postižením věnuje organizace CZEPA- Česká asociace paraplegiků, která peer mentory také školí. Peer mentoring nabízí jako registrovanou službu od roku 2021 a službu mají registrovanou jako sociální rehabilitaci. Peer mentoring v posledních letech nabral na popularitě a je vnímán jako možný zdroj pomoci, který mohou využít různé organizace a tím ulevit stávajícím pracovníkům služby.

Cílem této práce je vypracovat metodický dokument pro sociální pracovníky v oblasti peer mentoringu u lidí s tělesným postižením. Sociální pracovníci musí podporovat samostatnost klientů soc. služeb. Metodika jim nabídne konkrétní kroky při postupu spolupráce s peer mentory vzhledem ke klientům.

Sociální pracovníci by ve spolupráci s peer mentory měli klientům nabídnout komplexní pomoc a podporu v rámci své služby. Ačkoli sociální pracovníci svou podporu nabízí nepřetržitě, peer mentor může tuto podporu rozšířit o pochopení a porozumění zdravotního stavu, které člověk bez postižení nemůže nabídnout. Zkušenost peer mentorů je na rozdíl od sociálních pracovníků osobní a reálná, což může vytvořit pevné pouto ve vztahu ke klientovi, který s peer mentorem může otevřít osobní témata, které by se sociálním pracovníkem nechtěl probírat. Z tohoto důvodu byl v rámci této práce zvolen i přístup zaměřený na člověka, který pomáhá s vytvořením důvěryhodného a přijímajícího prostředí bez předsudků. Vzájemná spolupráce sociálních pracovníků a peer mentorů může mít vliv na jedincovo zvládnutí nového zdravotního stavu, jeho začlenění do společnosti ale i na spolupráci s jeho rodinou.

Během své praxe jsem měla příležitost setkat se s peer mentory v rámci jejich přednášek konaných v Rehabilitačním ústavu v Hrabyni. Během těchto přednášek, které nebyly pouze o sdílení informací, ale reálných zkušenostech, jsem spatřila opravdový potenciál peer programů u této cílové skupiny.

V teoretické části bakalářské práce bych chtěla definovat základní pojmy jako zdravotní a tělesné postižení. Ty pomohou lépe uchopit podobu cílové skupiny. Dále chci přiblížit podobu peer mentoringu, kompetence peer mentora náplň práce a jeho roli jako součást týmu. Následujících chci v jednotlivých kapitolách teoretické práce provázat téma se sociální politikou, teoriemi a metodami sociální práce a etickými zásadami. V praktické části bakalářské

práce budu nejprve popisovat řešení této problematiky v rámci ČR a v zahraničních zemích, na to navázat specifikací cílové skupiny, na kterou se chci v práci zaměřit. Následně zpracuji analýza potřebnosti na základě dotazníkového šetření. V rámci kapitoly metodického dokumentu jsem se budu soustředit zejména na limity dosavadního řešení problematiky a popis změny, které bych chtěla zavedením metodického dokumentu. Aby byla následná implementace metodického dokumentu úspěšná, vypracuji tabulku prediktivní analýzy rizik. Zde chci identifikovat rizika, které mohou narušit proces zavedení dokumentu. V další samostatné kapitole budu popisovat strukturu konkrétního metodického. V této části chci popsat jednotlivé kroky spolupráce sociálních pracovníků a peer mentorů. V poslední řadě chci provést pilotní ověření implementace metodického dokumentu a implementace znázornit na vývojovém a Ganttově diagramu.

Práce bude zhotovena na základě odborné literatury a internetových zdrojů relevantních a aktuálních pro toto téma.

1 Specifikace cílové skupiny

V této kapitole budou shrnuty základní poznatky o cílové skupině lidí s tělesným postižením. Pro lepší porozumění tématu budou vymezeny pojmy jako získané a vrozené tělesné postižení, klasifikace tělesných postižení relevantních v této práci a v neposlední řadě bude vymezen pojem tělesné postižení a jeho definice dle vybrané literatury.

1.1 Definice a vymezení tělesného postižení

Tělesné postižení výrazně, a hlavně negativně zasahuje do kvality života jedince a života jeho rodin. Kvůli pohybovému omezení, ať už pohybového nebo nosného aparátu jsou tito jedinci často větší či menší mírou odkázáni na své okolí a jeho pomoc. U tělesného postižení nejde pouze o pohybové omezení ale i o omezení kognitivní, emocionální a sociální složky života jedince v důsledku tělesného postižení, která na tyto složky podstatně působí. Tělesné postižení vzniká v souvislosti s těmito třemi faktory, jimiž jsou úraz, dědičnost a nemoc. Mohou sem ovšem patřit i poruchy nervového ústrojí, je-li jejich přítomností narušena hybnost. V neposlední řadě je nutno zmínit že sem patří jakékoli odchylky od standardního stavu těla a končetin, tudíž se jedná o deformity a abnormity (Renotierová 2002, s. 29-30).

Pro tělesné (resp. lokomoční či pohybové) postižení je zásadní jeden společný znak, kterým je primární omezení pohybu, avšak můžeme se setkat i s částečnou či úplnou imobilitou. Při zasažení do běžných funkčních schopností člověka lze očekávat mnohá příkoří např.: omezení průčeschnosti, soběstačnosti a omezení životních příležitostí. Charakteristický je také dlouhodobý až trvalý charakter postižení, kterého se již nelze zbavit či ho přijatelně do větší míry zmírnit (Michalík a kol. 2007, s. 186-187).

Tato omezení a narušení každodenního fungování mají zcela individuální rozsah a délku trvání u každého jedince. Pokud bychom narazili na dvě stejná postižení, každé z nich přinese jedinci vlastní specifické fungování a rozsah omezení a limitů. Doba trvání bude také závislá na adaptační výbavě jedince a jeho přizpůsobivosti. Nemalou roli ovšem bude hrát i vnější prostředí, ve kterém se jedinec vyskytuje a podmínky, které mu bude klást (Krhutová 2013, s. 21).

Reakce na tak obtížnou životní situaci, jako je tělesné postižení, bývá často ovlivněna mnoha faktory. Velkou roli při zvládnání mohou hrát i copingové strategie jedince. Je ale zapotřebí si uvědomit, že některé z těchto strategií nelze při tělesném postižení využít např.: sport. Je tedy zapotřebí volby jiných copingových strategií. Další roli hraje např. sociální podpora jedince,

osobnost před postižením, tolerance frustrace a předchozí zkušenosti týkající se změny zdravotního stavu (Kisvetrová, Ježorská 2014, s.96-97).

Pro jedince nepřináší tělesné postižení žádné nové ani zvláštní vlastnosti. Na druhou stranu mu jeho postižení přináší náročnější životní situace, které na jedince kladou zvýšené nároky na asimilaci. Následkem těchto nároků může vznikat specifické nebezpečí pro vývoj psychiky (Matějček 2001, s. 7).

Pro jedince s tělesným postižením je potřeba vyhledávat, a především využívat veškeré dostupné prostředky, které mohou zmírnit důsledky jejich postižení. Těmito prostředky se snažíme co nejspokojivějším způsobem kompenzovat postižení, jeho dopady v oblasti působení na osobnosti a psychologický vývoj. Příkladem těchto prostředků může být používání ortopedických a technických pomůcek, užívání léků, řešení bezbariérovosti, vytváření pracovních míst a další. Aby byla pomoc efektivní a bylo možné se dostat k požadovanému cíli, je zapotřebí úzké spolupráce oborů psychologie, pedagogiky, medicíny, techniky a sociální práce (Vítková 2006, s. 40).

V rámci této práce bych chtěla věnovat prostor i několika dalším pojmům, které s tímto tématem úzce souvisí a považuji za důležité tyto pojmy definovat, jelikož může v různých kontextech docházet k záměně jejich významu. Těmito pojmy jsou zdravotní postižení, handicap a invalidita.

1.2 Zdravotní postižení

Tato vymezená definice, ale i jiné definice jsou podmíněné účelem, pro který byly vytvořeny. Při definování závisí také na mikro-mezo-makro úrovni a typu definice. U zdravotního postižení se můžeme setkat s několika kontexty a účely. Definice zdravotního postižení má tedy v různých kontextech a prostředích, kde je používána, jiné vymezení. Příkladem přístupů, v rámci kterých je zdravotní postižení definováno, je medicínský přístup, sociální přístup a pedagogický přístup. Při definování zdravotního postižení je ovšem potřeba brát ohled i na definice, které slouží pro účely praxe, i tyto definice se mohou lišit. Pro účely sociální politiky bude odlišně definované zdravotní postižení než pro účely zdravotní péče či školské praxe (Krhutová 2013, s. 26-27). Pojem zdravotní postižení je využíván při jakékoli podobě narušení zdraví jedince. Během tohoto stavu jsou narušeny nejen funkce, ale i schopnosti a výkon, které značně omezují život jedince. Jedná se především o somatopsychické, duchovní a sociální aspekty života (Novosad 2011, s. 90).

Zdravotním postižením ovšem není myšleno pouze poškození zdraví z pohledu následků narušení struktury a funkce jedince. Pod pojmem je možné nalézt všechna postižení, která svým charakterem vedou k omezení pohybovosti, funkci smyslových orgánů, mentálních i jiných funkcí, které vedou k následnému omezení postavení člověka ve společnosti (Matějček 2001, s. 7). V souvislosti se zdravotním postižením se můžeme setkat také s pojmem handicap, ten popisuje Matoušek ve své knize jako nepříznivou sociální situaci, která je způsobena poruchou nebo omezením schopností. Z tohoto stavu vyplývá neschopnost jedince naplňovat očekávání dané kultury v daném čase, která jsou brána společností jako normalita. Handicap je ovlivnitelný za pomoci systémových opatření, změn postojů společnosti a pomocí, ať už individuální nebo ústavní. Pomoc je pro jedince s handicapem žádoucí v několika oblastech, které si jedinec nedokáže obstarat sám např. ekonomické zajištění, hygiena, samostatný život a pohyb nebo orientace (Matoušek 2008, s. 67). Dalším, i když poněkud zastaralým názvem, který ale stále můžeme v českém prostředí zahlédnout je invalidita. Invaliditu také definuje Matoušek ve svém slovníku sociální práce jako dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, při kterém dochází k poklesu výdělečné činnosti a vzniká závislost na druhé osobě. Invaliditu lze definovat dvěma směry, a to ekonomicky a obecně. V návaznosti na platnou legislativu České republiky je invalidita rozdělena na 3 stupně, z nichž lze následně vypočítat invalidní důchod (Matoušek 2008, s. 81). Invalidita 1. stupně se vyznačuje poklesem pracovní schopnosti o nejméně 35 %, avšak nejvíce o 49 %. Invalidita 2. stupně se vyznačuje poklesem pracovní schopnosti nejméně o 50 %, avšak nejvíce o 69 %. Invalidita 3. stupně se vyznačuje poklesem pracovní schopnosti nejméně o 70 %. Pracovní schopnosti se ve znění zákona rozumí stavu, kdy je jedinec schopen výdělečné činnosti, která odpovídá jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem. Neschopnost výkonu vzniká v důsledku omezení těchto schopností ve srovnání se stavem před vznikem dlouhodobě nepříznivého stavu (zákon 155/1995 Sb.).

1.3 Vrozené tělesné postižení

Vrozené postižení je takové, se kterým se již dítě narodí. Porucha vzniká již během vývoje zárodku vlivem onemocnění, úrazu, vlivem léků a mnoho dalších (Renotiérová, 2002, s. 30). Psychika jedince s vrozeným tělesným postižením se vyvíjí odlišně. Tito jedinci již od narození řadili do svého života všechny aspekty, které jsou zaviněny jejich postižením. I přes nepříznivý stav dokáží zvládat jisté sociální role, osvojili si určité sociální dovednosti a ví, jakých prostředků je třeba použít k dosažení svých cílů. Toto tvrzení ovšem situaci nijak neulehčuje a ani nevylučuje možnost dostavení životní krize (Novosad 2001, s. 112-114). Mezi vrozená

tělesná postižení patří např.: poruchy tvaru a velikosti lebky, vady horních a dolních končetin, poruchy růstu a centrální a periferní obrny (Čadová 2023, s.12).

1.4 Získané tělesné postižení

Získané tělesné postižení je charakteristické náhlou změnou zdravotního stavu. V důsledku neočekávané změny je zde omezena i možnost postupné adaptace na vzniklé postižení, které se může negativně projevit v mnoha oblastech života jedince, který je nucen ke změně přístupu k životu. Změny se týkají všech oblastí života, sociální, rodinné i osobní. Tento stav může vést k rozpadu rodiny, zhroucení životních jistot a plánů, a v neposlední řadě k ovlivnění profesní stránky života (Novosad 2001, s. 114-116).

Získaná tělesná postižení můžeme dále rozdělit na dva typy, tj. TP získaná po úraze a nesprávném držení těla a TP získaná po nemoci. Mezi tělesné postižení získané po úraze a nesprávném držení těla patří úrazová onemocnění mozku a míchy, úrazová poškození periferních nervů, amputace a deformity tvaru těla a jeho jednotlivých částí. Mezi tělesná postižení získaná po nemoci řadíme např.: revmatická onemocnění, dětskou infekční obrnu, Perthesovu chorobu, myopatii, následky léčby závažných onemocnění a další (Čadová 2023, s. 12).

1.5 Klasifikace tělesných postižení

V této kapitole bych se ráda zaměřila na klasifikaci hlavně získaných tělesných postižení, které budou relevantní pro následně zpracovávanou metodiku v bakalářské práci. Tento výčet klasifikací tedy nebude kompletní a bude sloužit pouze k lepšímu uchopení problematiky, která je v těchto pracích probírána.

1.5.1 Periferní obrny

Centrální i periferní obrny zasahují do nervové soustavy jedince a následně se projevují omezením hybnosti. Rozdílem bývá nejen rozsah, ale také stupeň postižení jedince. Periferní obrny zasahují konkrétně do jednotlivých končetin, svalů a obličeje. Mohou být způsobeny záněty, úrazy, otevřenými zlomeninami, poškozeními při operacích a léčbě, nervosvalovými a jinými onemocněními (Opařilová, Zámečníková 2007, s. 29).

1.5.2 Poškození páteře a míchy

Tyto poranění patří k nejzávažnějším úrazům. K poranění míchy dochází nejčastěji v důsledku poškození obratle. Při jejích náhlém a úplném přerušení přestává mícha přenášet informace z mozku do okolních částí a naopak (Faltýnková 2007, s. 6).

V rámci poranění páteře a míchy můžeme rozlišit stupně ztráty hybnosti plegie a paréza. Plegie se vyznačuje kompletní ztrátou hybnosti dolů od místa poškození. Paréza je naopak částečná ztráta hybnosti dolů od místa poškození (Opařilová, Zámečnicková 2007, s.28).

1.5.3 Amputace

Pojmem amputace se rozumí odstranění části nebo celé končetiny v úrovni kostí chirurgickým zákrokem. Důvodem k amputaci končetin mohou být vážné infekce maligní tumory, těžká traumata, cévní potíže a další. Na dolních končetinách se provádí více než 90 % amputací (Horký 2003, s. 23). Amputace je nevratný zákrok, při kterém dochází k oddělení orgánu, končetiny nebo její části od těla. Tento zákrok lze v některých případech kompenzovat protézami (Opařilová, Zámečnicková 2007, s. 31).

1.6 Potřeby lidí se zdravotním postižením

Pro cílovou skupinu lidí se zdravotním postižením, je klíčové poskytnutí podpory při naplnění jejich hlavních potřeb. Jelikož jsou jejich primární potřeby, fyzické zdraví a osobní autonomie, fakticky nebo potenciálně ohroženy, může podpora výrazným způsobem přijatelně zlepšit společenskou kvalitu jejich života. Pokud se zaměříme na potřeby osob se zdravotním postižením zjistíme, že se vymezení jejich potřeb neliší od potřeb jiných skupin. Co je ale jiné, je forma podpory a způsob, jakým budou tyto potřeby naplňovány. Tento způsob často vyžaduje intervenci ze stran odborníků a multidisciplinární spolupráci. Podle Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením mají zainteresované státy povinnost, aby zajistili vhodné podmínky k uspokojení práv a potřeb svých občanů. Výčet těchto potřeb i preferovaný způsob jejich naplnění je možné v tomto dokumentu nalézt také (Matoušek 2022, s. 102-103).

Ačkoliv jsou potřeby lidí se zdravotním postižením stejné jako u ostatních lidí, omezení hybnosti může z dlouhodobého hlediska vést k přeorganizování těchto potřeb, z důvodu nemožnosti jejich přirozeného uspokojení. K bližšímu porovnání potřeb můžeme využít pyramidu potřeb od A. Maslowa. Tato pyramida je nejčastějším modelem pro definování lidských potřeb (Kantor 2013, s. 8-9). Pyramida potřeb se skládá z pěti oblastí: potřeby

fyziologické, potřeba bezpečí, potřeba přijetí a sounáležitosti, potřeba úcty a potřeba seberealizace. Potřeby jsou v tomto modelu, často znázorňovaného jako pyramida, hierarchicky uspořádány směrem nahoru (Matoušek 2022, s. 101).

Jedna ze základních a specifických potřeb lidí se zdravotním postižením je zajištění přístupnosti ke zdrojům, informacím, prostředí, službám a další. Při hodnocení potřeb, není možné aplikovat pouze jeden způsob. Nabízí se nám však široká škála principů, které při hodnocení lze využít. S těmito budou popsány principy i hlavní okruhy potřeb. Toto hodnocení je jednou z mnoha kompetencí sociálních pracovníků. Pokud by došlo ke kvalifikovanému zhodnocení potřeb klientů se zdravotním postižením, je zapotřebí řídit se určitými zásadami, které ve své knize Matoušek popsal. Tyto principy by měli vést k samostatnosti klienta, jelikož on sám je tím, kdo určuje své potřeby, ale také k respektu a motivaci klienta a zlepšení jeho životní kvality. Primárním způsobem, kterým se zjišťují klientovy potřeby, by měla být individuální případová práce s klientem, popř. jeho rodinou a jako základní nástroj naší práce by měl být dobře vedený rozhovor s odborníkem, který zajistí bezpečný prostor pro klienta (Matoušek 2022, s. 103-104). Zásad, které popisuje Matoušek ve své knize, je deset. Těmito zásadami jsou ctít hodnotu člověka jako lidské bytosti, respektovat odlišnost i odlišné projevy, další zásadou je participace, kde si klient sám určuje své potřeby, neměl by mu je určit pracovník. Následující zásadou je individualizace, což znamená individuální hodnocení potřeb. S tím souvisí další potřeba, a to proměnlivost potřeb, proto je zapotřebí pravidelná revize. Další zásada se soustředí na zmocňování klienta, musí se věřit v jeho schopnosti a dovednosti. Při spolupráci s klientem se nesmí zapomínat ani na potřeby osob o něho pečujících a jeho rodiny. Proto jsou v další zásadě ošetřeny potřeby v kontextu jiných osob. Dále je potřeba brát jedince v potaz i v kontextu prostředí a vztahů, v rámci toho se posuzují jeho potřeby s ohledem na jeho sociální začlenění. Aby byla spolupráce efektivní je zapotřebí uplatňovat i poslední dvě zásady jimiž jsou pozitivní náhled, kdy je potřeba klást důraz na klientovi silné stránky a také multioborový pohled, aby byla zajištěna celistvost práce. Matoušek zde definuje také základní okruhy potřeb osob se zdravotním postižením. Definoval zde osm okruhů. Těmi jsou zdravotní péče, soběstačnost, bydlení, vzdělání, výdělečná činnost, sociální ochrana, vnější sociální prostředí člověka a vztah, a jako poslední volnočasové aktivity. K těmto okruhům uvedl i příklady potřeb a kdo tyto okruhy bude s klientem řešit. Při hodnocení potřeb je potřeba zhodnotit kvalitu sociálního prostředí a jeho podmínky. K tomuto zhodnocení může posloužit sociální šetření v přirozeném prostředí klienta. V neposlední řadě je důležité brát v potaz i hodnocení ze stran jiných odborníků (Matoušek 2022, s. 104-105).

2 Mentoring jako forma podpory

V rámci tohoto tématu se budu věnovat mentoringu jako takového a poté upřesním pojem peer mentoring. Mentoring je jednou z mnoha dalších metod, které nám slouží jako podpora pro rozvíjení lidských potenciálů, osobností, sebeuvědomění a sebedůvěry. Jako další metody vedle mentoringu můžeme použít terapii, poradenství nebo koučink (Petrášová, Prausová, Štěpánek, 2014, s. 44). Mentoring je využíván nejen u jedinců, ale i organizací a je vnímán jako efektivní cesta pro učení a rozvoj lidí. Setkáváme se s ním u soukromého podnikání, státního sektoru i v oblasti služeb. Využívá se hlavně pro podporu rozvoje a jako prostředek pro sdílení znalostí. Lze ho ovšem využít pro podporu změn nejen dílčích, ale i organizačních a strukturálních. (Petrášová, Prausová, Štěpánek 2014, s. 97).

Mentoring lze definovat také dle Brumovské jako individuální, mezigenerační vztah zkušeného mentora s nezkušeným chráněncem neboli mentee. Mezi nimi vzniká specifický vztah, kde v průběhu mentor předává své zkušenosti a dovednosti. Tím pomáhá svému svěřenci v rozvoji, orientaci ve společnosti a kultuře. Programy mentoringu jsou založené na principech přirozeného mentoringu, liší se svými cíli, cílovými skupinami a místy kde působí. Jako společný znak se dá popsat rozvíjení vztahu mezi mentorem a mentee tak, aby došlo k přínosům v rozvoji chráněnce v sociální, osobnostní a kognitivní rovině, k osvojení nových dovedností a zkušeností, které může později uplatnit nejen v osobním životě (Brumovská, Málková 2010, s. 11-12).

2.1 Peer mentoring

Tato kapitola se bude zaměřovat na téma peer mentoringu. V České republice se už nyní můžeme s peer mentoringem setkat, avšak jsou užívány i pojmy jako peer konzultant nebo peer lektor, nejen peer mentor. Proto na začátku kapitoly definuji několik pojmů pro lepší orientaci v tématu. Dále se budu věnovat kompetencím peer mentora, jeho pracovní náplni a jeho spolupráci v rámci týmu, kde bude upřesněna i role sociálního pracovníka.

Konkrétní pojmy, které zde budou definovány jsou peer pracovník, peer konzultant, peer lektor, peer mentor, peer pečovatel, peer rodinný příslušník a peer koordinátor. Je ovšem zapotřebí brát v potaz, že tyto pojmy pochází z prostředí peer konzultantů pro lidi s duševním onemocněním a mohou se lišit od pojetí těchto pojmů u jiných cílových skupin. Prvním pojmem je peer pracovník, to je obecné označení pro člověka, který je nositelem vlastní zkušenosti s onemocněním a sdílí ji během své práce. Dalším pojmem je peer konzultant, tím se stává

člověk, který sdílí s klienty sociálních služeb, svůj osobní příběh týkající se jeho nemoci. Je to pro něho zaměstnáním. Označení pro člověka, který nejen v rámci své organizace vede vzdělávací aktivity a také jako profesionál sdílí svůj příběh, je peer lektor. Následujícími pojmy jsou peer pečovatel a peer rodinný příslušník. V tomto případě se také jedná o zaměstnání osob, které jsou příbuznými nemocného a sdílí své zkušenosti s rodinnými příslušníky jiných klientů. Dalším pojmem je peer koordinátor. Tento model pracovníka vychází z Bohnické psychiatrické léčebny a jedná se o člověka, který organizuje a koordinuje všechny peer pracovníky v organizaci. Posledním pojmem je peer konzultant, ten se používá v Bohnické psychiatrické léčebně. Tento pojem je užíván pro člověka, který je peer konzultant v peer klubu, má dobré organizační schopnosti a připravuje aktivity v rámci klubu (Soldánová 2023b, s. 14). V rámci kapitoly 2.2 bude definován pojem peer mentor z pohledu organizace, která se věnuje lidem s tělesným postižením, a to konkrétně lidem s poraněním míchy.

2.2 Peer mentor

Peer mentor je člověk na vozíčku, který dokáže efektivně pomoci lidem v podobné životní situaci. Se svým handicapem se postupem času naučil aktivně žít a je ochoten sdílet své zkušenosti a poznatky, nabízet podporu nejen z praktického a psychického hlediska ale může pomoci zprostředkovat i odbornou pomoc. Nebojí se citlivých témat, motivuje, naslouchá a sdílí své emoce s ostatními. Jeho pomoc může vést k aktivnějšímu prožití života na vozíčku (CZEPA, [b.d.]b). V jeho práci by měli být stěžejní tyto zásady: neradit klientovy, na řešení musí přijít sám klient, peer mentor ho pouze provádí, nesoudit klienta, naslouchat mu, sdílet s ním své zkušenosti a vést klienta k soběstačnosti (Soldánová 2023c, s. 6).

2.2.1 Kompetence peer mentora

Jako základní kompetenci bych uvedla, že každý peer mentor musí projít základním kurzem, aby se mohl ucházet o pracovní pozici peer mentora. Pokud chce pracovat v sociálních službách musí absolvovat i kurz pracovníka v sociálních službách. Peer mentor by měl být schopný sdílet svůj příběh s klienty, poradit jim a poukázat na to, co jemu pomohlo. Měl by umět využívat své silné stránky při práci a zvládat krizové zátěže (Soldánová 2023c, s. 9). Při individuálních pohovorech s klientem jsou pro peer mentora důležité komunikační dovednosti. Mezi tyto dovednosti můžeme zařadit naslouchání, naladění se na klienta, pozorování neverbální komunikace ze strany klienta, doptávání se a nezahlcování klienta nadměrným množstvím

informací. Ke klientovy by se měl vždy chovat s respektem a úctou, jejich vztah zakládat na společné důvěře (Soldánová 2023a, s. 13-14).

2.2.2 Náplň práce peer mentora

Základním aspektem práce je sdílení svého příběhu a zkušeností avšak rovnocennou součástí jeho práce může být také edukace klientů a veřejnosti, kde se v rámci těchto aktivit může zapojit i do aktivit zaměřených proti stigmatizaci. V rámci prohlubování vztahu se může účastnit i volnočasových aktivit s klienty nebo je doprovázet při běžných záležitostech (Soldánová 2023c, str 12). Jakožto rovnocenný člen pracovního týmu i multidisciplinárního týmu se peer mentor účastní porad, supervizí i intervizí. Mezi neodmyslitelnou součást práce peer mentora patří vedení dokumentace a záznamů ze schůzek s klientem (Soldánová 2023a, s. 34, s. 39).

Peer mentor může svým klientům poskytnout i mnohem komplexnější služby, nejen co se týče doprovodu během návratu klienta do běžného života, zaměstnání nebo školy. Dle propagačního materiálu organizace CZEPA, která se peer mentoringu u lidí s tělesným postižením věnuje, dokáže peer mentor podpořit klienty při hledání koníčků a dalších zájmů. Nabízí pomoc nejen klientovi, ale jeho rodině a blízkým, kteří se s nově nabytým postižením vyrovnávají a pomáhá jim nalézt možnosti, jak klienta podpořit. Aby vozičkář nebyl odkázaný pouze na svou rodinu dopomáhá mu peer mentor i k soběstačnosti v běžných každodenních činnostech, k tomu mu může pomoci s vhodnou volbou kompenzačních pomůcek a poskytnou tipy na úpravy pro lepší bezbariérovost. Může doporučit vhodná lékařská a rehabilitační střediska, a pomoci při prevenci a řešení případných zdravotních komplikací. Jelikož i peer mentor je sám klientem nějaké služby, může poskytnout informace týkající se osobní asistence či péče, s výběrem pomůcek k asistenci a osvojením technik pro pečující. Pro klienty může poskytnou rady i v osobní oblasti týkající se reprodukce a sexuality po náhlém pohybovém omezení (CZEPA, [b.d.]a).

2.2.3 Peer mentor jako součást týmu

Peer mentor je stejně jako ostatní rovnocennou součástí týmu pracovníků. Může přispět svými postřehy ohledně klientů a práce s nimi (Soldánová 2023c, s. 12). Díky jeho zásluze může dojít k vytvoření pomyslného mostu mezi organizací, týmem a klienty služby. Do své práce vnáší i svůj pohled a osobní zkušenosti z dob, kdy byl sám klientem organizací, tím může pomoci

týmu a rozšířit jejich povědomí o prožívání klientů a jejich nepříznivém stavu, jejich chování a důvodech, proč se tak chovají (Soldánová 2023c, s. 6).

Dle propagačního materiálu organizace CZEPA, můžeme popsat i vzájemnou a oboustranně prospěšnou spolupráci peer mentora a sociálního pracovníka, kteří se mohou společně obohatit o znalosti v oblasti dávek a příspěvků pro lidi se zdravotním postižením, dále o nadačních příspěvcích a dalších možnostech, kde je možné získat finanční zdroje. Společně s tím může peer mentor pomoci s výběrem a vyhledáním vhodných podpůrných služeb v regionu, ať už pečovatelských, asistenčních nebo odlehčovacích. A v nemalé míře se může podílet i na spolupráci s návratem klienta do zaměstnání nebo ke vzdělávání (CZEPA, [b.d.]a).

3 Teorie a metody sociální práce

V této kapitole se budu věnovat propojení tématu s teoriemi a metodami sociální práce. Z obsáhlého množství teorií, metod a přístupů jsem vybrala přístup, ve kterém spatřuji potenciál při práci peer mentora a jedincem s tělesným postižením. Tato metoda bude prakticky použita v navazující metodice zpracovávané v rámci bakalářské práce. V následující podkapitole bude tento přístup teoreticky popsán.

Tento přístup jsem zvolila kvůli podobě, kterou peer mentoři s klienty pracují. Během své spolupráce řeší i osobní témata, pro která je potřeba důvěra v jejich vztahu, aby mohlo dojít k efektivní práci a změnám. Tento přístup budování takového vztahu popisuje. V praktické podobě by peer mentor nehrál roli terapeuta, ale mohl by se od principů tohoto přístupu odrazet a inspirovat se jeho průběhem. Tento přístup může ovšem využít i sociální pracovník při své práci s klientem.

Přístup zaměřený na člověka

Autorem přístupu zaměřeného na člověka neboli person-centered approach je Carl R. Rogers, který se tomuto přístupu dlouhodobě věnoval. Popsal jeho charakteristiky a také charakteristiky terapeutického vztahu, který je při tomto přístupu potřeba. Dále také definoval podmínky vztahu, které pomáhají jedinci osobnostně růst a vyvíjet se (Nykl 2012, s. 15-16). Dále tyto základní části popíši, ale nejprve vysvětlím, co je to přístup zaměřený na člověka.

Přístup zaměřený na člověka je jednou z forem neustále se rozvíjejících mezilidských vztahů, a slouží jako forma podpory v osobnostním růstu a životní změně. Potenciál k růstu je ukrytý v každém člověku, ten můžeme rozvíjet ve vztazích k druhé osobě. Základním zdrojem podpory je zde tedy vztah a jeho proces. Tento přístup je možné využívat ve všech druzích mezilidských vztahů, v nichž se snažíme o kvalitní psychologický růst člověka. Jedním z prvních kroků, které v tomto vztahu můžeme udělat je akceptace a empatie, ty nám pomohou s navázáním důvěry. K těmto dvěma přidáme ještě autenticitu, na kterou je v tomto přístupu kladen velký důraz (Nykl 2004, s. 19-20). Pokud je terapeut v maximální míře sám sebou, tím více bude klient směřovat k růstu a změně. Je zapotřebí, aby terapeut vnímal pocity své i klientovi, pochopil je i jejich význam a klientovi to dával najevo. Měl by být součástí klientova světa natolik, aby chápal jeho vědomé i nevědomé významy (Rogers 2020, s. 50-51). Základem tohoto přístupu jsou tři postoje vůči klientovi, z nich vyplývá i princip celého přístupu, jímž je nedirektivita. Těmito postoji jsou bezpodmínečnou akceptace, empatie a kongruence (Nykl 2012, s. 31). Bezpodmínečnou akceptací nebo bezvýhradným přijetím se rozumí úcta a respekt

k člověku bez jakýkoli výhrad a podmínek. Akceptace slouží k navázání důvěry. Empatie neboli porozumění není možné, pokud jedince nebudeme zcela a bez podmínek akceptovat. Zde je právě důležité i citění vědomích a nevědomích významů jedince. Terapeut je celým svým já ponořen do vztahu s klientem a jeho vnitřního světa a vnímá ho jako by on sám byl svým klientem, ale zároveň je důležité přejít z klientova světa do svého vlastního zpět. Posledním postojem je kongruence neboli opravdovost. Terapeut by měl být během tohoto přístupu sám sebou bez jakékoli masky, to usnadní růst a rozvoj klienta. Je nutné prožívat významy klienta nezkresleně, tak jak opravdu jsou. Vyjadřovat se transparentně jeden ke druhému a být sami sebou. Tímto lze dosáhnout naplňujícího terapeutického vztahu, vhodného k růstu (Nykl 2012, s. 34-38). **Terapeutický vztah** by měl mít jasné ohraničení vzájemných požadavků mezi klientem a terapeutem. Terapeut je s klientem na stejné úrovni, není jako expert ale nenechává se klientem ani vést, například k unáhlené reakci nebo neuvážené odpovědi. Terapeut by neměl sdělovat své předsudky ani se jimi nechat ovlivnit, ty by ve své podstatě neměl vůbec mít, aby došlo k úplné akceptaci (Nykl 2012, s. 33). Během kvalitního terapeutického vztahu by mělo docházet ke zmírnění stresu a psychické zátěže a k celkovému zlepšení biologických procesů díky vzájemné důvěře a blízkosti (Nykl 2012, s. 53). Aby se u klienta dosáhlo konstruktivní změny, musí být splněno celkem šest podmínek a je potřeba, aby byly udržované po určitou dobu, tím může vzniknout i kvalitní terapeutický vztah. Tyto podmínky jsou, že oba účastníci procesu jsou v psychologickém kontaktu a klient je zranitelným jedincem z důvodu inkongruence. Terapeut je naopak ve vztahu jedinec kongruentní a jako další podmínku má za úkol klienta bezpodmínečně a pozitivně přijímat. Jak už bylo zmíněno, terapeut musí být empatický, porozumět klientovi a jeho vnitřnímu referenčnímu rámci. Toto porozumění klientovi sděluje. V rámci poslední podmínky musí dojít alespoň k minimální míře tohoto sdělování, stejně tak i k empatii, porozumění a bezpodmínečnému přijetí (Rogers 2020, s. 95). Zmíněný **vnitřní referenční rámec** v tomto přístupu představuje oblast zážitků, vjemů, vzpomínek a významů, která je v daném čase jedinci dostupná uvědoměním, a kterou terapeut pozná pouze skrz empatické posuzování ale nikdy ne dokonale (Rogers 2020, s. 150). Aby došlo k lepšímu pochopení celého procesu tohoto přístupu, zde popíšeme jeho jednotlivé fáze. Těchto fází je sedm a každá z nich popisuje vývoj klienta od počátku terapie po konec (Nykl 2004, s. 50). Během **první fáze** se setkáme s odporem ke sdělování pocitů a sebe sama. Nejsou zde akceptovány pocity ani osobní smysl a na vše je nahlíženo z vnějšku. Nedochozí k pojmenování problémů, ani jejich vnímání. V **druhé fázi** začíná klient vnímat, že je plně akceptovaný terapeutem, začíná být flexibilnější ve svém projevu, ovšem u témat, které se netýkají jeho osoby. Problémy jsou vnímány z vnějšku a nepřebírá za ně klient žádnou

odpovědnost. Začíná už popisovat pocity, jako kdyby nebyly přítomné. Ve **třetí fázi** částečné uvolnění, protože se klient cítí plně přijatý. Setkáváme se zde s plynulejším projevem o sobě a objevují se zde také zkušenosti jako objekty. Klient začíná více hovořit o pocitech a názorech, ale jako kdyby nebyli přítomné v danou chvíli. Už se ale dostáváme k akceptaci těchto pocitů v omezené míře. Zkušenost je popisována jako nepřítomná nebo vzdálená. Klient se cítí plně akceptován, přijat i pochopen během **čtvrté fáze**. Volně vyjadřuje pocity jako současné objekty, někdy i jako přítomné v dané chvíli. Otevřené akceptování těchto pocitů ale stále téměř neexistuje. Zkušenost je čím dál méně spojována s minulostí a může se dosáhnout i pocitů odpovědnosti za problémy. Během **páté fáze** se klient cítí akceptován i se všemi změnami a zkušenostmi, které vyplynuly ve čtvrté fázi. Volně vyjadřuje pocity jako přítomné a skoro plně je prožívá. Dalo by se říct, že pocity téměř tryskají na povrch, to může v klientovi budit strach nebo překvapení. Díky prožívání svých pocitů v přítomnosti se cítí více jako jejich vlastník, a tím se cítí být jako více skutečné já. Za problémy je přebírána čím dál větší odpovědnost a klient si začíná do určité míry připouštět, že k problémům také přispěl. **Šestá fáze** je fází vyrovnanosti a vnitřní flexibility. Je to také jedna z rozhodujících, a proto i nejdůležitějších fází. Pocity jsou bezprostředně požívány a dostávají svůj plný význam. Klient se cítí být sám sebou a není tím, co je potřeba zapírat. Přechází od objektivního prožitku k subjektivnímu. A může se dostavit i fyzické uvolnění. Zcela mizí osobní konstrukt a klient žije ve fázi jeho problému jako subjekt. V poslední, tudíž **sedmé fázi** jsou prožívány nové pocity ve své celé plnosti i mimo terapeutický vztah. Klient důvěřuje vlastnímu procesu a prožívá situace jako přítomné. Klientova vnitřní komunikace se stává konkrétní a jeho pocity jsou v souladu se symboly (Nykl 2004, s. 50-56). Po absolvování těchto fází se klientovy rozšíří jeho referenční rámec, ale i jeho schopnost akceptace sebe i druhé. Klient začíná být také empatický, je kongruentní ve vztazích, vše prožívá pravdivě. Naučil se novým komunikačním dovednostem a dovednostem při řešení konfliktů. Akceptuje pocity své i jiných osob a pravdivě vyjadřuje i negativní pocity. Také je schopný se vyrovnat s inkongruencí, která přichází z jeho okolí (Nykl 2004, s. 50-56).

4 Sociální politika

„Sociální politika je politikou, která se primárně orientuje k člověku, k rozvoji a kultivaci jeho životních podmínek, dispozic, k rozvoji jeho osobnosti a kvality života.“ (Krebs 2015, s. 17)

„Sociální politika je soustavné a cílevědomé úsilí jednotlivých sociálních subjektů ve svém zájmu udržet nebo dosáhnout změny ve fungování nebo podpořit rozvoj svého či jiného sociálního systému nebo soustavy nástrojů k realizaci své či jiné sociální politiky. Výsledkem tohoto soustavného a cíleného úsilí je činnost (fungování), rozvoj (zdokonalení) či změna (transformace) systému vlastního nebo jiného nebo soustavy nástrojů.“ (Tomeš 2010, s. 29)

4.1 Funkce

Funkce sociální politiky se v různých zemích rozvíjely různým způsobem s ohledem na čas, prostor a sociální situaci. Funkce jsou odrazem snahy sociální politiky o úspěšné uskutečnění vytyčených cílů, které by měly vyvolat konkrétní účinky či efekty. Těmito funkcemi jsou funkce ochranná, rozdělovací a přerozdělovací, funkce stimulační, homogenizační a preventivní (Gregorová a kol. 2018, s. 22).

Funkce ochranná je historicky nejstarší, vyvinula se přirozeně, a stala se hlavním účelem sociální politiky. Tato funkce směřuje k udělování ochrany při řešení nepříznivých situací v životě, a to jak jednotlivcům, tak skupinám. **Funkce rozdělovací a přerozdělovací** je nejdůležitější a nejkompexnější funkce sociální politiky. Část rozdělovací se primárně zabývá rozdělením nejen příjmů, mezd a důchodů, ale i životních šancí a možností. Kdežto přerozdělovací část této funkce se zaměřuje na rozdíly a nerovnosti ve společnosti a svojí snahou se snaží docílit zmírnění těchto nerovností do takové míry, která je považována za žádoucí společnost. S předchozí funkcí je blízce spojena další funkce, a to **funkce homogenizační**, která má v sobě formulovaný cíl sociální politiky. Tímto cílem je, aby byly celé společnosti poskytovány totožné možnosti s ohledem na jejich individuální schopnosti a předpoklady jedinců. **Funkce stimulační** by měla svými prostředky směřovat k žádoucímu chování subjektů a sociálních skupin. Podporování a podněcování tohoto chování má na společnost stabilizační efekt, jelikož dochází ke snížení sociálního neklidu. Poslední funkcí sociální politiky je **funkce preventivní**, která je mimořádně významnou funkcí, jelikož přispívá ke snížení vzniku tíživých životních situací. Opatřeními, která v rámci této funkce máme, se snažíme zbavit příčin, které takové situace vyvolávají (Gregorová a kol. 2018, s. 22- 23).

4.2 Pilíře sociálního zabezpečení

Tyto pilíře jsou subsystémem sociálního zabezpečení a liší se především ve způsobu, jakým řeší nepříznivé životní situace jedince a také v tom, jak jsou financovány. Sociální zabezpečení ošetřuje zákon č. 589/1992 Sb. o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti (Klimentová 2013, s. 11).

4.2.1 Sociální pojištění

Hlavními třemi složkami, které patří do sociálního pojištění jsou důchodové pojištění, penzijní pojištění a nemocenské pojištění. Placení pojistného je povinno pro zaměstnance, OSVČ a zaměstnavatele (Klimentová 2013, s. 13).

V tomto pilíři nás bude, pro účely této práce, zajímat hlavně invalidní důchod a vznik nároku. Nárok na invalidní důchod vzniká za několika podmínek a to je, že jedinec nedosáhl důchodového věku a vznikla u něj invalidita vlivem pracovního úrazu. Zároveň byl pojištěný potřebnou dobu a nesplnil podmínky vzniku nároku na starobní důchod, potažmo pokud byl starobní důchod přiznán (§31), pokud není v důchodovém věku nebo se nestal invalidním z důvodu pracovního úrazu. Potřebná doba pojištění se liší na základě věku. V zákoně je definováno 6 věkových kategorií a jim odpovídající doba pojištění. Invalidita je konkrétní sociální událost, která je posuzována ve třech stupních (Gregorová a kol. 2018, s. 194). Tyto stupně jsou popsány v kapitole 1.1.1 zdravotní postižení.

Potřebná doba pojištění se pohybuje v těchto kategoriích počínaje věkem do 20 let, je potřeba méně než jeden rok platit zdravotní pojištění, od 20 let do 22 jeden rok, od 22 do 24 let dva roky, od 24 let do 26 let tři roky, od 26 do 28 let čtyři roky, nad 28 let pět let (zákon 155/1995 Sb.).

Ačkoli se může zdát, že tento pilíř není v rámci tématu potřebný, je na místě poukázat na fakt, že i když je zde podmínka, že je invalidita způsobena pracovním úrazem, jinak nevzniká nárok na invalidní důchod, mohou být následky úrazu tak vážné, že se jedinec nakonec stane klientem.

4.2.2 Státní sociální podpora

Do státní sociální podpory patří dávky testované, které jsou závislé na výši příjmu a netestované. Tento pilíř je systémem ze strany státu, který v uznaných sociálních situacích přerozděluje finance mezi občany. Tento pilíř ošetřuje zákon č. 117/1995 Sb. o státní sociální podpoře (Klimentová 2013, s. 30).

4.2.3 Sociální pomoc

Tento pilíř poskytuje pomoc na uspokojení základních sociálních potřeb občanů. Pomoc je poskytována v takovém rozsahu, který je viděn jako nezbytný, přiměřený a důstojný ze strany společnosti. Tento pilíř staví také na předpokladu, že si jedinec nedokáže pomoci sám a nedokáže mu pomoci ani rodina. Cílem je tedy pomoci jedinci překonat těžké období a navrátit mu co nejrychleji jeho suverenitu, aby se nestal trvale závislým na systému. V tomto pilíři jsou zahrnuty sociální služby, dávky pro osoby se zdravotním postižením, pomoc v hmotné nouzi a sociálně-právní ochrana dětí (Klimentová 2013, s. 34).

Pro osoby se zdravotním postižením je v rámci tohoto pomoc poskytována několika způsoby. Těmito způsoby jsou peněžité dávky, mimořádné výhody a prostřednictvím sociálních služeb jim určeným. Pro účel dávek osobám se zdravotním postižením je třeba posouzení zdravotního stavu (Krebs 2015, s. 229).

Sociální služby jsou ošetřené zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, jedná se o formu nepeněžité pomoci a roli hlavního aktéra zde nehraje stát. Služby slouží pro účely sociálního začlenění, a tím i jako opatření a prevence proti sociálnímu vyloučení. Soustřeďují se na pomoc osobám v tíživé situaci z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, krizové sociální situace, sociálně znevýhodněného prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby a z důvodu životních návyků a způsobu života vedoucího ke konfliktu se společností. Mezi služby sociální pomoci můžeme řadit tři základní složky, těmi jsou sociální poradenství, které je dále rozděleno na základní a odborné, služby sociální péče a poslední složkou jsou služby sociální prevence (Klimentová 2013, s. 44-45).

Osoby se zdravotním postižením mohou využívat bohatou škálu služeb. Do této škály lze zařadit služby osobní asistence, pečovatelskou službu, podporu samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče. Osobní asistenci a pečovatelskou službu si pro lepší představu popíšeme. Tyto dvě služby jsem vybrala na základě svých praxí, kde jsem se s nimi setkala jako s nejčastěji využívanými službami u osob s tělesným postižením.

Osobní asistence je služba poskytovaná jedincům terénní formou. Při poskytování služby není časové omezení a provádí je v přirozeném prostředí člověka a při činnostech, které jsou pro jedince potřebné. Mezi základní činnosti patří například pomoc při péči o vlastní osobu, podávání stravy, oblékání a svlékání, pomoc při přesunech na vozík a lůžko. Dále zde můžeme zařadit pomoc při užívání toalety, pomoc s údržbou domácnosti, s nácvikem dovedností,

zprostředkování kontaktu se společností, pomoc při uplatňování a hájení práv a zájmů a mnohem dalších oblastí pomoci. **Pečovatelská služba** je službou nejen terénní ale také ambulantní. Na poskytnutí služby je vymezen přesný čas a vykonává se v domácnosti jedince a také v zařízení sociálních služeb. Je zde konkrétně vyjmenovaný rozsah služeb a úkonů. Ten se dělí do pěti hlavních oblastí a dále jsou v nich vyčleněny konkrétní úkony. První oblastí je pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, sem patří například pomoc při přesunech a pomoc při svlékání a oblékání i co se týče speciálních pomůcek. Druhá oblast se soustředí na pomoc při osobní hygieně a poskytnutí podmínek pro její vykonání. Jako úkon sem patří například pomoc při běžném obstarání nehtů a vlasů. Třetí oblastí je podání stravy a pomoc při jejím zajištění. Mezi úkony této oblasti patří například dovoz jídla, pomoc při přípravě a podání jídla a pití. Jako čtvrtou oblast definujeme pomoc při zajištění chodu domácnosti. V této oblasti je definováno nejvíc úkonů, některé z nich jsou například údržba spotřebičů domácnosti, praní a žehlení ložního i osobního prádla a jeho případné drobné úpravy. V poslední páté oblasti se věnujeme zprostředkování kontaktu se společností, zde se bude jednat hlavně o úkony doprovodu (Arnoldová 2011, s. 262-265).

V rámci pilíře sociální pomoci jsou poskytovány také **dávky pro osoby se zdravotním postižením**, které jsou ošetřeny Zákonem č. 329/2011 Sb. o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. Tyto dávky jsou příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku a mimořádné výhody. (zákon č. 329/2011 Sb.)

Příspěvek na péči má za účel do částečné míry uhradit náklady, které byly zprostředkovány na zajištění péče o vlastní osobu. Jednou z podmínek je, že člověk užívající tento příspěvek musí být závislý na péči jiné osoby. Je to opakující se dávka a výše této dávky závisí na stupni závislosti na pomoci. Zákon upravuje čtyři stupně závislosti, těmi jsou lehká závislost, středně těžká, těžká a úplná závislost. Při stanovení stupně závislosti se odrážíme od počtu úkonů, které jedinec nezvládne bez pomoci jiné osoby. Posuzuje se těchto deset konkrétních úkonů, prvním je mobilita, dále orientace, osobní aktivity, vykonání fyziologické potřeby, komunikace, stravování, obouvání, oblékání, péče o zdraví, osobní hygiena a péče o domácnost. **Příspěvek na mobilitu** je také peněžitou a opakující se dávkou, na kterou má nárok osoba, která splnila čtyři konkrétní podmínky. První podmínkou je být starší než jeden rok, druhou podmínkou je, že má žadatel nárok na průkaz pro osoby se zdravotním postižením. Konkrétně kartičku ZTP a ZTP/P. Další podmínkou je pravidelná doprava osoby v jednom kalendářním měsíci. Poslední podmínka zakazuje udělení příspěvku osobám, které jsou pobytové služby. Posledním příspěvkem je **příspěvek na zvláštní pomůcku**. Tento příspěvek je jednorázový a hradí se z něho náklady spojené s koupí speciální pomůcky. Musí se ovšem jednat o konkrétní pomůcku

ze seznamu druhů a typů, určeného pro lidi se zdravotním postižením. I u této dávky máme několik podmínek, které musí příjemce splnit. Jednou z nich je stáří více jak jeden rok, pokud se jedná o motorové vozidlo, schodolez, stropní zvedací systém, schodišťové plošiny a sedačky nebo úpravu bytu, musí být příjemce starší tří let. Druhou podmínkou je závažná porucha nosného nebo pohybového aparátu. Tento stav nevylučuje přiznání příspěvku. Další podmínkou je, že pomůcka plní svůj účel tím, že pomáhá uživateli se sebeobslouhou, u pracovního uplatnění, k přípravě na budoucí povolání, získání informací, vzdělání nebo styku se společenským okolím. Podmínkou je, že musí být pomůcka užívána v sociálním prostředí jedince. Poslední podmínkou je, že zdravotní pojišťovna ani veřejné zdravotní pojištění nehradí cenu pomůcky ani její část. Do kategorie dávek můžeme zařadit i **dávky věcné v podobě výhod** pro osoby se zdravotním postižením. Hlavní výhodou je průkaz pro osoby se zdravotním postižením. Nárok má každá osoba starší jednoho roku, s jedním z možných typů postižení, které v podstatné míře omezuje její pohyblivost nebo orientaci. Dle právní úpravy rozlišujeme tři typy průkazu. Průkaz s označením TP je určen jedincům se středně těžkým postižením. Průkaz ZTP je určen jedincům s těžkým postižením a poslední průkaz ZTP/P je určen jedincům s obzvláště těžkým nebo úplným postižením hybnosti a dalších. Pro držitele těchto průkazů jsou pak podle typu průkazu přiřazeny i konkrétní výhody. Držitelé těchto průkazů mají všichni bez výjimky právo uplatnit svůj nárok na vyhrazené místo k sezení v hromadné i veřejné dopravě, pokud se nejedná o spoj s povinnou rezervací místa. A také mohou uplatnit tento průkaz při jednání o osobních záležitostech, kde nemusejí čekat pokud toto čekání vyžaduje stání. Za osobní záležitosti se nepovažují nákupy, placené služby a ošetření a vyšetření. Pro osoby s průkazem ZTP k těmto výhodám přibudou další dvě. Těmi jsou bezplatné cestování v pravidelných spojích místní hromadné veřejné dopravní služby a sleva 75 % na dopravu v pravidelných vnitrostátních autobusech. Pro držitele průkazu ZTP/P platí nejen výhody jako pro uživatele průkazů TP a ZTP ale přibudou další dvě. A to konkrétně v pravidelné veřejné hromadné a vnitrostátní osobní dopravě lze uplatnit bezplatné jízdné pro průvodce. Druhou výhodou je pak bezplatné jízdné určená pro osoby nevidomé a jejich vodícího psa, pokud necestují s průvodcem (Gregorová a kol. 2018, s. 234-240).

Téma dávek, příspěvků i vhodných služeb může být častým tématem při spolupráci peer mentora a klienta, který se čerstvě sžívá se svým postižením. Peer mentor, jako ten zkušený a zároveň jako i jedinec s postižením, má zběžný náhled do této oblasti a může se základními informacemi poradit. Pokud by byla potřeba odborného poradenství nebo hlubší náhled do této oblasti, je zde přítomen i sociální pracovník, který má toto téma profesně ošetřené.

5 Etika

„Etika se chápe jako termín, který složí k označení vědní disciplíny, která se zabývá studiem mravního chování, mravního citění, rozhodování, mravních hodnot apod. Morálka, mravnost a morální jevy vůbec pak tvoří předmět výzkumu etiky jako vědy. Etika jako věda o morálce představuje teoretickou disciplínu, kdežto morálka samotná tvoří zvláštní stránku lidského rozhodování a jednání.“ (Hodovský 1992, s. 4)

Ze strany mentoringu je zde několik principů, jimiž by se měl mentor řídit. Prvním z nich je prospěšnost a neškodlivost. Tím je myšleno, že hlavní prioritou je zájem klienta. Mentor by měl být prospěšným a nabídnou pozitivní přínosy do vztahu s klientem. Pokud by nastala situace, že tyto kritéria nelze naplnit, musí mentor usilovat o co nejmenší poškození jedince, v nejlepším případě o žádné. V rámci toho, by měl být za sebe odpovědný a vyvarovat se věcem jako zbytečná rizika a stresory, které mohou klienta potenciálně poškodit. Dalším principem je spolehlivost a odpovědnost, aby mohl být vztah mezi klientem a mentorem důvěrný, blízký a hlavně efektivní. Klíčová je v tomto případě dlouhodobost trvání vztahu, pravidelnost a předvídatelnost mentora. Aby mohl být mentor dobrým zdrojem podpory, musí se pravidelně angažovat a podporovat motivaci klienta. Zásada jednání s prvky integrity mentora je třetím principem, v níž se bere za povinnost mentora jednat v nejlepším zájmu klienta, to znamená ohleduplně, otevřeně a upřímně. Měli by s klientem jednat i o náplni vztahu a společných závazcích. Neměl by slibovat aktivity, které nelze uskutečnit a vyhýbat se vzniku negativních emocí a selhávání v komunikaci. Případně vzniklé konflikty by měl řešit profesionálně za přítomnosti jiného odborníka a zároveň brát ohled na dobro klienta. V rámci čtvrtého principu by měl mentor podporovat rovnocenný a spravedlivý přístup. Aby toho docílil, musí posoudit rozdíl mezi svým a klientovým zázemím a uplatňovat takové postoje, názory a zkušenosti, které nepoškodí klienta. Měl by si být vědom také svých předsudků, které by mohli narušit vztah mezi ním a klientem. Posledním principem je respektování práv a důstojnosti. Tento princip směřuje mentora k respektování sociokulturního zázemí a hodnot klienta a jeho rodiny a k chování, které není manipulativní ani diskriminační. Mentor by měl klienta pouze podporovat a neměnit ho (Brumovská, Málková 2010, s. 126-128).

5.1 Etický kodex SSP ČR

Sociálním pracovníkům v České republice slouží k posuzování dilemat Etický kodex zveřejněný společností sociálních pracovníků ČR. V tomto kodexu lze najít etické zásady,

pravidla etického chování sociálního pracovníka, etické problémové okruhy a postupy při řešení etických problémů. Etické problémové okruhy popisují základní a další situaci, kde je třeba se eticky rozhodovat s porovnáním náplně práce sociálního pracovníka. Postupy při řešení udávají možné kroky, jak k těmto etickým problémům přistupovat a řešit je. V následujících podkapitolách okruhy etické zásady a pravidla etického chování pracovníka stručně shrnu.

5.2 Etické zásady

Sociální pracovníci by se podle tohoto kodexu měli řídit demokratickými zásadami, sociální spravedlností a dodržováním lidských práv a svobod. Při dodržování lidských práv by se měl odkazovat na několik dokumentů zde zmíněných např.: Všeobecná deklarace lidských práv, Charta lidských práv Spojených národů atd. Sociální pracovník by měl respektovat autonomii člověka, bez ohledu na jeho zázemí, vzhled, věk apod. Mělo by být zachováno právo jedince na seberealizaci, pokud tím neomezuje práva druhých. Garantována by měla být pomoc, sdílení zkušeností a dovedností ze strany sociálního pracovníka jednotlivcům, skupinám, komunitám i sdružením občanů. Tato snaha by měla vést k rozvoji a řešení konfliktů a jejich následků. Sociální pracovník by upozadit své osobní zájmy a dát přednost profesionální odpovědnosti a služby poskytovat jedincům na nejvyšší možné a odborné úrovni (SSP 2022).

5.3 Pravidla etického chování sociálního pracovníka

Pravidla etického chování se vztahují k několika oblastem, konkrétně ve vztahu ke klientovi, ve vztahu ke svému zaměstnavateli, ve vztahu ke kolegům, ve vztahu ke svému povolání a ve vztahu ke společnosti. Mezi pravidla ve vztahu ke klientovi se řadí například podpora k vlastní odpovědnosti klienta a jednání s klientem jako celostní bytostí v rámci rodiny, společnosti, přirozeného prostředí apod. Podpora zmocňování klientů, skupin i komunit, chránění jejich práv a soukromí, podpora při užívání služeb a dávek a při řešení problémů. Ve vztahu k zaměstnavateli by sociální pracovníci měli odpovědně plnit své povinnosti vyplývající ze závazku k zaměstnavateli. Zároveň by měli vytvářet podmínky, za kterých lze uplatňovat etický kodex. V neposlední řadě by se měli podílet na pracovních postupech a utváření sociální politiky pro lepší praxi ve své organizaci. Ve vztahu ke kolegům je důležité respektovat jejich znalosti a dovednosti, rozšiřovat spolupráci, respektovat odlišné názory a vhodně k nim vyjadřovat připomínky. Zapojovat se do diskuzí a být odpovědný za svá etická rozhodnutí. Ve vztahu ke svému povolání a odbornosti by měl sociální pracovník dbát na vyšší prestiž svého

povolání, zvyšování odbornosti sociální práce a uplatňování nových postupů a metod. Dbát na provádění práce kvalifikovanými odborníky. Pokud se zaměříme přímo na sociálního pracovníka měl by se celoživotně vzdělávat v rámci výcviků i od svých kolegů a jiných odborníků v praxi a spolupracovat se školami sociální práce. V závěru má sociální pracovník ve vztahu ke společnosti za cíl o informování příslušných úřadů o porušování oprávněných zájmů občanů, zasazovat se o lepší sociální podmínky, zvyšování sociální spravedlnosti pomocí změn zákonů apod. Dohlížet, aby byly zdroje spravedlivě rozdělovány a přístupné všem. Zlepšovat životní podmínky obzvláště u lidí znevýhodněných, a podmínky, které zvyšují vážnost k lidským kulturám (SSP 2022).

6 Analýza potřebnosti

V této kapitole bude pospáno několik důležitých bodů bakalářské práce. V první řadě budou pospána řešení problematiky v České republice a zahraničí, kde budou zmíněny již fungující peer programy u lidí s tělesným postižením. Další navazující kapitolou budou základní informace o cílové skupině, na kterou se tato metodika zaměřuje. Poté budou čtenářům předloženy metody získání předložených dat a vyhodnocení stavu. V této kapitole budou čtenáři seznámeni s dotazníkovým šetřením, které bylo zpracováno v rámci analýzy potřebnosti. V závěru analýzy budou získané poznatky shrnuty a vyvozen z nich závěr celé analýzy potřebnosti.

6.1 Řešení problematiky v ČR a v zahraničí

V České republice je peer mentoring poskytován u několika cílových skupin. Příkladem mohou být služby náhradní rodinné péče, služby pro duševně nemocné nebo i školství. Ovšem pro cílovou skupinu lidí s tělesným postižením je zde pouze jedna. Poskytovatelem peer mentoringu je v České republice organizace CZEPA, která se věnuje klientům po poranění míchy, úrazu páteře nebo onemocnění míchy. Peer mentoring nabízí od roku 2021 jako registrovanou službu sociální rehabilitaci. V rámci své organizace peer mentory také školí. Službu poskytují bezplatně v místě bydliště klienta, jeho přirozeném prostředí nebo případně jako doplněk v online prostředí (CZEPA [b.d.]c).

Během hledání zahraničních organizací věnujících se peer programům jsem narazila na Center for independent living nebyli CIL, které se nachází v Kalifornii. Toto centrum se zakládá na principu toho, že lidé se zdravotním postižením svou situaci chápou nejlépe a vědí, jak se mezi sebou podpořit. Proto u nich vznikl program Independent Living Peer Support, který nabízí lidem s tělesným postižením podporu prostřednictvím společně prožívaných zkušeností a znalostí. Peer mentoři se s klienty setkávají osobně nebo v online prostředí a společně pracují na dosažení stanovených cílů (CIL, 2024c).

CIL je síť několika center, která jsou vedena lidmi se zdravotním postižením pro lidi se zdravotním postižením. Financování jsou pomocí grantů (CIL, 2024b). Centrum bylo založeno před padesáti lety, aby zajistilo práva, ubytování a zdroje pro osoby s postižením. Snahou je podpořit a zvýšit soběstačnost osob se zdravotním postižením. Toto centrum bylo ve své práci tak úspěšné, že jejich program se stal vzorem pro 400 center pro nezávislý život po celé zemi. (CIL, 2024a).

V Chicagu vznikl první neoficiální vztah peer mentora s mentee kvůli úrazu při fotbalovém zápase. Dva hráči, kteří po úrazu zůstali odkázáni na invalidní vozík mezi sebou začali sdílet informace a vypěstovali si mezi sebou důvěrný vztah. Jeden z hráčů se později sám stal jedním z peer mentorů v Shirley Ryan AbilityLab, které provozuje nemocniční centrum LIFE. Po založení programu s manažerkou centra v roce 2003 vznikla oficiální forma peer mentoringu v tomto centru, který slouží jako hlavní zdroj odpovědí na otázky po náhlé změně zdravotního stavu a odkázání na invalidní vozík. Mentori jsou přijímáni a školeni v rámci vzdělávacího programu a spojení s klienty na základě podobných podmínek a životním stylu. I zde probíhají schůzky s peer mentory osobně nebo v online prostředí. Jsou součástí i kurzů pro pacienty a tvoří každoročně přednášky pro studenty prvních ročníků medicíny. (Chandler, 2022)

6.2 Základní informace o cílové skupině

Tato metodika je primárně cílena na sociální pracovníky a sekundární cílovou skupinou jsou peer mentori. Prostřednictvím této metodiky jim bude poskytnut základní popis jejich spolupráce. Metodika není cílena na konkrétní organizaci.

Tato metodika by se dala využít především u služeb ambulantních a terénních. Dle vyhledávání v Registru poskytovatelů sociálních služeb je v České republice registrováno celkem 842 služeb poskytovaných lidem s tělesným postižením. Ve vyhledávání byli zařazeny jak služby ambulantní, pobytové tak i terénní. Terénních a ambulantních služeb pro osoby s tělesným postižením je v České republice registrováno celkem 707 (MPSV [b.d.]).

CZEPA má v současné době 15 proškolených peer mentorů, kteří v roce 2023 poskytli podporu celkovému počtu 132 klientů. CZEPA nabízí svou službu s okamžitou kapacitou klientů max. 15 a celkovou kapacitou max. 65 (CZEPA [b.d.]).

6.3 Metody získání předložených dat a vyhodnocení výchozího stavu

Analýzu potřebnosti jsem uskutečnila ve dvou organizacích. První organizací byla CZEPA a druhou spolek Trend vozíčkářů Olomouc. Během rozhovoru se sociální pracovníci organizace CZEPA jsem zjistila, že metodiku peer mentoringu zpracovanou mají, ovšem stále pracují na jejím zlepšení. Ve spolku Trend vozíčkářů metodiku zpracovanou nemají, ale vyjádřili možný zájem o zavedení metodiky a peer mentoringu v jejich službě. Analýza potřebnosti byla vedena stylem anonymního dotazníkového šetření, které obsahovalo jednu otevřenou otázku a šest uzavřených otázek, zaměřených na peer mentoring a jeho důležitost při práci s lidmi s tělesným postižením. Byla zde otázka i na možná pozitiva, negativa a zda se s konceptem peer mentoringu již setkali. V dotazníku jsem nasbírala odpovědi od celkového počtu 18

respondentů. V následující části představím otázky dotazníku a pod nimi budou vypsány a zhodnoceny odpovědi.

Otázky:

1. Setkali jste se již s tématem peer mentoringu ve Vaší nebo jiné organizace?

- a) Ano
- b) Ne

Z celkového počtu osmnácti respondentů odpovědělo na tuto otázku 10 (55,6% podíl) respondentů Ano a 8 (44,4% podíl) respondentů Ne. Jelikož byl dotazník prováděn v organizacích pro osoby s tělesným postižením, je vidět že téma peer mentoringu se stává již lehce diskutovaným tématem. Povědomí o peer mentoringu se ale v těchto organizacích rozšířilo a naznačuje to možný zájem o tuto formu podpory.

2. Jaká je Vaše role v sociální oblasti?

- a) Sociální pracovník
- b) Peer mentor
- c) Student SP
- d) Pracovník v sociálních službách
- e) Klient sociální služby
- f) Jiná

V druhé otázce odpovědělo 9 (50% podíl) respondentů, že jsou klienti sociální služby. Dalších 6 (33,3% podíl) respondentů bylo sociálních pracovníků, 2 (11,1% podíl) respondenti byli studenti a jeden (5,6% podíl) byl pracovník v sociálních službách. U zbylých možností odpovědi nebyli žádné. Díky těmto odpovědím si můžeme udělat jasnější představu o typu respondentů, kteří se na dotazníkovém šetření podíleli.

3. Myslíte si, že peer mentoring bude v budoucnu důležitou součástí při spolupráci s klienty s tělesným postižením?

- a) Ano
- b) Ne

U této otázky odpověděla většina respondentů Ano, Konkrétně to bylo 16 (88,9% podíl) respondentů. Odpověď Ne zvolili pouze dva (11,1% podíl) respondenti. Takové množství kladných odpovědí značí, že respondenti v organizacích vnímají potenciál peer mentoringových programů, a vidí ho jako možný nástroj podpory.

4. Myslíte si, že by se měl koncept peer mentoringu v České republice více rozšířit?

- a) Ano
- b) Ne

V této otázce odpovědělo všech 18 (100% podíl) respondentů Ano. Tímto potvrdili, že je třeba rozšířit povědomí o peer programech a jejich konceptu po České republice. Takto jednoznačná odpověď může značit velkou podporu pro rozvoj a implementaci peer mentoringu a zavedení metodiky.

5. Jaká vidíte možná pozitiva peer mentoringu?

- a) Sdílení zkušeností
- b) Zlepšení sebevědomí klienta
- c) Poskytování emocionální podpory
- d) Vytváření sítě podpory mezi klienty
- e) Zlepšení sociálních dovedností
- f) Žádná
- g) Jiná

Na základě těchto odpovědí lze určit, které z pozitiv vnímají respondenti jako nejvýraznější změnu podpory. U této otázky byla možnost volby jedné a více odpovědí. Odpovědi a) mají společně s odpovědi b) stejný počet vybrání a to 13 (72,2% podíl). S počtem dvanácti (66,7% podíl) odpovědí jsou za nimi možnost d) a možnost e). Odpověď c) měla výsledný počet 10 (55,6% podíl) odpovědí. Zbylé dvě možnosti měly každá po jedné (5,6% podíl) odpovědi.

6. Jaká vidíte možná negativa peer mentoringu?

- a) Možnost šíření nevhodných rad či informací
- b) Možnost konfliktů mezi klienty
- c) Nízká kvalita poskytované podpory
- d) Nedostatečná odbornost mentorů
- e) Žádná
- f) Jiná

Na základě těchto odpovědí lze určit, které z negativ vnímají respondenti jako možné ohrožení efektivity peer programu. Možnost a) a d) byli vybrány celkem 8krát (44,4% podíl). S počtem vybrání pět (27,8% podíl) byly vybrány odpovědi b) a e). Celkem 4 (22,2% podíl) odpovědi měla možnost c). Odpověď f) byla vybrána pouze jednou (5,6% podíl). Tyto negativa můžou představovat potenciální hrozby, a hlavně obavy respondentů týkající se kvality peer programu a jeho bezpečnosti pro klienta služby.

7. Máte nějaké další komentáře nebo nápady týkající se peer mentoringu u lidí s tělesným postižením?

Z celkového počtu osmnácti respondentů na tuto otázku odpovědělo 7, zbylí respondenti neměli žádný komentář ani nápad týkající se peer mentoringu. Z těchto komentářů od respondentů vyberu hlavní a nejvýznamnější myšlenky, které tu stručně shrnu.

Zmíněné komentáře naznačují potenciál peer programů v poskytování zásadní podpory u osob s tělesným postižením. Respondenti často zmiňovali potřebu dbát na důkladný výběr mentorů, kteří budou mít odpovídající znalosti a schopnosti, ale také empatický přístup a dobrou psychickou odolnost, aby se brzy nesetkali s vyhořením. Několik respondentů zmínilo, že peer mentoring vnímají jako formu inspirace, motivace a podpory pro lidi s tělesným postižením, což by mohlo mít dopad na plnější a důstojnější prožití života a vedlo by k rozvoji potenciálu nejen u klientů, ale i peer mentorů. Jeden z respondentů zmínil potřebu zamyslet se nad výzvou dopravy peer mentora ke klientům, kteří bydlí daleko. Nejen že přeprava je i tak s tělesným postižením náročná, navíc by u vážných případů postižení musel cestovat i osobní asistent, kterých je v současné době nedostatek. Někteří respondenti zmínili i potřebu spolupráce peer mentora a sociálního pracovníka, a že by ocenili i společné návštěvy. Důležitým poznatkem zmíněným v odpovědích bylo také financování, z čeho by byli peer mentoři placeni, a že by finance byly potřeba i na vytvoření pracovní pozice.

Tyto odpovědi mohou být cenným zdrojem a vzhledem do možných výzev a návrhů na zlepšení. I tyto faktory je třeba zohlednit při implementaci peer programu, aby byla klientům poskytnuta co největší a nejefektivnější podpora. Tyto podněty jsou společně s negativy v otázce číslo 6 zahrnuta v kapitole 7.3 Prediktivní analýza rizik a dopadů v cílovém prostředí.

6.4 Závěr analýzy potřebnosti

Ze získaných odpovědí v analýze potřebnosti vyplývá, že respondenti vidí potenciál peer mentoringu v oblasti podpory, motivace a inspirace, kterou mohou peer mentoři klientům nabídnout. Dále byla vyjádřena velká potřeba pro rozšíření konceptu peer mentoringu u lidí s tělesným postižením v České republice. Respondenti očekávají zejména tyto pozitiva peer mentoringu: zlepšení sebevědomí u klientů, sdílení zkušeností, vytváření sítě podpory mezi klienty a zlepšení sociálních dovedností. Nicméně identifikovali i možná negativa. Jako nejzávažnější negativa vyhodnotili nedostatečnou odbornost peer mentorů, možnosti šíření nevhodných rad, možnost vzniku konfliktů mezi klienty a problémy s dopravou peer mentorů. Další klíčové prvky, na které je třeba se zaměřit jsou výběr a školení peer mentorů, zajištění dostatku financí na vytvoření pracovní pozice pro peer mentora a dbát na úzkou a efektivní spolupráci peer mentorů a sociálních pracovníků. Peer mentoring představuje koncept, který má velký potenciál na vytvoření vhodných podmínek k podpoře, motivaci a inspiraci klientů, aby prožili plnohodnotný život bez ohledu na své postižení. Jelikož byla většina respondentů klienty sociální služby, můžeme podle odpovědí dotazníku předpokládat, že oni sami mají zájem o vyzkoušení peer programu a vnímají jeho důležitost při práci s osobami s tělesným postižením. Důležité je podotknout i na fakt, že v dotazníku není žádná z odpovědí od peer mentorů. Což vnáší zajímavý úhel pohledu na kladně vnímané téma a potřebu realizace programu, ze stran osob, které nemají co dočinění s peer mentoringem. Tento fakt určitým

způsobem podporuje nutnost rozšíření peer programů do více organizací a poptávku i ze stran klientů, kteří toto dotazníkové šetření vyplňovali.

Vnímám potřebu se vyjádřit ke komentáři jednoho z respondentů u otázky číslo sedm. Odpověď se týkala náročnosti dopravy peer mentora za klientem a potřeba osobního asistenta, kterých je v současné době nedostatek. O potřebu asistence by se jednalo hlavně u vážných postižení peer mentorů, kteří by cestu nezvládli bez pomoci asistenta. Ačkoli jsem si situace ohledně nedostatku osobních asistentů díky své praxi vědoma, věřím že lze najít alternativní řešení pro tuto situaci. Pokud by se nemohl dostavit peer mentor ke klientovi, může se pokusit klient dostat k peer mentorovi. Jako další řešení bych vnímala využití dobrovolníků organizace při těchto cestách, jelikož i oni jsou obeznámeni s požadavky péče o osoby s tělesným postižením. V některých případech by mohl peer mentora doprovodit i sociální pracovník, pokud by mu to jeho pracovní vytížení dovolilo. Také by se zde nabízela možnost zvážit jiné možnosti dopravy peer mentora například firemním autem, pokud organizace nějaké vlastní.

7 Metodický dokument

Součástí této kapitoly bude zpracování identifikace limitů dosavadního řešení, které nás seznámí s možnými úskalími ohledně peer programů a řešení této problematiky v rámci společnosti. V následující kapitole bude popsána žádoucí změna, které chceme touto metodikou dosáhnout a popis cílového stavu, po implementaci metodiky. Kapitola prediktivních rizik a dopadů v cílovém prostředí nás seznámí s problémy, které při implementaci mohou nastat. V rámci toho budou zmíněny i možnosti prevence těchto rizik a možná řešení, pokud by se rizikům nepodařilo předejít. Hlavní částí této bakalářské práce bude následná kapitola popisuje navrhovaného metodického dokumentu. V této kapitole bude zpracovaná konkrétní metodika pro zavedení peer programu do organizace s primárním zaměřením na spolupráci peer mentorů a sociálních pracovníků. Tato kapitola bude obsahovat několik podkapitol, které se budou zaměřovat na podobu implementace metodiky. V první podkapitole proběhne seznámení s možnými cíli a očekávanými výsledky zavedení peer programu. Dále bude navazovat struktura organizace a spolupráce peer mentorů a sociálních pracovníků, kde budou specifikovány jejich role v organizaci a náplň práce. V další části bude podrobněji popsán proces spolupráce peer mentorů a sociálních pracovníků. Na toto téma naváže školení peer mentorů a sociálních pracovníků, které poslouží ke zvýšení kvality poskytované služby. Další samostatnou podkapitolou budou metody a techniky, které lze využít při práci s klienty. Ty povedou k lepšímu navázání vztahu s klienty i mezi spolupracovníky. Vzápětí budou představeny metody monitorování efektivity spolupráce, které mohou nabídnou podněty ke zlepšení. Nesmím zapomenout ani na postup při ukončení spolupráce ze stran klientů nebo pracovníků. V závěru bude shrnuto, jako se budou vyhodnocovat výsledky a přínosy celého programu. V poslední kapitole bude nastíněno téma pilotního ověření s vývojovým grafem.

7.1 Metodické pokyny

Během hledání metodických pokynů pro tuto bakalářskou práci, jsem bohužel nenarazila na vhodné materiály nebo na materiály určené pro mou cílovou skupinu. Jelikož je téma peer mentoringu v České republice stále málo rozšířené, není možné tyto materiály dohledat. Při vyhledávání zahraničních materiálů jsem nenašla žádné vhodné dokumenty. Při vyhledávání jsem postupovala následujícím způsobem: V portálech nebo na Google Scholar jsem zadala klíčová slova např. „Metodické pokyny“ nebo „peer mentoring“ a „peer support“, tyto pojmy jsem zadávala v anglickém jazyce, ale nenašla odpovídající materiály ke zpracování. Strukturu

metodického dokumentu jsem vypracovala sama za pomoci jednotlivých částí jiných metodik, jelikož metodiky na peer mentoring jsem nenašla a struktury jiných jako celek nevyhovovali.

7.2 Identifikace limitů dosavadního řešení

V České republice zatím existuje pouze jedna organizace, která má zpracovanou metodiku pro práci peer mentorů. Je zde tudíž nedostatek podpůrných programů tohoto typu pro osoby s tělesným postižením. Jiné metodiky se zaměřují na jiné cílové skupiny a jejich využití u lidí s tělesným postižením by nebylo efektivní. Organizace CZEPA, která jediná peer mentoring provozuje je také jediná, která v ČR peer mentory pro práci u lidí s tělesným postižením školí. Podíl má také nedostatečná informovanost o podobných programech. Z důvodu nedostatku peer programů pro lidi s tělesným postižením je zde nedostatečné množství osvědčených postupů a pokynů pro práci peer mentorů, natož jejich působení v rámci týmu.

7.3 Popis změny a cílového stavu

Pokud by došlo k zavedení metodického dokumentu, do některé z možných organizací, budou jim poskytnuty detailní postupy pro práci peer mentorů i sociálních pracovníků. Dále by metodické postupy nabídly nástroje a poznatky, které lze ve spolupráci peer mentorů a sociálních pracovníků uplatnit. Formou školení by jim tyto nástroje a postupy byly přestaveny a postupně zavedeny do služby. Došlo by k osobnímu růstu peer mentorů, kteří by pomocí podpory ostatní rozvedli své mezilidské a komunikační dovednosti. Zároveň by vzniklo spolupracující prostředí mezi peer mentory a sociálními pracovníky, kde by převládala vzájemná podpora a snížilo se tím riziko vyhoření. Zavedení by přispělo i k rozšíření povědomí o tomto programu, to by přispělo i k vyvolání diskuze o každodenních výzvách lidí s tělesným postižením. Což by zvýšilo povědomí široké veřejnosti.

Zavedením těchto pokynů, by došlo ke zkvalitnění poskytovaných služeb, k jejich efektivitě a komplexnějšímu pojetí. Zároveň by došlo k nižšímu vytížení sociálních pracovníků, jelikož by peer mentor mohl podřídné funkce a část pracovního vytížení převzít. Tím pádem by se sociální pracovníci mohli zaměřit na komplexnější potřeby svých klientů. Díky spolupráci by docházelo k lepšímu porozumění klientů z několika úhlů pohledu, naplňování jejich očekávání a zhodnocení jejich životní situace. Došlo by ke zlepšení sebevědomí klientů, jejich jednoduššímu integrování do společnosti, poskytnutí podpůrného prostředí a přispělo k pozitivnímu růstu.

7.4 Prediktivní analýza rizik a dopadů v cílovém prostředí

V této kapitole, která se soustředí na analýzu rizik se budu koncentrovat na hrozby, které by mohly tuto metodiku a její implementaci ohrozit. Pokud se rizika včas identifikují může dojít k přípravě jejich řešení nebo případné minimalizaci. To pomůže lépe čelit výzvám při implementaci metodiky a včas se na ně připravit.

Ve zpracované tabulce prediktivní analýzy potřeb budu sledovat míru rizika, která nám prozradí, jak velká je možná hrozba tohoto rizika a jaká je pravděpodobnost, že se právě s tímto rizikem setkáme při zavádění metodiky. Kromě míry rizika budu definovat i možná řešení, pokud by se riziko stalo reálnou hrozbou čemuž bude mít za úkol předejít. Další zpracovávaná proměnná. Touto proměnou je preventivní opatření, které slouží k předejití, popřípadě zmírnění následků rizika. Při zpracování rizik budu vycházet ze svých zkušeností z praxe a také z otázek zahrnutých v dotazníkovém šetření. Rizika, míra rizik, řešení rizika a možná preventivní opatření proti vzniku rizika jsou znázorněna v následující tabulce číslo 1.

Tabulka 1 Rizika implementace

Riziko	Míra rizika	Řešení rizika	Preventivní opatření vzniku rizik
Peer mentoři nebudou dostatečně odborně proškoleni	Vysoké	Pravidelné odborné školení peer mentorů.	Pravidelné odborné školení peer mentorů.
Sociální pracovníci nebudou ochotni spolupracovat s peer mentory	Vysoké	Vymezení jasně stanovených oblastí spolupráce. Pořádání pravidelných setkání.	Vymezení jasně stanovených oblastí spolupráce. Pořádání pravidelných setkání. Zapojení sociálních pracovníků do procesu implementace programu.
Klienti nebudou mít zájem o peer podporu	Vysoké	Rozšířit povědomí o přínosech peer programů mezi klienty.	Představení peer mentoringových programů klientům před zavedením programu.
Pomoc ze stran peer mentorů bude mít nedostatečnou kvalitu	Střední	Zavedení pravidelného hodnocení od klientů.	Pravidelné odborné školení peer mentorů. Zvyšování kompetencí peer mentorů.
Peer mentoři budou šířit nevhodné rady mezi klienty	Střední	Zavedení pravidel poskytování peer podpory.	Pravidelná kontrola kvality poskytovaných služeb.
Nedostatečné finanční prostředky na provoz programu a proškolení peer mentorů	Vysoké	Hledání a využívání i alternativních zdrojů financování.	Důkladné plánování rozpočtu. Snaha o získání nových sponzorů.
Změna postojů ze strany vedení organizace	Nízké	Průběžné hodnocení peer programu s vedením organizace.	Průběžné prezentování vývoje a dosažených výsledků programu.
Negativní přístup k peer mentorům ze stran rodinných příslušníků	Nízké	Pořádat setkání pro rodinné příslušníky, klienty a peer mentory, Vzdělávat o kladech programu.	Vzdělávání rodinných příslušníků i široké veřejnosti.
Přítomnost peer mentora bude způsobovat nepokoje v Multidisciplinárním týmu	Nízké	Stanovení si jasných rolí a kompetencí v týmu. Pořádání pravidelných setkání týmu.	Edukace členů týmu o přínosech peer mentoringu. Utváření prostoru pro otevřenou diskusi.
Sociální pracovníci nebudou mít dostatek času na koordinaci peer programu	Vysoké	Určení jednoho koordinátora programu, který bude odpovídat za správu programu.	Zvážit zavedení specifické role koordinátora.

Zdroj: Vlastní zpracování

8 Popis navrhovaného metodického dokumentu

Tento metodický dokument je určen primárně sociálním pracovníkům a sekundárně peer mentorům v organizacích pracujících s lidmi s tělesným postižením.

Služba bude poskytována především terénně nebo ambulantně dle potřeby. Setkání se budou konat v místě bydliště klienta, v jeho přirozeném prostředí nebo dle domluvy s peer mentorem či sociálním pracovníkem. Poslání peer mentoringového programu bude v souladu s posláním organizace, stejně tak i s cílovou skupinou klientů, na které se služba primárně zaměřuje. V souladu budou i zvolené zásady poskytování služby a peer mentoringového programu.

8.1 Cíle a očekávané výsledky peer programu

V počátku je důležité specifikovat hlavní cíle a podcíle, kterých je žádoucí pomocí peer mentoringového programu dosáhnout a tím pádem si určit, jakým směrem se bude ubírat spolupráce sociálních pracovníků a peer mentorů. Výběr a určení cílů je odpovědností organizace, která bude metodiku využívat. Své cíle přizpůsobí zásadám a posláním své organizace, ale také zásadám peer mentoringu. V následující části příklady možných cílů a podcílů popíší.

Cíle:

Cílem peer programu je zlepšení procesu posuzování klientových potřeb.

Cílem peer programu je poskytnout takovou podporu a vytvořit takové podmínky, které povedou k integrování klienta do společnosti.

Cílem peer programu je, aby u klienta došlo k osobnostnímu rozvoji na takovou úroveň, že dalších intervencí s peer mentorem nebude potřeba.

Podcíle:

Osobnostní a dovednostní rozvoj peer mentora.

Poskytnutí potřebných informací a zprostředkování služeb.

Sdílení praktických dovedností a zkušeností s klienty.

V rámci stanovování cílů je možné se zaměřit i na popis očekávaných změn v rámci organizace a s ohledem na zvolený cíl. Popis změny a cílového stavu je obecně popsán v kapitole 7.2.

Jako příklad může sloužit cíl první, a to že cílem peer programu je zlepšení procesu posuzování klientových potřeb. Při zvolení tohoto cíle můžeme následně popsat očekávané změny v procesu posuzování potřeb. Díky této změně dojde ke komplexnímu posuzování potřeb, pracovníci budou lépe rozumět individuálním potřebám a dojde k celkovému zkvalitnění poskytovaných služeb organizace.

8.2 Struktura organizace a spolupráce sociálních pracovníků a peer mentorů

Specifikace rolí je důležitá, aby nedocházelo k problémům mezi pracovníky a každý měl jasně danou náplň práce. Hned z počátku by mělo dojít k rozdělení a specifikaci rolí a odpovědností nejen sociálních pracovníků, ale i peer mentorů a celé organizace. Hlavní organizační struktura bude zachována a spolupráce s peer mentory a peer programem bude do této struktury začleněna. Vedení organizace bude zodpovědné za celkové vedení a dohled nad peer programem. V rámci peer programu může být vyčleněn koordinátor peer programu.

Pokud bude určen koordinátor peer programu, bude se starat o správu programu, organizační záležitosti programu a dohled nad spoluprací peer mentorů a zbytku týmu. Mezi jeho další povinnosti patří výběrové řízení a školení peer mentorů. Bude zodpovědný za vytvoření párování s klienty a na základě jakých podmínek. Výběr peer mentora může být podmíněn bydlištěm peer mentora, jeho zálibami, specifikací jeho postižení nebo preferencemi a sympatiemi ze strany klienta. Na koordinátorovi bude také plánování pravidelných supervizí pro peer mentory a jejich setkávání se sociálními pracovníky, v rámci kterého budou hodnotit svou vzájemnou spolupráci.

Sociální pracovníci:

Sociální pracovníci se kromě své běžné pracovní náplně mohou soustředit na identifikace klientů, kteří by využití peer programu ocenili a vedlo by v jejich prospěch.

V rámci identifikace klientů, by podávali stručné informace o peer programu a jeho přínosech. Pokud by se jednalo o komplexnější otázky ze stran klientů, obrátili by se s odpovědí na peer mentora. Klíčová pro ně bude i spolupráce s peer mentory na posuzování potřeb a celkového stavu klientů, které jim bude užitečné při tvoření individuálních plánů klientů, poskytování odborného poradenství a odkazování klientů na navazující služby. Sociální pracovníci budou mít možnost lépe porozumět jejich zdravotnímu stavu a vyvarovat se tak nechtěných předsudkům.

Peer mentoři:

Peer mentoři zastávají roli jedinců s vlastní zkušeností s tělesným postižením. Poskytují podporu, rady, vzhled do nově vzniklé změny zdravotního stavu a základní poradenství. V rámci své role se budou účastnit školení, prohlubující jejich dosavadní dovednosti a znalosti, účastnit se setkávání s koordinátorem peer programu, se sociálními pracovníky a účastnit se pravidelných supervizí. Budou propagovat peer program, zdůrazňovat jeho přínosy a starat se o vysokou kvalitu poskytovaného programu. Také budou šířit informace mezi klienty a pracovníky organizace o programu a popřípadě se mohou zasadit o vzdělání společnosti ohledně peer mentoringových programů.

8.3 Proces spolupráce s peer mentory

Tento proces se zakládá na společném setkávání a plánování peer mentorů a sociálních pracovníků. Během těchto setkání budou mít prostor na řešení obtíží a problémů, které se mohou v průběhu práce vyskytnout. Mohou plánovat další postupy práci a jejich vzájemné spolupráce. Může proběhnout vzájemné sdílení zkušeností a důležitých informací týkajících se klientů a jejich potřeb.

Další součástí tohoto procesu je dokumentace a sledování pokroku. V této dokumentaci je obsažen průběh celé spolupráce, jeho přínosy a úskalí. Sledovány zde jsou dosažené výsledky a jejich dopad. To umožní sledovat pokrok nejen klientů, ale i peer mentorů a sociálních pracovníků a pomůže identifikovat problémové oblasti, ve kterých bude potřeba poskytnutí další podpory anebo úprav již poskytované podpory.

Celý proces bude provázán průběžnou komunikací peer mentorů a sociálních pracovníků. Komunikace se může dotýkat stávajících i nových potřeb klientů, plánování kroků další pomoci či plánování dalších setkání s klienty. Bude zde důkladně rozebírán průběh podpory a společná práce na individuálních plánech.

8.4 Školení sociálních pracovníků a peer mentorů

Z důvodu zavedení nového programu je důležité nový i stávající personál proškolen. Sociální pracovníci mají povinné průběžné vzdělávání v rámci své organizace, ale s nástupem peer programu bude potřeba je proškolen ohledně peer problematiky. Zprvu se sociální pracovníci proškolí v základních informacích o peer mentoringu, jeho principech, podobě a přínosech. Budou jim vysvětleny výhody zavedení programu a základy jejich spolupráce s peer mentory. Na to naváže školení v oblasti efektivních strategií, které mohou využít při spolupráci s peer mentory pro zkvalitnění komunikace a efektivní sdílení informací. Součástí bude i seznámení s jejich stávající rolí v rámci peer programu, jelikož může dojít ke změnám náplně práce. Popřípadě může být proškolen i koordinátor programu, který se zaměřuje na celkovou správu programu.

Peer mentoři musí ještě před ucházením se o pozici peer mentora projít základním kurzem pro peer mentory. Jak už bylo zmíněno v kapitolách předtím, tento kurz provádí v České republice organizace CZEPA. Pro efektivní práci peer mentora je zapotřebí i dalších školení, které se budou věnovat například zvládání konfliktů a obtížných situací, jelikož nejsou v tomto směru učeni k odolnosti jako sociální pracovníci. Takové školení by se jim ovšem hodilo i při řešení sporů právě se sociálními pracovníky. Dalším užitečným školením může být práce s hranicemi

a soukromím, které využijí při svém sdílení zkušeností a životních příběhů, respektování hranic klientů, udržení profesionálního vztahu, ale zároveň zachování důvěry.

Společnými tématy školení pro sociální pracovníky a peer mentory mohou být komunikace, práce s emocemi, rozvoj mezilidských dovedností, asertivní komunikace nebo krizová intervence.

8.5 Metody a techniky využívané při práci s klienty

Zde zmíněné metody a techniky jsou žádoucí nejen pro peer mentory, ale i sociální pracovníky. Tyto metody mohou využít při práci s klienty, ale i při vzájemné spolupráci, kterou jim tyto metody usnadní. Popisované metody jsou aktivní naslouchání, asertivní komunikace a přístup zaměřený na člověka, který je detailněji popsán v části absolventské práce, konkrétně v kapitole 3 Teorie a metody sociální práce.

Tyto nástroje jsou pro ně klíčovými body, které budou využívat při své práci, aby zachovali nekonfliktní a chápající prostředí, které utvrdí vzájemnou důvěru ve vztahu s klienty. Aktivní naslouchání pomůže pracovníkům s porozuměním sdělovaného obsahu, ukáže druhým, že je někdo poslouchá a plně se soustředí na jejich sdělení. Dopomůže jim k tomu kladení doplňkových otevřených otázek a poskytování zpětné vazby (Kliment, 2013, s. 54-55). Asertivní komunikace spočívá v principu vyjadřování vlastních potřeb, aniž by byl narušen respekt a autonomie druhé osoby. Jde zde také o nastavení hranic, vyjádření názoru a umění říkat ne. Sociální pracovníci i peer mentoři by měli na požadavky klientů reagovat bez agrese a pasivity a být aktivní při komunikaci s nimi (Kliment, 2013, s. 25-26). Osvojením si těchto komunikačních vzorců se můžou snadněji vypořádat i s problémovými, pasivními nebo agresivními klienti takovým stylem, který jim bude příjemný a nebude nijak narušovat vztah s klientem a urážet ho. Přístup zaměřený na člověka se zakládá na principu důvěrného vztahu, během kterého dochází k pochopení klientových pocitů, potřeb a cílů, jejich vyjádření a schopnost o nich komunikovat s ostatními. Důvěrný vztah pro to poskytne vhodné prostředí a klient bude moci projít procesem sebepoznání bez jakýkoli předsudků ze strany pracovníků. Klient se taky sám učí vypořádat se se svými problémy a s pracovníkovým doprovodem nachází jejich řešení.

8.6 Supervize

Supervize je jedním z mnoha nástrojů, které poskytují podporu nejen sociálním pracovníkům, ale i peer mentorům. Peer mentoři budou mít v rámci organizace povinnou účast na supervizích, stejně jako mají sociální pracovníci. Během supervize mohou pracovníci sdílet své postřehy, obavy a pocity, které je tíží nebo naopak těší. Supervize je prostor pro sdílení se se svými

kolegy, kteří nabídnou nový úhel pohledu. Zaměření supervize bude záležet na aktuálních potřebách pracovníků, ty si určí, které tématu jsou, v jakou dobu vítaná na diskuzi. Je tedy žádoucí, aby supervize probíhala pravidelně a byla povinnou součástí pracovní náplně. Během supervize budou přítomni sociální pracovníci, peer mentoři a supervizor a délka trvání bude záviset na velikosti skupiny. Dle vyjádření individuální potřeby může dojít i na individuální supervizi nebo supervizi pouze jedné skupiny pracovníků například pouze peer mentorů.

8.7 Metody monitorování efektivity spolupráce

V rámci programu je žádoucí vyhodnocovat účinnost programu a jeho dopady. K tomuto vyhodnocení může docházet několika různými způsoby. Jako jeden z možných způsobů se nabízí pravidelná zpětná vazba od klientů. Tuto zpětnou vazbu je možné dostat formou anonymního průzkumu, formuláře či dotazníku. Nelze vyloučit ani ústní rozhovor s klienty. Na podobné bázi může fungovat i průběžná reflexe a diskuze ze stran peer mentorů a sociálních pracovníků. V průběhu těchto diskuzí bude možnost věnovat se i tématům jako možná zlepšení, problémy a již dosažené výsledky. Při vyhodnocování efektivity se lze soustředit i na sledování a vyhodnocení plněných cílů. Ať už se bude jednat o cíle krátkodobé či dlouhodobé. U plnění cílů se bude vyhodnocovat kolik cílů bylo splněno, jak byly plněny a jestli jsou zúčastněné strany s naplněním spokojené. V rámci analýzy statistických údajů, která může být také součástí monitoringu, se budou hromadit a analyzovat data relevantní pro posouzení efektivity spolupráce. Jako součást této analýzy budou zahrnuta o počtech setkání peer mentorů a sociálních pracovníků a jejich intervence s klienty. Dále jsou zde zařazeny počty naplněných cílů, počty klientů, kteří využívají program a další. Vyhodnocením těchto výsledků je za úkol monitorování kvality a účinnosti programu a také sledování a identifikace možných zlepšení nejen programu, ale i spolupráce peer mentorů a sociálních pracovníků.

8.8 Ukončení spolupráce

Při ukončení spolupráce je potřeba udržet systematičnost a minimalizovat jakýkoli negativní dopad, který hrozí klientům, sociálním pracovníkům i peer mentorům. K ukončení spolupráce může dojít ze všech tří zúčastněných stran. Klienti mohou ukončit spolupráci z mnoha důvodů. Peer mentora již nepotřebují, došlo k porušení pravidel nebo jim spolupráce nevyhovuje. Spolupráci mohou ovšem ukončit bez udání důvodu. Pokud bude spolupráci s klientem ukončovat peer mentor nebo sociální pracovník musí být udán důvod a měla by být klientovi

nabídnuť pomoc se zajištěním náhradní služby, pokud si to bude přát. Pokud bude spolupráce ukončována mezi peer mentorem a sociálním pracovníkem, musí být též odůvodněna. Tato spolupráce může být ukončena z důvodu například osobních, kvůli nevyhovujících podmínek spolupráce nebo závažného porušení pravidel organizace. Dalšími důvody ukončení spolupráce mohou být vypršení platnosti podepsané smlouvy, k jejímu opakovanému porušení nebo záměrnému nenaplnění stanovených cílů.

Délka spolupráce peer mentora a klienta se bude odvozovat od předem projednaných cílů. Maximální délka spolupráce je na dvanáct měsíců pro jeden stanovený cíl. Spolupráci je možné ukončit dřív z důvodu naplnění cíle. Spolupráce může být opakovaná ovšem pokaždé s nově stanoveným cílem. Pokud by měl klient zájem o psychickou podporu formou rozhovoru bez stanovení cíle, může se na peer mentora obrátit v jeho úředních hodinách nebo podle předchozí osobní domluvy s peer mentorem.

8.9 Závěr a vyhodnocení

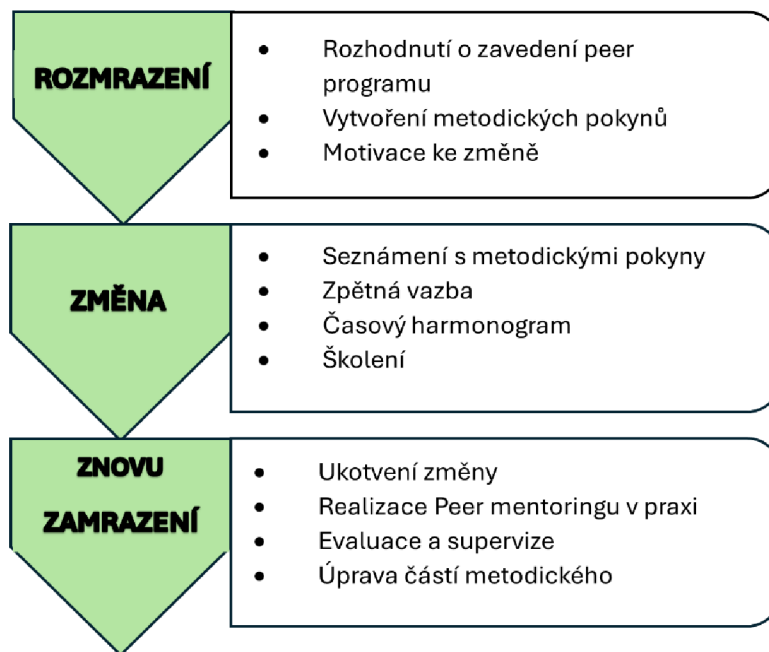
Po úspěšném zavedení peer programu je potřeba vyhodnotit výsledky, přínosy a aktivitu všech zúčastněných pracovníků. Proto pravidelně dochází ke shrnutí výsledků, kterých bylo během spolupráce peer mentorů a sociálních pracovníků dosaženo. K vyhodnocení poslouží pravidelné evaluace programu ze stran klientů, peer mentorů i sociálních pracovníků. Evaluaci bude možné provést několika způsoby. Evaluačním formulářem, rozhovorem nebo dotazníkem. Výsledky mohou být prezentovány ve výroční zprávě organizace. Tato evaluace poslouží jako podklad pro budoucí návrhy na zlepšení a rozvoj spolupráce peer mentorů a sociálních pracovníků i celého peer programu. Pokud budou podklady vyhodnocení úspěšné lze je později využít jako jedno z možných doložení potřebnosti pro veřejnost. V rámci celého programu je žádoucí strategií prezentovat výsledky společnosti, aby se zvýšil zájem a povědomí o peer program a jeho přínosech pro osoby s tělesným postižením.

9 Pilotní ověření a vývojový diagram

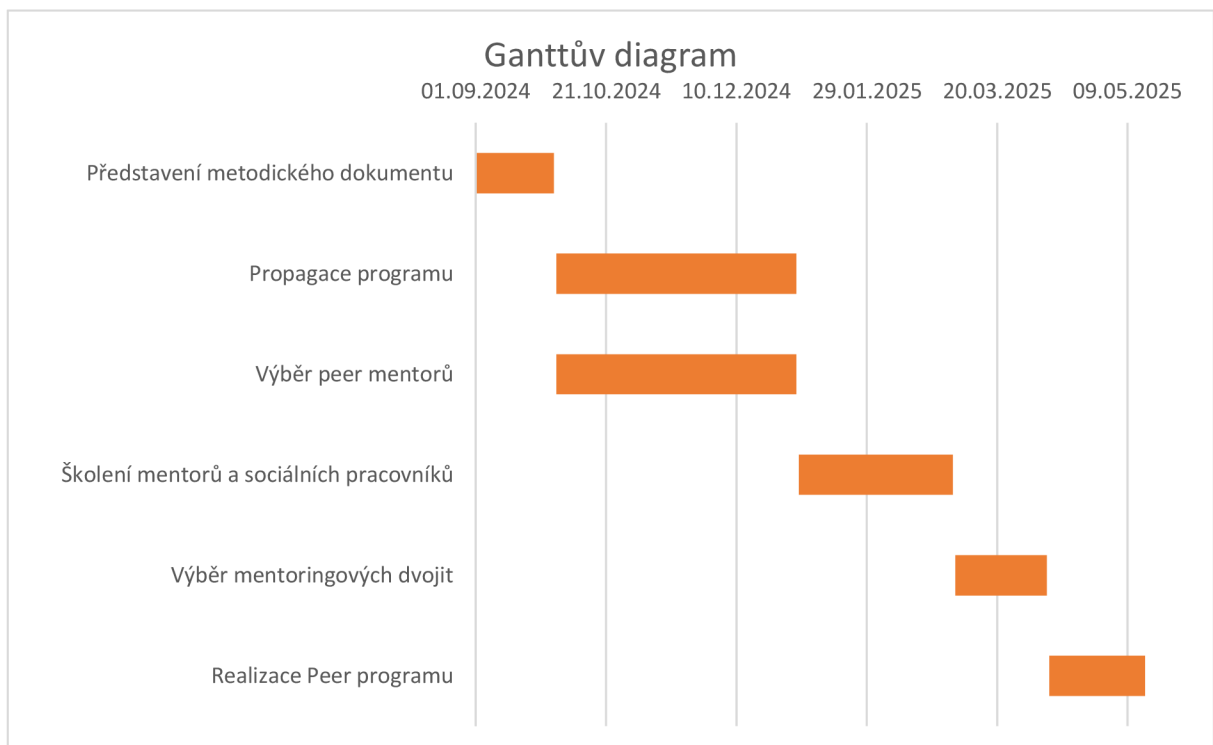
Cílem pilotního ověření zavedení metodiky do organizace je identifikování problémů a jejich následné vylepšení, identifikace potenciálních úprav metodiky a získání zpětné vazby všech zúčastněných.

Pilotní ověření proběhne v osmi krocích po sobě následujících. Prvním krokem bude přestavení metodického dokumentu v organizaci, kde o něj bude zájem. Pokud organizace projeví zájem, bude následovat propagace programu ve službě, která se bude prolínat s výběrem peer mentora a koordinátora peer programu. Propagace bude probíhat v rámci celé organizace a zapojením všech zaměstnanců i klientů a tvorbou propagačních materiálů či zveřejněním na webových stránkách organizace. Na propagaci bude vyhrazen čas tří měsíců, během kterých bude probíhat i výběr peer mentorů. Pokud nebudou mít peer mentoři kurz pro peer mentory, budou vyzváni k jeho splnění. Následně proběhne školení v rámci organizace nejen pro peer mentory, ale i sociální pracovníky, kde se seznámí se svými rolami v rámci jejich společné spolupráce. Na školení bude vyhrazen čas dvou měsíců. V následujícím kroku proběhne vytvoření dvojic peer mentorů a klientů, na základě společných zájmů, specifík postižení, osobních sympatií nebo konkrétních cílů klientů. Pro utvoření dvojic bude poskytnut čas 3-5 týdnů. Po utvoření dvojic proběhne podepsání smluvních podmínek všech zúčastněných stran.

Během pilotního ověřování a záhy po jeho ukončení probíhá také jeho evaluace. Evaluace nám poskytne zpětnou vazbu a náměty na možné úpravy metodiky. Bude zkoumána také účinnost metodického dokumentu, potenciální prostor pro zlepšení a identifikace silných a slabých stránek dokumentu. Tyto údaje budou sbírány formou rozhovorů nebo hodnotících formulářů. Tyto jednotlivé kroky a fáze znázorním ve vývojovém diagramu dle Lewina, který ho dělí do třech po sobě jdoucích fází. První fází je rozmrazení, kde probíhá příprava na změnu. Ve druhé fázi přechodu se setkáváme již s fází probíhající změny. Ve třetí fázi dochází k znovu zmrazení, kde dochází ke zmrazení změny. (Smejkal, Rais 2010, s. 66)



Obrázek 1 Vývojový diagram



Obrázek 2 Ganttův diagram

Na obrázku číslo dvě se nachází Ganttův diagram, který znázorňuje implementaci metodiky do organizace. Je to konkrétní časový plán zavedení peer programu a všech jeho kroků. Tento plán je možné upravit po konzultaci organizace, jelikož každý má své specifické potřeby a žádosti.

Závěr

V této práci jsem zpracovávala téma peer mentoringu a jeho praktického využití při spolupráci se sociálními pracovníky. Cílem této práce bylo zpracování metodického dokumentu, který je zaměřený na sociální pracovníky a jejich spolupráci s peer mentory při jejich práci s klienty služby. Sociální pracovníci musí podporovat samostatnost osob využívajících sociálních služeb a s podporou peer programů by se mohlo dosáhnout efektivnější podpory a pomoci. Seznámením s tímto tématem sloužila teoretická část, praktická část se soustředila na implementaci metodického dokumentu do služby.

V rámci teoretické části bakalářské práce došlo k vymezení základních pojmů, seznámení s problematikou, pojmenování základních principů peer mentoringu. Došlo také na provázání se sociální politikou, teoriemi sociální práce a etikou. V rámci teorií a metod sociální práce jsem uvedla jako klíčový přístup zaměřený na člověka, jehož koncept by mohl při spolupráci peer mentora a jedince s tělesným postižením fungovat. V rámci tohoto přístupu jde o navázání a udržení důvěrného vztahu, na základě kterého spolu peer mentor a klient mohou řešit různá témata beze strachu z předsudků. V části věnované sociální politice jsem uvedla sociální služby a systém dávek pro osoby se zdravotním postižením. V poslední řadě jsem popsala etický kodex a zásady mentoringu. To může poskytnou základní nástroj pro práci s etickými dilematy. Možná etická dilemata se nevyhnout ani peer mentorům ani sociálním pracovníkům, proto je důležité poskytnout jim oporu v dokumentech jako je etický kodex.

V praktické části bakalářské práce jsem popsala analýzu potřebnosti, řešení problematiky v ČR a zahraničí, základní informace o cílové skupině, na kterou je cílena metodika a metody získání předložených dat. Tyto data byla sesbírána dotazníkovým šetřením předloženým dvěma organizacím pro osoby se zdravotním postižením. Tyto data byla zpracována a byli z nich odvozeny výsledky pro zpracování metodického dokumentu. Dotazníkové šetření potvrdilo zájem o peer program, pomohlo identifikovat možná negativa, ale i pozitiva. Z dotazníků vyplynulo, že by respondenti byli vděční za rozšíření konceptu peer mentoring v ČR, a tím pádem potvrdili potřebnost vypracování metodiky, jelikož nebyly žádné metodiky nalezeny. Aby mohl být zpracovaný metodický dokument, musely být nejdříve identifikovány limity dosavadního řešení, provedena prediktivní analýza rizik a popis změny a popis cílového stavu. Následovalo zpracování konkrétního metodického dokumentu. Zde jsem se soustředila na specifikaci rolí sociálních pracovníků a peer mentorů, na proces jejich spolupráce, školení, metody a techniky, které mohou při práci využít, supervize a monitorování efektivity spolupráce. Jako poslední jsem zpracovala pilotní ověření implementace. Průběh zavádění metodického dokumentu do organizace a jeho postupné kroky jsou znázorněny na vývojovém a Ganttově diagramu.

Věřím, že tato práce napomohla k lepšímu porozumění významu peer mentoringu u lidí s tělesným postižením a nastínila průběh spolupráce. Zpracovaný metodický dokument lze

použit jako vzor pro spolupráci sociálních pracovníků a peer mentorů. Jeho jednotlivé kroky nabídly jejich podporu, možnosti zpětné vazby a konkrétní postupy při práci s klienty. Teoretická část nabídla vhodné metody práce s klienty a spolupráce peer mentorů a sociálních pracovníků. Poskytla oporu, při řešení etických dilemat a vymezila důležité prvky sociální politiky pro tuto cílovou skupinu. Praktická část nastínila celou problematiku, její limity a popis změny, které by se zavedením dosáhlo. Tato změna je pro klienty s tělesným postižením tak výrazná, že by se peer mentoring mohl rozšířit do většího množství organizací, které se věnují lidem s tělesným postižením za pomoci nevržené metodiky. Doufám, že práce přispěla nejen k seznámení s tímto konceptem práce a praktickým ukotvení v metodickém dokumentu, ale také ke zdůraznění jeho aktuálnosti a pozvání se tomuto tématu více věnovat. Jako další vhodný krok se nabízí reálná implementace metodiky a její postupné vylepšení a zavedení do více organizací.

Bibliografie

ARNOLDOVÁ, Anna, 2011. Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení. II. část, Sociální pomoc a sociální služby. 3., rozšířené vydání. Učební texty. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-1852-4.

BRUMOVSKÁ, Tereza a Gabriela MÁLKOVÁ, 2010. Mentoring: výchova k profesionálnímu dobrovolnictví. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-772-5.

CENTER FOR INDEPENDENT LIVING (CIL), 2024a. About us. Online. Our history. Dostupné z <https://thecil.org/about-us/our-history/> [cit. 2024-04-18]

CENTER FOR INDEPENDENT LIVING (CIL), 2024b. Core Services. Online. Core Services/Overview. Dostupné z <https://thecil.org/core-services/> [cit. 2024-04-18]

CENTER FOR INDEPENDENT LIVING (CIL), 2024c. Core Services. Online. Independent Living Peer Support. Dostupné z <https://thecil.org/core-services/independent-living-peer-support/> [cit. 2024-04-18]

CHANDLER, Susan. 2022. Experience Living with a Disability Helps Shirley Ryan AbilityLab Peer Mentors Connect with Patients. Online. Shirley Ryan AbilityLab. Dostupné z <https://www.sralab.org/research/labs/rrtc-employment-and-disability/news/peer-mentors-and-their-importance> [cit. 2024-04-18]

CZEPA, Z.S., [b.d.]c, Peer mentoring. Online. Sociální služba. Dostupné z: <https://peermentor.cz/peer-mentoring/socialni-sluzba/> [cit. 2024-03-31]

ČADOVÁ, Eva, 2023. Katalog podpůrných opatření: dílčí část : pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu tělesného postižení nebo závažného onemocnění. 3. vydání, 1. vydání ve Wolters Kluwer ČR. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7676-627-3.

FALTÝNKOVÁ, Zdeňka (ed.). Paraplegie, tetraplegie. Praha: Svaz paraplegiků, [2007].

GREGOROVÁ, Zdeňka, Milan GALVAS, Jana KOMENDOVÁ, Jaroslav STRÁNSKÝ a Jitka ČERNÁ, 2018. Právo sociálního zabezpečení České republiky a Evropské unie. Učebnice Právnické fakulty MU, sv. č. 538. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-8842-9.

HODOVSKÝ, Ivan, 1992. Úvod do etiky. Olomouc: Rektorát Univerzity Palackého. ISBN 8070671912.

HORKÝ, Karel, 2003. Lékařské repetitorium. Praha: Galén. ISBN 8072622412.

KANTOR, Jiří, 2013. Psychosociální aspekty omezení hybnosti. Studijní opory. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3708-8.

KISVETROVÁ, Helena a Šárka JEŽORSKÁ, 2014. Osoby se zdravotním postižením: vybrané kapitoly I. Učebnice. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4064-4.

KLIMENTO VÁ, Eva, 2013. Sociální politika pro sociální pracovníky III: studijní text pro kombinované studium. Studijní opora. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3456-8.

KREBS, Vojtěch, 2015. Sociální politika. 6., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR. ISBN 978-80-7478-921-2.

KRHUTOVÁ, Lenka, 2013. Autonomie v kontextu zdravotního postižení. Boskovice: Albert. ISBN 978-80-7326-232-7.

MATĚJČEK, Zdeněk, 2001. Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí. 3., přeprac. vyd. Jinočany: Nakladatelství H&H. ISBN 8086022927.

MATOUŠEK, Oldřich, 2008. Slovník sociální práce. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-368-0.

MATOUŠEK, Oldřich. 2022. Strategie a postupy v sociální práci. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1952-1.

MICHALÍK, Jan a kol., 2007. Zdravotní postižení a pomáhající profese. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-859-3.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ (MPSV), Registr poskytovatelů sociálních služeb. Online. © Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2024-04-14]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/registr-poskytovatel-u-sluzeb>

NOVOSAD, Libor, 2011. Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-873-9.

NYKL, Ladislav, 2012. Carl Ransom Rogers a jeho teorie: přístup zaměřený na člověka. Psyché. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4055-3.

NYKL, Ladislav, 2004. Pozvání do rogersovské psychologie: přístup zaměřený na člověka. Brno: Barrister & Principal. ISBN 8086598691.

OPATŘILOVÁ, Dagmar a Dana ZÁMEČNÍKOVÁ, 2007. Somatopedie: texty k distančnímu vzdělávání. Brno: Paido. ISBN 9788073151379.

PETRÁŠOVÁ, Marta Anna, Ilona PRAUSOVÁ, a Zdeněk ŠTĚPÁNEK, 2014. Mentorink: forma podpory nové generace. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0625-5.

RENOTIÉROVÁ, Marie, 2002. Somatopedické minimum. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0532-6.

ROGERS, Carl Ransom, 2020. Rogers: teorie terapie a osobnosti a další práce z let 1942-1987. Přeložil Ondřej FAFEJTA. Klasici. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1665-0.

SMEJKAL Vladimír a Karel RAIS, 2010. Řízení rizik ve firmách a jiných organizacích. 3., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3051-6

SOLDÁNOVÁ, Světlana, 2023a. Jak pracuje peer konzultant?: pracovní sešit. Peer konzultanti. Praha: Ticho v duši. ISBN 978-80-908921-0-1.

SOLDÁNOVÁ, Světlana, 2023b. Jak se stát peer mentorem: krok za krokem. Praha: Ticho v duši. ISBN 978-80-11-02954-8

SOLDÁNOVÁ, Světlana, 2023c. Jak zaměstnat peer konzultanta: krok za krokem. Peer konzultanti. Praha: Ticho v duši. ISBN 978-80-11-02955-5.

SPOLEČNOST SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ČR (SSP), 2022. Etický kodex SSP ČR. Online. Dostupné z: <https://www.socialnipracovnici.cz/ke-stazeni> [staženo 2024-04-12].

SVOBODOVÁ, Tamara, 2000. Úvod do sociální politiky. Texty k otevřenému a distančnímu vzdělávání. Řada sociologie - S.O.S. Evropa, 6. Olomouc: pro Andragogé - Centrum

otevřeného a distančního vzdělávání UP vydala Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0145-2.

TOMEŠ, Igor, 2010. Úvod do teorie a metodologie sociální politiky. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-680-3.

VÍTKOVÁ, Marie, 2006. Somatopedické aspekty. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido. ISBN 80-7315-134-0.

Zákon č. 155/1995 Sb. ze dne 30. června 1995, o důchodovém pojištění

Zákon č. 329/2011 Sb. ze dne 13. října 2011, o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením.

Anotace

Tato bakalářská práce se zaměřuje tématem peer mentoringu u lidí s tělesným postižením zejména na spolupráci sociální pracovníků a peer mentorů při práci s klienty. V rámci této práce došlo ke zpracování a teoretického ukotvení peer mentoringu a jeho provázání se sociální politikou, teoriemi a metodami sociální práce a etikou. Dále byl zpracován metodický dokument, který popisuje zavedení peer mentoringu do služby a proces spolupráce se sociálními pracovníky. V návaznosti na zpracování dokumentu jsou zhodnocena rizika jeho zavedení, evaluace a pilotní ověření zavedení dokumentu do služby.

Klíčová slova: peer mentoring, peer podpora, peer program, peer konzultant, peer mentor, zdravotní postižení, tělesné postižení, postižení, mentoring,

Annotation

This bachelor thesis focuses on the topic of peer mentoring for people with physical disabilities, especially on the cooperation between social workers and peer mentors when working with clients. Within this thesis, peer mentoring has been elaborated and theoretically anchored and connected to social policy, social work theories and methods and ethics. Furthermore, a methodology document was developed that describes the introduction of peer mentoring into the service and the process of working with social workers. Following the elaboration of the document, the risks of its introduction, evaluation and pilot testing of the introduction of the document into the service are assessed.

Keywords: peer mentoring, peer support, peer programme, peer consultant, peer mentor, disability, physical disability, mentoring,