

Pražská vysoká škola psychosociálních studií, s.r.o.



INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ S LIDMI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V RÁMCI CHRÁNĚNÉHO BYDLENÍ ČCE DIAKONIE

Bc. Petr Hanzl

Vedoucí práce: PhDr. Jaroslav Jirman

Praha 2015

Prague College of Psychosocial Studies



**INDIVIDUAL PLANNING WITH PEOPLE WITH
INTELLECTUAL DISABILITIES IN THE
SHELTERED HOUSING OF DIAKONIE CZECH
EVANGELICAL CHURCH**

Bc. Petr Hanzl

The Master Thesis Work Supervisor: PhDr. Jaroslav Jirman

Prague 2015

Anotace:

Diplomová práce pojednává o tématu individuálního plánování v rámci chráněného bydlení ČCE Diakonie. V teoretické části autor vymezuje základní pojmy, věnuje se metodologii individuálního plánování a specifikuje tento proces při práci s cílovou skupinou lidí s mentálním postižením. Dále představuje službu chráněného bydlení střediska Zvonek DIAKONIE ČCE a popisuje konkrétní podobu individuálního plánování s klienty v rámci tohoto zařízení.

Empirickou část diplomové práce tvoří kasuistiky, jejichž prostřednictvím autor představuje různé podoby individuálního plánování v praxi. Diskuse v závěru práce shrnuje poznatky a podněty vycházející z revize práce s klienty v rámci kasuistik.

Klíčová slova: mentální postižení, individuální plánování, chráněné bydlení, klíčový pracovník, klient

Abstract:

The diploma thesis deals with the topic of individual planning with people with intellectual disabilities in the sheltered housing in Zvonek Centre of DIAKONIE CECH. Theoretical part defines basic concepts. The second chapter discusses the methodology of individual planning. The third chapter explains specifics of this process at work with people with intellectual disabilities. Next chapter presents the sheltered housing in Zvonek Centre of DIAKONIE CECH. The specific form of individual planning with clients in this facility is defined in the last chapter.

Empirical part of the thesis contains case studies that define methods and options of individual planning with people with intellectual disabilities in practice. Discussion at the end contains ideas and suggestions based on the revision of the professional work with clients in the case studies.

Key words: mental disability, individual planning, sheltered housing, key worker, client

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci k obhajobě diplomové práce vypracoval samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použil.

V Praze, dne

.....
podpis studenta

Poděkování

Rád bych poděkoval vedoucímu práce PhDr. Jaroslavu Jirmanovi za provázení a podporu při psaní diplomové práce. Dále bych rád poděkoval týmu střediska Zvonek za možnost využít materiály pro psaní kasuistik a za podporu a zkušenosti mých kolegů. V neposlední řadě děkuji své přítelkyni a rodině, která mě v celém procesu sestavování diplomové práce podporovala.

OBSAH

ÚVOD

10

TEORETICKÁ ČÁST

1. Vymezení základních pojmů

11

11

2. Vymezení mentálního postižení

12

2. 1 Mentální postižení:

12

2. 1. 1 Vymezení pojmu	12
2. 1. 2 Etiologie	13
2. 1. 3 Psychologická charakteristika mentálního postižení	15
2. 2 .	
Klasifikace mentální retardace	20
2. 3 Aspergerův syndrom	24
2. 4 Autismus	25
2. 5 2. 5Epilepsie	
26	
3. Individuální plánování	34
3. 1 Vymezení pojmu	34
3. 2 Význam individuálního plánování	35
3. 2. 1 Význam individuálního plánování pro uživatele služby	36
3. 2. 2 Význam individuálního plánování pro poskytovatele	36
3. 3 Základní modely individuálního plánování	37
3. 3. 1 Model zaměřený na dosahování cílů	37
3. 3. 2 Model zaměřený na dialog a uživatele služby (na člověka)	38
3. 3. 3 Model vycházející ze schémat počítačové podpory	39
3. 3. 4 Model expertní	39
3. 4 Základní principy v individuálním plánování	40
3. 5 Stanovování cíle	45
4. Představení zařízení chráněného bydlení střediska Zvonek Diakonie ČCE	48
4. 1 Chráněné a přechodové bydlení	49
4. 2 Cíle služby chráněného a přechodového bydlení	50
4. 3 Principy poskytování sociální služby chráněného i přechodového bydlení	51
5. Metody, zásady a cíle při práci s lidmi s mentálním postižením	52
5. 1 Specifické aspekty péče o osoby s mentálním postižením	52
5. 2 Metody a techniky práce s osobou s mentálním postižením	53
5. 3 Zásady a cíle práce s lidmi s mentálním postižením	54
6. Představení procesu individuálního plánování s lidmi s mentálním postižením v chráněném bydlení střediska Zvonek	56

EMPIRICKÁ ČÁST

59

1. Úvod	59
2. Kasuistika I	61
2. 1 Anamnéza	61
2. 2 Shrnutí předchozí spolupráce	62
2. 3 Zpracování dlouhodobého plánu	65
2. 4 Zpracování krátkodobějších individuálních plánů zaměřených na člověka a jejich vyhodnocení	66
2. 4. 1 Sestavení a vyhodnocení prvního individuálního plánu zaměřeného na člověka	67
2. 4. 2 Druhý krátkodobější individuální plán zaměřený na člověka	69
2. 5 Závěrečná reflexe	70
3. Kasuistika II	72
3. 1 Anamnéza	72
3. 2 Shrnutí předchozí spolupráce	73
3. 3 Zpracování dlouhodobého plánu	75
3. 4 Zpracování krátkodobějších individuálních plánů zaměřených na člověka a jejich vyhodnocení	76
3. 4. 1 Sestavení a vyhodnocení prvního individuálního plánu zaměřeného na člověka	76
3. 4. 2 Druhý krátkodobější individuální plán zaměřený na člověka	78
3. 5 Závěrečná reflexe	80
4. Kasuistika III	81
4. 1 Anamnéza	81
4. 2 Shrnutí předchozí spolupráce	82
4. 3 Zpracování dlouhodobého plánu	83
4. 4 Zpracování krátkodobějších individuálních plánů zaměřených na člověka a jejich vyhodnocení	84
4. 4. 1 Sestavení a vyhodnocení prvního individuálního plánu zaměřeného na člověka	85
4. 4. 2 Druhý krátkodobější individuální plán zaměřený na člověka	86
4. 5 Závěrečná reflexe	88

51.a.i.5. Závěr	89
6. Diskuze	90
ZÁVĚR	91
POUŽITÁ LITERATURA	92
PŘÍLOHY	95

ÚVOD

Jako téma své diplomové práce jsem si zvolil „Individuální plánování s lidmi s mentálním postižením v rámci chráněného bydlení DIAKONIE ČCE“. Pracuji na pozici

vedoucího služby přechodového a chráněného bydlení ve středisku Zvonek. Z tohoto důvodu jsem se rozhodl zaměřit na cílovou skupinu lidí s mentálním postižením a zužitkovat v diplomové práci své dosavadní poznatky a zkušenosti. Individuální plánování považuji za základ naší práce a chtěl jsem v této problematice získat širší teoretický základ.

V první kapitole vymezuji základní pojmy. Druhá kapitola seznamuje čtenáře s termínem mentální postižení, jeho klasifikací a bližším popisem vybraných poruch. Třetí kapitola se zaměřuje na představení metodologie individuálního plánování. Čtvrtou kapitolu věnuji představení služby přechodového a chráněného bydlení v rámci střediska Zvonek Diakonie ČCE. Pátá kapitola se zaměřuje na metody, zásady a cíle při práci s lidmi s mentálním postižením. Teoretickou část uzavírám kapitolou vymezující podobu individuálního plánování v přechodovém a chráněném bydlení střediska Zvonek.

Empirickou část tvoří tři kasuistiky, které představují konkrétní podobu procesu individuálního plánování v praxi. Cílem této části je odhalit některá kritéria ovlivňující volbu cílů klientů střediska Zvonek do individuálních plánů.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Vymezení základních pojmů

Mentální postižení - Svoboda, Krejčířová, Vágnerová (2001) definují mentální postižení jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí, která je nejlépe patrná snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

Individuální plánování - proces řešení přání a potřeb uživatele sociální služby. Jde o logickou metodu systematicky propojených činností, které jsou realizovány ve prospěch a za spolupráce uživatele služby a jeho klíčového pracovníka. Proces má několik fází, které na sebe navazují a ve spirále se opakují (Bicková, Černá, Froulíková, 2011).

Chráněné bydlení - dlouhodobá pobytová služba poskytovaná lidem se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje asistenci jiné osoby. Chráněné bydlení má podobu individuální nebo skupinovou. Dle individuálních potřeb klienta je k dispozici podpora osobního asistenta. Poskytovaná služba je placená (Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Chráněné bydlení*. Sociální práce a sociální služby.c2015 [cit. 2015-07-22]).

Klíčový pracovník - klíčový pracovník bývá přidělen každému uživateli služby. Jeho úkolem je zprostředkování příležitostí a aktivit pro uživatele. Dále se podílí na podpoře při vytváření a rozvoji individuálního plánu s uživatelem služby (Blossoms Care Services. *Role of the keyworker*. ©2014 [cit. 2015-07-22]).

Klient - člověk využívající nějaký druh služby, obvykle za poplatek. V sociální práci se tímto pojmem myslí jedinec, který využívá sociální službu, která je v mnoha případech poskytovaná bezplatně.

2. Vymezení mentálního postižení

V rámci této kapitoly představuji základní informace týkající se mentálního postižení. Dále vymezuji základní klasifikaci mentálního postižení. Nakonec se věnuji bližší deskripci

dětského autismu, epilepsie a Aspergerova syndromu. S klienty s těmito typy diagnóz se setkávám ve své praxi velmi často a budou i součástí kasuistik v empirické části práce.

2. 1 Mentální postižení:

2. 1. 1 Vymezení pojmu

Dle Švarcové (2006) se termínem mentální postižení nebo mentální retardace myslí trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku. Nejedná se o nemoc, nýbrž o trvalý stav, způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku. U lidí s mentálním postižením dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování. Hloubka a míra postižení jednotlivých funkcí se u každého jedince liší (Švarcová, 2006).

Mezinárodní klasifikace nemocí (2006), dále jako MKN-10 definuje mentální retardaci následovně: „*Je to stav zastaveného či neúplného duševního vývoje, který je zvláště charakterizován narušením dovedností, projevujících se během vývojového období, přispívajících k povšechné úrovni inteligence, tj. poznávacích, řečových, pohybových a sociálních schopností.*“ (Psychiatrické centrum Praha, 2006, str. 179).

Katz a Lazcano-Ponce (2008) doplňují předchozí definici tak, že anomálie je vždy ovlivněna i adaptací v prostředí. Stupeň intelektuálního vývoje musí být stanoven na základě všech dostupných informací, včetně klinických příznaků, adaptivního chování v přirozeném prostředí jedince a pomocí psychometrických nálezů (Katz, Lazcano-Ponce, 2008).

Z výše uvedených definic, dle mého názoru vyplývá, že při diagnostikování syndromu mentálního postižení nelze brát zřetel pouze na inteligenční kvocient. Je třeba vnímat daného člověka z mnoha dalších hledisek. Jako dobrý demonstrativní příklad takového hlediska vnímám sociální interakce daného jedince.

2. 1. 2 Etiologie

Dle Švarcové (2006) je příčinou mentálního postižení organické poškození mozku. Toto poškození vzniká v důsledku strukturálního poškození mozkových buněk či

abnormálního vývoje mozku. Švarcová rozlišuje dle vývojového období, kdy dochází ke vzniku mentálního postižení termíny oligofrenie a demence. Termínem oligofrenie označujeme opoždění duševního vývoje v prenatálním, perinatálním nebo časně postnatálním období. Termín demence chápe Švarcová jako důsledek poškození mozku různého druhu v průběhu života jedince, zpravidla po dovršení druhého roku věku (Švarcová, 2006).

Černá (Černá in Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007) je toho názoru, že mentální retardace nemá jednotnou příčinu, ale většinou se na jejím vzniku podílí více faktorů.

Zvolský (1998) uvádí jako příčiny vzniku mentálního postižení následující faktory:

Dědičnost

Dle Zvolského (1998) jsou schopnosti dítěte z hlediska intelektu výslednicí průměru intelektu obou rodičů. Za příčinu vzniku lehké mentální retardace tak považuje zděděnou inteligenci a vliv rodinného prostředí. Abnormality jako jsou metabolické poruchy, se vyskytují zřídka.

Sociální faktory

Příčinou snížení intelektových schopností je sociokulturní deprivace v rodinách nebo v institucionální výchově. Taková deprivace se vyskytuje v korelaci s výchovou v nižších sociálních vrstvách, v souvislosti s materiálními problémy, špatnými bytovými podmínkami nebo nestabilními rodinnými vztahy. Tyto faktory jsou velmi často příčinou vzniku lehké mentální retardace.

Další environmentální faktory

Do této kategorie patří různá onemocnění matky v průběhu těhotenství, špatná výživa v těhotenství nebo infekční onemocnění v novorozeneckém období, špatná výživa kojence, úrazy spojené s nitrolebečním krvácením či porodní traumata. Patří sem i alkoholismus matky v průběhu těhotenství, otrava medikamenty v průběhu těhotenství nebo znečištěné prostředí. Uvedené faktory se podílejí na vzniku jak lehké tak těžké mentální retardace.

Specifické genetické příčiny

Specifické genetické příčiny je možné dělit dle Zvolského (1998) do několika kategorií:

- *dominantně podmíněné* – vyskytují se zřídka (fakomatóza, neurofibromatózy)
- *recesivně podmíněné* – tato skupina specificky geneticky podmíněných poruch je nejpočetnější. Její součástí je většina dědičných metabolických onemocnění (phenylketonurie, homocystinurie, Tay-Sachsova choroba, Hurlerův syndrom).
- *podmíněné poruchou sex chromosomů* – u mužů se častěji nachází nadbytečný X chromosom (trisomie). Patří sem Klinefelterův syndrom (XXY) a Turnerův syndrom (XO), které bývají spojeny s normální inteligencí nebo lehkou mentální retardací. Příkladem syndromu, který provází mentální postižení těžšího typu je Lesch-Nyhanův syndrom, při kterém dochází k výraznému sebepoškozování.
- *podmíněné chromosomovými abnormalitami* – nejznámější zástupce této kategorie se jmenuje Downův syndrom. Příčinou Downova syndromu je v 95% trisomie chromosómu 21. Se vzrůstajícím věkem matky se zvětšuje i riziko vzniku této poruchy. Dalším zástupcem je syndrom Cri du chat.

Nespecifické podmíněné poruchy

Tato kategorie obsahuje případy, u kterých nebyla dosud objevena chromozomální ani metabolická vada. Nebylo zjištěno ani žádné porodní trauma nebo poškození plodu či novorozence. Příčina mentálního postižení zůstává v 15 – 30% neobjasněna (Zvolský, 1998).

Z hlediska časového faktoru rozdělujeme příčiny vzniku mentálního postižení na období prenatální, perinatální a postnatální. Dále se mentální postižení dělí na vrozené, získané (demenci), sociálně podmíněné (pseudooligofrenii) (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

2. 1. 3 Psychologická charakteristika mentálního postižení

Podle Vágnerové (2008) je markantním znakem poznávacích schopností lidí s mentálním postižením omezenější potřeba zvědavosti a preference podnětového stereotypu. Obvyklá je i pasivita a závislost na zprostředkování informací jinými lidmi. Vzhledem

k tomu, že pro člověka s mentálním postižením je složitější rozlišit významné a nevýznamné znaky jednotlivých objektů a situací a pochopit jejich vzájemné vztahy, není překvapením, že se hůře orientují v běžném prostředí. Svět je pro ně méně srozumitelný, tedy více ohrožující. Tím vzniká silnější závislost na jiném člověku. Tento člověk se pak stává jakýmsi zprostředkovatelem mezi mentálně postiženým a vnějším světem. Vágnerová (2008) a další odborníci zdůrazňují, že u lidí s mentálním postižením se často setkáme s celou řadou kognitivních deficitů, objevují se poruchy myšlení, učení, řeči, narušení motivace či emočního prožívání a další.

Porucha myšlení

V ideálním případě dosáhne myšlení člověka s lehkým mentálním postižením úrovně konkrétních logických operací. Jejich myšlení je striktně vázáno na realitu. Pro jedince s mentálním postižením je podstatné, jak se mu situace jeví. O podstatě situace není schopen uvažovat. Jeho vlastní pohled, potřeby a pocity, od kterých se neumí odpoutat, zkreslují jeho poznání. Tato neschopnost nadhledu je příčinou snížené kritičnosti a vyšší sugestibility. Charakteristickým znakem pro myšlení lidí s mentálním postižením je stereotypnost, rigidita a ulpívání na určitém způsobu řešení. Tato preference známého je jakousi ochranou před novými, subjektivně nesrozumitelnými podněty, které vyvolávají nejistotu a nepříjemné pocity.

Člověk s mentálním postižením je schopen se mechanicky naučit pravidla, avšak problém nastává při jejich účelné aplikaci v praxi. Problematickým se zde stává nepochopení rozdílů mezi různými situacemi. V případě, že se vyskytne problém, bývá člověk s mentálním postižením pasivní, čeká na řešení, které navrhne někdo jiný, nebo rovnou rezignuje. Může se projevit i agrese, která však většinou vyjadřuje jejich zoufalství v situaci, které dobře nerozumějí a neumí jí řešit. Je podstatné respektovat jejich omezenou flexibilitu. Nadměrné nároky člověka s mentálním postižením stresují a vyvolávají nepříznivé reakce.

Porucha řeči

U lidí s mentálním postižením je řeč postižena jak po stránce formální, tak i obsahové. Nápadná je méně přesná výslovnost. Ta je často zapříčiněna nedostatky v motorické

koordinaci mluvidel nebo zhoršenou sluchovou diferenciací, která dotyčnému neposkytuje potřebnou zpětnou vazbu.

Lidé s mentálním postižením mají omezenější slovní zásobu a potíže pochopit celkový kontext. Potíže s pochopením proto mohou nastat i v případě běžného verbálního sdělení. Ironii, žert, metaforu nebo složitější slovní obraty nejsou prakticky schopni pochopit. Nejlepším řešením komunikace se tak jeví stručná, jednoduše formulovaná konkrétní informace. Rozdíly mezi řečovými schopnostmi lidí s lehkou formou mentálního postižení a formou těžkou mohou být poměrně značné. Zatímco lidem s lehkým mentálním postižením nečiní běžné konkrétní pojmy a základní slovní obraty potíže, lidé postižení těžkou formou mentálního postižení mohou mít verbální schopnosti na minimální nebo nulové úrovni.

Pro aktivní řečový projev člověka s mentálním postižením je signifikantní:

- jazyková necitlivost, která se projevuje častým používáním agramatismů,
- nápadná jednoduchost vyjádření, které se projevuje častým používáním krátkých vět a preferencí jednoznačných a konkrétních pojmů. Při výběru slovních spojení je dobře patrný stereotyp. U lidí se závažnějším postižením se často objevuje opakování určitých slov nebo částí sdělení bez kontextu. U takto postižených lidí přichází do úvahy neverbální způsob komunikace. Je dobré naučit člověka s takto těžkým mentálním postižením vyjádřit základní pocity pomocí neverbální komunikace.

Porucha učení

U lidí s mentálním postižením je schopnost učení téměř vždy do jisté míry omezena. Na vině není pouze nedostatečné porozumění. Neblahý vliv mají i nedostatky v koncentraci, pozornosti a paměti. Je třeba mít stále na paměti, že se jedná o poškození CNS, kde jsou poruchy pozornosti a paměti průvodním jevem. Učení je asociační, převážně mechanické. Informace, návyky nebo dovednosti jsou zaznamenávány ve velmi rigidní podobě a také jsou tak užívány. Změny nebo přizpůsobování se novým situacím bývá značně problematické a činí lidem s mentálním postižením velké potíže. Může trvat velice dlouho, než se člověk s mentálním postižením něčemu naučí. Tento fakt by však neměl být důvodem pro rezignaci na další rozvoj.

Lidé s mentálním postižením nejsou často příliš nakloněni se něčemu novému učit. Tato činnost pro ně není dostatečně atraktivní. V takové chvíli může být důležitá správná motivace. Je možné použít materiální odměnu, například oblíbené jídlo. Pozitivní ohlas může mít i pochvala. V případě, že se s osobou s mentálním postižením učí jiná osoba, která je jí blízká, můžeme očekávat výraznější snahu a často i lepší výsledek procesu. Tato snaha člověka s mentálním postižením má potvrdit citový vztah s dotyčnou osobou. Učení je v tomto případě motivováno emočně.

Nápadnosti emočního prožívání a odlišnost motivace

Lidé s mentálním postižením projevují zvýšenou dráždivost, větší pohotovost k afektivním reakcím či mrzuté náladě. Obecně lze tvrdit, že emoční prožívání je základním mechanismem autoregulace. Emoční prožívání je jen těžko ovladatelné a kontrolovatelné, což vede k tomu, že člověk s mentálním postižením často reaguje nepřiměřeně. Jedinec s mentálním postižením má stejné základní psychické potřeby jako ostatní. Modifikace těchto potřeb jsou zapříčiněny omezenější kapacitou rozumových schopností. Také platí, že se snaží své potřeby uspokojit neodkladně. Můžeme tvrdit, že čím je mentální postižení člověka vážnější, tím víc je naplnění jeho potřeb závislé na okolí.

Potřeba stimulace je naprosto zásadní pro psychický vývoj jedince. V případě člověka s mentálním postižením je však důležité, aby stimulace byla přiměřena možnostem takového člověka z hlediska množství, kvality i délky působení. V opačném případě by dopad mohl být spíše negativní. Stimulace, kterou lidé s mentálním postižením preferují, by měla být stereotypnější, jednoznačná a jednodušší. Naprosto klíčovým aspektem stimulace by měla být její srozumitelnost. Nesrozumitelná stimulace může vyvolávat obranné reakce, které mohou přecházet až do záchvatů vzteku.

Potřeba učení u lidí s mentálním postižením je spjata se snahou porozumět svému okolí. Pokud chceme, aby byly informace užitečné, je třeba dbát na to, aby jich nebylo mnoho. Důležitý je také jistý jednoduchý řád a pravidla, kterým by dotyčný měl rozumět. Potřeba učení nebývá nijak silná.

Potřeba citové jistoty a bezpečí je u lidí s mentálním postižením obvykle velmi silná a podstatná. Stabilita prostředí a vztah s blízkým člověkem slouží jako zdroj rovnováhy. Silná potřeba emoční opory je dobře patrná i v dospělosti a je demonstrována přetrvávající infantilitou. Fixace na rodinu bývá neměnná. Takové silné a bezpečné vztahy však vedou také

k tomu, že dotyčný nemá velkou potřebu emancipace. Často setrvává v těchto jemu vyhovujících vazbách.

Potřeba seberealizace závisí do jisté míry na závažnosti mentálního postižení a z toho vyplývajícího sebepojetí. I u lidí s lehkou mentální retardací bývá sebehodnocení spíše přijetím názoru autority. Absence hypotetického myšlení nedovoluje plánování budoucí seberealizace. Pakliže přichází pozitivní odezva od ostatních, je dotyčný spokojen. Zda a do jaké míry je potřeba seberealizace uspokojena rozhoduje osoba, od které přichází odezva a která chválí. Člověk s mentálním postižením není schopen toto sám posoudit a je závislý na okolí.

Potřeba životní perspektivy je velmi podobný případ. Samotný vznik této potřeby je podmíněn schopností dotyčného chápat pojem jako je čas a rozlišovat budoucnost, přítomnost a minulost. Lidé s těžkým mentálním postižením význam budoucnosti nechápou. To nutně vede k tomu, že je budoucnost ani nezajímá. Neplánují a ani si nepředstavují jejich budoucí život. Podstatná je pro ně přítomnost.

Výše uvedená fakta přispívají k tomu, že uspokojování potřeb v dostatečné míře u lidí s mentálním postižením bývá často obtížné. Vzhledem k tomu, že tito lidé to sami nedovedou, jsou v tomto směru odkázáni na okolí, které však bývá často necitlivé nebo nemá zájem. Neuspokojení jejich potřeb se stává zátěžovou situací a může vyvolat jednoduché, vesměs stereotypní obranné mechanismy.

Nápadnosti v chování mentálně postižených a jejich význam

V případě, že chceme označit určité chování jako poruchové, je schopnost porozumět platným normám a pravidlům naprosto klíčová. To však u lidí s mentálním postižením nelze zaručit. Člověk s lehkým mentálním postižením zhruba ví, jak by se měl v dané situaci chovat. Nelze však očekávat pokaždé standardní reakci. Za tuto jistou nevypočitatelnost může odlišné zpracování informací. Problémem je hodnocení nových situací, nebo aplikace běžných pravidel za různých okolností. I malá změna může vést k dezorientaci a neadekvátnímu řešení. Samotné pochopení toho, které pravidlo ve které situaci platí, nestačí. Důležité je, aby se podle tohoto pravidla byl schopen v té určité situaci chovat. Chování lidí s mentálním postižením je do značné míry řízeno emocionálními impulzy. Schopnost sebeovládání není dobře rozvinuta. Lze očekávat pohotovost k afektivním reakcím, které však neumí dobře ovládat. Taková reakce může signalizovat nadměrnou zátěž a lze ji považovat za

obranu v situaci, které nerozumí. Za chování, které mohou ostatní považovat za problematické, může být neschopnost vyjádřit své pocity jiným, pro ostatní přijatelným způsobem. Taková aktivita (křik, sebepoškozování, bušení hlavou o zeď) je komunikací s okolím. Důvodem pro takové chování je i fakt, že se v minulosti přesvědčili, že tento způsob je efektivní (Vágnerová, 2008).

Dle MKN-10 (2006) se mentální retardace často vyskytuje společně s jinou duševní či tělesnou poruchou. Jedinci s mentální retardací mohou být postiženi celou řadou duševních poruch. Prevalence je u nich třikrát až čtyřikrát častější než v běžné populaci. Jedinci s mentální retardací jsou navíc vystaveni většímu riziku využívání či různých typů zneužívání. Pravidelně se u jedinců s mentální retardací setkáváme s narušením adaptačního chování (Psychiatrické centrum Praha, 2006).

Pro bližší pochopení problematiky mentálního postižení je nutné vymezit termín inteligence. Akademický slovník cizích slov (1998) vymezuje pojem inteligence jako: „*schopnost chápání, samostatného myšlení, řešení situací, v nichž nelze použít návykové chování*“ (Petráčková, Kraus, 1998, str. 338).

Smékal (2009) charakterizuje inteligenci jako jednu z podmínek efektivní adaptace v náročných situacích. V kombinaci s tvořivostí ji vidí jako předpoklad úspěšného zvládnání nových situací (Smékal, 2009).

Psychologové se neshodují v tom, zda inteligence je jednotná vlastnost, kterou není možné dále analyzovat, nebo zda se jedná o komplex jednodušších schopností. Pro klasifikaci úrovně rozumových schopností existují různá pojetí. Edward Lee Thorndike (Thorndike in Svoboda, 1999) vystoupil již roku 1903 s názorem, že inteligence je souhrnem navzájem nezávislých schopností. Rozlišoval tři základní druhy inteligence:

- *Abstraktní inteligence* – projevuje se při verbálních a symbolických operacích
- *Mechanická inteligence* – schopnost operovat s předměty
- *Sociální inteligence* – schopnost komunikovat s lidmi (Thorndike in Svoboda, 1999)

Ruisel (2000) rozlišuje některé další druhy inteligence, emoční či morální inteligenci. Emoční inteligence se vyvozuje z úrovně plnění sedmi základních požadavků. Z emocionální oblasti a volní charakteristiky osobnosti. Mezi tyto požadavky řadíme: uvědomění si sebe

sama, sebmotivace, vytrvalost, kontrola impulzů, regulace nálad, empatie a optimismus. Jako morální inteligenci označujeme schopnost morálně uvažovat a morálně jednat (Ruisel, 2000).

Nejnámější a nejpoužívanější vyjádřením úrovně inteligence je inteligenční kvocient, který poprvé popsal W. Stern. Dle Sterna (Stern in Svoboda, 1999) tento kvocient vyjadřuje vztah mezi dosaženým výkonem v úlohách, které odpovídají určitému vývojovému stupni (jinak nazývané mentální věk) a mezi chronologickým věkem. Inteligenční kvocient informuje o celkové rozumové úrovni jedince. Výkony se měří skórem vyjadřujícím inteligenční kvocient (IQ) podle vzorce:

$$IQ = \frac{\text{Mentální věk}}{\text{Chronologický věk}} \times 100$$

Poměr obou veličin se násobí stem, aby byl odstraněn zlomek. Průměrná hodnota inteligenčního kvocientu je 100. Výsledek nepodává informace o kvalitativních zvláštlostech inteligence konkrétní osoby a jeho diagnostickou hodnotu nelze přeceňovat (Stern in Svoboda, 1999).

V příloze číslo 1 uvádím tabulku s klasifikací IQ podle Wechslera (Wechsler in Kaplan a Saccuzzo, 2009, str. 249).

2.2 Klasifikace mentální retardace

Dle MKN-10 (2006) se mentální retardace dělí do šesti základních kategorií:

- F70 Lehká mentální retardace
- F71 Středně těžká mentální retardace
- F72 Těžká mentální retardace
- F73 Hluboká mentální retardace
- F78 Jiná mentální retardace
- F 79 Nespecifikovaná mentální retardace

F70 Lehká mentální retardace

Lidé s lehkou mentální retardací většinou dosáhnou schopnosti v každodenním životě účelně užívat řeč, udržovat konverzaci a podrobit se klinickému interview. Mluvu si však osvojují pomaleji. Většina lidí s tímto typem retardace dosáhne úplné soběstačnosti v osobní péči (strava, ošacení, hygiena nebo ovládnutí močového měchýře a střev) a v praktických a domácích dovednostech. I v těchto oblastech je však vývoj pomalejší než je norma. Nejčastěji se problémy objevují v dětském věku ve škole při teoretické práci. Mnohdy se jedná o specifické potíže se čtením a psáním. V případě lidí s lehkou mentální retardací velmi pomáhá výchova a vzdělávání, které je soustředěné na jejich dovednosti a kompenzování nedostatků. U většiny jedinců na horní hranici lehké mentální retardace existuje možnost jejich zaměstnání prací. Mělo by se ale jednat spíše o práci, která vyžaduje spíše praktické než teoretické schopnosti. Možností je i nekvalifikovaná nebo málo kvalifikovaná manuální práce. V oblasti sociokulturní nemusí lehká mentální retardace působit žádný problém. Potíže se však mohou projevit v případě, kdy je jedinec také značně emočně a sociálně nezralý.

Diagnostická vodítka

V případě užití správných standardizovaných inteligenčních testů, můžeme lehkou mentální retardaci prokázat na úrovni mezi 50-69. Objevují se problémy s mluvením. Porozumění a užívání řeči je opožděno. Tyto skutečnosti znesnadňují rozvoj samostatnosti a mohou trvat až do dospělosti. Organický původ je možné diagnostikovat pouze u menšiny pacientů. Často se také objevují přidružené chorobné stavy jako autismus, epilepsie, tělesné postižení nebo poruchy chování.

Zahrnuje: slabomyslnost,
lehkou mentální subnormalitu,
lehkou oligofrenii,
debilitu.

F71 Středně těžká mentální retardace

Pro jedince z této kategorie je charakteristické pomalu rozvíjející se chápání a užívání řeči. Schopnosti dosažené v této oblasti jsou omezené. Také zručnost a schopnost starat se sám o sebe je opožděna a má své limity. Někteří takto postižení jedinci mohou potřebovat dohled po celý život. I přesto, že si někteří mohou osvojit základy čtení, psaní nebo počítání i zde narážíme na limity. K rozvíjení omezeného potenciálu a získání základních dovedností mohou pomoci vzdělávací programy. V případě odborného dohledu a jasně strukturovaného

úkolu jsou lidé se středně těžkou mentální retardací v dospělosti obvykle schopni zvládnout jednoduchou manuální práci. Jedinec s tímto typem postižení žijící zcela samostatně je spíše výjimkou. Většina jedinců této kategorie je plně mobilní, fyzicky aktivní a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách.

Diagnostická vodítka

IQ jedince se středně těžkou mentální retardací se pohybuje v rozmezí 35-49. Tato kategorie nabízí velké rozdíly ve schopnostech. Zatímco někteří jedinci jsou silnější v senzorio-motorické oblasti a trpí nedostatky na verbální úrovni, druzí to mají přesně naopak. Jedni jsou schopni jednoduše konverzovat, druzí se domluví pouze o svých základních potřebách. Jsou však i tací, kteří řeč neovládou. Takoví jedinci pak často kompenzují svou neschopnost domluvit se řečí používáním gest. Etiologie u většiny jedinců se středně těžkou mentální retardací je organická. Velmi častý je výskyt dětského autismu, epilepsie, neurologických a tělesných handicapů. V některých případech je možno diagnostikovat i jiná psychiatrická onemocnění, avšak vzhledem k omezeným verbálním schopnostem diagnostikovaného je samotný proces velmi obtížný.

Zahrnuje: imbecilitu,
středně těžkou mentální subnormalitu,
středně těžkou oligofrenii.

F72 Těžká mentální retardace

Tato kategorie se v mnohém podobá kategorii předešlé. Podobnost nalezneme v případě klinického obrazu, přítomnosti organické etiologie nebo přidružených stavů. Snížená úroveň schopností, která byla zmíněna u středně těžké mentální retardace, je v případě těžké retardace ještě mnohem výraznější. Takto postižený jedinec obvykle trpí značně narušenou motorikou nebo přidruženými defekty, které poukazují na přítomnost klinicky závažného poškození nebo chybného vývoje nervového systému.

Diagnostická vodítka

Obvyklé rozmezí IQ u jedinců s těžkou mentální retardací se pohybuje mezi 20-34.

Zahrnuje: těžkou mentální subnormalitu,
těžkou oligofrenii.

F73 Hluboká mentální retardace

Úroveň IQ je odhadována pod hranicí 20. Tento fakt jedince těžce limituje ve schopnosti porozumět požadavkům nebo instrukcím. Průvodním jevem je také imobilita nebo výrazně omezený pohyb. Také inkontinence není výjimkou. Jedinec s hlubokou mentální retardací není schopen pečovat o své potřeby. Nutností je stálý dohled a pomoc při plnění základních potřeb jedince.

Diagnostická vodítka

Hodnota IQ pod 20. Chápání a používání řeči se redukuje na porozumění bazálních příkazů a požadavků. Jedinec se může v případě vhodného dohledu podílet na jednoduchých praktických úkonech. Etiologie je většinou organická. Běžná je epilepsie, poškození zraku a sluchu. Obvyklé jsou také různé formy pervazivních vývojových poruch jako je atypický autismus.

Zahrnuje: idiocii,
hlubokou mentální subnormalitu,
hlubokou oligofrenii.

F78 Jiná mentální retardace

Tato kategorie je pro specifické případy, kdy je stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod nesnadné nebo není možné vůbec a to z důvodu přítomnosti přidružených sensorických nebo somatických poškození jedince jako je slepota, hluchota, těžká porucha chování nebo tělesné postižení.

F79 Nespecifikovaná mentální retardace

Poslední kategorie se používá v případě, kdy je prokázána mentální retardace, ale pro zařazení do jedné z příslušných kategorií není dostatek informací.

Zahrnuje mentální defektnost NS,
mentální subnormalitu NS,
oligofrenii NS.

V rámci své práce se zaměřuji na potřeby lidí s mentálním postižením v rámci rehabilitace, proto se soustřeďuji především na rehabilitační hledisko, ačkoli medicínský

pohled a přesná diagnostika symptomů je jistě taky velmi významná. Z širokého spektra mentálního postižení se zaměřuji na popis Aspergerova syndromu, dětského autismu a mentálního postižení kombinovaného s epilepsií, neboť s lidmi s tímto onemocněním se setkávám ve své praxi nejčastěji a zároveň se na ně zaměřuji v kasuistikách v empirické části práce.

2.3 Aspergerův syndrom

Dle Klina, Volkmar a Sparrowa (2011) je Aspergerův syndrom jedním ze skupiny neurovývojových postižení. Mezi lidmi jsou známá spíše jako poruchy autistického spektra (Klin, Volkmar a Sparrow in Patrick, 2011). Podle Americké psychiatrické asociace (2000) postihuje Aspergerův syndrom sociální vztahy jedince a projevuje se stereotypními vzorci chování, zájmy a aktivitami (Americká psychiatrická asociace, 2000).

Vliv Aspergerova syndromu v sociální interakci můžeme pozorovat v mnoha oblastech. Jedinec může mít narušenu interpretaci a vyjadřování pomocí neverbální ko

munikace. Jeho vztah s vrstevníky je vlivem postižení narušen. Jedinec s Aspergerovým syndromem má nedostatky v oblasti sociální a emocionální reciprocity, nedokáže s ostatními spontánně sdílet radost, zájem nebo úspěch.

Velmi dobře patrné jsou také stereotypní vzorce chování. Mohou se projevit například nadměrnou pozorností, kterou dotyčný věnuje jednomu zájmu, a to s nevšední intenzitou. Časté bývá také lpění na rituálech a specifických rutinách. Jedním z takových rituálů jsou například repetitivně motorické manýrismy (plácání rukama, pohyby celým tělem). Toto lpění se týká i předmětů a jejich částí.

Ruku v ruce s Aspergerovým syndromem jdou často i různé fyzické problémy. Postižený může trpět motorickou neobratností a výjimkou není ani přecitlivělost na smyslové podněty jako jsou doteky, zvuky, pachy a podobně. Tyto problémy se vyskytují i u jedinců s průměrným či dokonce nadprůměrným intelektem.

Přesná příčina Aspergerova syndromu není známa. Předpokládá se, že za jejím vznikem je genetika. V současné době nelze Aspergerův syndrom vyléčit, nicméně lze snížit důsledky postižení dlouhotrvající intervencí. Velmi důležitá je pro rozvoj sociálních

schopností jedince postiženého Aspergerovým syndromem jeho aktivní spoluúčast na intervenci.

Předpokladem pro úspěšný rozvoj sociálních vztahů lidí s Aspergerovým syndromem je, aby postižený jedinec sám cítil potřebu změny. Je nutné, aby byl schopen a ochoten pozorovat své sociální prostředí, reagovat na svá pozorování a na základě těchto pozorování vybírat a realizovat strategie vedoucí k naplňování jeho individuálních potřeb. V případě, že počáteční strategie není efektivní, jedinec je nucen svůj přístup modifikovat a nadále pokračovat ve snaze rozvíjet své sociální dovednosti. Celý proces se uskutečňuje s pomocí a podporou rodiny, přátel, učitelů, terapeutů, sociálních pracovníků a dalších (Patrick, 2011).

2.4 Autismus

Autismus je považován za neurovývojovou poruchu. Dle Hillové a Frithové (2014) je autismus vývojové onemocnění, které se projevuje narušením sociální interakce i komunikace. Autismus je charakteristický také opakujícím se chováním a omezenými zájmy (Hillová a Frithová in Komárek, Hrdlička, 2014).

Dle MKN-10 (2006) řadíme dětský autismus (F84.0) mezi pervazivní vývojové poruchy. Je definován přítomností abnormálního či narušeného vývoje, který se projevuje do věku tří let. Pro dětský autismus je charakteristická forma abnormalit ve všech třech oblastech sociální interakce, komunikace a omezeného opakujícího se chování. Porucha se vyskytuje třikrát až čtyřikrát častěji u chlapců než u dívek.

U jedinců s dětským autismem se setkáváme s kvalitativním narušením vzájemné sociální interakce. Ta má formu nepřiměřeného hodnocení společenských emočních situací. To se projevuje nedostačující odpovědí na emoce jiných lidí nebo nedostačujícím přizpůsobením chování sociálnímu kontextu. Dále dochází u jedinců s dětským autismem k narušení kvality komunikace. To se projevuje nedostačujícím sociálním užíváním řeči, ať už jsou přítomny jakékoliv jazykové dovednosti. To je provázené poruchou v imaginační a společenské napodobující hře, nedostatečnou synchronizací a reciprocitou v konverzačním hovoru, snížením přizpůsobivosti jazykového vyjadřování či relativním nedostatkem tvořivosti a fantazie v myšlení. V případě přátelského přiblížení jiného člověka, chybí u jedince postiženého dětským autismem emoční reakce jak verbální, tak neverbální.

Porucha se také projevuje omezenými opakujícími se stereotypními způsoby chování, zájmy a aktivitami. Tento fakt je dobře patrný v rigidním a rutinním chování jedince v každodenním životě. V dětském věku mohou jedinci trvat na vykonávání zvláštních rutin při rituálech nefunkčního charakteru, například zájem o data, cestování nebo jízdní řády. Jedinci s dětským autismem negativně reagují na změny v běžném průběhu obvyklých činností nebo v detailech osobního prostředí.

Řada dětí s autismem se vedle těchto specifických diagnostických rysů musí vypořádávat s celou řadou přidružených nespecifických obtíží, jakými jsou fobie, poruchy spánku a příjmu jídla, záchvaty vzteku a agrese. Velmi časté je též sebezraňování. Chybí spontaneita, iniciativa a tvořivost při organizování volného času. Obtíže přetrvávají do dospělosti a vyznačují se podobným druhem problémů v socializaci, komunikaci a druhů zájmů. U lidí s autismem je možné pozorovat všechny stupně IQ avšak u tří čtvrtin případů je diagnostikována signifikantní mentální retardace (Psychiatrické centrum Praha, 2006).

2.5 Epilepsie

Dle Vágnerové (2008) lze definovat epilepsii jako „*chronické postižení mozkové tkáně, které se projevuje opakovanými záchvaty různého charakteru spojenými se změnou v oblasti prožívání, uvažování a chování, motorickými projevy a často i s poruchami vědomí.*“ (Vágnerová, 2008, str. 134).

Výskyt a příčiny vzniku

Vágnerová (2008) popisuje, že příčiny vzniku epilepsie jsou velmi často multifaktoriální. Podstatná je genetická dispozice. Může se však jednat také o následky poškození mozku. Termínem epilepsie označují odborníci různorodou skupinu onemocnění, jejichž společným znakem je výskyt záchvatů. Pro charakteristiku konkrétního typu epilepsie je zásadní typ záchvatu. Ten závisí jak na způsobu postižení mozkové tkáně, tak na lokalizaci epileptického ložiska. Rozhodujícím faktorem může být i věk a to především z hlediska aktuální zralosti Centrální nervové soustavy.

Hlavním původcem záchvatů jsou změny mozkových buněk. Jejich abnormální, nadměrné výboje, rozšiřující se do dalších částí CNS, mohou způsobit generalizovanou poruchu jeho funkce (křeče, porucha vědomí). To zda záchvat vůbec nastane, závisí na

záchvatové pohotovosti, což je určitý metabolický stav, která se odvíjí od hladiny různých neurotransmiterů. Samotný záchvat může trvat od několika vteřin až po několik minut (Vágnerová, 2008).

Dle Vágnerové (2008) rozdělujeme epilepsii z hlediska etiologie na:

Idiopatické záchvaty

Bývají velmi často geneticky podmíněné. Přesná příčina není známa. Může se jednat o velmi malé, běžnými metodami těžko zjištělné ložisko. Na vině je u většiny případů pravděpodobně podmíněná neuronální abnormalita (Mumenthaler a Mattle in Vágnerová, 2008). Tento druh epilepsie většinou začíná mezi 2. a 14. rokem.

Symptomatické záchvaty

Příčina těchto záchvatů je známá. Odborníci dokáží toto ložisko, které je tvořeno poškozenými neurony, lokalizovat. Důvody poškození mozku, které vedou ke vzniku epilepsie, mohou být různé. Asi nejčastěji se jedná o důsledky traumatu, infekce nebo nádorového onemocnění. Zcela jistě se jedná o závažnější formu epilepsie. Záchvaty mohou být iniciovány různými vnějšími vlivy. Často se tak stává, že příčinou je únava, spánková deprivace nebo opakující se fotostimulace. Spouštěčem může být také emočně náročná stresová situace (Vágnerová, 2008).

Epileptické záchvaty je možné dle Vágnerové (2008) rozdělit do několika skupin:

Parciální záchvaty

Tyto záchvaty mají svůj původ v ohraničené oblasti mozku. Mají charakter podle toho, kde je ložisko lokalizováno. Projevují se specifickými motorickými, senzorickými, senzitivními, vegetativními nebo psychickými příznaky. V případě vědomí je porucha spíše kvantitativní. Nemocný není schopen běžným způsobem reagovat na vnější podněty.

Nevšímalová, Růžička a Tichý (2002) dělí parciální záchvaty podle míry narušení vědomí a paměti na:

- Jednoduché parciální záchvaty bez narušení vědomí a paměti–projevy jsou izolované a specifické. Příkladem můžou být jacksonské záchvaty. Tyto záchvaty jsou charakteristické motorickými příznaky.

➤ Komplexní záchvaty s částečnou poruchou vědomí a paměti—jedinec postižen těmito záchvaty je schopen stát. Na položené otázky však nedokáže odpovídat. Příčinou je ložisko ve spánkovém laloku nebo v blízkosti limbického systému. Těmto záchvatům se říká záchvaty psychomotorické. Objevují se v dětství a jejich projevy jsou pestré. Tyto druhy záchvatů mají nejvíce psychických projevů. Typickými projevy jsou narušení orientace, pocity nereálnosti a zkreslené vnímání. Častá bývá automatická pohybová aktivita. Průběh záchvatu nebývá vždy úplně zakryt amnézií, nicméně vzpomínky bývají zkreslené (Nevšímalová a kol., 2002).

Generalizované záchvaty

Podle Vágnerové (2008) je vznik těchto záchvatů přičítán bilaterálnímu narušení korových funkcí. Zasažena je motorika i vědomí. Tyto záchvaty lze ještě dále rozdělit podle míry vyjádření motorických příznaků na tzv. absence a tonicko-klonické záchvaty. V dětském věku se mohou objevovat i akinetické záchvaty.

Pro Absence (dříve také petit-mal) jsou příznačné krátké výpadky vědomí, které bývají asi 10-20 vteřin dlouhé. Člověk, který nemá s těmito záchvaty zkušenosti, si nemusí ničeho všimnout. Okolí je může považovat za pouhé výkyvy pozornosti. Občas bývají provázeny záškuby svalů. Obvykle se objevují mezi 6. a 8. rokem. Frekvence může být enormní. Opakují se i mnohokrát za den.

Tonicko-klonické záchvaty (dříve také grand-mal) provází bezvědomí a často také pád zapříčiněný ztrátou svalového napětí. Objevují se také kontrakce svalů končetin, trupu a hlavy. Dochází k inkontinenci moči eventuálně stolice. Stává se, že záchvatům předchází změna subjektivních pocitů. Po prodělaném záchvatu bývá člověk dezorientovaný, unavený nebo může mít bolesti hlavy. Průběh záchvatu si dotýčný nepamatuje.

U dětí se objevují akinetické záchvaty, které provází krátká úplná ztráta vědomí a svalového tonu, což vede k pádu. Tento druh záchvatu trvá jen velmi krátce (Vágnerová, 2008).

Průběh onemocnění a jeho prognóza

Vágnerová (2008) popisuje, že z psychologického hlediska je možné rozlišovat rozdílné projevy vzhledem k typu záchvatů v časové dimenzi, a to především vzhledem k typu záchvatu. U jedince s epilepsií dochází jak ke krátkým dočasným změnám psychiky, tak ke změnám trvalým.

Krátké dočasné změny psychiky

Psychické změny v období před záchvatem

Projevy mohou mít podobu větší dráždivosti, labilnosti a náladovosti. Objevují se problémy se soustředěním nebo neadekvátní reakce. Tyto projevy se objevují maximálně den až dva před záchvatem (Graham a kol. in Vágnerová, 2008).

Psychické změny při záchvatu

Epileptický záchvat velmi prudce zatíží nervovou soustavu postiženého jedince. Odpovědí organismu je únava, vyčerpání nebo amnézie. Objevují se pocity dezorientace, může být narušeno vnímání. Prožitky se jeví až neskutečně. Výjimečné nejsou ani pocity odcizenosti, depersonalizace.

Psychické nápadnosti v období po záchvatu

Zvláště po silném záchvatu, který provází ztráta vědomí, přetrvává dezorientovanost, problémy se soustředěním a neadekvátnost reakcí. Indikací je v této fázi odpočinek. Běžný výkon není možný.

Trvalejší změny psychiky

Trvalejší změny psychiky mohou mít dle Krejčířové (Krejčířová in Vágnerová, 2008) podobu rozličných nápadností a v některých případech i poruch. S přihlédnutím na příčiny vzniku těchto potíží lze diferencovat:

Primární změny

Tyto změny jsou vyvolány samotným onemocněním a důležitým faktorem je doba trvání choroby, její závažnost a typy a frekvence záchvatů. U symptomatické epilepsie vznikající důsledkem jiného neurologického onemocnění nebo poškozením mozku existuje větší riziko narušení psychických funkcí. Na vzniku trvalejších změn psychického rázu se

nejvíce podílí kumulace velkých a psychomotorických záchvatů. Podstatná je také lokalizace ložiska. Jako nejvíce problematické z hlediska psychických poruch se jeví umístění v oblastech čelního, temenního nebo spánkového laloku (Krejčířová in Vágnerová, 2008).

Sekundární důsledky

Za sekundárními důsledky lze najít vedlejší účinky medikamentózní léčby. Léky, které regulují abnormální mozkovou aktivitu, ovlivňují i jiné funkce mozku. Nechtěné účinky léků můžeme pozorovat jak v oblasti somatické, tak v oblasti psychické. Patrná je únava, snížení celkové aktivity až apatie, omezení pozornosti a paměti, nebo naopak podrážděnost a emoční labilita. Na chování nemocného však nemají antiepileptika velký vliv. (Krejčířová in Vágnerová, 2008). V tomto případě pozitiva převažují negativa. Vynechání farmak může vést ke zhoršení onemocnění a zvyšuje riziko záchvatů.

Vzhledem k tomu, že epilepsie může postihnout různé psychické funkce v nestejně míře, nemůžeme mluvit o nějakých určitých typických rysech osobnosti u nemocného s epilepsií. Často se však objevují výkyvy emočního prožívání. Ovlivněno může být také dlouhodobé ladění postiženého epilepsií. Výkyvy emočního prožívání u jedince s epilepsií lze dle Vágnerové (2008) rozdělit na:

Tendence k inhibici emočních projevů a negativnímu ladění

Objevuje se pesimismus, absence smyslu pro humor, tendence k přílišnému moralizování nebo silnější prožitek viny. Depresivní stavy však mohou být také důsledkem vědomí závažnosti choroby (Altshuler in Vágnerová, 2008).

Větší dráždivost, impulzivita a emoční labilita

Dotyčný reaguje neadekvátně, výbušně až agresivně. Zvýšená dráždivost může mít podobu nedůtklivosti či podezřavosti. Takové a podobné projevy se mohou objevit i při nedodržování léčby (Vágnerová, 2008).

Změny poznávacích procesů

Krejčířová (Krejčířová in Vágnerová, 2008) popisuje, že nejvíce se problémy v této oblasti projevují při zpracování informací a řešení různých úkolů, které komplikují faktory jako menší pružnost myšlení, zabíhavost, ulpívavost, narušení plynulosti myšlenkových

operací, celkovým zpomalením nebo pouhou zvýšenou unavitelností (Krejčířová in Vágnerová, 2008).

Lidé postižení epilepsií mívají normální inteligenci. Jen zřídka se vyskytne výraznější porucha rozumových schopností zapříčiněna epilepsií. Takovým vzácným případem je takzvaná epileptická demence. Pro vznik této demence je podstatné postižení mozku, které vedlo k epilepsii. Důležitý je také typ a frekvence záchvatů. Úroveň rozumových schopností je ovlivněna množstvím záchvatů. Opět zde platí, že možnost úbytku rozumových schopností je pravděpodobnější, pakliže onemocnění trvá déle a má závažnější průběh.

V případě epilepsie se spíše než s poškozením rozumových schopností setkáváme s problémy s jejich využitím. Mnozí nemocní nenaplnují své možnosti. S přibývajícím četností záchvatů jsou tyto problémy hlubší. Nepříznivým faktorem je i zvýšená unavitelnost a nižší tolerance k zátěži (Vágnerová, 2008).

Pozornost a paměť

Epilepsie má negativní dopad na pozornost a paměť. V tomto není mezi nemocemi CNS výjimkou. Objevují se problémy s koncentrací, ulpívavostí a s přenášením pozornosti z jednoho podnětu na druhý. Tyto problémy s pamětí nejčastěji ukazují na psychomotorické formy epilepsie.

Postoj k okolnímu světu a sebehodnocení

Epilepsii mohou provázet pocity bezmoci, kterou jsou zapříčiněny relativně omezenou kontrolou nad svým stavem. Stav při záchvatu mohou nemocní pociťovat jako ponížení. Někdy se mohou bát okradení nebo toho, že jim během záchvatu někdo ublíží. Nemocní tak často cítí úzkost a zasažena je i sebeúcta. Snížené sebehodnocení je dobře patrné na nejistotě a obavami ze selhání.

Poruchy řeči

Poruchy řeči mohou být následkem poškození oblasti, která je pro řeč podstatná. To může vyvolat problémy s porozuměním řeči nebo dochází k narušení schopnosti se tímto způsobem vyjadřovat. Můžeme se setkat s tendencí ke stereotypnímu a ulpívavému způsobu vyjadřování a s celkovým zpomalením verbálního projevu.

Poruchy učení

Stejně jako u poruch řeči i u poruch učení platí, že tyto poruchy jsou většinou následkem lokalizovaného poškození určité oblasti, jejíž funkce je podstatná pro rozvoj této dovednosti. Podle lokalizace se tak lze setkat s dyslexií, diskalkulií nebo poruchou prostorové orientace. Obecnější porucha učení provází spíše generalizované záchvaty nebo psychomotorické formy epilepsie.

Změny chování

Epilepsie se může podílet na vzniku rozličných adaptačních potíží. Chování může být ovlivněno hyperaktivitou, impulsivitou nebo celkovým útlumem. Projevuje se i snížení tolerance na zátěž, která mnohdy vede k neadekvátní reakci. Běžné požadavky se jeví jako náročné, ne-li nespílitelné. V případě temporální epilepsie se objevují dokonce sklony k nekontrolovanému chování a agresivitě. Některé překvapující chování může vyvolat i negativní reakce ostatních lidí, respektive podceňující postoj.

Změny osobnosti

Tyto změny mohou mít svůj původ v organickém postižení CNS, zvláště v případě, že nemocný prodělá značný počet záchvatů. Velmi často se jedná o egocentrismus, rigiditu, celkové zpomalení nebo pedanterii. Objevuje se však také zvýšená vznětlivost a výbušnost se sklonek k agresivnímu chování. V případě dodržování léčby však dochází ke změně osobnosti výjimečně.

Průběh onemocnění a jeho prognóza

Podstatný pro průběh onemocnění je příčina, závažnost stavu a dodržování léčby. Vhodně zvolenou léčbou se dá u většiny nemocných pohotovost k záchvatům alespoň zmírnit, v některých případech i zcela odstranit. V současnosti nebývá průběh epilepsie tak bouřlivý. V případě, že je epilepsie léčená, nevede k devastaci osobnosti léčeného. Drobné obtíže typu zvýšená citlivost na vnější podněty, emoční labilita, větší ulpívavost nebo unavitelnost však mohou přetrvávat (Vágnerová, 2008).

Farmakorezistentní epilepsie

V rámci empirické části práce popisují kazuistiku klienta, jež se dlouhodobě léčí s farmakorezistentní formou epilepsie. Proto jenom v krátkosti tento typ blíže představím. Podle Brázdila, Hadače, Marušiče a kol. (2004) je možné pokládat za pacienty trpící farmakorezistentní formou epilepsie takové jedince, u nichž nelze docílit přijatelného snížení množství záchvatů přes dostatečně dlouhou dobu vedenou léčbu adekvátním počtem antiepileptik, které jsou podávány v maximální, pacientem ještě tolerované, míře. Otázkou zůstává, co přesně znamená veličina „přijatelné snížení počtu záchvatů“. V každém případě se jedná o něco velmi individuálního. Příčiny farmokorezistence nejsou dosud známy.

Jako výstižná se podle Brázdila, Hadače, Marušiče a kol. (2004) jeví tato definice:

„Pacient s epilepsií může být považován za farmakorezistentního, jestliže u něho do dvou let od zahájení léčby není dosaženo uspokojivé kompenzace záchvatů při použití nejméně dvou a nejlépe tří správně volených antiepileptik podávaných v maximálních tolerovaných dávkách, ať již v monoterapii nebo v kombinacích.“ (Brázdil, Hadač, Marušič a kol., 2004, str. 14).

3. Individuální plánování

V této kapitole se zaměřím na metodologii individuálního plánování. Nejprve vymezím pojem individuální plánování a popíši jeho význam pro uživatele i poskytovatele služby. Představím základní modely individuálního plánování a jejich základní principy. Nakonec blíže přiblížím individuální plán jeho strukturu a různé možnosti využití.

3.1 Vymezení pojmu

Bicková, Černá, Frolíková a kol. (2011) chápou individuální plánování jako proces „kontraktování“, to jest dojednávání toho, jakým způsobem a s jakým zaměřením bude poskytována služba konkrétnímu uživateli. Dle nich se proces individuálního plánování skládá ze dvou zásadních prvků:

- „individuálního plánu“ – zahrnuje uvědomělý postup (opak chaosu a nepředvídatelnosti)
- „dojednávání“ – jedná se o partnerské zapojení uživatele služby do procesu jejího plánování a rozhodování.

Pojem „plánování služby“ nejčastěji zahrnuje pravidelný, předem smluvený dialog mezi klíčovým pracovníkem a uživatelem služby. Ti společně vyhodnocují průběh poskytování služby a plánují způsoby poskytování služby vzhledem k aktuálním cílům a potřebám uživatele. Výstupem takového dialogu je společně sestavený a písemně zaznamenaný individuální plán služby (Bicková, Černá, Frolíková a kol., 2011).

Bicková, Čámský, Francová a kol. (2010) vidí individuální plánování jako důležitý nástroj zvyšování kvality sociální služby. Individuální plánování je zařazeno mezi standardy kvality sociálních služeb – standard číslo 5 – Individuální plánování průběhu sociální služby. Toto je zakotveno v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a to konkrétně v povinnostech poskytovatelů sociálních služeb (§ 88), a v příloze č. 2 prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb., v platném znění, která definuje standardy sociálních služeb. Na základě standardů je ověřována kvalita poskytování dané sociální služby. Vyhláška stanovuje jednotlivá kritéria Standardu č. 5, z nichž čtyři jsou zásadní, a jedno zásadní není. V praxi toto znamená, že v případě inspekce kvality poskytování sociální služby je nutné, aby zásadní kritéria byla splněna.

Mezi tyto kritéria jsou zařazeny následující body:

- Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla služby dle druhu poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování sociální služby
- Poskytovatel služby plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby a ohledem na aktuální potřeby a cíle uživatele služby
- Poskytovatel společně s osobou průběžně vyhodnocuje, zda jsou naplňovány stanovené osobní cíle uživatele služby
- Poskytovatel služby má pro postup u výše zmíněných bodů pro každého uživatele služby určeného zaměstnance
- Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci ohledně průběhu poskytování sociální služby jednotlivým uživatelům (Bicková, Čámský, Francová a kol., 2010).

Hauke (2011) popisuje individuální plánování jako proces, ve kterém uživatel a poskytovatel služby hledají cíle, které bude uživatel ve spolupráci s poskytovatelem dosahovat a hledají tak cíl společné spolupráce. Tento cíl popisuje, jak bude vypadat změna nepříznivé situace, v nichž se uživatel při příchodu do služby nachází. V závislosti na stanoveném cíli se plánuje postup, jak tohoto cíle postupně dosáhnout.

Ve zkratce lze říci, že individuální plánování je zahájeno jednáním se zájemcem o službu (standard č. 3), následuje sepsání smlouvy o poskytování sociální služby (standard č. 4) a navazuje naplňováním standardu č. 5, samotným individuálním plánováním. Výsledkem individuálního plánování by měl být kvalitně zpracovaný individuální plán. Poskytovatel musí mít na zřeteli, že se proces individuálního plánování prolíná všemi ostatními standardy kvality poskytované sociální služby (Hauke, 2011).

3.2 Význam individuálního plánování

Hauke (2011) rozlišuje význam individuálního plánování pro poskytovatele služby a pro jejího uživatele. Termín uživatele služby nahradím v dalších kapitolách termínem klient. Tento pojem je v sociálních službách často užívaný a považuji ho za nejvhodnější vzhledem k důstojnosti a nepředpojatosti vůči uživatelům sociálních služeb, jež se léčí s nějakou

diagnózou. Klientem služby může být totiž kdokoliv nezávazně na diagnóze, stupni vývoje, rase, věku, pohlaví a dalším. Zároveň vnímám pojem klient jako srozumitelnější a jednodušší než termín uživatel služby.

3. 2. 1 Význam individuálního plánování pro uživatele služby

V procesu individuálního plánování vystupuje uživatel jako rovnocenný partner s poskytovatelem služby. Uživatel má možnost a právo se rozhodnout, zda mu jím oslovená služba pomáhá naplňovat jeho představy o potřebné podpoře a pomoci. Individuální plánování poskytuje uživateli pocit většího bezpečí. Uživatel zná dohody stanovené s poskytovatelem a to, jak bude služba probíhat a v jakém časovém období ji může využívat. Uživatel zná svá práva a povinnosti, které je poskytovatel povinen mu sdělit. Individuální plánování zvyšuje kompetence uživatele v oblasti rozhodování a přijetí zodpovědnosti za volby ve svém životě. Uživatel není pouze pasivním příjemcem služby, ale je spoluodpovědný za průběh služby na základě předem stanovených dohodnutých osobních cílů.

3. 2. 2 Význam individuálního plánování pro poskytovatele

Individuální plánování umožňuje zaměstnancům služby postupovat stále stejným způsobem v souladu s individuálním plánem, aniž by nový člen týmu nejprve zjišťoval od uživatele, jakým způsobem si poskytování sociální služby představuje. Plánování poskytuje i poskytovateli služby větší bezpečí, je jasné, na čem se s uživatelem služby domluvili a má obranu proti požadavkům a krokům, které nejsou v souladu s individuálním plánem. Individuální plánování je prostředkem pro stanovení kapacity služby. Zároveň představuje kontrolní mechanismus pro efektivní využívání služby a pracovní doby jejich zaměstnanců. Je také prostředkem pro tvorbu rozvojových plánů organizace (Hauke, 2011).

Nevýhodou individuálního plánování bývá nedostatek časových, personálních a finančních zdrojů organizací, jež poskytují sociální služby. Je s ním též spojený nemalý nárůst administrativy. Poskytovatelé často namítají, že pro kvalitní plánování nemají dost lidí, ani dostatek času. V některých případech uživatelé individuální plánování odmítají. Individuální plánování je však nezbytnou součástí sociální práce a kvalitního poskytování sociálních služeb. Poskytovatel služby je proto povinen svým zaměstnancům zajistit pro tento proces

dostatek času. V posledních letech se hovoří též o tom, že pokud chceme poskytovat sociální služby na profesionální a kvalitní úrovni, je potřeba snížit počet klientů na jednoho klíčového pracovníka. To samozřejmě naráží na provozní a finanční limity konkrétní organizace. V řadě organizací si dle mého názoru tento fakt poskytovatelé služeb uvědomují a přizpůsobují tomu finanční a provozní možnosti.

3.3 Základní modely individuálního plánování

V praxi poskytovatelů se setkáváme se čtyřmi základními modely plánování služby s klienty, mezi nimiž existuje mnoho přechodových verzí.

3.3.1 Model zaměřený na dosahování cílů

Hlavním principem tohoto modelu je vycházet z cílů stanovených klientem. Většinou je pak cílem myšlena změna, která by u klienta měla nastat. Pracovník s klientem dojedná nejen samotný cíl, ale také konkrétní kroky, které by měli vést k dosažení tohoto cíle. Role pracovníka by se dala popsat jako role poradce. Klíčovými pojmy tohoto modelu jsou pojmy jako „dlouhodobý cíl“, „krátkodobý cíl“ nebo „kroky vedoucí k dosažení cíle“. Teoretické kořeny tohoto modelu lze najít v kognitivně behaviorálním přístupu, který vychází ze znalosti procesů učení, poznávání a myšlení.

Model zaměřený na dosahování cílů má výhodu v kontaktu s klientem, v jeho motivaci a aktivizaci. Další nesporná výhoda tohoto modelu je fakt, že nabízí strukturovaný, přehledný a většinou dobře měřitelný plán poskytované podpory. Tyto vlastnosti umožní velmi snadné vyhodnocení plánu klientem a pracovníkem, popřípadě usnadní analýzu okolností selhání. Tento přístup však selhává u nemotivovaných klientů a u klientů s nižším uvědomováním. Dalším nebezpečím je dogmatizace plánu a přehlížení aktuálních okolností.

3. 3. 2 Model zaměřený na dialog a uživatele služby (na člověka)

Tento model vznikl jako reakce na fakt, že prvotní model se ukázal pro mnohé klienty nepoužitelný. Model se orientuje více na člověka a na jeho potřeby a jeho základní zásadou je nabídnout klientovi při procesu plánování větší bezpečí a co největší respekt při řešení situace. Pracovník podporuje klienta, aby věnoval pozornost a motivaci některé z potřeb, která byla klientem formulována a tak transformoval potřebu v osobní cíl. V případě, že tak klient sám neučiní, není pozornost pracovníka a klienta orientována dlouhodobě. Důraz je kladen spíše na dojednání podpory v konkrétních oblastech aktuálně stanovených klientem. Dlouhodobé cíle jsou zajímavé ve chvíli, kdy s nimi přijde sám klient nebo je pracovník opatrně nabídne jako námět a klienta zaujmou. Hlavním úkolem pracovníka je provázet klienta při formulování jeho potřeb, aktivizovat jeho zdroje a podporovat ho. Teoretickou platformu nalézá tento model v humanistické psychologii a psychoterapii. Akcentován je především Rogersovský přístup zaměřený na člověka nebo Gestalt psychoterapie.

Nespornou výhodou tohoto modelu je nedirektivita, pocit bezpečí a přijetí, kterého se klientovi při plánování od pracovníka dostává. Nevýhodou tohoto přístupu je pak malý tlak na změnu klienta či jeho situace. Může také nastat situace, kdy pracovník rezignuje na zásady poskytování služby a nenabízí klientovi dostatečné podněty pro řešení jeho nepříznivé situace. V praxi to může vypadat tak, že někteří pracovníci sice respektují klientovo prohlášení, že nic nepotřebuje, avšak nekonfrontují tuto proklamaci s klientovou realitou, přestože je tato konfrontace na místě. Druzí se pak odchýlí od smyslu plánování služby tím, že se nechají vlákat do přímého poskytování podpory, péče či poradenství.

Podle Pörtnerové (2009) je pro na osobu zaměřený přístup podstatné „*nevycházet z představ o tom, jací by lidé měli být, nýbrž z toho, jací jsou, a z toho, jaké jsou jejich možnosti*“. Dalším podstatným faktorem tohoto přístupu je respekt k individualitě, snaha o porozumění jejich vyjadřování a podpora v tom, „*aby našli své vlastní cesty k přiměřenému zacházení s realitou, samozřejmě v rámci jejich omezených možností*“ (Pörtner, 2009, str. 15).

Úkolem pracovníka vyznávajícího tento přístup je řešit problémy, rozvíjet projekty a rozhodovat s lidmi s postižením, ne za ně a ne místo nich. Přístup vyžaduje respekt k rozdílným schopnostem, potřebám a názorům. Pracovník se nesmí bát svěřovat klientovi odpovědnost, samozřejmě v rámci jeho schopností (Pörtner, 2009). S individuálním

plánováním zaměřeným na člověka máme v rámci střediska Zvonek četné zkušenosti. Vzhledem k cílové skupině se tato forma plánování jeví jako nejvhodnější.

3. 3. 3 Model vycházející ze schémat počítačové podpory

Tento systém nebo můžeme říci software, vychází z modelů plánování ošetrovací péče a pracuje na podstatě definovaných schémat. Pracovník plánující službu vloží do počítačového programu okruh potíží a počítač sám nabídne možnosti podpory. Poté jsou nabízené možnosti projednány s klientem a dohodnuta aplikace vybrané podpory.

Největší nevýhodou modelu vycházejícího ze schémat počítačové podpory je absence patřičného vztahu a kontaktu mezi pracovníkem a klientem. Počítač zde při rozhovoru může vytvářet jakousi bariéru. Nemusí být vytvořena atmosféra bezpečí a kontaktu a klient tak nemusí cítit dostatečnou podporu pro upřímné vyjádření svých individuálních potřeb. Výhodou tohoto systému je schematičnost, snadná kontrolovatelnost a měřitelnost.

Rizikem je ztráta kontaktu, dialogu a potlačení tvůrčího procesu, vlivem určité povrchnosti a formálnosti tohoto modelu.

3. 3. 4 Model expertní

Tento model vychází z medicínského pojetí sociální práce. Typický pracovník tohoto modelu si zachovává odstup a jeho role je rolí experta. Taková role je vždy spojena s „mocí“ nad uživatelem. Pro expertní model je podstatný sběr osobních a sociálních anamnéz stejně jako akcentace práce s dokumentací klienta.

Výhodou expertního modelu může být fakt, že umožňuje pracovníkovi uchovat si určitý odstup a dává mu možnost soustředit se na celou řadu anamnestických dat, která pak vyhodnocuje v klientův prospěch. Zmíněnou výhodou je systém, řád a nadhled. Expertní odstup pracovníka však vytváří mezi oběma zároveň i odstup a klient může postrádat pocit partnerství.

3.4 Základní principy v individuálním plánování

Bicková a kol. (2010) pojmenovává základní principy v individuálním plánování následovně:

Individuální plánování:

- podporuje standardní způsob života
- jeho cílem je sociální začleňování
- vychází z možností a schopností klienta, respektuje jeho individuální potřeby
- plány dohodnuté s klientem jsou konkrétní, pro něj dosažitelné a je možné je vyhodnotit
- plán je pravidelně s klientem revidován
- klient má právo své cíle měnit
- odpovědnost za vypracování plánu má klíčový pracovník klienta
- v pracovním týmu probíhá výměna informací
- dobře zpracovaná metodika na plánování služby
- probíhá realizace služby podle stanoveného plánu
- o průběhu služby je vedena dokumentace (Bicková, Čámský, Francová, 2010).

Metodický postup individuálního plánování v pobytových službách

Podle Bickové, Černé, Froulíkové a kol. (2011) je za písemné zpracování individuálního plánu zodpovědný klíčový pracovník, přičemž tento plán je společným dílem tohoto pracovníka a klienta. Forma individuálního plánování závisí od možností a rozhodnutí každé organizace. Z praxe vyplývá, že organizace nemají ani tak problém s tím, zda vybrat formu elektronickou nebo písemnou, ale mnohdy chybí dostatečně zpracované body jeho obsahu. Individuální plán může mít různou formu v závislosti na cílové skupině, se kterou pracovník plán vytváří. Alternativní způsob zpracování plánu může představovat například plán zpracovaný pomocí piktogramů, obrázkové mentální mapy klientů či kolážový způsob provedení plánu. Při alternativní formě zpracování individuálních plánů je nezbytné věnovat dostatečnou pozornost srozumitelnosti vyjadřovaného obsahu.

Bicková a kol. (2011) vymezuje následující body individuálního plánování, jejich bližší popis a užití metody práce včetně potřebných dovedností:

a) *Sběr dat*

Pro lepší porozumění klientovi, jeho přání a potřeb, je zásadní vytvořit si o něm celistvý obraz. K tomu klíčovému pracovníkovi slouží práce s informacemi a důležitými fakty o klientovi, zejména rodinná a osobní anamnéza, historie, zvyky, rituály, pracovní zkušenosti, zájmy, vztahy či důležité události v životě klienta. Dále pracovník zjišťuje, jak dlouho je klient v pobytovém zařízení a odkud do zařízení přišel.

Tyto informace získává klíčový pracovník z dokumentace sociálního šetření před přijetím klienta, od rodinných příslušníků a blízkých osob klienta či z ostatní dostupné dokumentace, například ze zprávy z jiného pobytového zařízení. Při sběru dat a práci s informacemi se klíčový pracovník dostává do kontaktu s citlivými údaji klienta a je proto zásadní brát v úvahu etický rozměr a zachovávat mlčenlivost. V průběhu sběru dat pracovník zjišťuje míru soběstačnosti klienta a z toho plynoucí míru vyžadované podpory.

b) *Mapování*

Jedná se o proces získávání vypořizovaných či jinak zjištěných informací (z písemných materiálů, ústního předávání mezi kolegy v týmu, od samotného klienta či jeho rodinných příslušníků). V podstatě se jedná o vypořizované momenty týkající se toho, co klient dělá, co se s ním děje, jak se mu daří, co ho těší a podobně. Při mapování se předpokládá osobní iniciativa klíčového pracovníka. Na procesu se však podílí i ostatní členové pracovního týmu, kteří zaznamenávají důležité okolnosti při práci s klientem. Mapování probíhá po celou dobu čerpání služby. Je podkladem pro vyhodnocení přání, potřeb, zdrojů a rizik u klienta (Bicková, Černá, Froulíková a kol., 2011). Mapování významně přispívá k vytvoření vztahu mezi pracovníkem a klientem. Pracovník vyjadřuje zájem o život klienta a získává přehled o klientových předchozích zkušenostech. Mapování vytváří podklad pro individuální plánování, vytvoření plánu tak není závislé pouze na aktuálních individuálních potřebách klienta. Tato metoda umožňuje komplexní náhled na život klienta. Klíčový pracovník by měl zvládat prvky profesionálního rozhovoru včetně aktivního naslouchání. Měl by být schopen komunikovat s klientem o těžkých tématech (umírání, smrt, bezmoc a další), mít o uživatele aktivní zájem a všimnout si i „maličností“.

Dále by měl umět rozlišovat formy práce v závislosti na hendikepu klienta, tj. mapovat a pracovat i s klientem, který verbálně nekomunikuje, případně je imobilní.

c) *Přání - vyslovená tužba klienta*

Dle Bickové a kol. je přání to, o co si klient říká, co verbálně sděluje. Nejčastěji klient vyjadřuje přání slovy: „přeji si“, „chci“, „potřebuji“. Setká-li se klíčový pracovník s přáním, které je dle jeho názoru nerealizovatelné (například u imobilního uživatele, který chce chodit), pracuje s ním dále tak, že přání klientovi nevymlouvá. Projevuje o klientovo přání zájem a snaží se najít potřebu, která se uvnitř tohoto přání skrývá. Od pracovníka se očekává, že bude s přáními klienta pracovat ve smyslu zjišťování jeho potřeb. Pracovník by měl být kompetentní rozlišit mezi přáním a potřebou klienta. Přání není možné vymáhat od klienta za každou cenu. Takové vymáhání by bylo neetické a u verbálně nekomunikujících klientů i nemožné. V takových případech se pracovník musí mít na pozoru, aby tomu, co klient potřebuje, nedával své vlastní významy (Bicková, Černá, Froulíková a kol., 2011).

d) *Potřeby vyslovené i nevyslovené*

Jak bylo řečeno výše, pokud klient vysloví nějaké přání, pracovník za ním vždy musí hledat nějakou potřebu. V případě, že klient potřebu nechce nebo nemůže vyslovit, vychází pracovník ze znalosti klienta a jeho aktuálního mapování. Zjištěná potřeba souvisí s vysloveným přáním a s výsledkem mapování.

Klíčovní pracovníci se při práci orientují na potřeby biologické, psychologické, sociální a spirituální. Mezi biologické potřeby řadíme například jídlo, pití, spánek, dýchání, vylučování a další. Psychologickými potřebami rozumíme potřebu bezpečí, uznání, užitečnosti, seberealizace, pozornosti, podpory a jiné. Sociální potřeby mohou být například potřeba komunikace, lásky, sounáležitosti, informovanosti a další. Mezi spirituální potřeby řadíme takové, které jsou pro člověka důležité z hlediska jeho duchovních hodnot.

e) *Zdroje*

Každý jedinec má své vlastní vnitřní zdroje, ze kterých v životě čerpá. Klíčový pracovník tyto zdroje iniciativně mapuje, hledá, co pomáhá klientovi v naplňování jeho potřeb a přání, co ho aktivuje a motivuje. Zdroje přímo souvisí s potřebami uživatele.

Zdroje rozlišujeme na:

- *vnitřní* – jedná se o vnitřní motivy klienta, mezi něž řadíme například vztah k příbuznému, vztah k přírodě, zájem o hudbu, péče o sebe a další. Tyto zdroje vycházejí přímo z uživatele, je to oblast jeho motivace.
- *vnější* – jedná se o vnější motivy klienta, které vycházejí z jeho okolí. Může to být například příbuzný, příroda, hudba, aktivity v zařízení a podobně. V případě, že vnější zdroje odpovídají vnitřním, může být klient snadněji motivován.

Při práci s klientem je důležité, aby pracovník uměl rozlišit vnitřní a vnější zdroj klienta. Rozpoznávání oblastí klientovi motivace pomáhá pracovníkovi společně s ním pojmenovat osobní cíl v individuálním plánu a určit způsob práce s klientem. Pracovník by měl dbát na to, aby vnitřní zdroje korespondovaly s vnitřními. To v podstatě znamená, aby organizace uměla reagovat na vnitřní zdroj svých klientů (Bicková, Černá, Froulíková a kol., 2011).

f) *Rizika*

Současným trendem v sociálních službách je respekt k právům klienta a posilování jeho soběstačnosti. Důraz je kladen na důstojnost jedince s přihlédnutím k jeho hendikepu, nikoli obráceně. Pracovníci se v rámci své praxe setkávají u svých klientů s různými typy postižení a znevýhodnění, což je ale nelimituje v uspokojování potřeb klientů.

Každý klient má právo zažít přiměřené riziko. Takovým rizikem může být i to, když z důvodu onemocnění, ztráty soběstačnosti či jiných důvodů klesají zdroje klienta nebo nejsou dostatečně rozpoznány a nepracuje se s nimi. Pracovník musí umět riziko nejprve definovat a rozpoznat jeho aktuální míru. S definovanými riziky se pracuje dvěma způsoby. V první fázi, kdy je jejich míra přiměřená, se pracuje s prevencí rizik a určují se následná opatření z toho vyplývající. V případě vysoké míry rizika se jedná o druhou fázi, ve které se již pracuje s krizovým plánem. Krizový plán navrhuje na základě individuálního plánu klíčový pracovník.

Definování rizik, určení prevence, opatření nebo vytvoření krizového plánu chrání klienta, koordinuje jednotný postup týmu a zabezpečuje i samotného pracovníka tím, že tento postupuje podle pravidel organizace, nikoliv podle vlastních subjektivních názorů. Pokud

nastane situace, kdy i přes prevenci a krizový plán nelze riziku zamezit, je třeba pamatovat na to, že v konečném důsledku odpovídá za sebe a svůj život sám klient a nelze ho v jeho právech omezovat (Bicková, Černá, Froulíková a kol., 2011).

g) Osobní cíle klienta v jejich konkrétní podobě

Klíčový pracovník potřebuje ve spolupráci se sociálním úsekem znát osobní cíl klienta stanovený ve smlouvě o poskytování sociální služby. Důležité je nezaměňovat tento cíl s osobním cílem klienta v dojednané podpoře v rámci individuálního plánování. Aktuální cíle klienta jsou výsledkem předchozích bodů individuálního plánování. V průběhu mapování byly určeny jeho přání, potřeby, zdroje a rizika. Pomocí těchto dat nyní pracovník s klientem určují osobní cíle v jejich konkrétní podobě.

Cíl je realizován konkrétními činnostmi a aktivitami. Kroky v individuálním plánu by měli být konkrétní, přiměřené, dosažitelné, ambiciózní a měřitelné. Zásadní je stanovit, kdo se na konkrétních krocích vedoucích k cíli klienta, podílí. Dále je důležité určit, jaká bude v tomto ohledu spolupráce s rodinou a kdo v týmu může pomoci klientovi jeho osobní cíle naplňovat a jakým způsobem (Bicková, Černá, Froulíková a kol., 2011).

Při sestavování konkrétních kroků je potřeba vycházet z individuálního přístupu ke klientovi, z jeho potřeb, přání, zdrojů a rizik. Dojednaná podpora je zanesena v individuálním plánu, na kterém se klient aktivně podílí. Tento dokument může mít i alternativní podobu, například výtvarnou či projektivní formu a další.

Při spolupráci s klientem je nutné vycházet z týmové spolupráce a důsledného předávání informací. Veškeré osoby, které se svou odborností podílejí na naplňování cílů klienta, koordinuje jeho klíčový pracovník.

h) Hodnocení míry naplňování osobních cílů klienta v jejich konkrétní podobě

Pracovník s klientem průběžně vyhodnocuje naplňování kroků individuálního plánu. Při vyhodnocování míry naplňování osobních cílů klienta se v žádném případě nejedná o hodnocení klienta. Jde o zhodnocení toho, kde se klient ve spolupráci se svým klíčovým pracovníkem na cestě individuálního plánu nachází. Při rozhovoru s klientem v souvislejícím s vyhodnocením plánu si klíčový pracovník ověřuje, zda správně mapoval, zda existují nové informace do sběru dat a jakou roli v životě klienta hrají jeho zdroje a rizika. Pracovník s klientem se orientují též na to, zda stanovený cíl byl ve své konkrétní podobě správně určen,

zda a do jaké míry se realizovaly kroky k jeho naplnění. Zároveň se společně zamýšlí nad tím, co z individuálního plánu vyplývá pro další spolupráci a co tam již nepatří.

Hodnocení míry naplňování osobních cílů klienta v jejich konkrétní podobě se uskutečňuje, stejně jako individuální plánování, u všech klientů služby. Pracovníci nesmí při své práci zapomínat na to, že proces vyhodnocování cílů se i přes hendikep klienta děje ve spolupráci s ním. Velký význam zde zaujímá týmová spolupráce a dovednosti používání způsobů alternativní komunikace (Bicková, Černá, Froulíková a kol., 2011).

3.5 Stanovování cíle

Cílem je myšleno to, čeho chce klient společně s pracovníkem dosáhnout. Klient konkretizuje a popisuje stav, kterého by rád dosáhl. Samotná formulace cíle probíhá na základě předchozího mapování.

Při stanovení cíle je podstatné vycházet z toho, co klient chce a toho, co mu může pracovník popřípadě organizace nabídnout. Cíl, který si klient vytýčí, by měl být v souladu s posláním organizace. V našem případě se předpokládá, že klient chce například trénovat samostatné bydlení, což odpovídá poslání naší organizace.

Druhy cílů:

Obecný nebo také dlouhodobý cíl

- Formuluje, čeho chce klient dosáhnout v jedné nebo ve více životních oblastech. Může jít o oblasti jako je bydlení, vzdělání, zaměstnání a další. Pokud je oblastí více, je pro každou oblast stanovován cíl zvlášť.
- Jeho zaměření směřuje do střednědobé až dlouhodobé budoucnosti.
- Cíl směřuje k udržení nebo získání žádoucí životní situace.

Příklady obecného cíle:

Do tří měsíců si najít a udržet si práci na otevřeném trhu práce.

Do dvou let se osamostatnit a mít vlastní bydlení.

Specifický nebo také krátkodobý cíl

Hlavním posláním je zmenšení, odstranění nebo překonání překážek na cestě k dlouhodobému cíli. Občas je třeba další mapování. V případě, že se u klienta vyprofiluje více specifických cílů, je třeba určit priority, které by měli vycházet z klientových potřeb.

To co je pro klienta nejdůležitější, určuje on sám. Podstatným kritériem je dosažitelnost cíle. Úspěch by měl být pravděpodobný a realizovatelný v krátkém čase. V zájmu realizovatelnosti a struktury se nedoporučuje formulovat více než pět cílů.

Příklady specifického cíle:

Každý den se alespoň dvacet minut procházet.

Do jednoho měsíce se naučit zacházet s novou pračkou.

Specifický nástroj pro formulaci cílů

V poslední době se nejčastěji využívá při specifikaci cílů strategie SMART.

SMART

Odborníci z British Columbia College (2013) uvádějí, že správně zvolený cíl by měl být:

Specifický: Cíl by měl být jasně definován a zcela konkrétně vyjadřovat, čeho chceme dosáhnout.

Měřitelný: Jak poznám, že jsem dosáhl cíle.

Akceptovatelný a ambiciózní: Cíl by měl být ambiciózní, akceptovatelný a relevantní

Realistický: Cíl by měl být dosažitelný a realistický.

Termínovaný: Cíl by měl mít stanovený termín, do kterého bude splněn. Časový rámec pro dokončení tohoto cíle.

Změny jsou konstantou života, a proto je dobré i kvalitně stanovené cíle čas od času revidovat. Touto kontrolou zjistíme, zda jsou cíle ještě aktuální a relevantní k dané životní situaci. V opačném případě cíle modifikujeme nebo naformulujeme zcela nové (British Columbia College, 2013).

Cíl musí být:

- *významný pro všechny zúčastněné, hlavně však pro klienta*
- *přiměřeně rozsáhlý*
- *dostatečně konkrétní z důvodu, aby byl pozorovatelný nebo měřitelný*
- *týkající se výskytu něčeho (ne o nepřítomnosti)*
- *určující začátek, dosažení otvírá další možnosti*
- *realistický*
- *podnětný, zajímavý, jeho dosažení by mělo vyžadovat určité úsilí.*

4. Představení zařízení chráněného bydlení střediska Zvonek Diakonie ČCE

V této kapitole stručně představím chráněné bydlení střediska Zvonek Diakonie ČCE. Předkapitola je věnována krátké historii zařízení. V první podkapitole přibližuji chráněné bydlení, službu, která zde probíhá a cílovou skupinu, pro kterou je služba určena. Druhá část pak popisuje cíle a základní principy poskytované služby.

Služba chráněného bydlení střediska Zvonek patří pod neziskovou organizaci Diakonie, jejíž zřizovatelem je Českobratrská církev evangelická. Středisko zahájilo svoji činnost 1. 1. 1992 pod názvem Dětské centrum Diakonie ČCE a součástí střediska byl denní a týdenní stacionář pro děti s mentálním a kombinovaným postižením. V roce 1993 bylo toto dětské centrum zařazeno do sítě škol a byla otevřena mateřská, zvláštní a pomocná třída.

V roce 1999 bylo otevřeno chráněné bydlení v Rudné u Prahy a téhož roku byl v Michli otevřen Domov pro opuštěné děti s mentálním a kombinovaným postižením. V roce 2000 došlo ke změně názvu střediska na Diakonie ČCE – středisko Zvonek. Zároveň je odstartován projekt rané péče, jehož součástí je i respitní péče. V roce 2001 bylo zřízeno Centrum denních služeb, jehož součástí je dílna pro sociální a pracovní rehabilitaci klientů. V roce 2002 se chráněné bydlení přestěhovalo z Rudné u Prahy do Krče, kde městská část poskytla pronájem budovy bývalé školky.

V roce 2003 došlo k odtržení od školy a středisko se stalo samostatným právním subjektem. V té době nabízí středisko následující služby: Chráněné bydlení, centrum denních služeb a Domov pro děti a dospělé s mentálním postižením. V roce 2007 se podařilo získat byt v Praze v Braníku, který slouží ženám s mentálním postižením. Další byt získalo chráněné bydlení v roce 2010 na Pankráci. Vzhledem k tomu, že klienti dělali velké pokroky, bylo v roce 2011 zrekonstruováno 1. patro střediska pro účely chráněného bydlení, které slouží k nasměrování klientů z domova do chráněného bydlení. V tomto roce jsme také získali další byt v Praze Podolí. V současné době poskytuje středisko Zvonek následující služby: Chráněné a přechodové bydlení, Centrum denních služeb a Domov pro osoby se zdravotním postižením.

Diakonie je zařízením církevním, příslušnost k církvi však není vyžadována ani u klienta, ani jeho rodiny. V Chráněném bydlení mohou žít i klienti bez křesťanského nebo jakéhokoli vyznání

4.1 Chráněné a přechodové bydlení

Chráněné a přechodové bydlení střediska Zvonek je celoroční pobytové zařízení, které usiluje o vytvoření domácího prostředí dospělým lidem s mentálním a kombinovaným postižením, kterým poskytuje podporu a péči v každodenním životě. Služba chráněného bydlení poskytuje podporu a péči ve všech oblastech, které uživatelé sami nezvládají, ale zároveň je podporuje ve zdokonalování a zvládnání péče o vlastní osobu, co největší samostatnosti v oblasti volného času, zapojení do běžného života vrstevníků, zvládnání běžných domácích prací a podporu v nacházení odpovídajícího zaměstnání. Tým chráněného bydlení střediska Zvonek tvoří tři asistenti a jeden vedoucí služby.

Služba přechodového bydlení poskytuje ubytování klientům v rámci jednoho bytu a čtyř samostatných pokojů v budově střediska Zvonek. Klientům je k dispozici plně vybavená kuchyň, společenská místnost, jídelna či prádelna. V rámci služby je klientům garantována každodenní podpora asistentů v rozsahu osm a půl hodiny. Cílem služby je podpora a pomoc klientům v rozvoji schopnosti a dovedností vedoucích k co nejvyšší možné míře osamostatnění klienta. Zařízení je plně vybaveno tak, aby umožňovalo nácvik dovedností potřebných pro samostatné bydlení.

Dále pod středisko Zvonek patří čtyři chráněné byty, kde jsou ubytováni dva až čtyři klienti. Podpora asistentů je ve srovnání s přechodovým bydlením výrazně snižena a závisí na individuálních potřebách klienta. Zpravidla asistenti dochází do bytů dvakrát až čtyřikrát týdně na dvě až čtyři hodiny podle počtu klientů v bytě. Hlavním cílem návštěv je podpora v naplňování cílů stanovených v individuálním plánu a pomoc s konkrétními činnostmi souvisejícími s běžným chodem domácnosti.

Délka pobytu ve službě přechodového i chráněného bydlení není jasně omezena, klient může službu využívat, dokud není připraven se více osamostatnit. Klienti mohou v případě zájmu a splnění kritérií přestoupit z přechodového bydlení na chráněné. Zároveň v případě potřeby je možný návrat z chráněného bytu na přechodové bydlení.

Cílová skupina chráněného a přechodového bydlení

Služba je poskytována v bytech a je určena dospělým uživatelům od 18 let do 60 let s mentálním a kombinovaným postižením, kteří kvůli svému postižení potřebují pomoc a

podporu druhé osoby v základních životních činnostech a dovednostech. Naši uživatelé jsou převážně z Prahy 4, Prahy a jejího blízkého okolí.

Kritéria pro klienta, na základě kterých nemůžeme službu poskytnout:

a) *osoby vyžadují péči v rozsahu služby osobní asistence*(nepřetržitou asistenci ve všech úkonech sebe obsluhy)

b) *osoby, které potřebují nepřetržitou ošetrovatelskou/zdravotní péči* (s výjimkou poskytování jednorázových úkonů od domácí zdravotní péče)

c) *osoby prakticky nevidomé a neslyšící*. Neposkytujeme speciální přístup, jakým je například znaková řeč, Braillovo písmo nebo slepecká bezbariérovost.

Vzhledem k plně bariérovému prostředí bytů je u osob s tělesným postižením nutná nejdříve osobní návštěva, aby si budoucí uživatel vyzkoušel případný pohyb po bytovém zařízení střediska.

4.2 Cíle služby chráněného a přechodového bydlení

Cílem služby pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením je:

- *zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost a umožnit jim v co nejvyšší možné míře zapojení se do běžného života společnosti* (např. zapojení do kulturního i společenského dění a pracovního procesu)
- *snížit u dospělých klientů závislost na pomoci druhé osoby, a to až do té míry, že jsou klienti schopni přechodu do čerpání terénní služby* (služba s vyššími nároky na samostatnost klienta)
- *informování veřejnosti o nabídce našich služeb* (www stránky, facebook, letáky, inzerce, články v regionálním tisku, spolupráce s partnerským sborem ČCE)

4.3 Principy poskytování sociální služby chráněného i přechodového bydlení

Sociální služby pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením poskytujeme na základě principů shrnutých v etickém kodexu sociálního pracovníka, přičemž klademe důraz na:

Důvěrnost

Všechny informace o uživatelích bereme za důvěrné. Chráníme tím jejich osobní a citlivé údaje. Máme respekt k soukromí klienta.

Rovnoprávnost

Klienta bereme jako partnera, který má právo rozhodovat o svém životě, mít svá přání a požadavky, má právo na svůj názor. Umožňujeme klientům naplňovat jejich práva a pomáháme s jejich povinnostmi.

Individuální přístup

Každého klienta bereme jako jedinečnou bytost. Službu, v rámci možností střediska, poskytujeme tak, aby vyhovovala přáním a požadavkům klienta. Usilujeme o to, aby klient dosáhl dle svých možností co nejmenšího stupně závislosti na podpoře asistenta.

Profesionalita

S klientem pracuje tým odborníků, který mezi sebou spolupracuje. Pracovníci se průběžně vzdělávají v nových metodách a technikách práce s lidmi s postižením.

Usilujeme, aby klienti získali takové dovednosti a znalosti, které jim umožní přechod do návazných služeb jakou je například terénní služba apodobně.

5. Metody, zásady a cíle při práci s lidmi s mentálním postižením

Práce s lidmi s mentálním postižením má svá specifika, metody a zásady. Právě těmto faktorům je tato kapitola mé práce věnována. V první podkapitole zmiňuji některé specifické aspekty, které je třeba brát v úvahu při práci s touto cílovou skupinou. V druhé podkapitole představuji metody a techniky práce s lidmi s mentálním postižením. Poslední podkapitola popisuje zásady a cíle práce s lidmi s mentálním postižením.

5.1 Specifické aspekty péče o osoby s mentálním postižením

Při práci s lidmi s mentálním postižením je třeba brát v úvahu určité specifické aspekty. Marlis Pörtner (2009) mezi specifické aspekty péče řadí následující:

- *sblížení druhého s jeho vlastním prožíváním* – je podstatné z toho důvodu, že pro řadu lidí s mentálním postižením je obvykle jejich vlastní prožívání nepřístupné. Nežádka se tyto osoby naučí potlačovat své emoce nebo je dokonce vůbec nevnímat. Toto bývá patrné zejména u lidí s méně závažným stupněm postižení, neboť u nich hraje svou roli touha vypadat stejně jako jejich zdraví vrstevníci. Lidé s mentálním postižením často přizpůsobují své emoce okolí a to proto, aby se nelišili od ostatních. To však může vést k tomu, že jedinec s postižením nechce vnímat své skutečné emoce a jeho pocit já se oslabuje.
- *povzbuzování k vlastním impulsům* – lidi s mentálním postižením je třeba podporovat nejen k jejich svébytnosti, ale podněcovat je i k vlastním impulsům a ty v nich povzbuzovat.
- *postoj k člověku s mentálním postižením* – podle Pörtnerové (2009) je nezbytné brát klienty vážně i s jejich postižením. Na tento aspekt se někdy zapomíná v jinak chvályhodném úsilí o nediskriminování lidí s mentálním postižením. Často dochází k tomu, že klienty s mentálním postižením bereme vážně, ale přehlízíme jejich postižení, čímž jim nedáváme možnost, aby zažili pozitivní stránky toho, jací jsou.
- *partnerské vztahy a sexuální život* – jedná se o oblasti, kde si lidé s mentálním postižením obzvlášť uvědomují své limity. Reálné podmínky pro partnerský a sexuální život jsou do značné míry omezené, neboť svou roli zde hrají hlavně faktory společenské,

světonázorové, osobní, vývojové a jiné. Zásadní proto je, nejen od klíčových pracovníků, utvářet u lidí s mentálním postižením rámec a prostor pro vlastní rozhodování v oblasti vztahů tak, aby byla respektována jejich osobní svoboda, jejich právo na lásku, přátelství a sexuální život. Zároveň by měli mít zaručenou nezbytnou ochranu před nebezpečím násilí, zneužívání, AIDS, nechtěným těhotenstvím a dalšími. Často se stává, že pečující osoba má tendenci vkládat do jedince s mentálním postižením své vlastní představy a ideály o tom, jak by měl vztah vypadat. Je nutné poskytnout prostor klientovi, aby pracovníkovi sám sdělil, co vlastně chce, jak si on sám představuje vztah či co pro něj vztah znamená.

- *náročné požadavky života ve skupině* – život ve skupině klade vysoké nároky na sociální schopnosti lidí s mentálním postižením. Přestože tito lidé mají určitý stupeň postižení, společnost na ně klade vysoké nároky co do přizpůsobování, ohleduplnosti a porozumění ve vzájemném soužití. Nalézt své místo ve skupině může být pro jedince s mentálním postižením velmi náročné, musí zde vynaložit spoustu energie a své schopnosti učit se. Na jedné straně společnost od lidí s mentálním postižením žádá mnoho, na druhé straně do nich vkládá málo důvěry. Pörtnerová (2009) dodává, že by mělo větší smysl poněkud snížit nároky a pokoušet se o řešení, která těmto lidem odlehčí, i když nebudou odpovídat „ideálu skupiny“. Ten bohužel velmi často spočívá v teoretických představách klíčových pracovníků a pečovatelských než ve skutečných potřebách lidí s mentálním postižením (Pörtner, 2009).

5.2 Metody a techniky práce s osobou s mentálním postižením

Dle Matouška (2005) metody a techniky práce dotvářejí klíčovým pracovníkům celkové pojetí a způsoby práce s lidmi s mentálním postižením. Mezi nejzákladnější metody a techniky práce s osobou s mentálním postižením řadí Matoušek následující:

- *Asistence* – podstata spočívá v tom, že je zaměřena na jednotlivce a pomáhá jedinci s mentálním postižením s činnostmi, které lidé bez postižení dělají sami. Užití této metody často vyvstane klíčovému pracovníkovi při naplnění stanoveného cíle v individuálním plánu. Podstata metody spočívá v tom, že reaguje na konkrétní potřeby klienta a přispívá k pozvolnému snižování míry podpory. Často je asistence vnímána jen v užším slova smyslu, kdy se využívá pouze při praktických konkrétních činnostech jako například praní,

vaření nebo nakupování. Tato technika má však význam i při organizování aktivit tak, aby je jedinec s mentálním postižením zvládal a v situacích, kdy je nutná pomoc při chápání souvislostí, uvědomování si rizik a dalších. Důležité je si uvědomit, že asistent za jedince s mentálním postižením nerozhoduje.

- *Individuální práce* – často se zaměřuje s technikou asistence. Podstata individuální práce spočívá v tom, že cíleně usiluje o dosažení určité změny v životě člověka s mentálním postižením. Pracovník se snaží o to, aby si jedinec s mentálním postižením osvojil specifické dovednosti, které podle svých možností a přání snižují míru podpory a přispívají k sociální integraci. Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že tato technika je dobře využitelná v procesu individuálního plánování s klientem.
- *Pracovní terapie* – u této metody je kladen důraz na odpovědnost a určitý řád, které musí jedinec s mentálním postižením dodržovat. Tuto terapii je možné doplnit o terapii taneční, hudební či výtvarnou, jejichž cílem je podpora osobnostního rozvoje a relaxace u lidí s mentálním postižením.
- *Komunitní podpora* – jedná se o proces vytváření komunit, ve kterých lidé s mentálním postižením žijí společně s lidmi bez postižení. Představuje alternativu v oblasti bydlení s cílem vytvořit pro lidi s mentálním postižením domov, kde budou mít své místo. Lidé bez postižení zde nahrazují roli asistentů. Rozvoj u této cílové skupiny probíhá prostřednictvím běžných aktivit a může být spontánní či za pomoci individuálního plánu.
- *Péče* – u této metody je kladen důraz na zajištění základních potřeb člověka s mentálním postižením, při kterém může docházet k přehlédnutí dalších potřeb, které uspokojeny nejsou a nemohou vést k sociální integraci (Matoušek, 2005).

5.3 Zásady a cíle práce s lidmi s mentálním postižením

Mé zkušenosti a poznatky získané v rámci praxe v chráněném bydlení střediska Zvonek mě vedou k úvaze, že práce s lidmi s mentálním postižením má určité zásady a specifika, která jsou významná i pro proces individuálního plánování a sestavování individuálního plánu. Matoušek (2005) vymezuje obecné principy a cíle práce v rámci své

knihy Sociální práce v praxi. Z mého pohledu je pro klíčového pracovníka zásadní dodržovat následující:

- *Důslednost* – tím je myšleno, aby klíčoví pracovníci byli svědomití a drželi se stanovených cílů vycházejících z individuálního plánu sestaveného společně s klientem. Z popisu charakteristiky mentálního postižení (viz kapitola č. 2) vychází, že lidé s mentálním postižením mají určitá specifika v oblasti psychických procesů i v oblasti volných vlastností. Často se u nich setkáme s tzv. abulií (nerozhodnost, nedostatek vůle, ztráta nebo snížení volných činností). Je tak zřejmé, že osoby s mentálním postižením mají sklon pozvolna snižovat svoji motivaci k naplnění cíle. Úkolem klíčového pracovníka by tak měla být podpora motivace klienta, aby se posouval kupředu.
- *Jednotnost* – podstata spočívá v tom, aby všichni profesionálové v daném zařízení požadovali po klientech dodržování shodných, předem definovaných pravidel a současně na ně kladli stejné požadavky. To vede ke společnému úsilí při naplňování stanoveného cíle v individuálním plánu.
- *Cílevědomost* – přispívá k úspěšnému procesu individuálního plánování. Klíčový pracovník by se měl snažit klienta k danému cíli nejen motivovat a podílet se na rozvoji jeho dovedností, návyků a schopností, ale také o cíli společně s klientem přemýšlet. Snaží se o patřičnou návaznost a využitelnost cíle, která přispívá i k sociální integraci klienta.
- *Komplexnost* – klíčový pracovník by měl pohlížet na každého klienta individuálně a propojovat zásady důslednosti, jednotnosti a cílevědomosti. V práci s klientem je snaha vnímat klienta i za hranicemi zařízení v kontextu jeho celého životního příběhu a možností, které je možné dále rozvíjet ve prospěch posílení jeho autonomie.

Matoušek (2005) zdůrazňuje, že cíle jako jsou sociální začleňování a postupné snižování podpory u lidí s mentálním postižením by měli být promítnuty téměř do všech cílů stanovených v individuálních plánech. Za velmi důležitý považuje cíl, který rozvíjí u jedince s mentálním postižením jeho schopnosti a dovednosti a to především rozvoj sociální komunikace, díky které se klienti mohou lépe začlenit do společnosti. V tomto procesu je nezbytná osvětová činnost, to jest předávání informací o tom jaké možnosti a potřeby mají lidé s mentálním postižením, v čem potřebují pomoci a co zvládají sami. Osvětová činnost přispívá ke změně pohledu široké veřejnosti na problematiku mentálního postižení. Veřejnost

se učí lépe komunikovat s touto cílovou skupinou a chápat lidi s mentálním postižením jako spoluobčany (Matoušek, 2005).

6. Představení procesu individuálního plánování s lidmi s mentálním postižením v chráněném bydlení střediska Zvonek

V této kapitole popisují proces, kterým klient prochází při příchodu do chráněného bydlení střediska Zvonek, a přibližují konkrétní podobu práce s individuálním plánem v průběhu spolupráce. Individuální plánování v chráněném bydlení střediska Zvonek vychází z metodologie individuálního plánování zaměřeného na člověka, o níž blíže píše ve třetí kapitole (viz podkapitola 3.3).

Každému klientovi je po příchodu do služby přidělen klíčový pracovník z řad asistentů. Před nástupem do služby vyplňuje klient Vstupní dotazník pro zájemce o službu. Dotazník slouží především k mapování přání a potřeb v jednotlivých oblastech života klienta (bydlení, zaměstnání, volný čas). Cíl vyjednává vedoucí pracovník již se zájemcem o službu. Takto vyjednaný cíl je obsahem uzavřené smlouvy. Při sestavování osobních cílů uživatele si všichni pracovníci musí být vědomi toho, že každý klient je jedinečný svými zkušenostmi, životním stylem, povahou a dalšími složkami osobnosti. Klient sám je jediným odborníkem na vlastní život, z čehož vyplývá, že jedině on sám může rozhodnout, co je pro něj nejlepší. Sestavování individuálního plánu předchází mapování, což je zjišťování informací z klientova života, jeho předchozích zkušeností, anamnézy a dalších. K tomuto využíváme vícero nástrojů jako například již předem zmíněný Vstupní dotazník pro zájemce o službu, rozhovor s klientem, sestavování kruhu podpory nebo různé druhy mapovacích dotazníků.

První plán péče a podpory je vytvořen nejdéle do tří měsíců od nástupu do zařízení a sestavuje jej klíčový pracovník společně s klientem. Plán bývá vždy sestaven s ohledem na mentální, rozumovou a sociální úroveň klienta, zároveň se vždy řídí jeho přáním a požadavky. Základem plánu je stanovení osobního cíle klienta. Klíčový pracovník vede s klientem rozhovor nad plánem. Otázky směřují na klíčové oblasti: v co klient doufá, kdo je v jeho životě důležitý, co by chtěl umět, jaké činnosti by chtěl dělat, jaké má vztahy, jaké by je chtěl či co si ve svém životě přeje změnit. K sestavování cíle nám slouží jako pomocné nástroje dva dokumenty-Analýza dovedností zaměřená na úkony péče a Analýza dovedností zaměřená na úkony soběstačnosti. U obou dokumentů se klient sám hodnotí v jednotlivých dovednostech a

schopnostech podle toho, do jaké míry tyto dovednosti zvládá. Hodnocení se provádí podle kritérií 1-5, kdy jedna znamená, že klient danou činnost zvládá samostatně a pět, kdy ji nezvládá vůbec. V příloze jsou oba dokumenty k nahlédnutí.

Stanovený cíl by měl být časově měřitelný. Z cíle by mělo být poznat, čeho má být dosaženo a jak se to prokáže. V případě, že klient neumí vymyslet nebo definovat svá očekávání a cíle, pracovník mu může na základě svých odborných znalostí a pozorování některé cíle navrhnout, a to tak, aby byly v souladu s posláním organizace viz kapitola čtyři. Takový osobní cíl nemusí být dlouhodobý a měl by směřovat k motivaci klienta stanovit si svůj vlastní osobní cíl na základě svých požadavků a očekávání. Cíl se může v průběhu spolupráce měnit v závislosti na změně individuálních potřeb a přání klienta.

Samotný formulář individuálního plánu se skládá z několika krátkodobých cílů a dvou dlouhodobých cílů. Ke každému cíli uvádí klient podrobnější popis, kdy je snaha cíl co nejkonkrétněji popsat. V ideálním případě by stanovené krátkodobé cíle měly směřovat k cíli dlouhodobému. U každého z cílů je i kolonka pro jeho vyhodnocení a doporučení do budoucna. Krátkodobý cíl se vždy stanovuje na tři měsíce.

Každého čtvrt roku klíčový pracovník s klientem jeho krátkodobé cíle vyhodnocuje a společně navrhuje případné změny v postupech naplňování cílů. V průběhu plánování hovoříme s klientem o možných rizicích, která by mohla naplňování cíle bránit a také o tom, jak bude výsledná změna konkrétně vypadat. V ideálním případě vyplňuje plán sám klient. Při sestavování individuálního plánu ve své praxi často narážím na mentální a kognitivní limity klientů. Pro některé klienty je obtížné pochopit podstatu a smysl sestavování individuálního plánu. Při spolupráci se tak snažíme sestavování plánu co nejvíce zjednodušit. V praxi to znamená, že krátkodobé cíle představují konkrétní kroky, vedoucí k dlouhodobému cíli klienta. V mnoha případech nejsou klienti schopni plán vyplňovat sami a potřebují asistenci, jak při sestavování cílů, tak při vyplňování formuláře individuálního plánu.

Jednou za rok spolupracuje klíčový pracovník s klientem na sestavení tzv. Individuálního plánu uživatele. Ten je zaměřen komplexněji na život klienta. Klient odpovídá v plánu na otázky: co má rád, co nemá rád, co v jeho životě funguje, co nefunguje nebo co je pro něj aktuálně důležité. Plán představuje podklady pro dílčí individuální plány zpracovávané v průběhu roku.

V průběhu roku klíčový pracovník vytváří s klientem několik krátkodobějších plánů, ve kterých klient formuluje několik krátkodobých a dlouhodobých cílů. Klíčový pracovník vždy dbá na to, aby stanovené cíle byly reálné a pro klienta zvládnutelné. Model plánu je zaměřený na člověka a jeho ukázkou uvádím v příloze číslo 2. U klientů s výraznějším mentálním, smyslovým nebo rozumovým postižením se zaměřujeme na reálné cíle spojené se základním fungováním (osobní hygiena, základní principy stolování, vaření). Klíčový pracovník hledá s klientem postupy, jak stanovené cíle vylepšit nebo zjednodušit, v případě, že se v nich klient špatně orientuje. Na místo písemného formuláře může klient pro vyjádření cíle využít obrázky, piktogramy nebo vystřihovánky.

Klíčový pracovník zkoumá naplňování stanovených cílů v individuálním plánu a vede o tom řádnou dokumentaci. Klíčový pracovník i ostatní pracovníci zařízení se snaží poskytnout klientovi nezbytnou podporu a dohled nad plněním kroků individuálního plánu. Jedním z úkolů klíčového pracovníka je motivovat klienta v naplňování jeho cílů a podporovat ho v dosažených úspěších.

Při vyhodnocování plánu klient s klíčovým pracovníkem hodnotí, do jaké míry se dařilo naplňovat jednotlivé cíle. Dále společně revidují, zda cíle odpovídají aktuálním přáním a požadavkům klienta. V neposlední řadě klíčový pracovník vyhodnocuje, zda je plán v souladu se zdravotním a mentálním stavem klienta. Součástí vyhodnocení jsou i doporučení pro další rozvoj klienta na, na která navazuje nový individuální plán.

EMPIRICKÁ ČÁST

1. Úvod

Empirická část se zaměřuje na ukázkou procesu individuálního plánování v praxi v rámci služby přechodového bydlení střediska Zvonek Diakonie ČCE. Cílem je zodpovědět otázku, dle jakých kritérií si klienti volí cíle do svých individuálních plánů. Z mé dosavadní zkušenosti vyplývá, že jedním z těchto kritérií je potřeba klientů zavděčit se pracovníkům zařízení. U klientů se nezdá, že se setkáváme s potřebami a zájmy, které do jisté míry nejsou společensky přijatelné a okolí na ně může reagovat odmítavým způsobem. Příkladem takového jednání může být zastavování uniformovaných pracovníků s touhou si s nimi povídat a fotografovat se. Z pohledu pracovníků je pak potřeba tyto zájmy klientů korigovat či co nejvíce minimalizovat, neboť chtějí klienty do jisté míry chránit. Potřeba klientů zavděčit se a udržet dobrý vztah s pracovníky tak může v některých případech převážet nad jejich vlastními potřebami a přáními. V plánech se pak setkáváme s tím, že klienti jako cíle uvádí minimalizaci či změnu jejich „společensky nepřijatelných“ zájmů, přestože jim dělají radost.

Pracovníci zařízení často po klientech vyžadují řadu činností, které souvisejí s pravidly a chodem služby. Na opakující se požadavky a výtky pracovníků klienti samozřejmě reagují a to často právě tak, že tyto požadavky formulují jako cíle v individuálních plánech. Dalším kritériem volby cílů tak z mého pohledu je snaha vyhnout se konfrontaci s pracovníky a opakované kritice z jejich strany.

Jako výzkumný vzorek jsem zvolil kasuistiky tří klientů. Mým cílem bylo ukázat konkrétní podobu procesu individuálního plánování v praxi. K tomuto účelu jsem se rozhodl popsat moji vlastní spolupráci s těmito klienty, u nichž jsem plnil roli klíčového pracovníka, a povedlo se mi s nimi navázat vztah. Mým zájmem bylo zprostředkovat v této práci moji vlastní zkušenost v práci s klienty v rámci přechodového bydlení. Porovnáním kasuistik jsem se snažil ukázat širší tématu individuálního plánování a zdůraznit potřebu individuálního přístupu v práci s lidmi s mentálním postižením.

V empirické části jsem použil více druhů kvalitativních výzkumných metod. Při sběru dat jsem využil studium zápisů z dokumentace klientů doplněných o rozhovory se zvolenými klienty i pracovníky. Nosnou součástí empirické části práce byly individuální plány, které jsme společně s klienty zpracovávali. Součástí výzkumných metod bylo i zúčastněné pozorování vybraných klientů

Kasuistika je vždy uvedena krátkou anamnézou. Na ní navazuje průběh spolupráce s klientem v období, kdy jsem ještě nebyl ve službě přítomen. V této části jsem zužitkoval především zápisy z dokumentace klientů, které jsem doplnil o rozhovory s jejich bývalým klíčovým pracovníkem. Následně se podrobněji věnuji popisu průběhu individuálního plánování a zpracovávání jednotlivých individuálních plánů s klientem. Podkladem k této části je vyhodnocení formulářů zpracovaných individuálních plánů doplněných o moji závěrečnou reflexi spolupráce s klientem nad těmito plány. V rámci závěru a diskuse pak vyhodnocuji hypotézy z úvodní části a shrnuji podněty a doporučení pro další práci s klienty.

Kasuistiky jsou zpracovány a publikovány se souhlasem klientů. Z důvodu ochrany jejich osobních údajů jsou veškerá jména a další citlivé údaje v práci cíleně pozměněny.

2. Kasuistika I

2.1 Anamnéza

Martin nastoupil do pobytové služby střediska Zvonek v prosinci 2009. V době nástupu mu bylo 22 let. Martin se od dětství léčí s diagnózou Aspergerův syndrom (F84.5) spadající do oblasti poruch autistického spektra. Blíže se tomuto postižení věnuji ve 2. kapitole. Od dětství se objevuje psychomotorická retardace, stavy neklidu a agresivity. V roce 1999 byl hospitalizován pro tyto potíže na dětské psychiatrické klinice FN Motol. Intelektové výkony jsou v pásmu lehké mentální retardace, kvalitní mechanická verbální paměť, má výrazný deficit v oblasti řeči a komunikace. Sociální defekt spojen s lehkou mentální retardací. K jeho problematice patří i ulpívání v jednom tématu – řidič metra, policista – opakují se v jeho myšlení i hovoru.

Martin pochází z nestabilního rodinného prostředí. Matka zemřela, když bylo Martinovi 12 let. Vztah k otci byl poznamenán opakovaným prokázaným sexuálním zneužíváním. Při dotazu na otce Martin tvrdí, že otec nebyl v domácnosti přítomen. V současné době je otec ve výkonu trestu a kontakt mezi ním a Martinem je dlouhodobě přerušeno. Po smrti matky se výchovy Martina ujala babička z matčiny strany, žili ve společné domácnosti po dobu deseti let. V roce 2009 babička zemřela. Martin nemá další blízké příbuzné a po smrti babičky byl hospitalizován v Psychiatrické nemocnici Bohnice z důvodu, že se o sebe sám nepostará, nikoli symptomatiky.

Martin absolvoval základní speciální školu. Poté nastoupil na odborné učiliště a praktickou školu, kde absolvoval učební obor kuchařské práce. Následně zkoušel na jiné praktické škole učební obor zahradník, který nedokončil. Práce ho příliš nebavila. Od roku 2009 do roku 2012 studoval střední praktickou školu zaměřenou na praktické dovednosti v běžném životě. Po studiu nastoupil Martin jako pomocník v kuchyni do vývařovny rozvážející obědy. Zde neprošel zkušební dobou, hlavně z důvodu pomalejšího pracovního tempa. Od roku 2012 pracuje jako úklidový pracovník pod občanským sdružením Etincelle, které se zaměřuje na zaměstnávání lidí s lehkým mentálním postižením. Martin pracuje každý všední den zhruba čtyři hodiny. Práce ho baví a je v ní schopný.

Od 18 let využívá Martin služeb a programů občanského sdružení APLA. Absolvoval kurz sociálních dovedností a kurz zaměřený na základní práva a povinnosti. Dva roky docházel do tvořivé dílny. Nedávno se účastnil počítačového kurzu a pravidelných filmových

večerů. Do APLY by rád docházel i nadále, ale v současné době to není slučitelné s jeho pracovním rozvrhem.

Při nástupu do služby přechodového bydlení zpracovala sociální pracovnice s Martinem „Vstupní dotazník pro zájemce o službu“ a mapovali Martinovi přání a potřeby. Krátce po nástupu do služby vyplnil Martin s klíčovým pracovníkem oba formuláře „Analýzy dovedností“ (viz kapitola 6). Z dotazníku vycházelo, že Martin vyžaduje vyšší míru podpory a kontroly v běžných denních činnostech. Pro aktivizaci je potřeba Martina pobízet. Martin je schopen sám pečovat o osobní hygienu, ale musí se mu jednotlivé kroky připomínat. Potřebuje asistenci při volbě vhodného oblečení. Je samostatný v pohybu po městě. Má mimořádně rozvinutou mechanickou paměť, obzvláště na data a jména.

Martinovým cílem při nástupu do služby byl nácvik praktických dovedností jako například naučit se vařit, nakupovat, hospodařit s penězi, starost o domácnost a další. Martin má omezenou způsobilost nakládat s financemi, neboť nezná pravou hodnotu peněz a je v této oblasti lehce manipulovatelný. Dalším podstatným cílem bylo pro Martina najít a udržet si práci. Sám si říkal o častou kontrolu a dohled. Z pohledu pracovníků bylo cílem služby zlepšovat a rozšiřovat Martinovy sociální návyky a pracovní dovednosti tak, aby dosáhl co nejvyšší míry samostatnosti a soběstačnosti.

2. 2 Shrnutí předchozí spolupráce

Cílem této kapitoly je shrnout Martinův pobyt v zařízení do doby, než jsem se stal jeho klíčovým pracovníkem. Martin zahájil svůj pobyt ve službě Domov, kde je klientům poskytována neustálá podpora a učí se základy péče o sebe a samostatného fungování. V této službě strávil rok. Po vyhodnocení jeho dovedností byl po roce přesunut do služby přechodové bydlení, kde mu byl přidělen pokoj, který sdílel s jedním spolubydlícím. Martin se v nové službě rychle adaptoval. Cíle individuálního plánování byly směřovány na podporu samostatnosti a soběstačnosti klienta. Klient se chtěl zlepšit v činnostech a dovednostech nutných pro samostatné fungování v domácnosti. Plány zahrnovaly trénink v oblasti vaření, praní, starost o vzhled a osobní hygienu, úklid a další. Stále přetrvávalo, že Martin vyžadoval častou kontrolu a dohled nad vykonanými úkoly. K řadě činností ho bylo třeba motivovat a pobízet. Zároveň je Martin tvrdohlavý a tak občas dělal nesmyslné úkony a chyby v oblastech, které ovládal. V péči o sebe a domácnost byl schopný, ale bylo třeba nutné

kontrolovat, zda jednotlivé činnosti opravdu provedl. Martin se rád a aktivně účastní různých společenských akcí a zájezdů. Na jednom z těchto zájezdů navázal intimní homosexuální vztah s jedním z klientů. Tento vztah přetrvával i po návratu.

Martin byl komunikativní a neměl obtíže vycházet s ostatními klienty na přechodovém bydlení. Dále byl samostatný v pohybu mimo areál zařízení a v zařizování základních úkonů jako jsou docházka k lékaři nebo do ostatních služeb. V průběhu pobytu se objevila možnost, že by Martin mohl přestoupit do chráněného bydlení, kde by již bydlel v samostatném bytě s nižší mírou podpory. Martin se naučil zvládat základní dovednosti spojené s chodem domácnosti a péčí o sebe. V lednu 2012 se přesunul do chráněného bytu na Praze 4.

Byt sdílel zpočátku s jedním spolubydlícím. Společné soužití probíhalo bez obtíží. Oba klienti byli relativně samotářští a příliš spolu nekomunikovali. Asistenti docházeli za Martinem do bytu s frekvencí zhruba třikrát do týdne na dvě hodiny. Hlavním obsahem návštěv byla podpora a pomoc v plnění kroků individuálního plánu. Plány byly zaměřeny hlavně na udržování pořádku v domácnosti a dohled, zda Martin pravidelně dodržuje osobní hygienu a chodí čistě upraven a oblečen. Vzhledem k omezené schopnosti nakládat s financemi bylo potřeba, aby asistent pomohl Martinovi sestavit detailní finanční plán na každý týden. Asistent s Martinem sestavili jídelníček, pro který sepsali nákupní seznam. Dále byly Martinovi přiděleny peníze na volný čas a nákup hygienických potřeb. Martin měl rezervy v oblasti vaření. Jím připravený jídelníček byl velmi stereotypní a jídla jednoduchá s nízkou nutriční hodnotou. Při vaření byl roztržitý a stávalo se, že nechával puštěné elektrické spotřebiče. V této oblasti se s ním asistenti snažili intenzivněji pracovat.

Po roce pobytu v chráněném bytě si Martin zažádal, zda by bylo možné, aby se k němu nastěhoval přítel František, s nímž byl ve vztahu. Přítel se léčí s lehkou mentální retardací a spadá do cílové skupiny pro službu chráněné bydlení střediska Zvonek. Žádosti bylo vyhověno, Martinův tehdejší spolubydlící Ivan s tím souhlasil. Zpočátku probíhalo soužití dobře, všichni tři spolu vycházeli. Časem se začali objevovat konflikty mezi Ivanem a Františkem. Asistenti se všemi třemi situacemi opakovaně řešili. Jako zásadní problém se na jedné straně jevila Ivanova netolerance vůči vztahu Františka a Martina, na straně druhé bezohlednost a omezování ze strany Martina a Františka vůči Ivanovi. Konflikty vyvrcholily situací, u níž byla jedna s asistentek, kdy Martin s Ivanem provokovali Františka, který zareagoval agresivním útokem směřovaným proti asistentce (snažil se jí uhodit pánví). Situaci

se za pomoci asistentky podařilo uklidnit, ale mezi Františkem a Ivanem přetrvávala nevraživost.

Další změna, která u Martina nastala, byla spojená s izolací, již byl Martin v bytě často vystaven, neboť František má hodně zájmů a dalších aktivit. Martin je od počátku více samotářský, ale jeho izolace se začala v průběhu roku 2013 vyhrocovat a již téměř nevycházel z bytu. Tento fakt měl za následek zhoršení jeho psychického stavu. Ten se při návštěvě asistentů projevoval neadekvátními reakcemi v běžných situacích (například lezl v bytě po trubkách topení). Také se stále častěji stávalo, že Martin nevěnoval při vaření dostatek pozornosti elektrickým spotřebičům. To mělo za následek, že byt málem dvakrát vyhořel. V průběhu dalších tří měsíců se situace stala neúnosnou a pracovníci zařízení se po pečlivé úvaze rozhodli Martina společně s Františkem přesunout do služby přechodového bydlení.

Koncem roku 2013 došlo k rekonstrukci samostatné bytové jednotky v rámci přechodového bydlení střediska Zvonek. Po návratu tak bylo Martinovi umožněno nastěhovat se společně s Františkem do tohoto bytu. Návrat na přechodové bydlení snášel Martin s nelibostí, nicméně došlo ke zlepšení jeho psychického stavu a celkovému zklidnění. Zároveň si hůře zvykal na intenzivnější podporu a dohled ze strany pracovníků.

Od návratu do přechodového bydlení vnímal Martin jako zásadní dlouhodobý cíl návrat zpět do chráněného bytu na Praze 4. Dalším cílem bylo udržet si pracovní místo v Etincelle.

Krátkodobé cíle, které společně s klíčovou pracovníci stanovili, zahrnovali: trénink praní prádla, nácvik vaření, pravidelné docházení do zaměstnání a dodržování pracovní morálky. Z pohledu pracovníků zařízení bylo nutné, aby Martin zapracoval na osobní hygieně a chování vůči partnerovi, které na veřejnosti překračovalo běžné hranice a meze slušného chování. Martin také občas zapomínal informovat pracovníky zařízení o tom, kam jde, což je jedno z pravidel střediska.

I po návratu do přechodového bydlení byl nadále nutný dohled nad vykonávanými činnostmi, kdy Martin zapomínal hlídat při vaření spotřebiče či dodržovat potřebnou hygienu. Přestože byla znát snaha Martina na sobě pracovat a jednotlivé dovednosti rozvíjet, nebyl natolik samostatný a spolehlivý, aby se mohl vrátit do chráněného bytu. Pro podporu motivace klienta byla vytvořena časová osa, kde jedním pólem je návrat do služby Domov a na druhém pólu návrat do chráněného bytu. Uprostřed je umístěna služba přechodového bydlení.

Pracovníci posouvají Martina po ose v závislosti na jeho snaze a plnění stanovených úkolů. Tato metoda se u Martina jevila jako velmi účinná.

Po změně v týmu přechodového bydlení, kam jsem nastoupil na pozici nového vedoucího, jsem v září roku 2014 přebral Martina do své péče jako jeho nový klíčový pracovník. V následujících kapitolách popíšu průběh naší společné spolupráce.

2.3 Zpracování dlouhodobého plánu

Dlouhodobý individuální plán uživatele jsme společně s Martinem sestavovali v říjnu 2014. Cílem plánu je blíže specifikovat klientovi aktuální potřeby a přání (viz kapitola 6). Plán vyplňoval Martin v průběhu služby už několikrát, proto ho nebylo třeba více představovat. Plán je rozdělen na pět oblastí:

➤ Co mám rád

Do této části uvedl Martin svého partnera, sociální pracovníci, učitelky z bývalé školy a obecně lidi, kteří se mu nesmějí. Dále se zaměřil na své zájmy, mezi které patří docházka na programy občanského sdružení APLA, rekreace u moře a poslouchání hudby.

➤ Co nemám rád

V první řadě Martin uvádí svého otce. Obecněji dále uvádí alkoholiky, kuřáky a lidi, co mu ublížili. Z mého pohledu tyto odpovědi vyplývají z prodělané negativní zkušenosti s otcem. Jako další příklad toho, co nemá rád, uvádí Martin velký hluk a velké množství lidí na jednom místě.

➤ Co v mém životě funguje

Odpovědi v této části jsou velice podobné odpovědím z první části na otázku „co mám rád“. Navíc je zde zmíněna pravidelná docházka do zaměstnání.

➤ Co v mém životě nefunguje

Jako nefunkční popisuje Martin vztahy s otcem a se strýcem. V tomto případě se m při rozhovoru zdálo, že odpovědi vycházejí od Martina. Další dva body stanovil Martin následovně:

- často se chci dívat na řidiče v metru a mávat jim
- často myslím na tom, že bych chtěl být policistou.

U těchto bodů se domnívám, že vycházejí více z potřeb Martinova okolí. Z mé zkušenosti s Martinem vychází, že oslovování uniformovaných pracovníků a navazování komunikace s nimi patří k jeho koníčkům a zábavě. Jedním z jeho velkých snů je stát se policistou. Okolí však na jeho snahu „kamarádit se“ s cizími lidmi reaguje odmítavě a tuto snahu mu představuje jako něco negativního. Pracovníky služeb mu bylo opakovaně sdělováno, že toto chování není v pořádku. Překvapilo mě tak, že svůj zájem uvedl jako něco, co nefunguje.

➤ *Co je pro mne nyní důležité*

V oblasti bydlení bylo pro Martina důležité, že má k dispozici samostatný byt, který může sdílet se svým partnerem. Dále pro něj bylo zásadní mít stálou práci, kde je spokojený. Byl rád, že se nadále zdokonaluje v soběstačnosti. V oblasti volného času pro něj bylo podstatné, že mohl chodit do APLY a možnost jezdit každé léto k moři.

Plán se stanovuje na celý rok a vzhledem k mému krátkému pobytu ve službě dosud nedošlo k jeho vyhodnocení. Plán slouží jako podklad pro sestavování jednotlivých krátkodobějších individuálních plánů. Z plánu vycházelo, že k Martinovým dlouhodobým cílům patří především udržení si pracovního místa (docházka do zaměstnání ho naplňuje a baví) a zlepšování se v soběstačnosti a dovednostech nutných pro fungování v samostatném bytě.

2. 4 Zpracování krátkodobějších individuálních plánů zaměřených na člověka a jejich vyhodnocení

V průběhu naší půlroční spolupráce s Martinem jsme společně dávali dohromady dva krátkodobé individuální plány zaměřené na člověka. Formulář plánu obsahuje tabulku se třemi krátkodobými a dvěma dlouhodobými cíli. Krátkodobé cíle představují často jednotlivé kroky vedoucí k cílům dlouhodobým. Každému z cílů přísluší kolonka pro jeho vyhodnocení a návrh dalšího postupu. Blíže jsem plán popsal v kapitole číslo 6. První plán jsme sestavovali na období od října do prosince 2014, druhý plán na období od ledna do března 2015.

Martina práce na plánu bavila a byl komunikativní a otevřený. Zároveň jsem vnímal, že celý proces plánování je pro něj složitý a často mu není jasné, co se po něm chce. Otázky ohledně krátkodobých a dlouhodobých cílů pro něj nebyly srozumitelné, a to i přes snahu jejich podstatu vysvětlit a při sestavování konkrétní podoby cíle a kroků vyžadoval moji asistenci. Pro Martina bylo velmi složité plán sám zapisovat, proto jsme se dohodli, že zápis udělám já s jeho pomocí.

2. 4. 1 Sestavení a vyhodnocení prvního individuálního plánu zaměřeného na člověka

První krátkodobý cíl: *Sestavování jídelníčku ve spolupráci se spolubydlícím v bytě na chráněném bydlení*

Martin se chtěl naučit zlepšit a rozšířit svůj jídelníček. S partnerem se dohodli, že by chtěli vařit dohromady a budou se v této činnosti střídat. Martin si po domluvě s Františkem sestavil týdenní jídelníček. Cílem byla pestrost a výživnost stravy. Poté si Martin připravil nákupní seznam podle jídel, která ten týden zrovna vařil. Oba tyto dokumenty byly zkontrolovány asistentem a dle potřeby upraveny. Martin byl samostatný v nakupování i vaření. Při vaření však byl nutný častý dohled.

Vyhodnocení: S drobnou pomocí sestavuje Martin jídelníček samostatně. Problém nastával ve spolupráci a komunikaci s partnerem. Oba si dohodli pravidla a postupy při vaření. Tyto dohody nedodržovali.

Na čem ještě pracovat: Martin by rád zlepšil spolupráci a domluvu s Františkem. Při vyhodnocování jsem Martinovi doporučil, aby společné dohody byly sepsány konkrétně v písemné podobě.

Druhý krátkodobý cíl: *Třídění prádla dle barev, naučit se manipulovat s automatickou pračkou*

Tento cíl zahrnoval praktickou ukázkou a trénink.

Vyhodnocení: Martin zapomínal předvedené postupy, jak prádlo třídit a jak zacházet s pračkou. Často žádal o pomoc asistenta s tím, že to sám nezvládne. Z mého pohledu je tento deficit částečně ovlivněn jeho diagnózou a částečně pohodlností.

Na čem ještě pracovat: Tento cíl vyžadoval další trénink. Z pozice asistentů vidím jako důležité motivovat Martina pro samostatné zvládnání úkolů.

Třetí krátkodobý cíl: *Dodržování osobní hygieny a výměna osobního prádla, šetrné chování ke svému oblečení*

Martin byl asistenty motivován k pravidelnému dodržování hygieny. Vznikla dohoda, že se Martin bude denně koupat, mýt si vlasy a čistit si zuby. Martin si měl také hlídat, aby byl vždy čistě oblečen. Byl znát despekt Martina k jeho věcem, hlavně k oblečení, které byl schopen za velmi krátkou dobu poškodit nebo zničit. Martin byl veden k šetrnějšímu zacházení se svými věcmi.

Vyhodnocení: Martin dodržoval pravidelnou hygienu. Byla znát snaha zacházet se svými věcmi s větším respektem. Při hygieně Martin spotřebovával velké množství vody, šampónu či zubní pasty.

Na čem ještě pracovat: Naučit se šetrněji zacházet s vodou a hygienickými prostředky.

První dlouhodobý cíl: *Nadále pracovat na udržení současné práce, být dochvilný a pracovitý*

Práce byla pro Martina velmi důležitá, uvědomoval si, že pro její udržení je nezbytné docházet včas do práce, nosit ochranné pracovní pomůcky a nepolevovat v pracovním výkonu. Tyto kroky zvládal Martin plnit samostatně. Problémem bylo, že často velmi rychle zničil pracovní obuv jejím nešetrným užíváním. Martinovi bylo potřeba vysvětlit, jak s obuví zacházet. Byla snaha mu zprostředkovat cenu obuvi.

Vyhodnocení: Martin dodržoval pracovní dobu, nosil ochranné pracovní pomůcky a měl snahu udržet si pracovní obuv co nejdéle v pořádku.

Druhý dlouhodobý cíl: *Větší samostatnost bydlení, dodržování harmonogramů vaření, úklidu, praní*

Na tento cíl navazovaly stanovené krátkodobé cíle.

Vyhodnocení: Martin nabyl větší samostatnosti v úklidových pracích. Klade větší důraz na čištění toalety a koupelny. Dařilo se mu lépe dodržovat osobní hygienu a péči o vzhled.

K posunu došlo i v oblasti sestavování jídelníčku a vaření. Problémovým bodem zůstává samostatné třídění prádla a praní.

2. 4. 2 Druhý krátkodobější individuální plán zaměřený na člověka

První krátkodobý cíl: *Martin se zeptá v práci nebo poprosí sociální pracovníci, aby zjistila, zda bude možné opět docházet do APLY*

Martin od ledna chodí do práce na odpolední směny, což mu znemožňuje docházet na programy APLY. Lidé a kurzy APLY mu chybí a často se ptá, zda se tam bude moci vrátit. S Martinem jsme společně naplánovali, že se pokusí zeptat sociální pracovníce našeho střediska, aby zjistila, zda by mohl mít i ranní směny. Společně jsme sepsali, na co přesně se zeptá, ale za sociální pracovnící měl jít samostatně.

Vyhodnocení: Martin se domluvil se sociální pracovnící, že se za něj v práci zeptá, zda je možné chodit do práce i na ranní směny. Od sociální pracovníce dostal zprávu, že dvakrát týdně může docházet místo na odpoledních směn na ranní. Martin měl tak prostor dvakrát týdně docházet zpátky do APLY, což mu udělalo velikou radost. Ocenil jsem ho za samostatné vyřízení situace a pokusil jsem se mu na této situaci dokumentovat pozitivní stránku vypracování individuálního plánu.

Druhý krátkodobý cíl: *Praní a třídění prádla, naučit se prát v novém typu pračky*

Poprosím asistenta o ukázkou a zapíšu si celý postup.

Tento cíl přetrvával již z předchozích období. Tentokrát jsme se s Martinem dohodli, že si celý postup při praktické ukázce zapíše a bude ho mít při praní vždy u sebe. Prádlo se vždy pokusí sám roztrždit a pouze si ho nechá zkontrolovat asistentem.

Vyhodnocení: Martin se naučil manipulovat s pračkou a nosil si k praní sepsaný postup. Stále má rezervy v třídění prádla.

Na čem ještě pracovat: Martin stále nepochopil princip třídění prádla. Potřeba asistence.

Třetí krátkodobý cíl: *Udržet si zaměstnání, dochvilnost, budu vykonávat práci naplno*

Další z cílů přetrvávajících z předchozích období. Martin si pravidelně zanáší do plánů dochvilnost, se kterou však nemá z mého pohledu žádné potíže. Vždy je na stanoveném místě

raději dříve. Tento cíl se mi tak jevil jako přejatý z okolí. Mám teorii, že Martinovi byla v minulosti zdůrazňována nutnost dodržování včasné docházky do zaměstnání.

Pravidelně dostávám zpětnou vazbu od Martinových nadřízených, z níž vycházelo, že má Martin občas tendenci vyhybat se práci. O problému jsme s Martinem hovořili a uvědomoval si, že pokud si chce místo udržet, je nutné vykonávat práci naplno.

Vyhodnocení: Dochvilnost se Martinovi dařila. Martinova pracovní kázeň se zlepšila, nicméně občasné vyhybání se úkolům v menší míře přetrvávalo.

První dlouhodobý cíl: *Martin by opět rád navštěvoval APLU*

Tento cíl korespondoval s prvním krátkodobým cílem.

Druhý dlouhodobý cíl: *Osamostatnit se, vrátit se zpět do vlastního bydlení*

Vrátit se do samostatného bydlení vnímám u Martina jako jednu z jeho hlavních motivací v životě. Za krátkou dobu na pozici Martina klíčového pracovníka jsem vyzoroval, že Martin řadu dovedností potřebných pro samostatné bydlení zvládá. Bohužel ve chvíli, kdy nad sebou nemá pravidelný dohled a kontrolu, začíná jednotlivé činnosti omezovat a zapomínat postupy. Je tak snaha u Martina posilovat samostatné zvládání úkonů a činností s nižší mírou kontroly. Tyto tři měsíce byly zaměřeny na pokroky v oblasti vaření a úklidu.

Vyhodnocení: Martin zvládal samostatněji a častěji vařit, ale jeho výběr stravy je stále velmi stereotypní. V úklidu byl Martin schopný, věnoval se mu pečlivě a pravidelně. Rezervy přetrvávaly v oblasti mytí nádobí a dodržování hygieny při vaření.

Na čem ještě pracovat: V dalším čtvrtletí bych se zaměřil na pestřejší stanovení jídelníčku. Nadále bych se soustředil na udržování dosažených dovedností potřebných pro chod domácnosti.

Příklad vypracovaného plánu uvádím v příloze číslo 3.

2.5 Závěrečná reflexe

Martin byl při sestavování plánů spolupracující a otevřený, zároveň jsem vnímal, že odpovídat na dotazy bez pomoci pro něj bylo nesmírně složité a celý proces byl zdlouhavý.

Martin vyžadoval specifikaci jednotlivých bodů plánu na konkrétních příkladech, nicméně tyto příklady chtěl následně uvést přímo v plánu. Z tohoto mi vycházelo, že chtěl mít plánování rychle hotové, nebo se snažil mně jako pracovníkovi vyhovět. Z rozhovorů bylo znát, že plně nechápe význam sestavování plánu.

Martina vidím jako velmi prosociálního a vztahového jedince. Vnímám u něj velkou potřebu častého ujišťování se, zda něco může, nebo nemůže a zda jsou jeho kroky správné. Z minulosti má Martin negativní zkušenosti ve vztazích s lidmi a to především ze strany otce. V rozhovorech s ním často pociťuji potřebu zavděčit se a to hlavně u lidí, s nimiž má dobrý vztah. Vyžaduje též časté oceňování a velkou míru podpory okolí. Potřeba zavděčit se může u Martina vést k určitému potlačení vlastních přání a potřeb. V individuálním plánování se toto projevuje tak, že občas definuje cíle dle očekávání pracovníků.

Martina vidím jako motivovaného pro další rozvoj. Jeho hlavním cílem v naší službě je postup zpátky do chráněného bytu. Je viditelná Martinova snaha na sobě pracovat a posouvat se ve svých dovednostech, ale jak bylo řečeno výše, stále potřebuje v jednotlivých činnostech stálejší dohled a kontrolu. V současné době se jeho posun zpět do chráněného bytu nejeví jako reálný.

3. Kasuistika II

3.1 Anamnéza

Tadeáš nastoupil do pobytové služby střediska Zvonek v červnu roku 2008, když mu bylo 25 let. Od sedmi let se léčí s farmokorezistentní formou epilepsie. Farmakorezistentní epilepsii se věnuji v kapitole číslo 2. V roce 1996 prodělal Tadeáš dvě operace mozku s resekcí prakticky celého levého temporálního laloku. Provedené operace však neměly výraznější efekt. Tadeáš má zhruba deset záchvatů týdně. Tyto záchvaty mají buď charakter zárazu činnosti nebo zakňučení a automatizmů. Jednou za čas pak Tadeáš prodělá velký záchvat, kdy je třeba zavolat lékaře. V roce 2014 byl Tadeáš na operaci žlučníku, po které je více dbáno na dietnější podobu jídelníčku. Tadeáš je pod silnou medikací, což také znesnadňuje komunikaci. Často se zastaví uprostřed věty a neví, co má říct nebo si nemůže vzpomenout, o čem začal hovořit. Léky zapříčiňují také zvýšenou únavu. Objevují se také výpadky paměti a problémy s rovnováhou. Tyto příznaky jsou stále častější. Intelektové schopnosti jsou na standardní úrovni. Tadeáš je společenský, přátelský a má silně vyvinutý smysl pro spravedlnost.

Tadeáš pochází ze stabilního rodinného prostředí. Do okruhu jeho rodiny patří oba rodiče, babička s dědou a bratr. Tadeáš uvádí, že prožil hezké dětství, které narušila epilepsie. S rodiči a sourozencem má Tadeáš velmi dobré vztahy. Asi nejbližší vztah má k mamince, která ho podporuje v cílech, které si stanovil na přechodovém bydlení. Každé dva týdny si rodina bere Tadeáše domů do Vlašimi. Tráví s nimi prázdniny i dovolenou. S rodinou je velmi dobrá spolupráce.

Tadeáš absolvoval osmiletou základní školu. Následně vystudoval učební obor kartáčník-košíkář v Praze Krči. Zde v průběhu studia bydlel na internátní škole v Klárově ústavu. Vystudovanému oboru se však nikdy nevěnoval. Od roku 2011 pracoval v pekárně v Jílovém u Prahy, kde se věnoval úklidovým pracím. Pracovní doba v pekárně vyžadovala brzké vstávání, ranní směna začínala již v šest hodin. Zpočátku se vstávání dařilo bez obtíží, ale vlivem zvýšené medikace, začalo dělat vstávání Tadeášovi potíže. Do pekárny docházel Tadeáš každý všední den na pět hodin. V práci byl velmi spokojený. Také zaměstnavatel si Tadeáše velmi chválil. Na konci roku 2014 musel Tadeáš pracovní poměr ukončit ze zdravotních důvodů. Stále častěji se u Tadeáše začaly objevovat záchvaty a problémy s rovnováhou.

Při nástupu do služby přechodového bydlení zpracovala sociální pracovnice s Tadeášem „Vstupní dotazník pro zájemce o službu“ a mapovali Tadeášovi cíle, přání a potřeby. Krátce po nástupu do služby vyplnil Tadeáš s klíčovým pracovníkem oba formuláře „Analýzy dovedností“ (viz kapitola 6). Z dotazníku vycházelo, že Tadeáš je samostatný v oblasti osobní hygieny, péče o sebe a zvládá jednoduché úkony spojené s chodem domácnosti. Vzhledem k četnosti jeho epileptických záchvatů je u řady činností nutný zvýšený dohled. Nezbytný byl u Tadeáše dohled nad hospodařením s penězi. Nakupuje bez rozmyslu a je v této oblasti lehce ovlivnitelný. Vzhledem ke zdravotnímu stavu vznikla dohoda, že Tadeáš bude chodit mimo zařízení pouze s doprovodem.

Tadeášovým přáním při nástupu do služby bylo osamostatnění se od rodiny. Tadeáš umí číst, psát a počítat a tyto dovednosti si přál dále prohlubovat. Jeho přáním bylo také prohloubit své počítačové znalosti. Tadeáš velmi stál o to najít si práci a trvalejší partnerský vztah. Jedním z cílů bylo také naučit se žít fungovat s projevy onemocnění.

3.2 Shrnutí předchozí spolupráce

Svůj pobyt začínal Tadeáš ve službě Domov, kde strávil svůj první půlrok. Cílem pobytu v této službě bylo seznámit se s pravidly a chodem zařízení. Bylo třeba zmapovat konkrétní projevy a frekvenci epileptických záchvatů a posoudit míru nutné asistence. Tadeáš zvládal sabeobsluhu bez potíží a byl velmi schopný v úklidu a vaření. Po šesti měsících byl Tadeáš přesunut do služby přechodové bydlení, kde se velmi rychle aklimatizoval.

Cíle individuálního plánování byly směřovány na podporu samostatnějšího fungování v bydlení. Tadeáš měl rezervy v úklidu, ke kterému ho bylo potřeba často pobízet. V přechodovém bydlení se začal učit prát v automatické pračce. Tadeášovým velkým přáním bylo nastoupit do práce. Společně se sociální pracovníci zaměstnání aktivně hledali, ale z důvodu Tadeášovi komplikované diagnózy byli dlouho neúspěšní. Pracovní uplatnění se naskytlo až v roce 2011, kdy Tadeáš nastoupil do pekárny v Jílovém u Prahy. Po dobu dvou let zvládal práci bez obtíží. Postupem času se zvýšila frekvence záchvatů a ošetřující lékař změnil a navýšil medikaci. Toto navýšení mělo za následek, že se Tadeášovi ráno hůře vstávalo. K ranní přípravě do práce potřeboval Tadeáš dostatek času, opakovaně bylo třeba ho budít. S Tadeášem bylo třeba pracovat na tom, aby nebyl příliš dlouho večer vzhůru. Pokud

chodil pozdě spát, nebyl schopen se ráno probudit i přes nařízený budík. V ranním vstávání Tadeášovi pomáhalo rozsvícené světlo a větrání místnosti.

Jedno z dalších témat, které se v průběhu roku 2013 objevilo, bylo pravidelné užívání léků. Tadeášovi se často nechtělo ráno vstávat a ranní medikace tak bývala podávána se značným zpožděním. Pravidelné užívání léků je odpovědností klientů a sami si o léky říkají. S Tadeášem bylo třeba pracovat na tom, aby si nařizoval budík a chodil pro léky včas. Postupem času byly výpadky v chození pro léky stále častější. V důsledku onemocnění došlo u klienta ke zhoršení paměti a soustředění.

V průběhu pobytu ve službě se Tadeášovi podařilo navázat vztah s kolegyní Kateřinou, která v té době byla také v přechodovém bydlení. Po nějaké době vyjádřil Tadeáš přání, aby mohl s Kateřinou sdílet společný pokoj, což jim bylo umožněno. Společné soužití vedlo k otevření tématu sexuálního života. Stávalo se, že Tadeáš míval záchvaty i při pohlavním styku. Pro oba byla tato situace komplikovaná. S Tadeášem i Kateřinou bylo třeba dojednat konkrétní postupy, co dělat, pokud taková situace nastane.

V průběhu jejich společného soužití se objevil u Tadeáše nový cíl a to „naučit se vyjadřovat své názory a umět říci ne bez pocitu viny“. Tento cíl vycházel dle mého názoru z potřeby najít si svůj prostor v partnerském vztahu. Kateřina byla velmi invazivní a měla tendence usurpovat si Tadeáše pouze pro sebe. Byla také velmi žárlivá. Tadeáš nebyl často schopen své přítelkyni odporovat i přesto, že se v některých situacích necítil dobře. Sám reflektoval, že si nedokáže obhájit svůj názor. Asistenti pracovali s Tadeášem na tom, aby se dokázal více postavit sám za sebe a lépe obhájit své požadavky.

Tadeáš se začal cítit ve vztahu pod tlakem, což vedlo ke zhoršení jeho zdravotního stavu a nárůstu četnosti epileptických záchvatů. O situaci opakovaně mluvil se svým klíčovým pracovníkem a v průběhu času došel k tomu, že společné soužití s Kateřinou je pro něj příliš náročné. Vyjádřil přání, že by rád zase bydlel sám. Po dohodě se Kateřina odstěhovala, což se pro vztah ukázalo jako pozitivní.

Tadeáše jsem přebral do péče v září roku 2014. V té době stále docházel do pekárny. S Tadeášem se již řešily obtíže spojené s problematickým ranním vstáváním a nepravidelným užíváním medikace, na kterou ráno zapomínal. Tadeáš na mne působil zpomaleně a unaveně. Komunikace s ním byla možná, nicméně vyžadovala značnou trpělivost. Vyjádření myšlenky mu trvalo dlouho a bylo vidět, jak hledá a snaží se vzpomenout na jednotlivá slova. Už v této

době ztrácela jeho řeč určitou souvislost. Brzy jsem vypožoroval, že Tadeáš je velmi přátelský, snaživý a pracovitý. Ve skupině je oblíbený.

3.3 Zpracování dlouhodobého plánu

Nad dlouhodobým individuálním plánem jsme se s Tadeášem sešli na začátku října 2014. Na Tadeášovi byla při individuálním plánování vidět snaha a zpracování plánu ho zajímalo.

Plán znal Tadeáš z předchozí spolupráce, opět je rozdělen na pět částí:

➤ *Co mám rád*

Tadeáš uvedl, že má rád své rodiče, kamarády, klidné lidi a prostředí. Ve volném čase ho baví jízda na kole, zvířata a dovolená v přírodě, nejraději pod stanem nebo na chatě.

➤ *Co nemám rád*

Tadeáš nemá rád konflikty a hádky mezi lidmi. Neužívá si dlouhé pochody, plavání a sportovní soutěže. Nemá rád, když mu někdo nařizuje, aby dělal to, co nechce. Nerad se dívá do slunce a na třpyt ve vodě, neboť to u něj vyvolává záchvaty.

➤ *Co v mém životě funguje*

V této části uvedl Tadeáš práci a zvládání pracovních návyků.

➤ *Co v mém životě nefunguje*

Zde uvedl, že si neumí důrazně říci, co chce a co nechce.

➤ *Co je pro mne nyní důležité*

Tadeáš by si přál více procházek mimo prostory zařízení. Rád pomáhá při údržbě zahrady a účastní se různých druhů sportovních aktivit.

Dlouhodobější plán se stanovuje na celý rok a vzhledem k mému krátkému pobytu ve službě, dosud nedošlo k jeho vyhodnocení. Plán slouží jako podklad pro sestavování krátkodobějších cílů v individuálních plánech zaměřených na člověka. Z dlouhodobějšího plánu se dalo vyčíst, že se Tadeáš snaží vyhýbat situacím, které by mu

mohly vyvolat záchvat. Tadeášovým velkým přáním bylo udržet si práci, která ho baví a naplňuje. Tadeášovým cílem byly častější procházky mimo zařízení a možnost zapojit se do více sportovních aktivit.

3. 4 Zpracování krátkodobějších individuálních plánů zaměřených na člověka a jejich vyhodnocení

V průběhu naší půlroční spolupráce s Tadeášem jsme společně dávali dohromady dva krátkodobější individuální plány zaměřené na člověka. Formulář plánu obsahuje tabulku se třemi krátkodobými a dvěma dlouhodobými cíli. Krátkodobé cíle představují často jednotlivé kroky vedoucí k cílům dlouhodobým. Každému z cílů přísluší kolonka pro jeho vyhodnocení a návrh dalšího postupu. Blíže jsem plán popsal v kapitole číslo 6. První plán jsme sestavovali na období od října do prosince 2014, druhý plán na období od ledna do března 2015.

Tadeáš je ve spolupráci otevřený a je ochotný přemýšlet. U Tadeáše byla znát snaha formulovat jednotlivé cíle do plánu, ale postupem času se zhoršoval deficit řeči a paměti. Při zpracování prvního plánu komunikoval Tadeáš relativně plynule a byl celkem srozumitelný. U druhého plánu již bylo pro Tadeáše mnohem složitější se vyjádřit celou větou. Při formulování věty zvládl v některých případech vyjádřit pouze jedno či dvě slova. Celý proces zpracování plánu byl velmi zdlouhavý a vyčerpávající pro oba aktéry. Tadeášův komunikační deficit kladl na mne jako na pracovníka vysoké nároky. Při sestavování plánu tak pravděpodobně občas docházelo k interpretacím Tadeášových myšlenek, i přesto že jsem opakovaně snažil Tadeáše na vše doptávat. Pro usnadnění spolupráce jsme se dohodli, že zápis do individuálního plánu provedu já a Tadeáš tento zápis schválí.

3. 4. 1 Sestavení a vyhodnocení prvního individuálního plánu zaměřeného na člověka

První krátkodobý cíl: *Dodržování dietního režimu stravování vzhledem ke zdravotním komplikacím*

Po operaci žlučníku byl Tadeášovi lékařem nařízen dietní režim stravování. Vznikla dohoda, že si Tadeáš sestaví vlastní jídelníček podle toho, co má rád a bude brát zřetel na dietnější stavbu jídelníčku. Základem bylo jíst méně kořeněná a mastná jídla. Jídelníček si

nechával asistentem každý týden zkontrolovat. Tadeáš si uvědomoval, že pokud nebude dietnější stravu dodržovat, bude mu špatně. S dietou neměl větší potíže.

Vyhodnocení: Zpočátku potřeboval Tadeáš se sestavením jídelníčku poradit, ale velmi brzy byl schopen si jídelníček vymyslet sám. Kauzalita mezi nevhodným jídlem a bolestí břicha se ukázala jako dostatečná motivace pro změnu stravy.

Druhý krátkodobý cíl: *Včasné vstávání na ranní směnu*

Tadeášův ranní problém se stáváním byl mnohdy zapříčiněn dlouhým sledováním televize do noci. Nedostatek spánku měl za následek, že byl Tadeáš celý den unavený, což sám reflektoval. Ze strany mé i asistentů byla snaha Tadeáše motivovat, aby chodil včas spát a měl dostatek energie pro další den. Včasné vstávání přímo souviselo s Tadeášovou včasnou docházkou do práce. Tento fakt byl pro Tadeáše motivující, protože si práci chtěl udržet. Je nutné podotknout, že Tadeáše do jisté míry při vstávání limitovala zvýšená medikace.

Vyhodnocení: Tadeáš se snažil vstávat ráno samostatně, ale občas budík neslyšel a bylo potřeba, aby ho vzbudil asistent.

Na čem ještě pracovat: Podpora klienta v tom, aby měl dostatek spánku, který má přímý vliv na jeho energii a zdravotní stav.

Třetí krátkodobý cíl: *Chodit více na procházky mimo prostory zařízení*

Vzhledem k epileptickým záchvatům potřebuje Tadeáš při pohybu mimo zařízení doprovod. V této době ještě docházel do zaměstnání a tak se mimo prostory zařízení dostal téměř denně. Zároveň jsme se snažili vymyslet nové strategie, jak umožnit Tadeášovi trávit více času venku. Dohodli jsme se společně s jeho přítelkyní, že budou dvakrát týdně chodit na procházky spolu.

Vyhodnocení: Společné procházky si Tadeáš chválil a chtěl v nich nadále pokračovat. Z mého pohledu procházky prospěly jejich vztahu a zmírnily tlak, který Kateřina na Tadeáše vyvíjela. Dvě garantované procházky týdně Kateřinu uklidnily.

První dlouhodobý cíl: *Udržet si stávající práci*

Tadeášovi velmi záleželo na tom, aby si udržel pracovní místo v pekárně. Chodit do práce pro Tadeáše znamenalo ujištění, že je praceschopný a cítil se platný. Naneštěstí se

Tadeáš potýká s formou epilepsie, která vede k postupnému zhoršování zdravotního stavu a prohlubování deficitu kognitivních schopností. Na podzim roku 2014 se potíže začaly objevovat i v pracovní oblasti. Stále častěji se mu v práci dělalo zle a prostředí a pracovní úkony se pro něj stávaly nebezpečnými. I z pohledu zaměstnavatele se ukončení spolupráce jeví jako jediné řešení. Tadeáš byl z tohoto faktu velice smutný a ztráty zaměstnání litoval.

Vyhodnocení: Práci se Tadeášovi bohužel udržet nepodařilo. Na ztrátě zaměstnání Tadeáš nenese vinu, což mu bylo akcentováno.

Na čem ještě pracovat: Společně jsme tak začali hledat nové možnosti, jak by mohl Tadeáš vyplnit svůj volný čas.

Druhý dlouhodobý cíl: *Pravidelné braní ranních léků*

Tadeáš si uvědomuje důležitost užívání medikace, přesto ale na ranní léky často zapomíná. Je třeba zdůraznit, že léky mají přísný časový harmonogram a ranní dávku by měl Tadeáš užívat již v sedm hodin ráno. S tím koresponduje krátkodobý cíl včasného ranního vstávání. Při vynechání medikace se v průběhu dne častěji objevují záchvaty. Otázkou zůstává, zda Tadeáš vnímá zásadnější rozdíl v počtu záchvatů. Z pozice pracovníka ale vím, že z dlouhodobého hlediska vývoje prognózy je podstatné, aby záchvatů bylo co nejméně. Tento cíl se tak jeví podstatnější pro pracovníky než pro samotného Tadeáše.

Vyhodnocení: Tadeáš měl nadále problém s časným ranním vstáváním a stávalo se, že na léky zapomínal. Z mého pohledu mohlo hrát roli, že Tadeáš tento cíl nepřijal za svůj.

Na čem ještě pracovat: Cíl přetrvával i v dalším období.

3. 4. 2 Druhý krátkodobější individuální plán zaměřený na člověka

První krátkodobý cíl: *Pravidelné braní léků, hlavně ráno*

V dalším období jsem se snažil více zaměřit na to, abych Tadeášovi zprostředkoval důvody, proč je nutné dodržovat harmonogram medikace. Bylo znát, že se Tadeáš o změnu snaží. Ranní vstávání však pro něj bylo stále náročnější a vnímal jsem, že Tadeáš na léky nezapomínal úmyslně.

Vyhodnocení: Cíl se podařilo naplnit částečně. Občas si Tadeáš léky ohlídal sám, občas bylo třeba mu je připomínat.

Na čem ještě pracovat: Dohodli jsme se, že pokud Tadeáš na léky zapomene, asistent mu je připomene.

Druhý krátkodobý cíl: *Včasné vstávání do Centra denních služeb*

Od ledna 2015 dochází Tadeáš do Centra denních služeb v rámci zařízení Zvonek. Tadeáš si toto zvolil jako náhradní aktivitu za pracovní činnost. Centrum denních služeb mu nabízí různé druhy aktivit, kterými jsou například tkalcovská dílna, výtvarná dílna, výlety do přírody či různé sportovní aktivity. Do kolektivu centra se Tadeáš rychle začlenil a dochází tam třikrát týdně. Aktivity centra začínají v osm hodin ráno. Vzhledem k Tadeášovým obtížím s ranním vstáváním a delší přípravou jsme se z pracovníků v Centru dohodli, že může Tadeáš přijít později. Tadeáš byl podporován, aby nekoukal v noci dlouho na televizi.

Vyhodnocení: Tadeáš si samostatně nastavoval budík na sedm hodin ráno. Až na výjimky se mu dařilo chodit včas spát. Pokud se mu nepodařilo vstát, byl vzbuzen asistentem.

Dlouhodobý cíl: *Mít pravidelnou denní náplň*

Po odchodu z práce začal Tadeáš třikrát týdně docházet do Centra denních služeb. Po zbylé dva dny začal Tadeáš do Informačního centra střediska Zvonek, kde je v kontaktu s běžnou populací. V Informačním centru střediska Zvonek se Tadeáš zapojuje do prodeje výrobků z dílen, připravuje občerstvení a společně s asistentem a dalšími klienty poskytují informace o chodu Diakonie ČCE. S přítelkyní Kateřinou nadále chodí dvakrát týdně na procházky.

Vyhodnocení: Odchod z práce snášel Tadeáš velmi těžce, ale velmi brzy se zapojil do řady volnočasových aktivit. Jeho cíl mít pravidelnou denní náplň se tak naplnil.

Na čem ještě pracovat: Naší snahou je udržet Tadeáše co možná nejdelší dobu aktivního i přes zhoršování jeho zdravotního stavu.

3.5 Závěrečná reflexe

V průběhu sestavování plánů byl Tadeáš vždy velmi ochotný a otevřený. Proces individuálního plánování byl velmi ovlivněn projevem Tadeášova onemocnění. Mezi prvním a druhým procesem sestavování individuálního plánu jsem vnímal markantní rozdíl. V prvním případě dokázal Tadeáš formulovat své potřeby a přání relativně samostatně. Práce na druhém plánu byla z důvodu Tadeášova momentálního zdravotního stavu abnormálně komplikovaná a zdlouhavá, v jednom bodě musela být i přerušena, neboť se mu udělalo zle. Potíže Tadeáše vyjádřit se mohly vést k interpretacím vzhledem k tomu, že nebyl schopen formulovat srozumitelné věty. Tadeáš rozuměl významu zpracování individuálního plánu, ale celý proces byl pro něj vyčerpávající.

Tadeáš je, dle mého názoru, velmi sympatický mladý muž, který je v kolektivu velmi oblíbený. Dobře patrná je i jeho šikovnost, smysl pro humor a silně vyvinutý smysl pro spravedlnost. Domnívám se, že Tadeáš je v přechodovém bydlení rád a ochotně se zapojuje do všech aktivit. Dělá vše proto, aby si udržel co nejvíce dovedností. Zapojuje se do mnoha programů střediska Zvonek, jako jsou divadlo, práce na zahradě, výroba košíků a dalších.

Tadeášovým největším přáním je setrvat co nejdéle ve službě přechodové bydlení. I z formulace jeho přání je dobře patrné, že si Tadeáš uvědomuje realitu a vnímá měnící se stav jeho zdraví. Tadeáš má naši plnou podporu, stejně jako mé ujištění, že budu prosazovat, aby zůstal ve službě přechodové bydlení co nejdéle. Zároveň zůstává předpoklad, že se Tadeášův zdravotní stav bude nadále zhoršovat a bude vyžadovat stále větší míru podpory. Do budoucna ho tak pravděpodobně čeká přestup do služby Domov, kde je poskytována celodenní péče. Myslím si, že i v tomto případě se v individuálním plánu objevují některá přání, která více souvisí s potřebami zařízení jako například brát pravidelně ranní léky. Je možné, že Tadeáš vidí souvislost mezi splněním těchto úkolů a svým setrváním v přechodovém bydlení.

4. Kasuistika III

4.1 Anamnéza

Pavel nastoupil do pobytové služby střediska Zvonek koncem září 2013. V době jeho nástupu mu bylo 52 let. Pavel se od dětství léčí s diagnózou lehká mentální retardace (F70). Blíže o této diagnóze píše v kapitole číslo 2. Je schopen bez obtíží udržovat konverzaci, ale objevují se u něj tematické stereotypy. Nemá potíže se čtením, psaním a základními početními operacemi. Paměť je lehce narušena. Pavel může působit poněkud ploše. V některých situacích se neobjevuje adekvátní emoční reakce. V minulosti absolvoval artroskopii kolene, které ho občas bolí. I proto bývá unavený a potřebuje přestávky. Od sestry máme informaci, že trpí lehkou formou astmatu.

Pavel se narodil v Sušici v roce 1961 a pochází ze stabilního rodinného prostředí. Jeho rodinu tvořili otec, matka a sestra. Pavel uvádí, že bližší vztah měl k otci i přesto, že otec byl přísnějším z obou rodičů. Má hezké vzpomínky na společně strávené chvíle při rybaření. Pavel sdílel s rodiči společnou domácnost až do jejich smrti. Otec zemřel v roce 2000 a matka o sedm let později v roce 2007. Po smrti matky bydlel v chráněném bydlení v Horním Bezděkově a to až do roku 2011. Poté bydlel společně se svou sestrou a její rodinou. V průběhu léta roku 2012 a 2013 byl Pavel přes prázdniny ve středisku Zvonek v rámci respitní péče. Na podzim roku 2013 se nastěhoval do přechodového bydlení střediska Zvonek natrvalo.

Se sestrou má Pavel dobrý vztah. Každý měsíc za ní na celý víkend jezdí na návštěvu. Pavel má vlivem své diagnózy omezenou svéprávnost, nemůže se samostatně starat o finance a v důležitých oblastech života za sebe samostatně rozhodovat. Pavel má přiděleného opatrovníka, kterým je jeho sestra. Veškerá vážnější rozhodnutí jsme tak povinni se sestrou konzultovat. Se sestrou byla dosud dobrá spolupráce.

Pavel absolvoval základní speciální školu. Poté nastoupil na odborné učiliště, kde se věnoval oboru zedník, který nedokončil. Krátce poté nastoupil Pavel do státního podniku SOLO Sušice, kde pracoval u pásu. Zde působil dlouhých třináct let až do restrukturalizace společnosti v roce 1991. V průběhu pobytu na chráněném bydlení v Horním Bezděkově byl Pavel zaměstnaný v pekárně, kde se věnoval úklidu, mytí plechů a podobně. V pekárně však byly dvanáctihodinové směny a Pavel začal mít zdravotní problémy s kolenem a musel skončit. Od příchodu do chráněného bydlení střediska Zvonek, pracuje Pavel jako úklidový

pracovník pod občanským sdružením Etincelle, které se zaměřuje na zaměstnávání lidí s lehkým mentálním postižením. Pavel pracuje každý všední den zhruba čtyři hodiny. Práce ho baví a zvládá ji bez obtíží.

Při nástupu do služby přechodového bydlení zpracovala sociální pracovnice s Pavlem „Vstupní dotazník pro zájemce o službu“ a mapovali Pavlovy cíle, přání a potřeby. Krátce po nástupu do služby vyplnil Pavel s klíčovým pracovníkem oba formuláře „Analýzy dovedností“ (viz kapitola 6). Z dotazníku vycházelo, že Pavel potřeboval podporu v oblasti osobní hygieny, při výběru vhodného oblečení, udržování pořádku a třídění prádla před praním. Pavel se ne zcela dobře orientuje v Praze a stává se mu, že usne v metru nebo autobuse. Z těchto důvodů jsme se s Pavlem a jeho sestrou domluvili, že mimo středisko bude chodit vždy v doprovodu asistenta nebo jiného lépe se orientujícího klienta. Asistence je nutná i v případě základních finančních operací. Veškeré peníze by utratil za cigarety a cukrovinky. Pavel není schopen rozpoznat manipulaci a mohl by se stát obětí podvodu. Při příchodu do služby chráněného bydlení si Pavel nejvíce přál najít si práci a zabydlet se v přechodovém bydlení.

4.2 Shrnutí předchozí spolupráce

Účelem této kapitoly je shrnout Pavlův pobyt ve službě přechodového bydlení střediska Zvonek před začátkem naší spolupráce. Vzhledem k tomu, že Pavel navštěvoval středisko Zvonek už v minulosti v rámci respitní péče a nejednalo se tak o nikoho neznámého, nastoupil ihned do služby přechodové bydlení a ubytoval se ve dvoulůžkovém pokoji. Pavel se v přechodovém bydlení rychle adaptoval. Cíle individuálního plánování byly směřovány na nácvik péče o sebe sama, podporu samostatnosti a soběstačnosti. V plánech byla zdůrazňována údržba pořádku, praní a třídění prádla a často se objevoval cíl zautomatizovat hygienické návyky. Pavel je na požádání velmi ochotný, sám však nevyvíjí příliš aktivitu a je nutné mu vše připomínat. Je manuálně velmi zručný a často pomáhá s drobnými opravami a velmi rád se zapojuje do práce na zahradě.

Z důvodu astmatu si sestra nepřeje, aby Pavel příliš kouřil a má na její výslovné přání omezen denní příjem cigaret na dvě. Tento fakt špatně snáší, neboť kouření je jedna z jeho velkých radostí a využívá tak každé příležitosti, kdy je mimo prostor zařízení k tomu, aby se mohl věnovat své vášni. Sbírá nedopalky cigaret a schovává si je do krabičky. Nemá potíže

oslovit cizího člověka a požádat ho o cigaretu. Téma sbírání nedopalků cigaret se objevilo i v Pavlově zaměstnání. Po konzultaci mezi mnou a Pavlovou pracovní terapeutkou jsem kontaktoval Pavlovu sestru, vysvětlil jí situaci a domluvili jsme se, že Pavel bude mít ještě jednu krabičku cigaret v práci a budou mu přiděleny další dvě cigarety v průběhu směny, které vykouří o přestávkách.

Pokoj sdílel Pavel s dalším spolubydlícím. Zpočátku probíhalo soužití bez obtíží, ale po nějakém čase se začaly objevovat vzájemné neshody, které vyústily žádostí spolubydlícího o odstěhování. Nebylo jasné, čeho se neshody týkaly, oba aktéři o tom odmítali mluvit. Byla znát vzrůstající averze mezi oběma klienty. Žádosti o odstěhování bylo vyhověno, pracovníci přání spolubydlícího respektovali.

Pavel je homosexuál. V průběhu spolupráce se objevilo téma sexuálního obtěžování ostatních klientů v bydlení. Zdálo se, že u Pavla převažují pudy nad společenskými konvencemi. Pracovníci s Pavlem opakovaně komunikovali vzniklé situace. Byl upozorněn na to, že sexuální kontakt není vynutitelný a je otázkou dohody obou stran. Také bylo Pavlovi vysvětleno, že jeho chování může vést k odmítavým až agresivním reakcím od okolí. Pracovníci jeho potřebám rozuměli, ale snažili se Pavlovi zprostředkovat fakt, že naplňování jeho sexuálních potřeb touto formou není společensky přijatelné. Po těchto intervencích se četnost takového jednání snížila.

Dalším zásadním tématem, které bylo nutné s Pavlem řešit, byly krádeže potravin ostatním klientům. Pavel, pravděpodobně z důvodu hladu, často bral jídlo ze zásob ostatních. Po těchto událostech iniciovali ostatní klienti společné setkání, kde Pavlovi sdělili ostrý nesouhlas s jeho počínáním. Řada klientů mu řekla, že za těchto okolností by s ním nechtěli sdílet společné bydlení. Z této skupiny vznikla dohoda, ve které bylo dojednáno, že pokud bude Pavel něco chtít, musí o to požádat. Dohodu se Pavlovi daří plnit.

4.3 Zpracování dlouhodobého plánu

Dlouhodobý individuální plán uživatele jsme společně s Pavlem sestavovali v říjnu 2014. Prostřednictvím plánu jsem chtěl blíže zmapovat Pavlova přání, jeho potřeby a zájmy. Plán byl opět rozdělen na pět částí:

➤ *Co mám rád*

Pavel rád pije kávu a kouří. Mezi jeho zájmy patří sledování televize a hraní společenských her.

➤ *Co nemám rád*

V první řadě Pavel uvedl, že nemá rád špenát. Dále se mu nelíbí, když mu někdo něco vytýká, ale snaží se to pak udělat lépe.

➤ *Co v mém životě funguje*

Pavel obecně rád pracuje, baví ho zejména luxování, utírání prachu a práce na zahradě. Je rád, že našel pracovní uplatnění a může chodit uklízet ulice. Pavel jezdí rád za sestrou do Sušice, kde vyrůstal.

➤ *Co v mém životě nefunguje*

Rád by si udržel pracovní pozici v úklidové firmě. Pavel by chtěl mít dlouhodobý partnerský vztah s mužem.

➤ *Co je pro mne nyní důležité*

Pavel by si rád udržel práci, aby měl pravidelný příjem. Vydělané finance mu umožňují nákup cigaret a kávy. Je rád, že může být s kamarády v rámci střediska a užívat si legraci.

Dlouhodobý plán slouží na celý rok a vyhodnocovat ho budeme letos na podzim. Může sloužit jako podklad pro sestavování jednotlivých krátkodobějších cílů. Z plánu vycházelo, že pro Pavla je dlouhodobě důležité udržet si práci s pravidelným finančním příjmem a hledání dlouhodobého partnerského vztahu.

4.4 Zpracování krátkodobějších individuálních plánů zaměřených na člověka a jejich vyhodnocení

V průběhu naší půlroční spolupráce s Pavlem jsme společně dávali dohromady dva krátkodobější individuální plány zaměřené na člověka. Formulář plánu obsahuje tabulku se třemi krátkodobými a dvěma dlouhodobými cíli. Krátkodobé cíle představují často jednotlivé

kroky vedoucí k cílům dlouhodobým. Každému z cílů přísluší kolonka pro jeho vyhodnocení a návrh dalšího postupu. Blíže jsem plán popsal v kapitole číslo 6. První plán jsme sestavovali na období od října do prosince 2014, druhý plán na období od ledna do března 2015.

Práce nad plány byla s Pavlem poměrně komplikovaná. Bylo zjevné, že ho zpracovávání plánů nebavilo a neviděl smysl v této činnosti. Vnímal jsem, že Pavel je obecně pro individuální plánování velmi málo motivovaný. Při spolupráci s Pavlem je očividné, že zpracování plánů vnímá jako úkol daný zařízením, který plní pro upokojení pracovníka nikoliv pro sebe. Při formulování cílů velmi často používal věty typu „nevím.“ a „nic mě nenapadá.“. Při sestavování cílů jsem se snažil využívat Pavlovi zájmy a jeho aktuální potřeby. Stejně jako v případě Martina z první kasuistiky pomáhalo představovat cíle na konkrétních příkladech. I v případě Pavla se stávalo, že tyto případy chtěl hned zanášet do plánu jako vlastní cíle. Vnímal jsem rozpor mezi tím, co Pavel v plánu uváděl a tím, co by si přál. V plánu se také velmi často objevují nedostatky, které byly Pavlovi při pobytu v zařízení opakovaně vytykány.

4. 4. 1 Sestavení a vyhodnocení prvního individuálního plánu zaměřeného na člověka

První krátkodobý cíl: *Osobní hygiena*

Asistenti zaznamenali, že Pavel měl v oblasti hygieny značné rezervy. Pravidelně se nemyl, neholil a byl cítit. Tento fakt mu byl zdůrazňován i ostatními klienty zařízení. Pavel otázku hygieny neviděl jako prioritu, ale určitý tlak skupiny ho donutil provádět alespoň základní hygienické úkony.

Vyhodnocení: Zpočátku se Pavel snažil plnit stanovený cíl. Časem se vše vrátilo k obvyklému stavu, kdy Pavel začal hygienu opět zanedbávat.

Na čem ještě pracovat: Snažit se Pavla k pravidelnému dodržování hygieny motivovat. Takovou motivací by podle mne mohl být partnerský vztah.

Druhý krátkodobý cíl: *Udržování pořádku v pokoji*

Pavel byl v úklidu samostatný, ale jak jsem již zmiňoval výše, jeho tématem je hromadění věcí. Věci pak neměl kam dávat a ležely po celém pokoji. Pavel také často

zapomínal větrat a v pokoji měl zápach. Pavlově potřebě hromadit věci jsem rozuměl, bylo však třeba se s ním dohodnout na rozumné míře, aby pokoj zůstal obyvatelný. Pavel byl podporován k respektu vůči svému spolubydlícímu.

Vyhodnocení: Pavel se úklidu nevyhýbal a hromadění věcí se snažil udržovat v rozumné míře. Dodržování dohodnutých pravidel prospívala pravidelná kontrola.

Třetí krátkodobý cíl: *Nácvik třídění a praní prádla*

Pracovníci se snaží podporovat soběstačnost klientů a chtějí po nich, aby byli schopni si roztrždit a vyprat vlastní prádlo. Pro Pavla byla tato činnost poměrně složitá a potřeboval ji trénovat.

Vyhodnocení: Pavel zvládl manipulaci s automatickou pračkou, ale občas potřeboval asistenci při třídění prádla.

Na čem ještě pracovat: Trénink třídění prádla.

Dlouhodobý cíl: *Udržet si práci*

Tento cíl podle mne skutečně vycházel z Pavlových potřeb. Práce úklidového pracovníka ho baví a připadá si při ní užitečný. Další velmi podstatný faktor, který dělá tuto práci pro Pavla atraktivní, je snížený dohled. Může tak v práci kouřit nasbírané nedopalky, což mu středisko neumožňuje. Motivací pracovat je také finanční ohodnocení.

Vyhodnocení: Práci si Pavel udržel a od pracovní terapeutky dostával pozitivní hodnocení.

4. 4. 2 Druhý krátkodobější individuální plán zaměřený na člověka

První krátkodobý cíl: *Udržování pořádku v pokoji*

Tento cíl nadále přetrvával. Pavel je v úklidu schopný a snaživý, ale je třeba ho k této činnosti pobízet.

Vyhodnocení: Snaha Pavla motivovat, aby si udržoval pořádek v pokoji samostatně a nebylo třeba mu to připomínat. Udržování čistoty na pokojích vychází z pravidel našeho zařízení a

klienti jsou vedeni k tomu je dodržovat. Zároveň jsem vnímal, že sám Pavel takovou potřebu pořádku v pokoji neměl. Proto se cíl v jeho plánu objevoval opakovaně.

Na čem ještě pracovat: Na tomto cíli bude nutné pracovat delší dobu. Pavel vyžadoval v úklidu nadále podporu.

Druhý krátkodobý cíl: *Omezit sbírání nedopalků cigaret*

Pavel je vášnivý kuřák a k jeho zájmům patří sbírání nedopalků cigaret. Z pohledu pravidel zařízení bylo vnášení nedopalků cigaret do bydlení nepřijatelné a to hlavně z hlediska bezpečnosti. Z pohledu pracovníků byla reálná obava, že by Pavel kouřením nedopalků mohl způsobit požár. Nedopalky cigaret v Pavlově pokoji také způsobovaly zápach. Pavla jsme museli v tomto ohledu omezovat. Tento cíl se v individuálním plánu objevil pravděpodobně proto, že mu nošení nedopalků bylo opakovaně vytýkáno. Sám si uvědomuji, že sbírání nedopalků je jednou z mála Pavlových radostí. Vnímám tak určitý rozpor mezi vysloveným cílem a jeho vnitřním nastavením. S Pavlem jsme uzavřeli dohodu, že nedopalky bude kouřit pouze mimo zařízení. V jeho pokoji byl nainstalován požární hlásič a Pavlovi bylo vysvětleno, že spuštění hlásiče by pro něj znamenalo vážné důsledky, jedním z nich by mohlo být i ukončení pobytu ve středisku Zvonek.

Vyhodnocení: Po nainstalování požárního hlásiče Pavel omezil nošení nedopalků do pokoje. Nedopalky si schovával ve skřínce v práci a kouřil je venku.

Na čem ještě pracovat: Je dobré dohodu čas od času Pavlovi připomínat.

První dlouhodobý cíl: *Udržet si práci*

Tento cíl z pohledu Pavla přetrvával. Důvody zůstávaly stejné jako v předchozím období.

Vyhodnocení: Pavel byl v práci nadále spolehlivý a dostával na svůj výkon pozitivní zpětnou vazbu.

Druhý dlouhodobý cíl: *Dodržování pravidelné osobní hygieny a nácvik třídění prádla*

Pavel byl nadále veden a podporován k tomu, aby pravidelně dodržoval hygienické návyky. Pokračoval trénink třídění prádla před praním.

Vyhodnocení: Byla znát Pavlova snaha hygienu dodržovat, jen občas potřeboval některé úkony připomenout. Třídění prádla si v tomto období již osvojil.

Na čem ještě pracovat: Při dodržování hygieny byl stále nutný jistý dohled.

4.5 Závěrečná reflexe

Jak jsem již zmiňoval výše, spolupráce nad plánem nebyla s Pavlem jednoduchá. Nad cíli se mu nechtělo příliš přemýšlet a jejich formulování tak vyžadovalo určitý čas. Zaznamenal jsem, že některé cíle uvádí proto, že je podle něj chci slyšet. V cílech se objevovaly též situace, které mu byly pravidelně vytykány a to i přesto, že v nich dle z mého názoru sám neviděl problém. Takovým příkladem mohl být úklid pokoje. Jasný konflikt byl patrný v cíli omezení sbírání nedopalků a jejich vnášení do zařízení. Tato činnost dělala Pavlovi zjevnou radost, ale byla v rozporu s pravidly zařízení. Zajímavé je, že Pavel opakovaně vyjadřuje potřebu najít si stabilní partnerský vztah, ale ani v jednom z případů to nezanesl jako cíl do individuálního plánu.

Pavel je z mého pohledu hodně orientovaný na přítomnost a své aktuální potřeby. Z tohoto důvodu bylo velmi obtížné s ním plánovat budoucnost. Jeho motivací je naplnit své potřeby teď a tady. Řadu cílů neměl zvnitřněných, a proto se aktivně nepodílel na jejich dosahování.

V některých případech docházelo z Pavlovy strany k porušování pravidel zařízení a některé činnosti a úkony po něm pracovníci byli nuceni vyžadovat.

Pavla vnímám jako pracovitého, ochotného a společenského jedince. Je znát jeho výrazná motivace docházet do zaměstnání. S ostatními klienty přechodového bydlení má Pavel dobré vztahy. Tyto dobré vztahy ho částečně motivují při plnění některých cílů (např. dodržování osobní hygieny).

5. Závěr

Cílem empirické části bylo zachytit celý proces individuálního plánování a odhalit kritéria, podle kterých klienti volí cíle do individuálních plánů. Vyhodnocení společné práce se třemi klienty při sestavování individuálních plánů potvrdilo mé předpoklady. V případě první a třetí kasuistiky je patrné, že se klienti v některých případech snaží zvolenými cíli pracovníkovi zavděčit. Dobře patrné je to obzvláště ve chvíli, kdy svým zvoleným cílem dokonce popírají své zájmy a přání. Případem takového popření mohl být u Martina v dlouhodobém individuálním plánu na dotaz „Co v mém životě nefunguje?“ odpověď „dívání se na řidiče v metru a mávání jim“. Martin má přirozenou potřebu být pracovníky oceňován, a proto uvedl odpověď, kterou jsem si z jeho pohledu přál slyšet. Velmi dobře jsem si uvědomoval, že jízda metrem a mávání na řidiče metra dělá Martinovi velkou radost. Pavel na podobném principu formuloval krátkodobý cíl „omezit sbírání nedopalků cigaret“.

Potvrdil se i druhý předpoklad, kdy klienti zanašují do plánů cíle, které jim byly v průběhu služby často akcentovány. V plánech se velmi často opakovaly cíle typu: „dodržování pravidelné osobní hygieny“, „trénink třídění a praní prádla“ nebo „úklid pokoje“, které klienti pravděpodobně nebrali jako problematické či podstatné a neměli tak silnější motivaci na nich něco měnit. Pravděpodobně proto se tyto cíle objevovaly v plánech opakovaně. Pracovníky zařízení byli klienti za nenaplňování těchto činností často kritizováni či napomínáni a vnímali, že se od nich v těchto oblastech očekává změna. Z tohoto důvodu se tyto činnosti promítly do cílů v individuálních plánech.

6. Diskuze

Z empirické části je patrné, že se pracovníci zařízení občas dostávají do rozporu mezi pravidly zařízení či společenskými konvencemi a reálnými přáními a zájmy klienta. Já z pozice vedoucího služby neřídka cítím rozpor, neboť jsem garant dodržování pravidel zařízení a zároveň je mým úkolem hájit zájmy a přání klientů. Někdy se nemohu ubránit dojmu, že se v záplavě pravidel a konvencí ztrácí lidský faktor. V práci s klienty hrozí, že se náš přístup stane paternalistickým.

Do budoucna vidím riziko, abychom pro klienty nebyli více kontroloři, než partneři provázející je službou. Mojí ambicí do budoucna tak je, aby se lidský faktor do individuálních plánů častěji promítal prostřednictvím reálných přání a potřeb klientů. V budoucích plánech bych rád myslel na to, aby více cílů odpovídalo reálným přáním a potřebám klientů. Naším cílem by nemělo být společensky neadekvátní cíle klientů omezovat, ale spíše společně s nimi hledat nové strategie a řešení, jak tyto cíle přizpůsobit realitě. Dobrým příkladem by mohla být snaha přizpůsobit Martinův cíl „projíždět se metrem a mávat na řidiče“ tak, aby byl pro okolí přijatelný. Například vyjednat s dopravním podnikem pro Martina individuální projížďku. Mezi další preventivní opatření by dle mého názoru mohli patřit pravidelné týmové supervize, odborné stáže a vzdělávání pracovníků střediska.

Samozřejmě si uvědomuji, že závěry empirické části práce vychází z hodnocení spolupráce s jen malým počtem respondentů a jsou proto dosti subjektivní. Cílem bylo zachytit komplexní příběh klienta na pozadí individuálního plánování se zprostředkováním mé vlastní zkušenosti. Závěry jsou subjektivní i proto, že klienti byli voleni pouze z jednoho konkrétního zařízení-střediska Zvonek Diakonie ČCE. Pro obecnější závěry by byl nutné rozšířit výzkum i mimo prostory zařízení s využitím některé z metod kvantitativního výzkumu.

ZÁVĚR

Cílem diplomové práce na téma „Individuální plánování s lidmi s mentálním postižením v rámci chráněného bydlení Diakonie ČCE“ bylo seznámit čtenáře s teoretickými a praktickými poznatky z oblasti individuálního plánování s lidmi s mentálním postižením. Toto téma jsem volil proto, že s touto cílovou skupinou pracuji a je mi velmi blízká. V rámci své praxe se s problematikou individuálního plánování setkávám téměř denně a vnímám ji v našem zařízení jako velmi aktuální.

V teoretické části jsem se snažil podrobněji vymežit metodologii individuálního plánování s důrazem na specifika u cílové skupiny lidí s mentálním postižením. Praxe v našem zařízení ukázala, že forma individuálního plánování zaměřeného na člověka se při práci s lidmi s mentálním postižením jeví jako nejvhodnější.

Empirická část se prostřednictvím kasuistik zaměřuje na praktickou ukázkou procesu individuálního plánování v rámci služby přechodového bydlení. Cílem empirické části bylo odhalit některá kritéria, kterými se klienti řídí při volbě cílů do individuálních plánů. Z empirické části vzešla řada zajímavých podnětů pro další spolupráci s klienty v rámci přechodového a chráněného bydlení. Bližší seznámení s tématem individuálního plánování mi poskytlo mnoho nových podnětů k přemýšlení a otevřelo mi nové možnosti k profesnímu rozvoji a zlepšení kvality poskytovaných služeb v rámci přechodového a chráněného bydlení.

Práce nabízí i několik příloh, které ukazují konkrétní příklady nástrojů využívaných při individuálním plánování.

POUŽITÁ LITERATURA

ODBORNÉ PUBLIKACE

BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J. *Psychopedie*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-161-4.

BICKOVÁ, L., ČÁNSKÝ, P., FRANCOVÁ, H. *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2010. ISBN 978-80-904668-0-7.

BICKOVÁ, L., ČERNÁ, I., FROULÍKOVÁ, M. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. ISBN 978-80-904668-1-4.

BRÁZDIL, M., HADAČ, J., MARUŠIČ, P. a kol. *Farmakorezistentní epilepsie*. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-562-0.

HAUKE, M. *Pečovatelská služba a individuální plánování*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3849-9.

KAPLAN, R. M., SACCUZZO, D. P. *Psychological Testing: Principles, Applications, and Issues*. 7. vyd. Belmont (CA): Wadsworth Cengage Learning, 2009. ISBN 978-0-495-09555-2.

KOMÁREK, V., HRDLIČKA, M. *Dětský autismus. Přehled současných poznatků*. 2. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0686-6.

MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. a kol. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. 3. vyd. Přeložil Pavel Pavlovský a kol. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. ISBN 80-85121-11-5.

NEVŠÍMALOVÁ, S., RŮŽIČKA, E., TICHÝ, J. a kol. *Neurologie*. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-160-2.

PATRICK, N. J., *Rozvíjení sociálních dovedností lidí s poruchami autistického spektra. Tipy a strategie pro každodenní život.* Přeložila Miroslava Jelínková. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-867-8.

PETRÁČKOVÁ, V., KRAUS, J. *Akademický slovník cizích slov.* Praha: Academia, 1998. ISBN 80-200-0607-9.

PÖRTNER, M. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči.* Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-582-0.

RUISEL, I. *Základy psychologie inteligence.* Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-425-7.

SMÉKAL, V. *Pozvání do psychologie osobnosti.* Brno: Barrister and Principal, 2002. 2. vyd. ISBN 978-80-87029-62-6.

SVOBODA, M. *Psychologická diagnostika dospělých.* Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-706-0.

SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodignostika dětí a dospívajících.* Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-566-0.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace. Vzdělávání, výchova, sociální péče.* Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* 4. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie. Teoretické základy a metodika.* 2. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7184-666-X.

ZVOLSKÝ, P., FALTUS, F., HERMAN, E. a kol. *Speciální psychiatrie.* 2. vyd. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7254-562-0.

BRITISH COLUMBIA COLLEGE OF SOCIAL WORKERS. *Setting SMART Objectives.* Wisconsin: University of Wisconsin, 2013.

ODBORNÉ ČLÁNKY:

KATZ, G., LAZCANO-PONCE, E. Intellectual disability: definition, etiological factors, classification, diagnosis, treatment and prognosis. *Salud Publica Mex.* 2008, roč. 50, č. 2, s. 133.

INTERNETOVÉ ZDROJE:

ČESKO. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Sociální práce a sociální služby. *MPSV.cz* [online]. Praha: MPSV, ©2015 [cit. @ 2015-07-22]. Dostupné z: www.mpsv.cz/cs/18661

BLOSSOMS CARE SERVICES. *Role of the keyworker*. *Blossomssupportedliving.com* [online]. Kent: Blossoms Care Services, ©2014 [cit. 2015-07-22]. Dostupné z: www.blossomssupportedliving.com/Role_Of_The_Keyworke.html

PŘÍLOHY

Příloha číslo 1

Tabulka klasifikace inteligenčního kvocientu dle Wechslera (Wechsler in Kaplan a Saccuzzo, 2009, str. 249).

IQ	Klasifikace Inteligence
130 a výše	značně nadprůměrná
120 – 129	nadprůměrná
110 – 119	mírně nadprůměrná
90 – 109	průměrná
80 – 89	podprůměrná
70 – 79	hraniční inferiorita
69 a níže	slabomyslnost (mentální retardace)

Příloha číslo 2

INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ ZAMĚŘENÉ NA ČLOVĚKA

Jméno uživatele:

Klíčový pracovník:

Období:

1. krátkodobý cíl (stručný popis)	Vyhodnocení a budoucnost:
2. krátkodobý cíl (stručný popis)	Vyhodnocení a budoucnost:
3. krátkodobý cíl (stručný popis)	Vyhodnocení a budoucnost:
A. dlouhodobý cíl (stručný popis)	Vyhodnocení a budoucnost:
B. dlouhodobý cíl (stručný popis)	Vyhodnocení a budoucnost:

Pozn: Tento formulář vychází ze záznamů, které jsou v materiálech vypracovaných s uživatelem na základě IP zaměřeného na člověka. Do stručných popisů budou krátkodobé a dlouhodobé cíle stručně popsány, za ¼ roku budou vyhodnoceny v kolonce „vyhodnocení“ a v „budoucnosti“ budou navrženy případné možné změny v postupech v naplňování cílů.

K záznamům průběhu práce na cílech je využíván formulář „záznam o učení“, který je na druhé straně tohoto listu. V případě, že je „záznam o učení“ zcela zaplněn, použije se nový.

INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ ZAMĚŘENÉ NA ČLOVĚKA

Jméno uživatele:

Klíčový pracovník: PETR HANZL

Období: LEDEN - BŘEZEN 2015

<p>1. krátkodobý cíl (stručný popis) MARTIN SE ZEPTÁ V PRÁCI NEBO POPROŠÍ SP, ABY ZJISTILA, ZDA BUDE MOŽNÉ ZASE DOCHÁZET DO APLY</p>	<p>Vyhodnocení a budoucnost: MARTIN SE ZEPTAL, SMĚNY SE ZMĚNILY; MARTIN DOCHÁZÍ 2x TÝDNĚ DO APLY</p>
<p>2. krátkodobý cíl (stručný popis) PRANÍ A TRÍDĚNÍ PRÁDLA, NAUČIT SE PRÁT V NOVÉM TYPU PRAČKY</p>	<p>Vyhodnocení a budoucnost: MARTIN SE NAUČIL MANIPULOVAT S PRAČKOU, SEPSAL SI POSTUP; NUTNÁ PODPORA PŘI TRÍDĚNÍ PRÁDLA</p>
<p>3. krátkodobý cíl (stručný popis) UDRŽET SI PRÁCI, DOCHVILNOST, BUDU VYKONÁVAT PRÁCI NAPLNO</p>	<p>Vyhodnocení a budoucnost: MARTINOVA PRACOVNÍ KAŽEN SE ZLEPŠILA, JE DOCHVILNÝ, STÁLE SE OBČAS VYHÝRÁ PRÁCI</p>
<p>A. dlouhodobý cíl (stručný popis) MARTIN BY OPĚT RÁD NAVŠTĚVOVAL APLU</p>	<p>Vyhodnocení a budoucnost: VIZ 1. KRÁTKODOBÝ CÍL</p>
<p>B. dlouhodobý cíl (stručný popis) OSAMOSTATNIT SE; VRÁTIT SE ZPĚT DO VLASTNÍHO BYDLENÍ (VIKTORINOVAUL)</p>	<p>Vyhodnocení a budoucnost: MARTIN SE ZLEPŠIL V OBLASTI VÁŘENÍ (ČETNOST A SAMOSTATNOST), NICMÉNĚ JIDELNÍČEK JE STÁLE STEREOTYPNÍ; MARTIN PEČLIVĚ UKLÍZÍ</p>

MARTIN BY MĚL VÍCE UDRŽOVAT HYGIENU PŘI VÁŘENÍ

Pozn: Tento formulář vychází ze záznamů, které jsou v materiálech vypracovaných s uživatelem na základě IP zaměřeného na člověka. Do stručných popisů budou krátkodobé a dlouhodobé cíle stručně popsány, za ¼ roku budou vyhodnoceny v kolonce „vyhodnocení“ a v „budoucnosti“ budou navrženy případné možné změny v postupech v naplňování cílů.

K záznamům průběhu práce na cílech je využíván formulář „záznam o učení“, který je na druhé straně tohoto listu. V případě, že je „záznam o učení“ zcela zaplněn, použije se nový.

Bibliografické údaje:

Jméno a příjmení autora: Bc. Petr Hanzl

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

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

Název práce: Individuální plánování s lidmi s mentálním postižením v rámci chráněného bydlení ČCE DIAKONIE

Počet stran bez příloh: 94

Celkový počet stran příloh: 3

Počet titulů české literatury a pramenů: 21

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 4

Počet internetových pramenů: 2

Vedoucí práce: PhDr. Jaroslav Jirman

Rok dokončení práce: 2015

**Posudek vedoucího diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta: Petr Hanzl

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii
Název práce: Individuální plánování s lidmi s mentálním postižením v rámci chráněného bydlení ČCE DIAKONIE

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Jirman, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 94
Počet stránek příloh: 3
Počet titulů v seznamu literatury: 25

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Vyběr tématu

Závaznost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

0				
---	--	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešení problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části
v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Navaznost kapitol a subkapitol

1			
---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

1			
---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

1			
---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jaké jsou v organizaci poskytující sociální služby formální a neformální nástroje k udržení étosu být pro klienta a neuvázat v rutinně předpisů a kolonek.?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Práce Individuální plánování s lidmi s mentálním postižením v rámci chráněného bydlení ČCE DIAKONIE vychází z praxe a potřeb pracovníka vedoucího sociální služby. Zdánilivě si neklade velké cíle. Ve skutečnosti je ve své empirické části odbornou a zároveň tak potřebně lidskou, citlivou a každodenně aktuální reflexí vnitřního konfliktu sociálního pracovníka, který bere vážně potřeby svého klienta i pravidla instituce a společnosti, ve které službu poskytuje. Práce je významná a ceněná étosem, kterým je nesená – být pro klienta a neuvázat v rutinně předpisů a kolonek.

Student ve své práci prokázal, že dokáže odborně pojednat a reflektovat činnost (individuální plánování), která se jinak stává rutinní. Uplatňuje vědomosti, které získal během studia, ovládá odborný způsob vyjadřování, zvládá práci s informacemi, odbornými prameny a literaturou.

Doporučení k obhajobě: doporučuji!

Navrhovaná klasifikace: 1- vyborně

Datum, podpis: 9. 9. 2015

**Posudek vedoucího/oponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Bc. Petr Hanzl

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Individuální plánování s lidmi s mentálním postižením v rámci chráněného bydlení ČCE DIAKONIE

Vedoucí/oponent práce: Mgr. et Mgr. Michal Slaninka, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 94

Počet stránek příloh: 3

Počet titulů v seznamu literatury: 25+2

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x	x		
--	---	---	--	--

Oborová příslušnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

x				
---	--	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

x				
---	--	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

x				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznosť kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použiteľnosť výsledkov v praxi

		x		
--	--	---	--	--

Vhodnosť prezentácie záverov práce (publikácie, referáty, apod.)

			x	
--	--	--	---	--

Otázky a námety k diskusi pri obhajobe:

1. Autor popisuje v práci to, čo koncept individuálneho plánovania prináša. Má aj nejaké riziká a aké?
2. Autorovo ponímanie mentálnej retardácie sa javí ako obmedzenie. Prináša mentálna retardácia v celku existencie pozitíva?

Celkové hodnotenie práce (klady, nedostatky):

Autor predkladá popis konceptu individuálneho plánovania tak, ako je plánovaný a vykonávaný spoločne s ľuďmi s mentálnym postihnutím pracovníkmi ČCE Diakonie. Z praxe uvádza príklady, na ktorých demonštruje nielen koncept individuálneho plánovania, ale dáva nahliadnuť aj do spôsobu života a myslenia mentálne postihnutého človeka.

V určitých pasážach teoretickej časti nie je jasné, z akých zdrojov autor čerpá (napríklad pri popise porúch myslenia, reči, či teoretického priblíženia modelov individuálneho plánovania), čo znižuje kvalitu práce. Napriek tomu prácu vnímam ako obohacujúcu a odporúčam ju k obhajobe s výsledkom „veľmi dobre“.

Doporučení k obhajobe: doporučuji/nedoporučuji*

Navrhovaná klasifikácia: veľmi dobre

Datum, podpis: 22.8.2015


Mgr. et Mgr. Michal Slaninka, Ph.D.

*
nehodící se, škrtněte