

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Individuální plánování u lidí s mentálním a kombinovaným postižením

(jako součást profese pracovníků v přímé péči)

Eva Vildnerová

Bakalářská práce

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci
a aplikovanou psychoterapii, kombinovaná forma studia

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Iveta Jelínková

Praha 2019

Prague College of Psychosocial Studies

**Individual planning for people with mental and
multiple disabilities**

(as part of the direct care profession)

Eva Vildnerová

Bachelor Thesis

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Mgr. Iveta Jelínková

Praha 2019

Anotace:

Bakalářská práce se zabývá procesem Individuálního plánování u lidí s mentálním a kombinovaným postižením. Autorka bakalářské práce se zaměřuje na mentální a kombinované postižení, klasifikaci mentálního postižení a popsáním sociálních služeb, které mohou lidé s tímto znevýhodněním využívat. Stěžejní je i přístup pracovníků v přímé péči k této cílové skupině. V bakalářské práci je také podkapitola věnovaná syndromu vyhoření v pomáhajících profesích a podpůrný prostředek pro pracovníky, tedy supervize. Autorka práce se snaží u všech kapitol zaměřit na komunitní pobytové sociální služby pro lidi s mentálním postižením, které jsou novým trendem v poskytování sociálních služeb.

Výzkumná data byla získána pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Cílem výzkumu bylo zjistit, jak probíhá individuální plánování u lidí s mentálním postižením ve službě komunitní charakteru z pohledu pracovníků v přímé péči.

Klíčová slova:

Individuální plánování

Mentální a kombinované postižení

Legislativa

Pracovník přímé péče

Sociální služby

Komunitní sociální služba

Abstract:

The Bachelor thesis deals with an individual planning process for people with a mental or a combined disability. Author of the thesis focuses on this mental and combined disabilities, classification of mental disability, and a description of social services, which can be used by people with these disabilities.

The approach of the social workers is crucial for the direct care for the people of the target group. Further there is also a subchapter included, which is dedicated to the topic of burnout syndrom, appearing within helping professions, and its support solutions – supervisions. The author of this thesis aims to focus on community residential social services for people with mental disability which are now the cutting edge of social services.

The research data were gained via semi-structured dialogue. The goal of the research was to find out the views of workers in community social service on individual planning and which pros and cons of the individual planning they perceive.

Key words:

Individual Planning

Mental and combined disabilities

Legislation

Direct care worker

Social Services

Community social service

Prohlášení:

1. Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracoval samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze, dne 29. 7. 2019

Podpis:

Poděkování:

Děkuji vedoucí bakalářské práce, paní Mgr. Ivetě Jelínkové, za věnovaný čas, vstřícný a kolegiální přístup, vedení, věcné připomínky a rady, které mi poskytovala v průběhu psaní mé bakalářské práce.

Děkuji také všem participantkám za informace k individuálnímu plánování výzkumu a za možnost pořádit s nimi rozhovory pro výzkum.

Obsah

Úvod	1
1 Legislativní rámec	2
1.1 Zákon o sociálních službách	2
1.2 Standardy kvality sociálních služeb.....	2
1.3 Vyhláška 505/2006 Sb.	3
2 Individuální plánování.....	4
2.1 Historie individuálního plánování	4
2.2 Význam individuálního plánování.....	4
2.3 Význam individuálního plánování pro uživatele a pro poskytovatele.....	4
Význam individuálního plánování pro poskytovatele:	5
2.4 Metody práce	5
2.5 Vedení rozhovoru s uživatelem	6
2.6 Osobní cíle	7
2.7 Tvorba individuálního plánu.....	8
2.8 Individuální plánování v komunitní službě pro lidi s mentálním postižením.....	9
3 Mentální a kombinované postižení	11
3.1 Legislativní rámec.....	11
3.2 Mentální a kombinované postižení obecně.....	11
3.3 Klasifikace mentálního postižení.....	12
3.4 Příčiny mentálního postižení	14
3.5 Modely mentálního postižení.....	15
3.6 Dnešní přístup k lidem s mentálním postižením.....	17
3.7 Sociální služby pro lidi s mentálním postižením	18
3.8 Inkluze lidí s mentálním postižením.....	21

3.9	Komunitní sociální služby – podpora sociálního začlenění lidí s mentálním postižením	21
4	Pracovník v sociálních službách	22
4.1	Legislativa - vzdělávání pracovníka v sociálních službách	22
4.2	Výcvik pracovníka v sociálních službách ve specifických dovednostech.....	23
4.3	Náplň práce - pracovník v sociálních službách u lidí s mentálním postižením	24
4.4	Role klíčového pracovníka u lidí s mentálním postižením.....	25
4.5	Dva typy pomáhajících pracovníků v sociálních službách.....	25
4.6	Syndrom vyhoření u pracovníků v sociálních službách	26
4.7	Supervize pro pracovníky v sociálních službách	27
5	Praktická část - výzkum	28
5.1	Popis služby	28
5.2	Cíl výzkumu.....	30
5.3	Výzkumná otázka	30
5.4	Metodika výzkumu	31
5.5	Hodnocení sebraných dat.....	35
5.6	Zhodnocení výzkumu	42
	Diskuze.....	44
	Závěr.....	47

Úvod

Individuální plánování je velmi podstatnou součástí poskytování sociálních služeb. Nepochybně je kvalita individuálního plánování ta správná cesta k naplňování standardů kvality poskytovaných služeb, tedy standardu č. 5. Tvorba individuálního plánu by měla být pro každého pracovníka přímé péče brána jako hlavní vodítko pro plnění potřeb uživatele služby. Důležité je nebojovat proti tomuto procesu, otevřít se mu a přijmout individuální plánování jako jeden z prostředků zkvalitnění života jedince ve službě. Individuální plánování může mít mnoho podob a na službě je, jakou formu vybere pro svou cílovou skupinu. U plánování lidí s mentálním a kombinovaným postižením je na místě mít více variant. Písemná varianta doplněná obrázky, písemná varianta podle Easy to read a někdy je zapotřebí mít jen obrázkovou formu. V našich silách je, aby každý uživatel měl individuální plánování v takové formě, která je jeho jazyku přijatelná.

Motivací k napsání této bakalářské práce byly mé profesní zkušenosti, které bych chtěla ještě více prohloubit. S individuálním plánováním jsem se setkala jak z pozice pracovníka přímé péče, vedoucího cvičných bytů a nakonec jako metodik kvality služby.

Bakalářskou práci má dvě části. Na teoretickou a praktickou část. Teoretická část obsahuje 4 kapitoly. První kapitola se zabývá legislativním rámcem. Druhá kapitola se věnuje celému procesu individuálního plánování. Třetí kapitola vymezuje cílovou skupinu lidí s mentálním a kombinovaným postižením a přístup k lidem s tímto znevýhodněním. Čtvrtá kapitola se zabývá pracovníky přímé péče, jejich náplní práce, syndromu vyhoření a podpůrnému prostředí, tedy supervizi.

Praktická část vychází z uskutečněného výzkumu. Výzkum byl realizován kvalitativní metodou polostrukturovaného rozhovoru. Cílem výzkumu bylo zjistit, jak probíhá individuální plánování u lidí s mentálním postižením ve službě komunitní charakteru z pohledu pracovníků v přímé péči.

Výzkumu se zúčastnili pracovníci přímé péče domova pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením. Služba je po transformaci a její přístup je zaměřený na individuální potřeby uživatelů služby.

1 Legislativní rámec

Tato kapitola se zaměřuje na platnou legislativu, tedy na zákon č. 108/2006 Sb. a vyhlášku č. 505/2006 Sb.

1.1 Zákon o sociálních službách

Nový zákon, jak uvádí Matoušek (2007) o sociálních službách byl přijat až v květnu 2006 a byl vydán ve sbírce zákonů pod číslem 108/2006 Sb., i když práce na prvních návrzích nového systému sociální pomoci začaly již v roce 1994.

V zákoně o sociálních službách je uvedeno, že „rozsah a forma podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležité kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.“ (s. 1257)

„Sociální služby mají být individualizované, šité potřebám konkrétního jedince na míru.“ (Matoušek, 2007, s. 39)

1.2 Standardy kvality sociálních služeb

„Ve snaze o zlepšení úrovně sociálních služeb Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR v roce 2002 uveřejnilo klíčový metodický materiál Standardy kvality sociálních služeb, který by měl přispět k vytvoření systému kvalitních sociálních služeb. Předkládaný materiál vychází z koncepce naplňování základních lidských práv a svobod tak, jak jsou uvedeny v Deklaraci základních lidských práv a svobod a zakotveny v právních dokumentech České republiky“ (Švarcová, 2006, s. 166)

Švarcová (2006) uvádí, že standardy jsou pomůckou pro poskytovatele usilující o poskytování dobrých a účinných sociálních služeb, které respektují a podporují rovný přístup ke vzdělání, práci a k dalšímu občanskému a osobnímu uplatnění a jsou tak základním předpokladem plnohodnotného, důstojného a svobodného života jejich uživatelů.

Hauke (2011) doporučuje při tvorbě standardů se vždy ptát, zda se ve standardech najdou odpovědi na jednotlivá kritéria. Upozorňuje i na důležitost popsání vlastní praxe, případně vytvořená pravidla do praxe zavést tak, aby jim všichni zaměstnanci rozuměli a byli s nimi ztotožnění.

Watson (2002) uvádí, že kvalita je cílem činnosti organizace (poskytovatele) na všech jejích organizačních stupních. Ke kvalitě může také přispět snížení administrativní zátěže a větší demokratizace centrálních nařízení.

1.3 Vyhláška 505/2006 Sb.

Vyhláška vyjmenovává kritéria, podle kterých se hodnotí standard č. 5 Individuální plánování, v tomto znění:

- „a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.
- b) Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby.
- c) Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány její osobní cíle.
- d) Poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného zaměstnance.
- e) Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám.“ (s. 7043)

2 Individuální plánování

Tato kapitola se zabývá historií a významem individuálního plánování. Podkapitoly dále popisují, co vůbec znamená individuálního plánování pro uživatele a pro poskytovatele sociálních služeb, jaké metody práce se používají, co je osobní cíl a jak ho nastavit, tvorba individuálního plánu a v neposlední řadě individuální plánování v komunitní službě u lidí s mentálním postižením.

2.1 Historie individuálního plánování

Podle Matouška (2007) se první publikace se souslovím plánování zaměřené na člověka objevují na přelomu osmdesátých a devadesátých let 20. století. Někteří autoři o tomto plánování mluvily jako o individualizovaném plánování, jiní jako o plánování osobní budoucnosti.

2.2 Význam individuálního plánování

Dle Hauke (2011) je Individuální plánování jeden z nejvýznamnějších instrumentů zajištění kvality poskytovaných služeb.

„Individuální plánování je proces, ve kterém uživatel a poskytovatel hledají cíle, které bude uživatel ve spolupráci s poskytovatelem dosahovat – budou tedy hledat cíl společné práce. Tento cíl společné práce je popis toho, jak bude vypadat změna nepříznivé situace, v níž se uživatel nachází.“ (Hauke, 2011, s. 16)

Uzlová (2010) vysvětluje podobnými slovy, že individuální plánování umožňuje pochopit a pojmenovat cíle spolupráce a dále potřeby člověka, uživatele služby, a najít lepší možnou cestu k jejich naplnění.

2.3 Význam individuálního plánování pro uživatele a pro poskytovatele

Hauke (2011) uvádí několik významů pro uživatele:

- a) Uživatel vystupuje jako rovnocenný partner.
- b) Uživatel má možnost a právo se rozhodnout, zda jím oslovená služba mu pomáhá naplňovat jeho představy o potřebné pomoci.
- c) Znamená pro uživatele větší bezpečí – ví, na čem se domluvil s poskytovatelem, ví, jak služba bude probíhat a v jakém časovém rozmezí.
- d) Zná svá práva a povinnosti (poskytovatel je povinen je uživateli sdělit).
- e) Zvyšuje jeho kompetence v oblasti rozhodování a přijímání zodpovědnosti za volby ve svém životě – uživatel není tedy pasivním příjemcem sociální služby, ale je spoluodpovědný za dohodnutý průběh služby na základě dohodnutých osobních cílů.

Význam individuálního plánování pro poskytovatele:

Dle MPSV (2013) je individuální plánování důležitá společná činnost, která pomáhá klientům ujasnit si, co chtějí a potřebují, a pracovníkům sociální služby, co mají dělat.

Hauke (2011) říká, že celé individuální plánování je o způsobu vedení rozhovoru a respektu k jedinečnosti každé lidské bytosti. Vedení rozhovoru má svůj řád a svá pravidla, které musí pracovník dodržovat. V opačném případě jde o obyčejné sousedské povídání si bez cíle, které neřeší profesionální rovinu naší práce.

„Poskytovatelé často namítají, že na plánování nemají dostatek čas ani dostatek lidí. Je pravda, že individuální plánování určitý čas vyžaduje. Plánování je však součástí naší práce a poskytovatel je povinen svým zaměstnancům tento čas poskytnout.“ (Hauke, 2011, s. 19)

Organizace, které individuálně plánují, jsou podle Matouška (2007) vysoce flexibilní a musí upřednostnit klientovy potřeby (cíle, plány) nad potřeby celé služby.

Hauke (2011) popisuje tři cíle individuálního plánování:

- a) Poskytovat sociální službu v co největším zájmu uživatele.
- b) Přizpůsobit ji jeho specifickým podmínkám, požadavkům, možnostem a schopnostem, osobním cílům.
- c) Zapojit uživatele do procesu plánování i výkonu samotné služby.

2.4 Metody práce

Při práci s klientem podle Lacy (2016) hraje významnou úlohu v sociální práci jedinečnost, individualita klienta a zároveň i sociální pracovník musí vnášet do práce s klientem svou jedinečnost. Každá práce s klientem začíná vytvořením jejich společného vztahu.

Hauke (2011) uvádí 3 metody práce:

- 1) Analýza (rozběr) dokumentace – z dokumentace lze vyčíst potřebné údaje, srovnat stav původní s probíhající službou a nalézt změny, ke kterým dochází. Lze z ní vyčíst směr, kterým se bude vývoj uživatele ubírat, objevit rizika spojená s průběhem služby, případně s přáními a požadavky uživatele. Analýza dokumentace je nezbytná před každým plánovaným rozhovorem s uživatelem.
- 2) Pozorování – metoda pozorování spočívá v záměrném a plánovitém sledování, které je cílevědomě zaměřeno k dosažení určitého cíle. Patří mezi nejběžnější metody, pozorují se situace, osoby v soukromém či profesním životě. Je nutné si uvědomit, jak lze pozorování v profesionální praxi využít. Může být neuvědomělé, nebo záměrné,

kdy si pracovník všimá vybraných situací. Důležitost pozorování se ukazuje zejména v práci s uživatelem, který není zcela orientovaný, nekomunikuje běžným způsobem, nebo nekomunikuje vůbec. Aby pozorování mělo smysl, je nutné důležité závěry zaznamenávat.

- a) Rozhovor – rozhovor je způsob komunikace s jednou nebo více osobami. Rozhovorem získáváme informace o názorech, postojích, přáních a obavách, informace o vnitřním životě člověka. Komunikaci rozlišujeme na verbální a neverbální.
- b) Verbální komunikace – tj. řeč, má bezprostřední vazbu na myšlení.
- c) Neverbální komunikace – tj. projev, ke kterému se nepoužívá řeč. Jedná se o vyjádření emocí, postojů, názorů, a to výrazem v obličeji, pohyby rukou, celého těla atd. Mezi základní druhy patří: mimika (výraz obličeje), gotika (výrazové pohyby rukou, které doplňují, nebo i do jisté míry nahrazují slovní, řečový, mluvený projev), posturologie (postoje), kinetika (sdělování pohyby všech částí těla), optika (doteky), proxemika (sdělování prostorem).

2.5 Vedení rozhovoru s uživatelem

„Nejvíce informací vnímá člověk neverbálně (tedy mimo řeč), pouhých 10 % připadá na vnímání samotných slov. To znamená, že slova jsou jen malou součástí předávaných informací. Daleko větší význam má, jak pracovník mluví, jak se přitom tváří... Jestliže slova, tedy verbální komunikace jsou v rozporu s neverbální komunikací, nezíská pracovník důvěru uživatele.“ (Hauke, 2011, s. 86)

Hauke (2011) upozorňuje, že pokud pracovník neříká slova upřímně, uživatel to pozná. Proto by pracovník měl uživatele skutečně respektovat, chápat jeho jedinečnost a přistupovat k němu se vší upřímností a věřit své práci. Měl by také umět přiznat chybu, pokud se zmýlí. Podle Kopřivy (2013) musí být pro rozhovor vhodný prostor a důležité je i způsob sezení, který by měl být nejlépe v symetrické pozici. Uvádí, že pomáhající by měl být na rozhovor vyladěný, tedy měl mít v sobě uklizeno (potřeba se odpoutat od toho, co dělal doposud) a naladěný pro nadcházející rozhovor.

Hauke (2011) přináší několik zásad vedení rozhovoru:

- a) Pracovník se na rozhovor řádně připraví.
- b) Neopomine na počátku rozhovoru fázi „připojení“ neboli naladění se na stejnou notu s uživatelem.
- c) Během rozhovoru oslovuje uživatele jménem.
- d) Pokud je u rozhovoru s uživatelem přítomná například blízká osoba uživatele, pracovník nehovoří s touto osobou o uživateli ve třetí osobě.

- e) Pracovník aktivně naslouchá, to znamená, že dává najevo, že uživatele chápe, rozumí mu.
- f) Projevuje empatii (především aktivním nasloucháním, oceňováním a potvrzováním jeho obtížné situace).
- g) Dává uživateli dostatek prostoru pro vyjádření vlastních myšlenek.
- h) Pracovník posiluje v uživateli to, čeho se mu podařilo dosáhnout, co zvládnul a tím rozšiřuje jeho kompetence ke zvládnání dalších těžkostí uživateleova života.
- i) Neskáče uživateli do řeči.
- j) Mluví klidně a zřetelně.
- k) Během hovoru ověřuje, zda uživatel dohodnutým závěrům rozumí.
- l) Při rozhovoru udržuje oční kontakt s uživatelem.
- m) Před ukončením shrne závěry rozhovoru, nebo je nechá shrnout uživatele.
- n) Pokud je veden rozhovor s upovídáním uživatelem, je vhodné na začátku říct, že na rozhovor je vymezena např. 0,5 hod.
- o) Vést rozhovor a udržet strukturu hovoru je znakem profesionality pracovníka.

Dle Kopřivy (2013) je dobré po skončení rozhovoru s klientem nechat situaci v sobě doznít a nechat proběhnout krátkou zpětnou reflexi.

MPSV (2013) uvádí, že dlouhodobé a průběžné zjišťování toho, co je pro člověka z jeho pohledu důležité, co má rád a co jej motivuje, umožní předejít potížím vzniklým u některých lidí tím, že svá okamžitá přání často mění. Může to souviset s jejich aktuální náladou, zdravotním stavem, situací, počasím apod. Pracovník, který to může rozpoznat, často hovoří a zaznamenává důležité potřeby a zájmy uživatele služby.

2.6 Osobní cíle

„Osobní cíl je takový cíl uživatele, který je možné naplnit základními a fakultativními úkony poskytovatele a na kterém se dohodne spolu s poskytovatelem.“ (Hauke, 2011, s. 94)

Hauke (2011) uvádí, že osobní cíl je průnikem tří složek:

- a) Přání uživatele.
- b) Potřeby uživatele
- c) Možnosti poskytovatele

MPSV (2013) uvádí, že dobrý plán nemusí být dokonalý. Důležité je, aby pro člověka přinášel zlepšení nebo alespoň udržení kvality jeho života. Klíčovou fází plánování je formulování cílů. Cíle vyjadřují, jak má vypadat zlepšení a jak má vypadat žádoucí situace.

Podle MPSV (2013) by cíle měly být:

- a) Konkrétní - všichni by měli cíli rozumět stejně.
- b) Měřitelné - mělo by se dát poznat, že je cíle dosaženo.
- c) Dosažitelné - kroky k cíli by měly být uskutečnitelné a měly by vést k naplnění cíle.
- d) Relevantní - cíle by měly směřovat k sociálnímu začlenění člověka, což je účel poskytování sociální služby.
- e) Časově vymezené – mělo by být jasné, kdy má být cíle dosaženo.

Dle Uzlové (2010) jde o cíle spolupráce a společné hledání nejlepší možné cesty k jejich naplnění. Mluví o plánování konkrétních, dosažitelných cílů, které napomáhají k rozvoji samostatnosti i k lepšímu uplatnění v budoucím životě.

Hauke (2011) dále říká, že přání a potřeby uživatele musí odpovídat poslání organizace, cílovým skupinám a dalším vydefinovaným požadavkům, kterými se organizace vymezuje.

2.7 Tvorba individuálního plánu

Laca (2016) zmiňuje, že díky vytváření plánu za účasti a spolupráce klienta, mu otvíráme možnost aktivního podílení se na řešení svého problému. Dále uvádí, že klient by měl souhlasit se všemi částmi plánu.

MPSV (2013) uvádí, že je to proces procházející stejnými fázemi jako případová sociální studie, kdy nejprve spolu s člověkem, se kterým máme pracovat, odhalujeme, jaká je jeho situace, co by se mělo změnit a jak (jaké jsou jeho osobní cíle), na základě toho naplánujeme kroky vedoucí ke zlepšení situace (akční plán). Poté, co naplánované kroky realizujeme, vyhodnotíme průběh a to, čeho jsme dosáhli, a celý cyklus se může znovu opakovat.

Pro Hauke (2011) je vyvrcholením individuálního plánování samotná tvorba individuálního plánu.

Jak dále uvádí Hauke (2011) nikde není napsáno, jak má individuální plán vypadat. Dobrá praxe však ukazuje, jak významným prvkem v poskytování péče a podpory je důkladně vypracovaný individuální plán péče a podpory.

„Jeho tvorba přichází ke slovu poté, co sociální pracovník vedl jednání se zájemcem, uživatel má podepsanou smlouvu a je třeba se domluvit na dalších podrobnostech. Někteří poskytovatelé tvoří první individuální plán při jednání se zájemcem.“ (Hauke, 2011, s. 102)

Hauke (2011) nabízí i následující postup:

- a) Jednání se zájemcem.
- b) Smlouva o poskytování sociální služby.
- c) Tvorba individuálního plánu klíčovým pracovníkem.

Hauke (2011) uvádí, že poskytovatel má písemně stanovená pravidla pro to, jak má individuální plán vypadat. Tato pravidla obsahují:

- a) Kdo tvoří individuální plán včetně toho, jakým způsobem tým zasahuje do tvorby individuálního plánování.
- b) Jak se ostatní zaměstnanci, kteří se na péči podílejí, seznámí s novým individuálním plánem.
- c) Kde jsou individuální plány uloženy a kdo k nim má přístup.
- d) Obsah samotného individuálního plánu.
- e) Jak postupovat při změnách v individuálním plánu.

Matoušek (2007) zmiňuje, že plány mohou být krátkodobé, střednědobé i dlouhodobé (např. až na 10 let).

2.8 Individuální plánování v komunitní službě pro lidi s mentálním postižením

Jak uvádí MPSV (2013) změna stylu plánování se zaměřením na individuální potřeby, přání a cíle člověka, které se neomezují stávající nabídkou profesionálních služeb, vede k transformaci. Ukazuje totiž nároky na změnu v nabídce profesionálních služeb.

Dle MPSV (2013) se ukazuje, že dosavadní praxe deinstitucionalizace u nás i v zahraničí a výsledky z proběhlé podpory transformace sociálních služeb ukazují na potřebu rozvoje kompetencí pracovníků v oblasti individuálního plánování a souvisejících činnostech, např. v komunikaci s uživateli a jejich podpoře při rozhodování a projevování vlastní vůle.

MPSV (2013) dále uvádí, na jaké specifické potřeby lidí s mentálním postižením je nutné se zaměřit v individuálním plánu:

- a) Oblast komunikace.
- b) Oblast péče o sebe.
- c) Oblast péče o domácnost.
- d) Oblast bezpečí.
- e) Oblast vztahy.
- f) Oblast bydlení.
- g) Oblast finance a úřady.
- h) Oblast zdraví.
- i) Oblast osobní uplatnění a spokojený život.
- j) Oblast rizika a nepohoda.
- k) Oblast mobilita – orientace.

„Při individuálním plánování je nutné vycházet z potřeb člověka, nikoliv z nabídky služby. V praxi to znamená, že individuální plány uživatelů sociální služby nemohou být omezeny možnostmi služby poskytovatele. Při plánování naplňování potřeb konkrétních lidí a plánování podpory pro dosahování jejich osobních cílů je třeba spolupracovat s neformálním sociálním okolím člověka (rodinou a přáteli, blízkými osobami, spolužáky či zaměstnavateli lidí, se kterými a pro které se plány vytvářejí) a s dalšími veřejnými službami, jako jsou zdravotnictví, školství, služby zaměstnanosti apod.“ (MPSV, 2013, s. 70)

Jak uvádí Aviram (2002) sociální pracovníci také čelí při komunitním poskytování služby, tedy při individuálním plánování často dramatickým změnám psychického zdraví uživatelů. Z toho vyplývá, že se individuální plánování musí zohledňovat tyto změny.

3 Mentální a kombinované postižení

Tato kapitola se nejprve zabývá Úmluvou o právech osob se zdravotním znevýhodněním a vysvětlením mentálního a kombinovaného postižení. Podkapitoly budou navazovat popsáním klasifikací mentálního postižení, příčinami mentálního postižení, modely mentálního postižení, dnešním přístupem k lidem s mentálním postižením, inkluzí lidí s mentálním postižením, typy nabízených služeb pro tuto cílovou skupinu a nakonec začleněním lidí s mentálním postižením.

3.1 Legislativní rámec

Tomeš (2010) uvádí Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením z roku 2007, která je zatím poslední z řady úmluv o lidských právech přijatých na půdě OSN.

Tomeš (2010) zmiňuje základní principy:

- a) Respekt pro důstojnost, individuální autonomii včetně práva svobodného rozhodování o volbách a pro osobní nezávislost.
- b) Nediskriminace.
- c) Plná a účinná účast a včlenění do společnosti.
- d) Respekt pro rozdílnost a přijetí osob se zdravotním znevýhodněním jako součást lidské různorodosti a lidskosti.
- e) Stejně příležitosti.
- f) Dostupnost.
- g) Rovnost mezi muži a ženami.
- h) Respekt pro rozvíjející se kapacity dětí se zdravotním znevýhodněním a pro právo zdravotně znevýhodněných dětí zachovat si svou identitu.

Dle Valenty, Michalíka, Lečbycha a kol. (2012) vyvolává spojení práva a osob s mentálním postižením celou řadu asociací. Skutečností je, že právní řády moderních demokracií se snaží postihovat oblasti, v nichž by si osoby s mentálním postižením naznat újmu a to vzhledem ke snížené či odlišné rozumové vyspělosti.

3.2 Mentální a kombinované postižení obecně

Jak uvádí Švarcová (2006) za mentálně postižené se považují takoví jedinci, u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých

psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování. Hloubka a míra postižení je u každého individuálně odlišná.

„Příčinou mentální retardace je organické poškození mozku, které vzniká v důsledku strukturálního poškození mozkových buněk nebo abnormálního vývoje mozku“ (Švarcová, 2006, s. 28)

Valenta, Michalík, Lečbých a kol. (2012) uvádí, že mentální postižení je širší a zastřešující pojem zahrnující kromě mentální retardace i takové hraniční pásmo kognitivně-sociální disability, které znevýhodňuje klienta především při vzdělání na běžném typu škol a indikuje vyrovnávací či podpůrná opatření edukativního (popř. psychosociálního) charakteru.

Švarcová podle vývojového období, v němž k mentálnímu postižení dochází, rozlišuje:

- a) Oligofrenie – považuje se za opoždění duševního vývoje v období prenatalním, perinatálním, nebo časně postnatálním.
- b) Demence – chápe se jako důsledek poškození mozku různého druhu již v průběhu života jedince, zpravidla po dovršení druhého roku věku.

Švarcová (2006) uvádí, že mentální postižení není nemoc, je to trvalý stav, způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku.

Ve starších publikacích o mentálním postižení se dle Švarcové (2006) často setkáváme s názorem, že úroveň rozumových schopností, již si člověk přináší na svět, je po celý jeho život prakticky nezměnitelná. Ze současných zkušeností speciálního školství vyplývá, že v mnoha případech mentálního opoždění lze vhodným pedagogickým působením dosáhnout výrazného zlepšení.

Dále Švarcová (2006) říká, že současná psychologie mentální retardace vychází ze stále se rozvíjejícího poznání specifických zvláštností psychiky mentálně retardovaných, které sice více či méně závažně omezují jejich kognitivní procesy, ale nezřídka jim umožňují žít bohatým emocionálním životem, poměrně málo se lišícím od života nepostižených jedinců.

„Za mentálně postižené se nepovažují osoby, u nichž došlo k zaostávání vývoje rozumových schopností z jiných důvodů, než je poškození mozku, a jejichž psychické procesy probíhají normálním způsobem, to znamená děti výchovně zanedbané...tyto stavy připomínající mentální retardaci někteří autoři označují jako pseudooligofrenie“ (Švarcová, 2006, s. 29)

3.3 Klasifikace mentálního postižení

„Mentální retardace představuje snížení úrovně rozumových schopností v psychologii označovaných jako inteligence. Tento velmi často užívaný pojem však dosud nebyl uspokojivě definován a psychologové se již velmi dlouhou dobu pokoušejí o jeho přesnější vymezení“ (Švarcová, 2006, s. 31)

Švarcová (2006) uvádí, že mentální retardace představuje výrazně sníženou úroveň inteligence. Při její klasifikaci se v současné době užívá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která vstoupila v platnost od roku 1992.

Podle této klasifikace se mentální retardace dělí do šesti základních kategorií:

1) Lehká mentální retardace, IQ 50 – 69 (F70).

Dosažení schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě, nezávislost v osobní péči a v praktických domácích dovednostech. Hlavní potíže se projevují při teoretické práci ve škole, mnozí postižení mají specifické problémy se čtením a psaním. Většinu jedinců lze zaměstnat i prací, která vyžaduje spíše praktické schopnosti. Obecně jsou behaviorální, emocionální a sociální potíže lehce mentálně retardovaných a z toho plynoucí potřeby léčby. U osob s lehkou mentální retardací se mohou v individuální různé míře projevit i přidružené chorobné stavy, jako je autismus a další vývojové poruchy...Tato diagnóza zahrnuje slabomyslnost, lehkou mentální abnormalitu a lehkou oligofrenii.

2) Středně těžká mentální retardace, IQ 35 – 49 (F71).

Výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči, podobně je také opožděna a omezena schopnost starat se sám o sebe a zručnost. Pokroky ve škole jsou limitované, někteří žáci si osvojí základy čtení, psaní a počítání. V dospělosti jsou jedinci schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže jsou úkoly pečlivě strukturovány a je zajištěn odborný dohled. V dospělosti je zřídka možný úplně samostatný život. V této skupině jsou obvykle podstatné rozdíly v povaze schopností. Někteří jedinci dosahují vyšší úrovně v dovednostech senzorio-motorických než v úkolech závislých na verbálních schopnostech, zatímco jiní jsou značně neobratní, ale jsou schopni sociální interakce a komunikace. Často se vyskytují tělesná postižení a neurologická onemocnění, zejména epilepsie. Někdy je možno zjistit různá psychiatrická onemocnění, avšak vzhledem k omezené verbální schopnosti pacienta je diagnóza obtížná. Tato diagnóza zahrnuje středně těžkou mentální abnormalitu a středně těžkou oligofrenii.

3) Těžká mentální retardace, IQ 20 – 34 (F72).

Tato kategorie je v mnohém podobná středně těžké mentální retardaci, pokud jde o klinický obraz, přítomnost organické etiologie a přidružené stavy. Snížená úroveň schopností je však v této skupině mnohem výraznější. Většina jedinců trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými vadami. I když možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob jsou značně omezené, zkušenosti ukazují, že včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich samostatnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života. Tato diagnóza zahrnuje těžkou mentální abnormalitu a těžkou oligofrenii.

4) Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20 (F73).

Postižení jedinci jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům či instrukcím nebo jim vyhovět. Většina osob z této kategorie je imobilní nebo výrazně omezená v pohybu. Postižení bývají inkontinentní a v lepším případě jsou schopni pouze rudimentární neverbální komunikace. Mají nepatrnou či žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc a stálý dohled. Možnosti jejich výchovy a vzdělání jsou velmi omezené. Běžné jsou u jedinců těžké neurologické nebo jiné tělesné nedostatky postihující hybnost, epilepsie a poškození zrakového a sluchového vnímání. Obzvláště častý je atypický autismus. Tato diagnóza zahrnuje hlubokou mentální abnormalitu a hlubokou oligofrenii.

5) Jiná mentální retardace (F78).

Tato kategorie by měla být použita tehdy, když stanovení intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené sensorické nebo somatické poškození, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvících, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob.

6) Nespecifikovaná mentální retardace (F79).

Tato kategorie se užívá v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit pacienta do jedné z předešlých kategorií.

Valenta, Michalík, Lečbých a kol. (2012) uvádí, že stupně mentální retardace je určena na základě posouzení struktury inteligence a posouzení schopnosti adaptability (adaptačního chování), orientačně taktéž inteligentním kvocientem a mírou zvládnutí obvyklých sociálně-kulturních nároků na jedince.

3.4 Příčiny mentálního postižení

Jak uvádí Švarcová (2006) při narození mentálně postiženého dítěte se zájem rodičů zaměří často na otázku příčiny této skutečnosti a hledají viníka. Žádný viník ani prostá a snadno zjistitelná příčina však obvykle neexistují.

„Mentální opožďování může být způsobeno jak příčinami endogenními (vnitřními), tak příčinami exogenními (vnějšími). Vnitřní příčiny jsou zakódovány již v systémech pohlavních buněk...jsou to příčiny genetické. Vnější činitelé, kteří mohou způsobit mentální retardaci, působí od početí, v průběhu celé gravidity, porodu, poporodního období i v raném dětství.“ (Švarcová, 2006, s. 61)

3.5 Modely mentálního postižení

„Tak jako na každý fenomén lze na pojem „mentální postižení“ nahlížet z řady různých perspektiv. Jiným způsobem a zejména v jiných souvislostech jej budou chápat lékaři, kteří v něm mohou spatřovat diagnostickou kategorii spojenou s řadou limitů a dívat se na něj posudkovým okem, jinak jej budou chápat sociální pracovníci, kteří pracují v pobytových zařízeních, odlišný pohled nalezneme u pracovníků v oblasti integrace a inkluze...jiné vnímání tohoto fenoménu bezesporu nalezneme u rodičů osob s mentální retardací, zcela osobité a originální pohledy také najdeme u samotných osob, kterým byl tento pojem přiřčen ze strany druhých lidí, a tato skutečnost do značné míry ovlivnila chod jejich života.“ (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012, s. 34)

Valenta, Michalík, Lečbych a kol. (2012) uvádí několik modelů mentálního postižení:
Klasifikační, limitační, medicínský model

a) Medicínský model

Je v našem kulturním kontextu v současné době dominantní a jeho rozvoj u nás má taktéž dlouhou tradici. Pro tento model je klíčové, že vymezuje pojem mentální postižení jednotlivcem, u kterého jsou shledány nedostatky v oblasti rozvoje rozumových schopností a adaptační těžkosti. Institucionální zakotvení spočívá zejména v oblasti zdravotnictví. Z důvodu orientace na psychopatologii lze proto tento model označit jako limitační (popisuje limity, slabé stránky, to, v čem osoba selhává) a vzhledem k jeho snaze rozlišit míru závažnosti deficitu jej můžeme označovat také jako klasifikační.

b) Model ústavní sociální péče

Historicky se vznik tohoto uvažování spojuje s rozvojem nalezinců a špitálů, které dávaly lidem s postižením postupem času naději na důstojný život, než jaký by na ně čekal na ulici. Preferovalo se chráněné prostředí před prostředím konkurenčním a konfrontačním.

Institucionální zakotvení tohoto modelu spočívalo v ústavech sociální péče, dnes v rozličných formách domovů pro osoby s postižením, chráněných domovů, pracovišť. Mezi přednosti tohoto modelu bezesporu patří, že poskytuje péči lidem, kteří byli z nějakého důvodu vyloučeni mimo přirozenou vztahovou síť (rodina, komunita). Stává se důležitou záchytnou sítí pro osoby, jejichž primární rodina jim nedokáže vytvořit podmínky pro uspokojování svých potřeb, hlavně u osob se závažným postižením. Komplexnost péče však povzbuzuje závislost lidí s mentálním postižením na druhých lidech. Izolovanost zařízení také přispívá ke stigmatizaci, snižování sebedůvěry a může být spojena s dalšími negativními jevy.

c) Popisný model

Popisný model vznikl jako alternativa medicínského modelu mentální postižení. Tento model se snaží předcházet negativním jevům, které vyplývají z používání diagnóz k popisu člověka. Jedná se zejména o fenomén tzv. nálepkování, který je spojený se stigmatizací, budováním předsudků zjednodušeným vnímáním člověka. Popisný model není systematicky zachycen, ale můžeme jej sledovat jako zřetelný trend v různých definicích mentálního postižení, které si stanovují mnohá občanská sdružení či pracovní skupiny k vymezení cílové skupiny uživatelů svých sociálních služeb. Osoba s mentálním postižením by podle tohoto modelu mohla být popsána jako osoba, která vzhledem k většině lidí nižší schopnost učení a mohou pro ni být obtížné úkoly, jako jsou zacházení s penězi, čtení, psaní, vyjadřování se řečí nebo oblékání. Definice tohoto modelu nejsou jednotné, ale spojuje je snaha vidět na prvním místě člověka v kontextu běžného života a běžných činností.

d) Spirituální model

Tento model je založen na vnímání každé bytosti komplexně v její tělesné, psychické i duchovní dimenzi. Duchovní stránka na rozdíl od somatické a psychické nepodléhá nemocem a lidé jsou si v ní rovnocennými partnery. Pohled na jedince je tedy spíše transcendentální, snaží se v jeho existenci spatřovat určitý smysl. Janátová k tomu uvádí, že osoby s mentálním postižením vnášejí svou existencí do života osob bez postižení určitý parametr, který jinak u egocentrické společnosti chybí. Mohou okolí učit trpělivosti, schopnosti zvládat frustraci, odlišit pomáhat podstatné od nepodstatného, radovat se z maličkostí. Kromě komplexnosti a duchovní orientace jsou důležité praktické zásady v tomto modelu – zdůraznění rovnosti a partnerství, podpora vzájemného učení a vzájemného obohacování, důraz spíše na lidské možnosti než na omezení. Důležité je nesnažit se přizpůsobovat osoby s mentálním postižením našim představám, ale především se snažit jim porozumět, respektovat jejich vnímání světa a hledat prostor pro společnou, oboustranně přínosnou kooperaci.

e) Ekologický model

Podobně jako popisný model, odráží i tento model filosofii integračního hnutí a jeho snahou je především řešit praktické problémy, které s sebou integrace osob s mentálním postižením přináší. Primárním předpokladem je, že každý člověk má právo participovat na životě společností, ve kterém se narodil, a které je pro něj přirozené. Automaticky se tedy vylučuje segregace jedince s postižením do specializovaného zařízení. Umístění do specializovaného zařízení mimo běžnou komunitu je chápáno jako krajní řešení, pokud by inkluze jedince představovala nepřijatelné riziko pro něj nebo komunitu. Toto pojetí v současnosti dominantní v rámci Americké asociace pro intelektová a vývojová postižení. Mentální postižení zde není chápáno jako absolutní charakteristika vymezená jednotlivcem, ale jako interakce jedince s prostředím, ve kterém žije a s dalšími faktory. Tento model předpokládá, že o mentálním postižení nemůžeme hovořit, aniž bychom zároveň nehovořili o prostředí, ve kterém se daný člověk pohybuje.

„Musíme však upozornit, že i když je funkcí modelu pochopit pozorovanou skutečnost a poskytnout její výklad, jeho rizikem je vždy zjednodušení této skutečnosti. Chceme-li se však přiblížit podstatě určitého fenoménu, nelze se opírat o popis jednoho úhlu pohledu (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012, s. 34)

3.6 Dnešní přístup k lidem s mentálním postižením

„Představy „normálních“ lidí o mentálně postižených bývají opředeny mnoha nejasnostmi, záhadami, předsudky a často i neopodstatněnými obavami. Z toho vyplývá rozpačitý, někdy dokonce i nepřátelský postoj společnosti k lidem s mentálním postižením. Stále ještě se někteří lidé domnívají, že všichni postižení lidé by měli být „odklizeni“ do specializovaných zařízení, aby nebyli ostatním, kteří jsou dosud zdraví a „normální“, na očích.“ (Švarcová, 2006, s. 13)

Jak uvádí Švarcová (2006) s negativním postojem se dosud můžeme setkat dokonce i u některých lékařů a dalších zdravotních pracovníků, kteří rodičům dětí s mentálním postižením radí nebo doporučují, aby postižené dítě raději dali do ústavu, aby jim nekomplikovalo život. V těchto přístupech se projevuje nejenom zásadní nepochopení potřeb, ale hlavně nedostatečná diferenciací těchto lidí a potřeb.

MPSV (2013) uvádí, že Evropská unie a její členské státy jsou založeny na společenských hodnotách, uznávající lidskou důstojnost, svobodu, demokracii, rovnost, funkční právní soustavu respektující lidská práva.

Podle MPSV (2013) podpora lidem s mentálním postižením poskytovaná v komunitě vytváří lepší předpoklady právě pro uplatňování práv člověka, jejich ochranu a naplňování.

„Východiskem komunitních služeb je důsledný individuální přístup ke každému uživateli. Jejich účelem je poskytovat takové služby, které umožní udržet uživatele v běžném životě společnosti (nebo ho do něj začlenit). K tomu patří i rozvoj znalostí a dovedností uživatele, včetně podpory navazování a udržování vztahů a převzetí odpovědnosti za vlastní život a rozhodnutí.“ (MPSV, 2013, s. 16)

3.7 Sociální služby pro lidi s mentálním postižením

Matoušek a kol. (2007) uvádí definici a účel sociálních služeb. Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby proto zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství.

„Okruh možností v péči o lidi s mentálním postižením je v našich podmínkách stále poměrně omezený. V některých zemích v zahraničí se již v posledních dvou desetiletích rozvíjejí rozmanité alternativní formy péče, od péče organizované a zajišťované rozličnými státními organizacemi a agenturami, občanskými sdruženími a organizacemi zdravotně postižených nebo církevními a náboženskými sdruženími až po některé nové typy komunitní i zcela neformální péče“ (Švarcová, 2006, s. 172)

Podle Matouška a kol. (2007) je obecným problémem v ústavních zařízeních pro mentálně postižené to, že více postiženým lidem jsou leckdy poskytovány služby minimální, někdy jen na úrovni starosti o fyziologické potřeby, kdežto lidem méně postiženým jsou často poskytovány služby nadbytečné, brzdící jejich osobní rozvoj. Ústavní prostředí svádí k medicínskému přístupu, posiluje závislost klienta na ústavu a upřednostňuje potřebu personálu zvládat skupinu před respektem k osobním potřebám klienta.

Jak uvádí Švarcová (2006) nový zákon o sociálních službách 1008/2006 má tuto situaci změnit, neboť jednak zrovnoprávňuje různé státní i nestátní poskytovatele sociálních služeb a jednak upravuje základní druhy sociálních služeb. Jednotlivé druhy sociálních služeb jsou charakterizovány stanoveným okruhem základních činností, které musí být v daném druhu sociální služby zajištěny.

Valenta, Michalík, Lečbych a kol., (2012) uvádí formy poskytované pomoci, které mají splňovat následující charakteristiky:

- a) Dostupnost - z hlediska typu pomoci, územní dostupnosti, informační dostupnosti a v neposlední řadě také z hlediska ekonomického.

- b) Efektivita - uzpůsobena tak, aby vyhovovala potřebě člověka, nikoli potřebám systému.
- c) Kvalita - má být zajištěna způsobem a v rozsahu, který odpovídá současnému poznání a možnostem společnosti.
- d) Bezpečnost - nesmí omezovat oprávněná práva a zájmy lidí.
- e) Hospodárnost - systém má být nastaven tak, aby veřejné i osobní výdaje, používané na poskytnutí pomoci, v maximální možné míře pokrývaly rozsah potřeb.

Matoušek a kol. (2007) uvádí druhy sociálních služeb pro lidi s mentálním postižením:

- a) Domov pro osoby se zdravotním postižením
Pobytová služba pro lidi, kteří potřebují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Poskytuje základní činnosti vymezené zákonem o sociálních službách. Jedná se především o poskytování ubytování a stravy, o pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o sebe sama, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování oprávněných práv a zájmů.
- b) Chráněné bydlení
Služby zřízené mimo ústavní prostředí. Jde o pobytovou službu podle potřeby zajišťující vedle ubytování i stravování, pomoc v domácnosti a podporu v dalších činnostech uživatele včetně kontaktu se společenským prostředím.
- c) Denní a týdenní stacionáře
Vedle jiných služeb nabízejí zejména výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. Některé stacionáře zajišťují i dopravu do služby a zpět domů.
- d) Podpora samostatného bydlení
Poskytování služby spočívá v pomoci při zajištění chodu domácnosti a v pomoci při dalších aktivitách včetně zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.
- e) Centra denních služeb
Poskytování pomoci při hygieně, stravování, vedle toho výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti i také zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.
- f) Pečovatelská služba
Služba je uživatelům poskytována ve vlastních domácnostech. Jde o nejrozšířenější neústavní službu poskytovanou v České republice osobám se zdravotním postižením. Zřizovateli jsou obce a kraje. Obvykle poskytovanými službami jsou: koupel, pomoc při oblékání, při úkonech osobní hygieny, jednoduché ošetřovatelské úkony, donáška

oběda, donáška topiva, nákupy a pochůzky, topení v kamnech, práce spojené s udržováním domácnosti, příprava jídla, doprovod, praní prádla, velký úklid bytu, ošetření nohou, úprava vlasů, masáž, výjimečně je poskytován dohled nad dospělým občanem od 6:00 – 22:00 hodin a noční služba (na tyto dva náročnější úkony však pečovatelská služba nemívá dostatečnou kapacitu).

g) Odlehčovací služba

Odlehčovací služba neboli respitní péče spočívá buď v tom, že postižený člověk dostane v domácím prostředí k dispozici pečovatele a pečující osoby z rodiny tak mohou na nějakou dobu přestat pečovat nebo je člověk s postižením umístěn do pobytového zařízení, které přebere péči o něj kompletně. Tato služba umožňuje snížit pečovatelskou zátěž členům rodiny.

h) Osobní asistence

Služba, která je rozvinutá nestátními organizacemi. Vyškolený asistent pomáhá lidem s postižením při zvládnutí úkonů, které by uživatel dělal sám, kdyby mu v tom postižení nebránilo. U lidí s vážnějším mentálním postižením nelze předpokládat, že si klient bude schopen od asistenta objednat, co potřebuje. V těchto případech musí asistent převzít roli manažera péče, udržovat podpůrné vztahy klienta, případně mu zprostředkovávat další služby. Osobní asistence může být kombinovaná s jinou službou např. s podporovaným bydlením.

i) Sociálně terapeutické dílny

Podle zákona o sociálních službách jde o název služby, která se dříve označovala jako chráněné dílny. Služba je určena lidem, kteří se nemohou uplatnit na otevřeném trhu práce. Účelem je podpora pracovních návyků a rozvoj pracovních dovedností, kromě toho zahrnuje pomoc při osobní hygieně a stravování.

j) Podporované zaměstnání

Forma služby, kterou nová legislativa zahrnuje pod titul sociálně aktivizační služby. Spočívá v tom, že asistent spolu s uživatelem dochází na pracoviště, které není vybudováno speciálně pro potřeby lidí s mentálním postižením. Asistent na tomto pracovišti zajistí uživateli vhodné pracovní podmínky a přiměřené vedení. V době po nástupu pomáhá uživateli s pracovní činností, později pak jen s řešením náročných situací.

Švarcová (2006) uvádí, že důležitou roli ve zdokonalování péče o mentálně postižené vedle státních institucí zaujímá i zájmová sdružení, církevní organizace, občanské iniciativy a

některé nadace. Lze oprávněně předpokládat, že tento proces se bude dále rozvíjet a přispěje ke zdokonalení a obohacení péče o naše spoluobčany s mentálním postižením.

3.8 Inkluze lidí s mentálním postižením

„Integrace a inkluze jsou pojmy, které se začaly v našem slovníku ve větší míře prosazovat po roce 1989 v souvislosti s otevřením prostoru pro uplatňování lidských práv a se změnou v chápání a přístupu k postižení, k jinakosti.“ (Uzlová, 2010, s. 17)

Jak uvádí Uzlová (2010) pod pojmem inkluzivní prostředí si můžeme představit místo přátelské ke všem jedincům. Je to místo nabízející dostatek podnětů pro rozvoj, vzájemnou komunikaci a kooperaci. Je otevřené, tolerantní, respektující jinakost. Různorodost není překážkou, ale naopak zdrojem inspirace a vzájemného obohacení. Lidé se učí žít společně, ne vedle sebe, být vnímavý k potřebám druhých, pomáhat tam, kde je to zapotřebí.

MPSV (2013) uvádí kdy lze říci, že probíhá inkluze:

- a) Podpora je poskytována v běžném prostředí a v podmínkách, které umožňují jejich fungování v komunitě. Způsob poskytování služeb vychází ze zásad, které směřují k zajištění společenského začlenění uživatelů.
- b) Vývoj sociálních služeb pokračuje tak, aby rozvíjely začlenění uživatelů do běžného života společnosti a podporovaly jejich samostatnost a nezávislost.
- c) Je zajištěna místní a časová dostupnost služeb. O nabídce a dostupnosti jsou uživatelé náležitě informováni.
- d) Prostředky, které byly dříve určeny ústavním službám, jsou převedeny ve prospěch zajištění pomoci v komunitě.

3.9 Komunitní sociální služby – podpora sociálního začlenění lidí s mentálním postižením

Jak uvádí MPSV (2013) být sociálně začleněn znamená být součástí komunity, žít v běžných místech, kde žijí i ostatní lidé, mít možnost volby a kontroly nad vlastním životem, zastávat hodnotné a důstojné sociální role, mít možnost navazovat a rozvíjet smysluplné vztahy, učit se růst, získávat více vlastních kompetencí.

„K institucionalizaci dochází, když se souhrn pravidel instituce a očekávaných či akceptovatelných vzorců chování stává pro chod služby důležitější než orientace na individuální potřeby jednotlivců. Instituce pak vytváří na lidi přímo či nepřímou tlak, aby se jejich potřeby podřizovaly potřebám institucionálního řádu. (MPSV, 2013, s. 42)

MPSV (2013) uvádí kritéria pro komunitní sociální služby, které stanovují takové parametry umístění komunitních sociálních služeb v obci a jejich vnitřního uspořádání, které

nejdou překážkou sociálního začlenění uživatelů do komunity. Určují hranici, po jejímž překročení nelze sociální službu považovat za službu komunitní.

„Komunitní sociální služba se vyznačuje tím, že je poskytována důsledně individuálně podle potřeb, přání a aspirací každého z uživatelů a každým svým prvkem přispívá ke společenskému začlenění: pomáhá uživatelům žít v komunitě běžným způsobem života.“ (MPSV, 2013, s. 43)

4 Pracovník v sociálních službách

V této kapitole bude nejdříve popsán legislativní rámec pro výkon povolání pracovníka v sociálních službách. V podkapitolách je dle zákona popsána náplň práce pracovníka v sociálních službách, výcviky specifických dovedností pro pracovníky v sociálních službách, role klíčového pracovníka u lidí s mentálním postižením a dva typy pomáhajících pracovníků. Dále je popsán syndrom vyhoření u pracovníků v sociálních službách, a nakonec podpůrný prostředek supervize pro pomáhající profese.

4.1 Legislativa - vzdělávání pracovníka v sociálních službách

Jak uvádí Uzlová (2010) v současné době se vzdělávání pracovníků řídí zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Vyhláška jasně stanovuje požadavky na obsah a rozsah kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách. Instituce, které organizují kvalifikační kurzy, musí mít akreditaci MPSV.

Uzlová (2010) uvádí, že kvalifikační kurz se skládá z obecné a zvláštní části:

- 1) Obecná část
 - a) Úvod do problematiky kvality v sociálních službách, standardy kvality sociálních služeb.
 - b) Základy komunikace, rozvoj komunikačních dovedností, asertivita, metody alternativní komunikace.
 - c) Úvod do psychologie, psychopatologie, somatologie.
 - d) Základy ochrany zdraví.
 - e) Etika výkonu činnosti pracovníka v sociálních službách, lidská práva a důstojnost.
 - f) Základy prevence vzniku závislosti osob na sociální službě.
 - g) Sociálně-právní minimum.
 - h) Metody sociální práce.
- 2) Zvláštní část

- a) Základy péče o nemocné, základy hygieny, úvod do problematiky psychosociálních aspektů chronických infekčních onemocnění.
 - b) Aktivizační, vzdělávací a výchovné techniky, základy pedagogiky volného času.
 - c) Prevence týrání a zneužívání osob, kterým jsou poskytovány sociální služby.
 - d) Základy výuky péče o domácnost.
 - e) Odborná praxe.
 - f) Krizová intervence.
 - g) Úvod do problematiky zdravotního postižení.
 - h) Zvládání jednání osoby, již je poskytována sociální služba, které ohrožuje její zdraví a život nebo zdraví a život jiných fyzických osob, včetně pravidel šetrné sebeobrany.
- 3) Minimální rozsah kurzu je celkem 150 výukových hodin, přičemž zvláštní část kurzu činí minimálně 80 výukových hodin.
- 4) Počet výukových hodin jednotlivých tematických okruhů zvláštní části kurzu se stanoví s přihlédnutím k jejich pracovnímu zařazení a druhu sociální služby, kterou poskytují.

Další povinné vzdělávání pracovníka v sociálních službách:

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách uvádí, že zaměstnavatel je povinen zabezpečit pracovníkům v sociálních službách další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok, kterým si obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci. Další formy vzdělávání pracovníka v sociálních službách:

- a) „Specializační vzdělávání zajišťované vysokými školami a vyššími odbornými školami navazující na získanou odbornou způsobilost k výkonu povolání.
- b) Účast v akreditovaných kurzech.
- c) Odborné stáže v zařízeních sociálních služeb.
- d) Účast na školicích akcích.“ (s. 1285, 1286)

4.2 Výcvik pracovníka v sociálních službách ve specifických dovednostech

Kopřiva (2013) uvádí několik výcvikových programů pro pomáhající pracovníky:

- a) Focusing

V kursu focusingu se pracovníci učí cestu, jak sám sebe reflektovat, plně vnímat zážitek a dospět k jeho pojmenování. Pomáhající může mimo jiné zpracovávat právě zážitky s konkrétními klienty, kolegy a nadřízenými. Focusing není pro každého stravitelný, určitá část pomáhajících má nechuť až strach pobývat u svých nepříjemných prožitků.

b) Asertivita

V kursu asertivity nejde o nácvik sobectví a bezohlednosti, nýbrž o vyjadřování vlastních práv při respektování práv druhých, tedy vlastně o nácvik demokratického dialogu.

c) Systematický přístup

Tento přístup se nezabývá prožitky pomáhajícího, nýbrž jeho způsobem myšlení. Pracovníci se díky tomuto přístupu naučí uznávat vnitřní svět druhého člověka a naučí se uvažovat systémově. Osvojí si nesmírně cennou techniku kladení otázek, která umožňuje pomáhat lidem přicházet na vlastní řešení svých problémových situací. Hodí se u klientů, kteří jsou schopni sebereflexe.

d) Kombinované výcvikové programy

Někteří vzdělavatelé nabízejí programy, které kombinují nácvik základů několika technik (např. asertivity, empatického naslouchání, relaxace aj.) se zážitkovými prvky, přednáškami a supervizí. Účelem je zde poskytnout ucelený program, který by odpovídal na všechny hlavní problémy, jež pomáhajícího ve vztahu k jeho klientům potkávají.

4.3 Náplň práce - pracovník v sociálních službách u lidí s mentálním postižením

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách uvádí, že pracovník v sociálních službách je ten, kdo vykonává:

- a) „ přímou obslužnou péči o osoby v ambulancích nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporou soběstačnosti, posilování životní aktivity, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb.
- b) Základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevnování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti a provádění osobní asistence.
- c) Pečovatelskou činnost v domácnosti osoby spočívající ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péčí o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění

sociálních depistází pod vedením sociálního pracovníka, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti.

Podmínkou výkonu činnosti pracovníka v sociálních službách je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle tohoto zákon.“

(s. 1286, 1287)

4.4 Role klíčového pracovníka u lidí s mentálním postižením

Jak uvádí Hauke (2011) klíčový pracovník je pracovník v sociálních službách, je koordinátorem péče a podpory u přiděleného uživatele. Dále je to člověk, na kterého se může uživatel obrátit, zavolat mu, je to člověk, který uživateli rozumí, umí pro něho zprostředkovat pomoc, je jeho důvěrníkem.

„Cílem klíčového pracovníka je podpořit uživatele v jeho světě, v tom mu pomoci žít, nikoliv mu vnucovat svět těch druhých, jeho názory a myšlení. Klíčový pracovník je jakýmsi průvodcem uživatele na jeho cestě“ (Hauke, 2011, s. 78)

Hauke (2011) dále uvádí práva a povinnosti klíčového pracovníka:

- a) Tvoří a přehodnocuje individuální plán spolu s uživatelem a dalšími zúčastněnými osobami, a to dle pravidel stanovených poskytovatelem.
- b) Koordinuje a řídí plánování u přiděleného uživatele a vede rozhovory s ostatními osobami zapojenými do procesu plánování (např. ostatní zaměstnanci organizace).
- c) Klíčový pracovník zodpovídá za to, že údaje v plánování odpovídají skutečnosti.
- d) Klíčový pracovník seznamuje zaměstnance zapojené do individuálního plánování s individuálním plánem a celým procesem individuálního plánování.
- e) Má právo vyžádat si konzultaci s pracovníkem, který zodpovídá za metodické vedení klíčových pracovníků.
- f) Má právo a povinnost mít dostatek času na činnosti vyplývající z kompetencí klíčového pracovníka.

4.5 Dva typy pomáhajících pracovníků v sociálních službách

Jak uvádí Kopřiva (2013) nemusíme pochybovat o tom, že vztah k uživateli je v pomáhajících profesích podstatnou složkou povolání. Příslušné dovednosti se však ve školách většinou neučí.

„Pomáhající pracovník se však velmi často setkává s lidmi v nouzi, v závislém postavení, kteří zpravidla potřebují víc než pouhou slušnost:přijetí, spoluúčast, porozumění,

pocit, že pomáhajícímu pracovníkovi nejsou na obtíž, že pracovník je neodsuzuje“ (Kopřiva, 2013, s. 15)

Kopřiva (2013) popisuje dva typy pomáhajících pracovníků:

a) Neangažovaný pracovník

Pojímá svou práci jako výkon svěřených pravomocí bez osobního zájmu o klienta. Vztah ke klientovi může být i mnohem horší než neutrální. Právě v pomáhajících profesích se může snadno stát, že po onom slušném jednání, které předpokládáme a vyžadujeme, není u pomáhajícího profesionála ani stopy. Často jsou slýchané historky svědčící o aroganci, hrubosti a lhostejnosti pomáhajících pracovníků tváří v tvář naléhavým problémům klienta. Jen angažovaný pracovníci, mohou být nositeli změny nepsaných pravidel, která na jednotlivých pracovištích určují, co je únosné a co už nikoliv.

b) Angažovaný pracovník

Angažovaný pracovník se snaží každého klienta pochopit, zajímat se o něj, vcítit se do něj, přijímat ho, jaký je, držet mu palce – prostě ho mít rád, vidět v něm i ty dobré stránky, které většinou ostatní nevidí. Pomáhání pro pracovníka znamená činnost nepochybně smysluplnou a uspokojujivou, proto je s to angažovat člověka celého. U angažovaných pracovníků může nastat problém, který má dvě podoby: jednou je tendence přebírat kontrolu nad klientem a druhou je tendence obětovat se pro klienta na svůj vlastní úkor.

4.6 Syndrom vyhoření u pracovníků v sociálních službách

Jak uvádí Kopřiva (2013) pomáhající profese mohou energii dokonce i dávat, častěji ji však značně odebírají. Pracovníci jsou přetížení množstvím lidí, o něž se mají postarat, nemají pro svou práci dobré podmínky, vyčerpává je soucit, nejsou pro kontakt s klienty dobře vycvičení, takže se jim práce nemusí dost dařit.

„Je-li naše energetická bilance dlouhodobě záporná (nemáme-li zdroje radosti v životě a nejsme-li dobře zakotveni v těle), dostaneme se do stavu, pro který se ustálil termín syndrom vyhoření. K jeho hlavním projevům patří deprese, lhostejnost, cynismus, stažení se z kontaktu, ztráta sebedůvěry, časté nemoci a tělesné potíže.“ (Kopřiva, 2013, s. 101)

Kopřiva (2013) popisuje tři různé cesty, které k vyhoření vedou:

a) Ztráta ideálů

Ten kdo hoří, může vyhořet: na počátku cesty, která končí syndromem vyhoření, je nadšení. Na konci předcházející profesionální dráhy se člověk upřímně těší na nové zaměstnání. Ztotožní se s novými úkoly, s týmem kolegů, nevadí mu pracovat přes čas. Práce je zábavou, je smysluplná. Postupně však mohou narůstat potíže. Mnohé

z velkolepých cílů se oddalují, mnohé se ukážou jako nedosažitelné. Ztráta důvěry ve vlastní schopnosti jde ruku v ruce se ztrátou smysluplnosti práce, jen pokračuje velké zatížení, které pomáhá od negativních myšlenek. Avšak zatížení víc a více vyčerpává, až nakonec vede k vyhoření. Povolání ztratilo veškerý smysl.

b) Workaholismus

Závislost na práci je stejné povahy jako závislost na alkoholu. Je trochu překvapující, že takové chvályhodné činnosti, jakou je práce, může někdo propadnout, stejně zhoubně jako jiný opojné droze. Workaholismus neznamena jen to, že někdo hodně pracuje, ale jde o nutkavou vnitřní potřebu hodně pracovat. Je zapotřebí práci omezit a získat čas na jiné činnosti, které mohou znamenat naplnění.

c) Teror příležitostí

Tento obrat popisuje životní pocit mnoha lidí v postsocialistickém období. Některým aktivním lidem práce roste pod rukama ne proto, že by tak pomalu ubývala, ale protože s každým úkolem, který přijmou, se jim po čase objeví několik dalších, které představují lákavé příležitosti, jak na výchozí úkol navázat. Časem se však ukazuje, že dostávat závazkům ze všech rozpracovaných záležitostí spotřebovává veškerý čas a energii. Neschopnost slevit pak po čase dovede pracovníka také k syndromu vyhoření. Nejde zde o nutkavost workaholika, spíše o nedostatek řádu v životě, o horší kontakt s realitou a někdy též o neschopnost odmítnout.

4.7 Supervize pro pracovníky v sociálních službách

Jak uvádí Uzlová (2010) pod pojmem supervize rozumíme výuku, podporu, pomoc a zpětnou vazbu pod odborným dohledem. Je to organizovaná příležitost k sebereflexi. Nabízí příležitost podívat se na věci s odstupem, nehledat chyby u ostatních, dává možnost pustit se do hledání nových cest, odhalit poučení, získat podporu.

Kopřiva (2013) uvádí, že smyslem supervize je učení složitým psychoterapeutickým poznatkům a jejich aplikaci při jednání s klientem a při přemýšlení o něm.

„Supervize je rovněž jedním z důležitých prostředků předcházení syndromu vyhoření. V současné praxi se tato metoda běžně využívá především v sociálních službách.“ (Uzlová, 2010, s. 63)

5 Praktická část - výzkum

Předmětem práce je zjistit, jak probíhá individuální plánování u lidí s mentálním postižením ve službě komunitní charakteru z pohledu pracovníků v přímé péči, kteří mají na starost individuální plánování u uživatelů služby (klíčový asistenti). Jak bylo uvedené v teoretické části, individuální plánování je velmi podstatnou součástí poskytování sociálních služeb. Dále byl také zmíněn fakt, že přístup pracovníků k lidem s mentálním postižením je v komunitní službě orientovaný hlavně na individuální potřeby uživatelů služby.

V praktické části je jednak provedeno zjištění jak probíhá celý proces individuálního plánování v dané komunitní službě z pohledu pracovníků, ale je také uveden rozdíl mezi individuálním plánováním v předchozím ústavním modelu stejné služby. V praktické části je také uvedeno vnímání přínosu individuálního plánování u uživatelů služby z pohledu pracovníků, tedy klíčových pracovníků služby. Nakonec jsou zde klíčovými pracovníky popsána pozitiva a negativa individuálního plánování.

Jak uvádí MPSV (2013) účelem sociálních služeb je sociální začlenění lidí, kteří jsou ohroženi sociálním vyloučením či žijí mimo běžné životní podmínky (např. v ústavu). Pro naplnění zákonných podmínek je třeba považovat začlenění uživatele sociální služby za zásadní účel i cíl, musí se promítnout formulace poslání a cílů sociální služby a také do cílů formulovaných v individuálních plánech jednotlivých uživatelů služby.

Praktická část, výzkum, je provedena v domově pro osoby se zdravotním postižením. Stručný popis dané služby je uveden v následující podkapitole.

5.1 Popis služby

Domov pro osoby se zdravotním postižením je příspěvková organizace, která v roce 2016 prošla procesem Transformace sociálních služeb. Služba je nyní poskytována v nově postavených domech ve městě. Původní budova v lese je zcela opuštěna a nemůžou v ní být poskytovány žádné jiné sociální služby.

Domov pro osoby se zdravotním postižením je celoroční pobytová služba s 24 hodinovou podporou. Služba je zaměřena na zmocňování uživatelů pro samostatnější způsob běžného života podle individuálních potřeb, podporu kontaktů s rodinami a přáteli a podporu využívání veřejných zdrojů v běžné komunitě.

Činnosti, které sociální služba poskytuje, jsou: poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, péče o sebe, péče o zdraví, podpora při naplňování a udržování rodinných vztahů, péče o domácnost a vaření, podpora při nakupování a hospodaření s penězi, podpora v krizových situacích a při práci s riziky, podpora při orientaci ve svém bydlišti, podpora v každodenním rozhodování, podpora v trávení volného času.

Uživatelé služby v co možná největším rozsahu využívají zdroje z území, kde bydlí. Stejně jako všichni ostatní občané, tak i uživatelé služby (za pomoci asistentů), navštěvují obvodní lékaře v jejich ordinacích, nakupují v běžných obchodech a nákupních centrech a využívají možnosti veřejných služeb pro občany obcí jako je např. dovážka obědů, svoz komunálního odpadu, návštěva kulturních a společenských akcí, pošta, knihovna, autobusová doprava atd.

Cílová skupina:

Jak uvádí na webových stránkách poskytovatel služby (n. d.) za cílovou skupinu jsou považováni muži a ženy s mentálním a kombinovaným postižením ve věku od 26 let, kteří jsou v nepříznivé sociální situaci a vyžadují pravidelnou pomoc jiné osoby.

Maximální kapacita služby:

Podle webových stránek poskytovatele služby (n. d.) je kapacita služby 30 uživatelů.

Princip služby:

Jak uvádí na webových stránkách poskytovatel služby (n. d.) princip služby je život každého člověka, ať má jakýkoliv osud, má stejnou hodnotu.

Vize organizace:

Webové stránky poskytovatele služby (n. d.) uvádí vizi organizace spočívající ve změně přístupu společnosti k lidem s mentálním postižením směrem k rovnocennosti.

Poslání služby:

Podle webových stránek poskytovatele služby (n. d.) je poslání služby zplnomocnění lidí s mentálním postižením k tomu, aby žili život podle svých představ.

Cíle organizace:

Poskytovatel služby uvádí na svých webových stránkách (n. d.) tyto cíle organizace:

Člověk s mentálním postižením zná svou hodnotu.

Člověk s mentálním postižením využívá svoje schopnosti a dovednosti.

Člověk s mentálním postižením žije ve společnosti ve své komunitě.

Člověk s mentálním postižením je rovnocenným členem své komunity.

Člověk s mentálním postižením má partnerské a intimní vztahy.

Člověk s mentálním postižením využívá pouze cílenou podporu.

5.2 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit, jak probíhá individuální plánování u lidí s mentálním postižením ve službě komunitní charakteru z pohledu pracovníků v přímé péči, kteří mají na starost individuální plánování u uživatelů služby (ve službě se klíčový pracovník uvádí jako klíčový asistent). Tento cíl výzkumu jsme si zvolila proto, aby se ukázalo, zda komunitní služba odpovídá charakteristice MPSV. Tedy jestli je poskytována důsledně podle individuálních potřeb, přání uživatelů služby a každým svým prvkem přispívá ke společenskému začlenění.

Cílem výzkumu je také zjistit, jak pracovníci služby vnímají přínos individuálního plánování pro uživatele služby.

Posledním cílem výzkumu je vidět rozdíl mezi individuálním plánováním v komunitní službě a individuálním plánováním v ústavní službě z pohledů pracovníků služby. Tento rozdíl jde zmapovat díky tomu, že daná služba byla v pilotním projektu Transformace sociálních služeb a v roce 2016 byla organizace kompletně přestěhována do měst.

MPSV (2013) uvádí, že jestli mají nově zřizované služby skutečně přinést kvalitativní změnu do života uživatelů, je nutné plánovat podle potřeb a osobních preferencí uživatele, zjištěných v rámci individuálního plánování. Je nutné umožnit uživatelům, aby si sami s dopomocí asistenta určovali, jak bude probíhat jejich běžný den, a aby měli možnost zapojit se do všech každodenních činností, které jsou v naší společnosti obvyklé.

5.3 Výzkumná otázka

V rámci výzkumu byla definována hlavní výzkumná otázka zaměřená na individuální plánování v komunitní službě pro lidi s mentálním postižením a dvě doplňkové otázky, které se týkají přínosu individuálního plánování pro uživatele služby z pohledu pracovníků přímé péče a rozdílu individuálního plánování mezi ústavní a komunitní službou.

Hlavní výzkumná otázka:

1. Jak probíhá individuální plánování u lidí s mentálním postižením ve službě komunitního charakteru?

Doplňkové otázky:

2. Jak pracovníci služby vnímají přínos individuálního plánování pro uživatele služby?
3. Jaký je rozdíl v individuálním plánování v komunitní službě oproti službě ústavní?

5.4 Metodika výzkumu

Zjištění odpovědí na hlavní výzkumnou otázku vychází z polostrukturovaného rozhovoru. V rámci kvalitativního přístupu jsou pořizeny rozhovory s pracovníky přímé péče (klíčový asistenti). Participantky jsou v rámci výzkumu anonymizovány. Ve výzkumu by mohla být zpochybněna objektivita výzkumníka, který se osobně zná s klíčovými asistenty v dané službě. Ke zmírnění obav výzkumníkovi objektivity je zde nutné uvést argument, že pracovníci přímé péče jednají v souladu s posláním a cíli organizace. Rozhovor berou jako možnost ukázat na kvalitu jejich odvedené individuální práce s uživateli služby.

Metodika sběru dat a způsob hodnocení výzkumu

Sběr dat v rámci výzkumu je proveden kvalitativně. Výzkumník provedl osobní, individuální, polostrukturované rozhovory se čtyřmi klíčovými asistenty služby. Metoda polostrukturovaného rozhovoru byla zvolena proto, že umožňuje výzkumníkovi měnit pořadí otázek a použít následných otázek pro ověření, jak účastník výzkumu danou věc myslí, jak uvádí Miovský (2006). Pro fixaci rozhovorů byla pořízena audio nahrávka.

Popis sběru dat

Před provedením výzkumu byly zjištěny základní informace z veřejně dostupných zdrojů, zejména uvedených na webových stránkách organizace. Jednalo se zejména o základní informace o službě, tedy o cílové skupině, maximální kapacitě, vizích, principech, cílech a poslání dané služby.

Pro přípravu a realizaci výzkumu nebyl k dispozici standard č. 5 ani metodika k individuálnímu plánování. Výzkumník také nemohl nahlédnout přímo do individuálních plánů uživatelů či se účastnit setkání individuálního plánování.

Osnova rozhovorů obsahovala dílčí okruhy otázek zaměřené na důvody individuálního plánování, vypracování individuálního plánu, výběr a nastavení osobních cílů, průběh plnění osobních cílů, změny osobních cílů, zhodnocení osobních cílů/plánů, pohled pracovníků služby.

Sběr dat – osnova okruhu otázek pro klíčové asistenty

1. Důvody individuálního plánování

- a) Proč vaše služba individuálně plánuje?
- b) U kolika lidí se individuálně plánuje?

2. Vypracování individuálního plánu

- a) Podle čeho vypracováváte individuální plán?
- b) Máte někde popsané, jak individuální plán vypracovávat? Kde?
- c) Jak začíná celý proces individuálního plánování?
- d) Jak probíhají první týdny adaptace, na jaké potřeby uživatele se zaměřujete v individuálním plánování?
- e) Co se vyplňuje, kde se zaznamenává?
- f) Kdo vyplňuje? Pracovník, uživatel služby?

3. Výběr a nastavení osobních cílů

- a) Jak se nastavují individuální cíle? Podle čeho?
- b) Kolik může mít jeden uživatel individuálních cílů?
- c) Jak nastavujete individuální cíle u lidí s lehčím mentálním postižením a těžším mentálním postižením? Jsou tam nějaké rozdíly, a jaké?
- d) Co se udělá s cíli, které se teď neobjeví v individuálním plánu? Kdo rozhodne, že se zatím nebudou plánovat?
- e) Má možnost uživatel otevřeně vyjádřit svůj názor, co potřebuje?

4. Průběh plnění osobních cílů

- a) Jak probíhá naplňování individuálního cíle?
- b) Když se cíl naplní, jak se s tím dále pracuje?
- c) Když se nedaří individuální cíle naplnit, jak se na tom dále pracuje?

5. Změny osobních cílů

- a) Jak často se mění potřeby, přání uživatele služby?
- b) Může uživatel chtít změnit individuální cíl a jak?

6. Zhodnocení osobních cílů, plánů

- a) Kdo hodnotí individuální cíle?

- b) Jak hodnotíte individuální cíle a jak často?
- c) Kdo hodnotí individuální plán?
- d) Jak hodnotíte individuální plán a jak často?

7. Pohled pracovníků služby

- a) Jak vnímají uživatelé služby individuální plánování?
- b) Jaký vnímáte rozdíl mezi individuálním plánováním v ústavu a v komunitní službě?
- c) Předávání informací o uživatelích?
- d) Jak se vám daří naplňovat běžné potřeby uživatelů a do toho s nimi plnit individuální cíle?
- e) Jak se daří nastavovat individuální cíle u lidí, kteří jsou ve službě několik let? Je v tom nějaký rozdíl oproti novějším uživatelům služby? A jaký?
- f) Jak pracujete s uživateli, kteří nemluví? Kdo za ně rozhoduje nastavení jejich individuálních cílů?
- g) Kolik času můžete věnovat individuálnímu plánu a kdy?
- h) Jaká vnímáte pozitiva individuálního plánování?
- i) Jaká vnímáte negativa individuálního plánování?

Výběr vzorku

Služba má tři obytné domy, z nichž jeden obývají uživatelé s lehčím mentálním postižením a zbylé dva domy uživatelé s těžším mentálním postižením. Výzkumník vybral klíčové asistenty ze dvou obytných domů (1 dům - uživatelé s lehčím mentálním postižením, 2 dům – uživatelé s těžším mentálním postižením).

V prvním domě je osm klíčových asistentů a v druhém domě devět klíčových asistentů. S provedením výzkumu souhlasily čtyři klíčové asistenty, dvě z prvního domu a zbylé dvě z druhého domu. Všechny čtyři pracovnice byly ochotné poskytnout rozhovor a byly časově dostupné. Zbylé oslovené klíčové asistentky byly časově nedostupné (směnný provoz, dovolené) a nebyly zcela ochotné nebo projevíly menší obavy z toho, zda rozhovor zvládnou. Výzkumník se snažil zohlednit, aby měly pracovnice praxi i v dřívější ústavní budově té stejné služby.

Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl tvořen čtyřmi klíčovými asistentky služby.

Klíčová asistentka č. 1 je ve věku 45 let a má vystudovanou střední odbornou školu s maturitou, obor malířka skla. Před nástupem do práce v organizaci podstoupila rekvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách. Ve službě pracuje 3 roky. Nyní pracuje na pozici zástupce vedoucí domu a k tomu ještě vykonává roli klíčového asistenta. Nastoupila až po transformaci, tudíž už do komunitní služby.

Klíčová asistentka č. 2 je ve věku 60 let a má vystudovanou střední pedagogickou školu s maturitou, obor vychovatelství. Ze zákona je vzdělání pro přímou práci s uživateli služby asistent dostačující. Ve službě pracuje 21 let. Má praxi, jak v ústavním poskytování služeb, tak v komunitním přístupu k lidem s mentálním postižením.

Klíčová asistentka č. 3 je ve věku 54 let a je vyučena prodavačkou. Před nástupem do práce v organizaci podstoupila rekvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách. Ve službě pracuje 11 let. Nyní pracuje na pozici zástupce vedoucí domu a k tomu ještě vykonává roli klíčového asistenta. Má praxi, jak v ústavním poskytování služeb, tak v komunitním přístupu k lidem s mentálním postižením.

Klíčová asistentka č. 4 je ve věku 47 let a má vystudovanou střední odborná škola s maturitou, obor podnikání. Před nástupem do práce v organizaci podstoupila rekvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách. Ve službě pracuje 20 let. Má praxi, jak v ústavním poskytování služeb, tak v komunitním přístupu k lidem s mentálním postižením.

Průběh rozhovorů

Rozhovory byly pořízeny v červenci 2019. Rozhovor se třemi pracovníci byl pořízen v pracovnách asistentů na daném domě. S jednou pracovnící byl rozhovor pořízen v kavárně v jejím bydlišti a to z časových důvodů. Rozhovory trvaly nejdéle 30 minut.

Před začátkem rozhovoru byl každé participantce vysvětlen účel pořízení rozhovoru. Každá participantka byla seznámena s tím, že rozhovor bude zaznamenán na zvukové nahrávací zařízení. Byla také vysvětlena pravidla nakládání s nahrávkou, přepisem a údaji, které z rozhovoru vyplynou. Participantky před pořízením rozhovoru podepsaly informovaný souhlas (viz příloha č. 1), jehož součástí je i právo odvolat souhlas s pořízením rozhovoru v jeho průběhu či při jeho skončení.

Rozhovory byly nahrávány na mobilní telefon. Rozhovory byly vedeny podle připravené osnovy (okruhy otázek). V průběhu rozhovorů bylo potřebné se od osnovy odchýlit a reagovat na aktuální vývoj rozhovoru.

Přepisy rozhovorů jsou uvedeny v přílohách A – D, které nejsou určeny ke zveřejnění, a proto jsou zařazeny do samostatné části bakalářské práce.

Omezení výzkumu

Výzkum byl ovlivněn dvěma negativními faktory. První z nich vyplývá z pochopitelné snahy klíčových asistentek chránit soukromí a osobní údaje uživatelů služby. Nebylo tedy možné ani v rámci výzkumu nahlédnout do individuálních plánů uživatelů služby.

Druhé omezení vyplývá ze skutečnosti, že participantky výzkumník znal z dřívějších dob, kdy působil také v organizaci. Klíčové asistentky měly proto obavy, že říkají něco špatně nebo, že nepodávají kvalitní výkon při odpovědích. Výzkumník je před rozhovorem upozornil, že cokoliv řeknou je v pořádku.

Reflexe pře výzkumem – předporozumění

Předpokladem přípravy výzkumu byl fakt, že bude volný, otevřený, neomezený výběr participantek – klíčových asistentek pro rozhovor. Ve skutečnosti byly ochotné čtyři klíčové asistentky, které si na rozhovor udělaly čas. Způsob sběru dat byl očekávaný. Co bylo neočekávané, bylo to, že pracovnice byly nervózní a bály se toho, co odpovídají. Naopak se očekávalo, že klíčové asistentky budou velmi otevřené, sdílné a nebudou se cítit ohroženě. Z toho pramenila menší obava výzkumníka, že povídání s pracovnicemi neúměrně zvětší časový rámec rozhovoru. Výzkumník se tedy před provedením rozhovoru zamýšlel nad tím, jak vhodnými způsoby přejít opět k tématu. V praxi nastal, ale zcela opačný jev.

Další obava výzkumníka pramenila z představy, že klíčové asistentky neuvedou nic, co by mohlo poškodit jméno organizace či vyznít negativně. Výzkumník jim pře provedením rozhovoru vysvětlil, že poskytnuté rozhovory mají zejména učební charakter a není důvod se obávat, že by bylo cokoliv použito proti jejich osobě či jejich pracovní roli.

5.5 Hodnocení sebraných dat

Zjištění odpovědi na hlavní výzkumnou otázku a doplňkové otázky je provedeno z výpovědí klíčových asistentek.

Hlavní výzkumná otázka

Jak probíhá individuální plánování u lidí s mentálním postižením ve službě komunitního charakteru?

Rozhovory s klíčovými asistentkami

Proces individuálního plánování začíná přijetím nového uživatele do služby. Klíčová asistentka č. 1 uvedla: „Přijetím nového uživatele a pak vlastně poznáváním toho uživatele. Musíme ho nejdřív poznat, abychom věděli vlastně ehmm, jak odpověď nebo co má rád, co by chtěl, že vlastně musíme toho uživatele nejdřív poznat. To je úplně základ“ (příloha A tohoto textu, s. 2, §5). Klíčová asistentka č. 3 uvádí, že se musí hlavně zmapovat potřeby

nového uživatele „Tak rozhodně začíná mapováním toho uživatele. Mapuje se zhruba třeba měsíc, já nevím, různými technikami, že se mapuje celý den jeho. Zkoušíme, když třeba my jsme v domově, je učíme prát, žehlit, vařit, takže vlastně zkoušíme jejich dovednosti od začátku“ (příloha C tohoto textu, s. 25, §5).

V době adaptace nového uživatele se asistenti zaměřují na seznamování s uživateli, asistenty a prostředím jak uvádí klíčová asistentka č. 2 „Tak v prvních týdnech určitě se zaměřujeme na seznámení tady s domem, s uživateli. Seznámení s městem, kde vlastně, kam se třeba přestěhovali ty nový uživatelé a to je asi všechno“ (příloha B tohoto textu, s. 14, § 6). Klíčová asistentka č. 1 říká, že je potřeba se vzájemně seznámit a vědět jaké má ten člověk návyky „Pokud ten uživatel přijde úplně jako nový, tak vlastně spíš si s ním mluvíme s ním, abychom věděli ehmm, co má rád, co chce, co nechce a sledujeme ho samozřejmě, abychom věděli jaké má návyky, abychom věděli, co rád dělá nebo co je jeho takový rituály a spíš poznáváním, určitě první dny“ (příloha A tohoto textu, s. 2, §6).

Individuální plány uživatelů se ve službě vypracovávají pomocí standardu č. 5, vnitřních materiálů organizace (podpůrné materiály) a mapovacích formulářů, které jsou součástí individuálního plánu každého jednotlivce. „No je to napsaný vlastně v individu...ehmm standard číslo pět“ (příloha B tohoto textu, s. 14, §4). Klíčová asistentka č. 1 uvádí, jaké oblasti jsou přímo v těch mapovacích formulářích. „No individuální plán máme jakoby mapovací formuláře, ty máme jakoby vypracované a my doplňujeme ehmm na dané otázky, co v tom má být v tom in...v tom například v těch mapovacích formulářích, takže je to profil, zdraví, komunikace, péče o domácnost, péče o zdraví, úřady, finance. Prostě jako je to jakoby o tom člověku úplně všechno“ (příloha A tohoto textu, s. 1, §3). Klíčová asistentka č. 2 mluví hlavně o potřebách každého uživatele a i organizace. „Tak ehmm vypracováváme hlavně podle ehmm přání a potřeb klienta anebo někdy se vypracovávají taky podle potřeb organizace“ (příloha B tohoto textu, s. 13, §3).

Individuální cíle neboli osobní cíle uživatelů se nastavují podle potřeb uživatelů, přání, jak uvádí klíčová asistentka „Tak individuální cíle se nastavují podle potřeb a podle vlastně toho, co ten klient zvládne. Jestli je schopný jakoby se v něčem posunout dál. Jestli, když je klient věkově mladší, tak samozřejmě ehmm se může něco naučit, pokud je to klient, který je starší tak už je to spíš jen aktivizace, která prostě jenom, aby měl jakoby nějakou činnost ten klient. Takže když je to mladý člověk, tak vlastně se s ním nastaví cíl. Samozřejmě on to musí vědět, musí to, musí ho to jeho něco dát někam ho to posunout, musí to chtít a ten cíl se nastavuje s tím klientem. Klíčový asistent a klient nastavují cíle“ (příloha A tohoto textu, s. 4, §9). Klíčová asistentka č. 2 uvádí, že individuální cíle vychází hlavně ze schopností a možností uživatele. „Tak u individuálních cílů se vychází vlastně z možností, dovedností a

schopností toho uživatele a podle toho, někdy si uživatel řekne sám, někdy prostě musí služba navrhnout nějaký cíl, který se pak bude s tím uživatelem plnit a někdy uživatelé, který třeba nekomunikují, tak mají různé komunikační techniky s nima asistenti a buď se od nich něco jako dozví nebo prostě podle jejich vyjádření se pak ten cíl nějak vybere“ (příloha B tohoto textu, s. 15, §9). Klíčová asistentka č. 3 uvádí techniku monitoring, kterou sledují daného uživatele. Ták zase se nastavuje podle potřeb toho uživatele. „Je to daný tím monitoringem, zjistíme, co je potřeba, v čem se potřebuje zlepšit a čím potřebuje pomoci a podle toho my nastavujeme cíle“ (příloha C tohoto textu, s. 23, §3). Přesné vysvětlení monitoringu uvedla klíčová asistentka č. 4, která říká, že se tato technika používá hlavně u nekomunikujících uživatelů. „Monitoring je sledování člověka, který s námi nemůže komunikovat a záleží, jak se chová při různých situacích a z toho se... vyplývá další vlastně skutečnosti, jak člověk reaguje na určité podněty“ (příloha D tohoto textu, s. 32, §3).

Nastavování individuálních cílů u lidí s lehčím mentálním postižením a těžším mentálním postižením je podle slov klíčové asistentky č. 3 rozdílné. „No, když je to lehké mentální postižení, tam většinou hodně nám přispěje ten uživatel, co dokáže, co umí, co by potřeboval. Ale když je těžké mentální postižení tam většinou ten asistent nebo klíčový asistent s pomocí asistentů okolo zjišťuje jeho potřeby a v čem by jsme mu mohli pomoci a tam vlastně už to dělají asistenti za ně“ (příloha C tohoto textu, s. 26, §11).

Uživatel má možnost svobodně vyjádřit svůj názor, své potřeby. Z výpovědí klíčových asistentek je názor uživatele na prvním místě. Klíčová asistentka č. 1 k tomu říká „Tak to určitě. Vždycky se bere, jako nejdůležitější je uživatel a potom vlastně my jsme jenom ty nápomocníci k němu a tím se vlastně, on si může vyjádřit svůj názor. Může prostě si říct cokoli, jestli to chce nebo to nechce nebo jestli to budeme plnit teď nebo třeba za půl roku. Určitě jako na ten názor uživatele se dává“ (příloha A tohoto textu, s. 17, §13). Klíčová asistentka č. 2 uvádí „No rozhodně jo, jako každé jiné člověk pokud se umí vyjádřit, tak svůj názor si může říct“ (příloha B tohoto textu, s. 26, §13). Klíčová asistentka č. 4 výstižně zmiňuje „Ano. Vždycky. A na sto procent“ (příloha D tohoto textu, s. 35, §8).

Naplňování individuálního cíle probíhá ve vzájemné spolupráci se všemi pracovníky v domě. Nejdříve je předtím potřeba asistenty informovat o nastaveném cíli a jeho plnění, jak uvádí klíčová asistentka č. 1. „Naplňování individuálního cíle je, že klíčový asistent jakoby vytvoří nový cíl ehmm rozešle se na všechny domácnosti, aby všichni asistenti byly srozuměni s tím, a pak se to řekne znovu na ranních poradách a na týmové poradě a asistent má, klíčový asistent rozkopíruje do denního plánu nebo na nástěnku před ehmm před v pracovních asistentů seznam těch cílů a vlastně každý asistent pokud to je na asistenta pokud to nemá jen klíčový asistent ten cíl tak všichni na tom pracují. Buď je to v denním plánu

rozkopírované, aby věděli, že ten den se má to a to dělat, anebo teda když je to jednodušší nějaký třeba jednou měsíčně tak je to na nástěnce pokud to není jako nutné denně nebo obden dělat“ (příloha A tohoto textu, s. 6, §15). Klíčová asistentka č. 2 popisuje, že cíl se je rozkrokováný a plní se krok po kroku k dosažení cíle. „Tak individuální cíl je rozkrokováný na několik kroků, každý cíl to má jinak udělaný. Někerý má třeba tři kroky, některý pět a podle toho se postupuje. Někerý kroky třeba víme, že jsou i nesplnitelný, takže se dají přeskočit a napíšeme za uživatele, že ten krok nelze s ním provést, protože nějaký důvody jsou k tomu a pokračuje se v těch dalších krocích a těch kroků může bejt, říkám tři až po několik“ (příloha B tohoto textu, s. 17, §14). Klíčová asistentka č. 3 uvádí stejný postup. „Tak máme nějaký cíl, kterej vlastně rozkrokovujeme a plníme ho vlastně podle těch kroků. Když se splní první krok, ten uživatel to umí, někdy to je za měsíc, někdy ho plníme půl roku a když splníme krok, tak jdeme na další krok a postupně až splníme všechny kroky a vlastně ten uživatel, ten cíl dokáže splnit“ (příloha C tohoto textu, s. 27, §14).

Když se cíl splní, tak se s ním dále pracuje při běžné denní podpoře uživatelů, aby se na ten cíl nezapomnělo, jak říká klíčová asistentka č. 1. „Cíl se ukončí a založí se vlastně mezi ukončené cíle a překlopí se třeba, pokud je to cíl, který takový je, tak do denní podpory, do běžné denní podpory, že se na tom dál, aby to neskončilo tak se na tom dál pracuje, ale už je to vlastně v denní běžné podpoře“ (příloha A tohoto textu, s. 7, §16). Klíčová asistentka č. 1 ještě popisuje příklad cíle, který se nepřeklápí do běžné denní podpory „pokud je to cíl, že třeba ten uživatel si chce našetřit na něco a koupit si, tak ten cíl se prostě založí do složky uživatele jakoby splněných cílů“ (příloha A tohoto textu, s. 7, §16). Klíčová asistentka č. 3 odpovídá podobně s tím, že ještě zmiňuje proces pozorování. „Cíl, který je splněn se překlápí do denní podpory, pouze se nezapisuje už jenom do formulářů, ale je v denní podpoře a asistent vlastně jenom dohlíží, jestli opravdu mu to jde, jestli náhodou třeba nepolevil, ale je to v denní podpoře“ (příloha C tohoto textu, s. 27, §15).

Pokud se cíl nedaří naplňovat, splnit, tak podle praxe se ukončí či pozmění na jednodušší v podobném duchu, jak uvádí klíčové asistentky. Klíčová asistentka č. 1 říká „když se nedaří, tak je to úplně, nikdo klienty nenutí prostě, pokud se to nedaří tak se ten cíl ukončí s tím, že prostě se nesplnil, že nebyl jakoby ukončený, ale...a založí se. Není to něco, že bychom někoho nutili, aby za každou cenu splnil to co, protože to se může během průběhu cíle zjistit, že to prostě nejde“ (příloha A tohoto textu, s. 17, §7). Klíčová asistentka č. 4 uvádí, že „je to docela těžký. Hmm. Většinou se tento cíl ukončí a zkusí se později znova anebo se malinko pozmění, v podobném duchu“ (příloha D tohoto textu, s. 36, §11).

Uživatel, si může individuální cíl změnit, pokud chce a nastavit jiný. Podle slov klíčové asistentky č. 4 „kdykoliv nám vlastně oznámí, že toto dělat nechce, tak určitě to

můžeme ukončit na jeho přání a začít nový cíl, který sám třeba bude chtít splňovat nebo se bude chtít v něčem zdokonalit“ (příloha D tohoto textu, s. 36, §12). Klíčová asistentka č. 3 také uvádí, že cíl si uživatel může změnit společně se svým klíčovým asistentem. „No já si myslím, že si určitě může ho změnit, když bude chtít. No a jak, společně s asistentem. Když je komunikující, tak se dohodnou s asistentem, že to chtěl trošku jinak a všechno se předělá a může se změnit“ (příloha C tohoto textu, s. 28, §18).

Individuální cíle hodnotí klíčový asistent společně s uživatelem a poté se vyhodnocený cíl (popsaný ve formuláři) posílá metodikovi kvality, který dohlíží na správnou strukturu a způsob splnění individuálního cíle. Klíčová asistentka č. 1 uvádí, že „individuální cíle hodnotí klíčový asistent, ten to sepíše, jak to probíhalo. Úplně od prvního až do konce a pošle to metodikovi kvality a ten vlastně mu k tomu napíše, jestli je to v pořádku, jestli něco chybí nebo nechybí a takže společně s metodikem kvality klíčový asistent“ (příloha A tohoto textu, s. 8, §19). Klíčová asistentka č. 2 mluví i o týmu asistentů, který podle jejich slov přispívá k samotnému zhodnocení cíle. „Tak individuální cíle si hodnotí vlastně asistent, klíčový asistent a spolu, já nevím s týmem, kde se vyjádří jako každéj tady s týmu, kolektivu a pak klíčovej asistent si to zhodnotí vlastně podle těch zápisů, co se píše na ty kroky, tak si to pak zhodnotí u počítače, spolu s uživatelem samozřejmě“ (příloha B tohoto textu, s. 18, §19). Klíčové asistentky č. 3 a č. 4 uvádí také, že cíle hodnotí klíčový asistent s týmem a nakonec s metodikem kvality.

Čas, který můžou klíčové asistentky věnovat individuálnímu plánování nejen v přímé péči, ale i v psaní a vyplňování formulářů se odpověďmi u klíčových asistentek liší. Klíčová asistentka č. 1 uvádí, že „individuální plán, co se týče administrativy, tak dělám o noční službě a plnění podle prostě potřeby, jak jak, kdy je potřeba, ale snažím se o noční službě“ (příloha A tohoto textu, s. 11, §27). Klíčová asistentka č. 2 říká „tak určitě to záleží zase na chodu domácnosti, co ten den je. Jo, jestli jsou nějaký výjezdy, návštěvy lékařů, nákupy, tak bejvá vlastně zkrácený trošičku, ale když prostě některý dny se to nenahromadí, tak s těma uživatelema můžeme víc individuálně pracovat“ (příloha B tohoto textu, s. 22, §29). „Mám dvanácti hodinovou pracovní dobu, takže prostě v průběhu celého dne se snažím prostě pracovat na plno“ (příloha C tohoto textu, s. 31, §29) uvádí klíčová asistentka č. 3. Podle poslední klíčové asistentky, tedy s č. 4 je času přes den na zapisování a plnění individuálních plánů velmi málo.

Klíčová asistentka č. 1 vnímá pozitiva individuálního plánování hlavně u mladších lidí, kteří se mohou zdokonalovat, posouvat kupředu, aby svůj život měli plnohodnotný. „Zase to rozdělím mezi ty starší uživatele a mladší. Mladší určitě mají šanci se něco naučit, něco poznat, něco, aby je to doopravdy posunulo někam, někam kam třeba by chtěli a u těch

starších uživatelů je to o tom, aby ten život měli trošičku jakoby, aby neměli nudu a jakoby jenom pořád třeba nekoukali na televizi nebo třeba nějaký jenom, aby je to trošičku třeba něčím i malinko naplnilo“ (příloha A tohoto textu, s. 11, §28). Klíčová asistentka č. 3 vidí, že uživatelé mají díky novému prostředí (domy, města) více možností se naučit novým věcem. „No vidíme na uživatelích, že se hodně zlepšují, že vlastně z nich vytáhneme věci, který jsme nevěděli, že vůbec uměj, že dokážou spoustu věcí, který v ústavě třeba vůbec nedělali“ (příloha C tohoto textu, s. 31, §30). Klíčová asistentka č. 4 uvádí, že mají ve službě uživatelé možnost svobodného rozhodnutí, které by jinde ani nemuseli zažít. „No, myslím si, že to pro lidi s mentálním postižením je velkým přínosem, protože tohle by doma ani v ústavní péči nikdy nezažili, co zažívají tady. Svobodu rozhodnutí“ (příloha D tohoto textu, s. 39, §19). Asistentka uvedla přímo příklad, kde je vidět, jakou moc má rozhodnutí svobodné vůle. „Máme tady klienta, který žil do teďka s maminkou, ehm, tuším, že je mu kolem padesáti let, a maminka ho i do teď koupala. Takže tady se může sám vykoupat, rád na sebe stříká vodu. Je to člověk, který má downův syndrom, komunikuje s námi na velice vysoké úrovni, i vzhledem ke svým postižením a má radost z maličností, protože si je může udělat sám“ (příloha D tohoto textu, s. 39, §19).

Jako negativa individuálního plánování vnímá asistentka č. 1, že individuální cíle mohou někdy být spíše cíle klíčového asistenta. „No negativa. Negativa jsou, že to může občas sklouznout do toho, že individuální...máme třeba cíle, se udělaj podle toho, co chce asistent a ne uživatel. To je takový docela jakoby, že to může k tomu občas sklouznout, no“ (příloha A tohoto textu, s. 11, §29). Na otázku, zda se to dá rozpoznat, že je to cíl více klíčového asistenta než uživatele odpověděla „já si myslím, že se to pozná na tom, jak to probíhá, že prostě pokud ten uživatel to nechce dělat, tak to stejně dělat nebude, protože mi nikoho nedonutíme, že jo. Myslím si, že ty lidičky doopravdy vědí, co chtějí, takže nedonutíme nikoho dělat, co mi chceme. Může to tak třeba začít, ale ten uživatel prostě dělat nebude. Takže se to většinou jako neuskuteční, nedopadne to“ (příloha A tohoto textu, s. 12, §30). Klíčová asistentka č. 2 říká, „že některý uživatelé nechtějí. Nechtějí, jako mít nějaký režim dne, jako režim v tom slova smyslu, že že si musí něco plnit, nějaký cíle“ (příloha B tohoto textu, s. 22, §31). Naopak klíčová asistentka č. 3 nevidí žádná negativa. „Já nevidím nějaký negativa. I když se stane, že cíl se nesplní, já nevidím v tom nic negativního, tak se nastaví jinej a buď se k tomu vrátíme, nebo nevrátíme. Nevidím v tom problém žádný“ (příloha C tohoto textu, s. 31, §31). Klíčová asistentka č. 4 říká, že z jejího pohledu je to hlavně čas strávený na počítači a vymýšlením individuálních cílů u lidí, kteří mají těžší mentální postižení. „Snad jen ten čas strávený s počítačem a vymýšlení těchto věcí, protože někdy je to hodně náročný u lidí, který si nedokážou sami nastavit něco, co by chtěli jakoby

dokázat, docílit, dotáhnout do konce. A lidi s mentálním postižením bohužel to mají tak, že většinou nemají, že tohle chci a tak to bude. Takže ten čas, jakoby nad tímhle, je hrozně zdoluhavý a potom zbývá méně času na jiné aktivity a jiné práce“ (příloha D tohoto textu, s. 39, §20).

První doplňková otázka

Jak pracovníci služby vnímají přínos individuálního plánování pro uživatele služby?

Pohled klíčových asistentů, jak vnímají individuální plánování, se shoduje v tom, že někteří uživatelé to nebaví, je jim to jedno nebo není v jejich možnostech tomu porozumět. Na druhou stranu vidí, že i spousta uživatelů to baví, ptají se a mají radost, že cíl splní. Jde hlavně o uživatele, kteří mají lehčí mentální postižení.

Klíčová asistentka č. 1 uvádí, „že jim je to úplně jedno, že ten individuální plán je hodně, jakoby třeba mapovací formuláře jsou jakoby pro nás, pro asistenty. Když přijde někdo nový, aby o tom uživateli se dozvěděl to nejdůležitější. Mám pocit, že uživatelům to je úplně jedno. Mám pocit teda, že i cíle, že kdyby, že je spousta uživatelů, kdyby jakoby žádný cíle nebyli, že by jim to bylo jedno. Někdo ne, někdo je takový, že by se chtěl něco naučit, ale spousta uživatelů, který, prostě jim je to úplně jedno“ (příloha A tohoto textu, s. 9, §22).

Klíčová asistentka č. 2 říká „no tak určitě některý uživatele si myslej, že to je asi k ničemu ty cíle, ale některý uživatele zase jsou rádi, když mají třeba víc cílů a vědí, že je čeká tady to, támhle to, takže asi taky individuálně, záleží na klientech“ (příloha B tohoto textu, s. 19, §23).

Klíčová asistentka č. 3 uvádí, „co jsou schopný a spolupracují vlastně s klíčovým asistentem, tak některý se i doptávají, co ještě budou plnit nebo, jestli jim to jde nebo nastavují společně s klíčákem nový cíl a jsou uživatelé, který vo tomhle ani jako moc nevědí, spíš to jen všechno dělá asistent nebo celý tým“ (příloha C tohoto textu, s. 29, §23).

Velmi pozitivně to vidí klíčová asistentka č. 4, říká, „jsou to pro ně nové věci, které třeba v ústavní péči nebyly až tak jakoby na první pozici, ale tohle je pro ně u nás velmi důležitá součást života“ (příloha D tohoto textu, s. 37, §15).

Druhá doplňková otázka

Jaký je rozdíl v individuálním plánování v komunitní službě oproti službě ústavní?

První účastnice nevedla rozdíl v individuálním plánování mezi těmito dvěma přístupy poskytování sociální služby, protože začala pracovat až v komunitní službě. Zbylé klíčové asistentky mluvily nejdříve o individuálním plánování v průběhu transformace a zapomínaly,

jak se vlastně individuálně plánovalo v ústavě. Výzkumník tedy musel dávat doplňující otázky, aby zjistil, jak se dříve naplňoval standard č. 5.

Klíčová asistentka č. 2 nejdříve uvedla, jak se individuálně plánovalo před samotným přestěhováním celé služby. „Tak v ústavu, tam jako to individuální plánování se teprv začínalo, když jsem teda ještě pracovala v tom ústavu, takže se s tím začínalo a bylo to takový, takový cíle spíš k té transformaci, protože jsme se přestěhovali. Takže to byly cíle, já nevím třeba výjezdy do boru, jako seznamování s tady okolím. Tady už máme vlastně konkrétně, jako na kerýho uživatele prostě šitej cíl na míru“ (příloha B tohoto textu, s. 20, §24). Výzkumník podal ještě doplňující otázku ohledně individuálního plánování a rolí klíčových asistentů v ústavu z pohledu toho, že ještě žádná transformace neprobíhala. „No, jako klíčový asistenti byly, ale to bylo vlastně, měli víceméně na starosti jenom, jakoby pomocná ruka těm uživatelům, že já nevím třeba obstarat jim nákupy, že ty uživatelé ani, jako nejezdili s těma asistentama, že ty asistenti jim to všechno dováželi vlastně do toho ústavu. Oblečení, drogérii, prostě uživatelé se vůbec nezapojovali ze začátku“ (příloha B tohoto textu, s. 20, §24).

Klíčová asistentka č. 3 uvádí, „no tam to bylo tak, jestli si pamatuju, tak tam to bylo spíš takový jednoduchý hodně cíle, jsme vlastně s tím začínali. No ani si pořádně nevybavuju“ (příloha C tohoto textu, s. 29, §24). Asistentka ještě doplnila, že „to byl vlastně jenom cíl napsanej a my jsme jenom zapisovali, jestli se uživatel zlepšil nebo, jestli mu to jde. Nebylo nic rozkrokováno. Myslím si, že jsme tam měli napsaný, jenom cíl prostě. Jo a jednou za čas se napsalo, jestli se to daří plnit nebo ne. Ale teďka v té nové službě fakt to máme ten cíl rozkrokovanej a každý dva měsíce se k tomu vracíme, hodnotíme ho a tak“ (příloha C tohoto textu, s. 29, §24). V poslední odpovědi uvedla, že individuálně se nepracovalo spíše společně a až po přestěhování do komunitní služby je to hlavně o jednom uživateli.

Klíčová asistentka č. 4 říká, že rozdíl je „určitě v tom rozhodování, protože tam většinou v té ústavní službě se jim cíle víceméně nastavovali. Tady si dokáží ty lidi jakoby určit sami a mají možnost i toho výběru“ (příloha D tohoto textu, s. 38, §16).

5.6 Zhodnocení výzkumu

Proces individuálního plánování ve službě komunitního charakteru začíná přijetím nového člověka do služby. Mapování nového uživatele (pozorování, komunikace s ním), podle slov klíčové asistentky trvá měsíc. Poté se začnou vyplňovat mapovací formuláře a nastavovat individuální cíle podle zjištěných potřeb. U nekomunikujících jedinců se cíle nastavují v týmu s klíčovým asistentem a s metodikem kvality z toho důvodu, aby nebyly nastavené nahodilé individuální cíle. U starších uživatelů jsou cíle spíše aktivizační nebo mají udržovací charakter schopností a dovedností, které daný uživatel zvládne.

Průběh plnění se odvíjí od nastavených individuálních cílů. Některé jsou krátkodobé a některé dlouhodobé. Opět záleží individuálně na tom, co chce uživatel za cíle a jak na nich společně s asistenty pracuje. Podle asistentek samozřejmě záleží na jejich schopnostech a dovednostech.

Hodnocení cílů probíhá s klíčovým asistentem a poté se v dokumentové podobě posílá metodikovi kvality ke schválení. Cíle se hodnotí podle potřeby. Buď jsou splněné, nebo se nepodařily naplnit či se přerušily, jak uvádí klíčové asistentky. Když se cíl splní, překlopí se do běžné denní podpory a jen se sleduje, zda uživatel ho odvádí ve stejné kvalitě, jako předtím.

Uživatelé služby mají možnost vyjádřit otevřeně svůj názor, dle slov asistentky jsou vždy na prvním místě.

Přínos individuálních cílů pro uživatele služby vnímají klíčové asistenti hlavně v tom, že uživatelé vědí, co je čeká a, že se něčemu novému naučí. Klíčové asistentky vidí, že některým uživatelům je to jedno, jestli mají nějaké cíle nebo je to nebaví či není v jejich možnostech tomu porozumět. Naopak jiné uživatele to baví a mají radost z každé maličkosti, která se jim povede.

Rozdíl v individuálním plánování v ústavu a v komunitní službě je hlavně v přístupu, který byl dříve zaměřen na skupinu než, jak je tomu dnes na jednotlivce. Dle slov klíčové asistentky byli uživatelé hlavně v ústavu ani nevycházeli mimo areál, vše jim bylo dováženo. Cíle byli jednodušší, bez kroků a občas se zhodnotilo, jak se je daří plnit. Nové individuální plánování, které obsahovalo mapovací formuláře a individuální cíle bylo nastaveno před transformací služby. V současné době je individuální plánování ve stejném duchu a je snaha o jeho zjednodušení v papírové podobě.

Individuální plánování ve službě komunitního charakteru je hlavně individualizované, zaměřené na potřeby uživatelů a jejich svobodné rozhodnutí, zda ten cíl chtějí či ne. Oproti ústavu, kde se podpora uživatelů zaměřovala na jednoduché společné cíle.

Diskuze

Vazba teoretické části na výzkum

V teoretické části práce je popsáno individuální plánování podle zákona 108/2006 Sb. a podle vyhlášky 505/2006 Sb. V zákoně je jasně dané, že pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob a vyhláška vyjmenovává kritéria podle, kterých se hodnotí standard č. 5 Individuální plánování. Část textu je věnován i standardům kvality sociálních služeb, které jsou klíčovým vodítkem pro poskytování sociálních služeb, které mají přispět ke zlepšení úrovně sociálních služeb.

Dále je teorie zaměřena na celý proces individuálního plánování od významu individuálního plánování až po tvorbu samotného individuálního plánu. Individuální plánování ve službě komunitního charakteru je hlavně ve změně stylu plánování se zaměřením na individuální potřeby, přání a cíle člověka, nikoliv na potřeby organizace.

Teoretická část se zabývá přístupem komunitních služeb k lidem s mentálním postižením, který má být důsledný na individuální pomoc či podporu. Účelem je poskytovat takové služby, které zajistí uživatele udržet v běžném životě společnosti včetně navazování vztahů v komunitě a udržování vztahů s rodinnými příslušníky.

Vzdělávání pracovníků v sociálních službách se řídí zákonem 108/2006 Sb. a vyhláškou 505/2006 Sb. Klíčový pracovník je role, s kterou se pojí individuální plánování. Jeho cílem je podpořit uživatele služby v jeho potřebách, přáních, cílech a být mu průvodcem v jeho životě. Povinnost klíčového pracovníka je také vést dokumentaci individuálního plánování u jemu přiděleného uživatele.

Jak bylo možné zjistit v praktické části práce, která byla zaměřena na celý proces individuálního plánování ve službě komunitního charakteru, je kladen velký důraz na individuální podporu oproti ústavní službě. Na druhou stranu vyplývá, že administrativa, která se váže k individuálnímu plánování je časově náročná, proto se píše převážně o noční směně.

Zkušenost z výzkumu ukazuje, že individuální plánování je potřebné a pro většinu uživatelů přínosné a někdy i zábavné. Klíčové asistentky sami říkají, že individuální plánování je smysluplné a díky tomu aspoň někteří uživatelé netráví čas jen u televize a v domácnosti.

Velký význam pro uživatele hraje možnost vlastního rozhodnutí, které mohou vyjádřit nejen v individuálním plánování ale také ve všech oblastech svého života. Někdy je, ale nutné, aby individuální cíle nastavila organizace hlavně u lidí s těžším mentálním postižením. Vše se, ale řeší v týmové spolupráci.

Pro poskytování kvalitní podpory uživatelům a oporou klíčových asistentů je v organizaci přímo pozice metodik kvality služby. Někdy pozice metodika kvality má svazující charakter. Žádný klíčový asistent nemá plnou důvěru při nastavování a vyhodnocování individuálního plánu a vše tedy musí konzultovat s metodikem kvality, což působí různé časové prodlevy.

Klíčové asistentky vidí více pozitiv než negativ v procesu individuálního plánování. Velký smysl individuálního plánování vidí u nových uživatelů, kteří přišli z jiné služby nebo od rodiny, kde neměli možnost se starat sami o sebe a něčemu novému se naučit. U stávajících uživatelů je překvapuje, že umí věci, o kterých ani nevěděli. Naopak vnímají, že některým uživatelům je to jedno, zda se individuálně plánuje nebo není v jejich možnostech tomu porozumět.

Nové individuální plánování se nastavilo před transformací služby, předtím byly individuální plány spíše nahodilé a společné. Nové individuální plánování sebou přineslo mapování různých oblastí života a hlavně individuální přístup ke každému jedinci využívající službu.

Provedení vlastního výzkumu

Výzkum byl ovlivněn tím, že neměl k dispozici veškerou potřebnou dokumentaci, zejména standard č. 5, metodiku individuálního plánování služby, osobní složky uživatelek, jednotlivé individuální plány apod. Dále by též bylo přínosem vidět klíčové asistentky při setkání individuálního plánování s uživateli či při poradě individuálního plánování.

I přes tato omezení výzkumu bylo možné získat představu, jak celý proces individuálního plánování v dané službě probíhá, od začátku až do konce. Vedlejším zjištěním výzkumu je samotný proces provádění výzkumu, poznání, jak výzkum ovlivní neúplnost vnitřní dokumentace organizace. Vstřícné nebo naopak odmítavé jednání při výběru klíčových asistentů. A v neposlední řadě, jak je nutné věnovat mnoho pozornosti přípravě výzkumu, zejména přípravě rozhovorů.

Na vlastní osobě si výzkumník vyzkoušel, jak působí na klíčové asistentky tréma a strach ze špatně zodpovězené otázky na celý rozhovor. Tento fakt zvýraznil nutnost seznámit participanty se záměrem a průběhem výzkumu před jeho započítím.

Snadno se nechal výzkumník svést k pokládání spíše uzavřených otázek, a jak nutnost improvizovat zvyšuje nároky na udržení pozornosti při pořizování dat. Bylo také užitečné

vypořádat se s částečně rezervovaným postojem pracovníc před začátkem rozhovorů, kdy ještě přesně nevěděly, co je čeká.

Vše zmíněné jen dokládá, že se všemi úskalími musí výzkumník počítat a vyrovnávat se s omezeným časem. Zároveň by úskalí podobného druhu neměla bránit v zjištění potřebných dat a objektivního přístupu k participantkám.

Závěr

Tato práce byla zaměřena na proces individuálního plánování u lidí s mentálním a kombinovaným postižením. Teoretická část stavěla na popisu legislativního rámce, z kterého vyplívají povinnosti každého poskytovatele individuálně plánovat v sociálních službách. Práce se nejdříve věnovala popsání začátku procesu individuálního plánování, jeho průběhem a nakonec samotnou tvorbou individuálního plánu. V práci se objevily nástroje a mechanismy, jak vést rozhovor s uživateli služby, jak přistupovat k lidem s mentálním postižením tak, aby si mohli převzít kompetence a zodpovědnost za svůj vlastní život. Tato práce se také zabývala inkluzí lidí s mentálním postižením a sociálním začleněním do běžné společnosti, ke kterému jde bezpochyby naproti služba komunitního charakteru. Také se ukázalo se, že komunitní služba je nejenom novějším trendem v poskytování sociálních služeb, ale také zde vzniká určitá profesionalita v individuálním přístupu k uživatelům služby, který bude vyžadován i u jiných poskytovatelů sociálních služeb. Tím se bude zvedat poptávka po komunitních službách pro zajištění spokojeného a důstojného života lidí s handicapem. Další podmínky pro poskytování kvalitní sociální služby, které byly v této práci uvedeny, je změna přístupu a postojů pracovníků přímé péče k uživatelům služby. V práci byl také zmíněn fakt, jak kvalitu poskytování služeb může ovlivnit nastavení pracovníka v přímé péči, pokud se spíše neangažuje a naopak angažuje až mnoho. U pracovníků přímé péče může dojít k syndromu vyhoření, který je třeba zachytit včas a případně ho supervidovat. Celá teoretická část se snažila objasnit nutnost a potřebnost individuálního plánování u lidí s mentálním postižením v komunitní službě a ukázat důležitost práce pracovníků v přímé péči.

V praktické části, výzkumu, bylo provedeno kvalitativní získání informací, jak probíhá celý proces individuálního plánování u lidí s mentálním postižením ve službě komunitního charakteru. Proces byl popsán od nastavení individuálních cílů a plánů, přes průběh plnění až po zhodnocení individuálních cílů a plánů. Z výzkumu vyplynulo, že plánování je zaměřené na individuální potřeby a přání uživatelů a je na jejich svobodné vůli, zda cíl chtějí či nechťejí. Uživatelé mají možnost cíl i změnit nebo ho úplně zrušit, pokud už není v jejich možnostech dál cíl naplňovat. Výzkum také popsal pozitiva a negativa individuálního plánování z pohledu klíčových asistentů. Bylo zjištěno, že pozitivum je, že se uživatelé něčemu novému naučí nebo se v něčem zdokonalí. Negativum je, že mohou cíle někdy sklouznout k tomu, že jsou spíše cíle klíčového asistenta ale také náročnost administrativy, která je s individuálním plánováním spojená. Ve výzkumu se také ukázalo, že individuální plánování v komunitní službě je zaměřeno na jednotlivce oproti plánování v ústavu, které bylo spíše společné a nahodilé. Závěr výzkumu vede k tomu, že individuální plánování ve službě komunitního

charakteru je zcela individuální a mění se dle potřeb uživatele, který je na prvním místě. Individuální cíle jsou smysluplné a díky tomu se uživatelé mohou cítit, jako rovnocenný člen naší společnosti.

Seznam bibliografických údajů

1. Aviram, U. (2002). *The Changing Role of the Social Worker in the Mental Health System*. Získáno 15. 7. 2019 z <https://www.researchgate.net/publication/11092563>
 2. Laca, S. (2016). *Sociálna pedagogika verzus sociálna práca*. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií.
 3. Hauke, M. (2011). *Pečovatelská služba a individuální plánování*. Praha: Grada.
 4. Kopřiva, K. (2013). *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál.
 5. Matoušek, O., Koldinská, K., & Průša, L. (2007). *Sociální služby*. Praha: Portál.
 6. Matoušek, O. (2012). *Základy sociální práce*. Praha: Portál.
 7. Ministerstvo práce a sociálních věcí. (2013). *Manuál transformace ústavů*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí.
 8. Ministerstvo práce a sociálních věcí. (2014). *Jak na to, příklady dobré praxe v deinstitucionalizaci*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí.
 9. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
 10. Švarcová, I. (2006). *Mentální retardace*. Praha: Portál.
 11. Tomeš, I. (2010). *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál.
 12. Uzlová, I. (2010). *Asistence lidem s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál.
 13. Valenta, M., Michalík, J., Lečbych. (2012). Praha: Grada.
 14. Watson, D. (2002). A Critical Perspective on Quality within the Personal Social Services: Prospects and Concerns. *British Journal of Social work*, 32, 877-891
-
1. (Autor: poskytovatel služby, jehož název nelze uvést z důvodu jeho anonymizace a participantů výzkumu). (n.d.) Cílová skupina. Získáno 15. 7. 2019 z [https://\(web poskytovatele, jehož přesný údaj nelze uvést z důvodu anonymizace poskytovatele služby a participantů výzkumu\)](https://(web poskytovatele, jehož přesný údaj nelze uvést z důvodu anonymizace poskytovatele služby a participantů výzkumu))
 2. (Autor: poskytovatel služby, jehož název nelze uvést z důvodu jeho anonymizace a participantů výzkumu). (n.d.) Maximální kapacita služby. Získáno 15. 7. 2019 z [https://\(web poskytovatele, jehož přesný údaj nelze uvést z důvodu anonymizace poskytovatele služby a participantů výzkumu\)](https://(web poskytovatele, jehož přesný údaj nelze uvést z důvodu anonymizace poskytovatele služby a participantů výzkumu))
 3. (Autor: poskytovatel služby, jehož název nelze uvést z důvodu jeho anonymizace a participantů výzkumu). (n.d.) Princip služby. Získáno 15. 7. 2019 z [https://\(web poskytovatele, jehož přesný údaj nelze uvést z důvodu anonymizace poskytovatele služby a participantů výzkumu\)](https://(web poskytovatele, jehož přesný údaj nelze uvést z důvodu anonymizace poskytovatele služby a participantů výzkumu))

poskytovatele, jehož přesný údaj nelze uvést z důvodu anonymizace poskytovatele služby a participantů výzkumu)

4. (Autor: poskytovatel služby, jehož název nelze uvést z důvodu jeho anonymizace a participantů výzkumu). (n.d.) Vize organizace. Získáno 20. 7. 2019 z [https://\(web poskytovatele, jehož přesný údaj nelze uvést z důvodu anonymizace poskytovatele služby a participantů výzkumu\)](https://(web poskytovatele, jehož přesný údaj nelze uvést z důvodu anonymizace poskytovatele služby a participantů výzkumu))
5. (Autor: poskytovatel služby, jehož název nelze uvést z důvodu jeho anonymizace a participantů výzkumu). (n.d.) Poslání služby. Získáno 20. 7. 2019 z [https://\(web poskytovatele, jehož přesný údaj nelze uvést z důvodu anonymizace poskytovatele služby a participantů výzkumu\)](https://(web poskytovatele, jehož přesný údaj nelze uvést z důvodu anonymizace poskytovatele služby a participantů výzkumu))
6. (Autor: poskytovatel služby, jehož název nelze uvést z důvodu jeho anonymizace a participantů výzkumu). (n.d.) Cíle organizace. Získáno 20. 7. 2019 z [https://\(web poskytovatele, jehož přesný údaj nelze uvést z důvodu anonymizace poskytovatele služby a participantů výzkumu\)](https://(web poskytovatele, jehož přesný údaj nelze uvést z důvodu anonymizace poskytovatele služby a participantů výzkumu))
7. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. (2006). In Sbíрка zákonů (s. 1257-1289). Praha: Ministerstvo vnitra.
8. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. (2006). In Sbíрка zákonů (s. 7021-7048). Praha: Ministerstvo vnitra.

Přílohy

Příloha č.1 Informovaný souhlas

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu k Bakalářské práci

Účel: Jste zván k účasti ve výzkumu, který je součástí bakalářské práce na Pražské vysoké škole psychosociálních studií. Cílem tohoto výzkumu je ověřit kvalitu poskytování sociální služby. Je zaměřena na individuální plánování služby.

Podmínky účasti: Seznámení se s informovaným souhlasem a stvrzení souhlasu s účastí ve výzkumu podpisem, souhlas s pořízením audiozáznamu rozhovoru. Rozhovor trvá cca 30 minut.

Osoba, která realizuje výzkum: Eva Vildnerová, e-mail: dozzska@seznam.cz. Probíhá pod odborným vedením Mgr. Ivety Jelínkové.

Možná rizika: I když nejsou známa žádná konkrétní rizika spojená s výzkumem, některé informace mohou být citlivé. Také otázky spojené s popisem vlastních sociálních potřeb mohou být pro některé účastníky stresující. Kdykoliv tedy můžete odstoupit v průběhu natáčení rozhovoru nebo neodpovědět na položenou otázku, která je pro Vás nepřijemná.

Možný zisk: Z účasti na výzkumu neplyne žádný přímý zisk. Výsledky výzkumu budou mít vědecký význam a budou z nich pravděpodobně profitovat i lidé, nacházející se v podobné životní situaci jako účastníci.

Anonymita: Data získaná v této studii jsou přísně anonymní. Všechna data jsou vedena pod kódem, ve výsledné publikaci pak pod jiným jménem. Audiozáznam bude vymazán po obhajobě práce před komisí, nejpozději však 18 měsíců od jeho pořízení. Přepisy jsou vedeny a archivovány pod číselným kódem.

Právo vystoupit z účasti na výzkumu: Účastník má právo ukončit účast na výzkumu v jakékoliv fázi výzkumu do doby než je výzkum ukončen (publikace odborného textu, odevzdání dizertační práce). V případě jakýchkoliv dalších otázek spojených s účastí ve výzkumu je možné získat informace u osoby, realizující výzkum.

Děkuji, Eva Vildnerová (výzkumník).

Souhlasím s účastí ve výzkumu. Přečetl/a jsem si výše uvedené podmínky.

Datum:

Jméno a příjmení:

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora: Eva Vildnerová
Studijní program: Sociální práce se zaměřením na komunikaci
a aplikovanou psychoterapii,
kombinovaná forma studia

Název práce: Individuální plánování u lidí s mentálním a
kombinovaným postižením (jako součást profese
pracovníků přímé péče)

Vedoucí práce: Mgr. Iveta Jelínková

Rok dokončení práce: 2019

Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh)

Přímé citace: 7 656
Ostatní text: 82 528
Celkový počet znaků: 90 184

Názvy souborů umístěných na doprovodném CD

Text práce ve formátu PDF:

2019 BP Vildnerová Eva Individuální plánování u lidí s mentálním a
kombinovaným postižením (jako součást profese pracovníků přímé péče)

Další soubory

Nejsou

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

Jméno a příjmení studenta/-tky: Eva Vildnerová

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

Název práce: **Individuální plánování u lidí s mentálním a kombinovaným postižením**

Vedoucí práce: Mgr. Iveta Jelínková

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh):

Počet stránek příloh:

Počet titulů v seznamu literatury:

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

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

Oborová příléhavost 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		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

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

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

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	X			
--	---	--	--	--

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

		X		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

V čem vidíte na základě Vašeho výzkumu rezervy v individuálním plánování u osob s mentálním a kombinovaným postižením.

Jaké jsou největší překážky při plnění cílů v rámci individuálního plánování s touto cílovou skupinou.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Hlavním tématem předložené bakalářské práce je individuální plánování v sociálních službách u lidí s mentálním a kombinovaným postižením. Zvolené zaměření práce hodnotím jako úzce spjaté se studovaným oborem.

Bakalářská práce je tradičně rozdělena na část teoretickou a empirickou. Teoretická část obsahuje čtyři kapitoly, ve kterých se autorka z různých pohledů snaží přiblížit hlavnímu tématu práce. V první kapitole práce nás seznamuje s legislativním rámcem sociálních služeb, ve druhé se pak věnuje samotnému individuálnímu plánování. S ohledem na to, že individuální plánování je stěžejním tématem práce, je pro práci škoda, že mu autorka nevěnovala více pozornosti a v jeho představení nebyla konkrétnější. Třetí kapitola je zaměřena na definice a problematiku mentálního a kombinovaného postižení. Závěrečná kapitola práce popisuje roli pracovníka v sociálních službách, například v oblasti legislativy, náplně práce, syndromu vyhoření a supervize.

Výzkumnou část práce tvoří šetření, pro které byl zvolen kvalitativní výzkum formou rozhovoru. Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jak probíhá individuální plánování u lidí s mentálním postižením ve službě komunitního charakteru. Autorka dále popisuje službu, seznamuje s cílem výzkumu, výzkumnou otázkou, metodikou výzkumu. Nakonec hodnotí sebraná data a vyhodnocuje samotný výzkum. S ohledem na to, že autorka má velké pracovní zkušenosti s touto problematikou, je pro práci škoda, že v hodnocení výsledků výzkumu není více její osobní reflexe.

Bakalářská práce splňuje veškeré nároky kladené na tento typ kvalifikační práce, a proto doporučuji k obhajobě.

Doporučení k obhajobě: **doporučuji**

Navrhovaná klasifikace: **1 - výborně**

30. 8. 2019


Mgr. Iveta Jelínková

**Posudek oponenta bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: **Eva Vildnerová**

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

Název práce: **Individuální plánování u lidí s mentálním a kombinovaným postižením** (jako součást profese pracovníků v přímé péči)

Oponent práce: PhDr. Hana Hejrná

Technické parametry práce:

Počet znaků textu (bez příloh): 82 528

Počet stránek příloh: 1

Počet titulů v seznamu literatury: 22

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

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

Oborová přiléhavost 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			
--	---	--	--	--

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

Vyváženost teoretické a praktické části
v daném tématu

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

Návaznost kapitol a subkapitol

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

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

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

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

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

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jaká reálná opatření, k zamezení formálnosti při zpracování individuálních plánu nejen u této cílové skupiny, spatřujete pro využití v praxi?

Celkové hodnocení práce:

Hodnocená bakalářská práce se zabývá významným tématem, který zvláště v sociální práci nabývá stále většího významu. Spolupráce s klienty na tvorbě plánu spolupráce a seberozvoje klienta je jedním z klíčových témat sociální práce.

Bakalářská práce má dvě hlavní části, teoretickou a praktickou.

V teoretické části se autorka zabývá vymezením klíčových zákonných norem pro poskytování sociálních služeb. Čtenáře autorka seznamuje s obsahem termínu individuální plánování a problematikou mentálního a kombinovaného postižení z pohledu sociální práce. Autorka samostatnou kapitolu věnuje také postavení sociálního pracovníka v příslušné legislativě, jeho kompetencemi a také problematice syndromu vyhoření.

Ve výzkumné části autorka využívá poznatků z teoretické části a cílem svého výzkumného šetření stanovila zjištění, jak v praxi probíhá individuální plánování. Participanty byly pracovnice v přímé péči, které s klienty individuálně pracují a jsou klíčovými pracovníky pro klienty. Rozhovory jsou poměrně detailní a ve vyhodnocení výzkumu si autorka všímá změny k lepšímu u nové, komunitní formy, péče o klienty.

V Diskusi autorka reflektuje propojení teoretické a praktické části práce a všímá si i úskalí, které výzkumná práce obsahuje. Reflektuje také zkušenosti sebe v postavení výzkumníka a bývalého kolegy participantů. Shledává také, že nově nastavená praxe komunitního charakteru sociální práce a týmové řešení obtížných situací klientů je ku prospěchu klientů i pomáhajících pracovníků.

Předložená bakalářská práce zcela naplňuje požadavky na závěrečnou práci a ani po stránce formální, ani věcné jí nelze nic vážnějšího vytknout. Práci lze hodnotit jako výbornou.

Doporučení k obhajobě: **doporučuji**

Navrhovaná klasifikace: **výborně**

15.8.2019

PhDr. Hana Hejnová