

# **Pražská vysoká škola psychosociálních studií**



## **Individuální plánování s dětmi s mentálním postižením v zařízení DOZP**

Bc. Jaroslava Pauchová

### **Diplomová práce**

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

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Iveta Jelínková

**Praha 2021**

# **Prague College of Psychosocial Studies**



## **Individual planning with children with mental disabilities in the facility of the Home for the Disabled**

Bc. Jaroslava Pauchová

**The Diploma Thesis**

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Iveta Jelínková

**Prague 2021**

## **Prohlášení**

1. Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala 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 31. 7. 2021

.....

Bc. Jaroslava Pauchová

## **Poděkování**

Děkuji vedoucí diplomové práce, paní Mgr. Ivetě Jelínkové, za věnovaný čas, vstřícný přístup, vedení a rady, které mi poskytovala v průběhu tvorby diplomové práce.



## **Anotace**

Diplomová práce se zabývá specifikami práce, možnostmi a způsoby individuálního plánování s dětmi s mentálním postižením v zařízení DOZP.

Teoretická část práce charakterizuje cílovou skupinu dětí s mentálním postižením a dětí s mentálním postižením v kombinaci s poruchou autistického spektra. Přibližuje komplikace a obtížnost práce s těmito dětmi, využití a důležitost individuálního plánování. Popisuje také sociální službu Domov pro osoby se zdravotním postižením, Zákon o sociálních službách a vybraný Standard sociálních služeb, které s prací úzce souvisejí.

Praktická část je zaměřena na výzkumné otázky, na rozhovor s klíčovým pracovníkem a pracovníky z přímé péče, na rozborech těchto rozhovorů, rozebírání specifik, důvodů, smyslu a důležitosti individuálního plánování.

**Klíčová slova:** Individuální plánování, děti s mentálním postižením, porucha autistického spektra, DOZP

## **Annotation**

The diploma thesis deals with the specifics of the work, the possibilities and methods of individual planning with children with mental disabilities in the DOZP facility.

The theoretical part of the work characterizes the target group of children with mental disabilities and children with mental disabilities in combination with autism spectrum disorder. It introduces us to the complications and difficulties of working with these children, the use and importance of individual planning. It also describes the social service Home for Persons with Disabilities, the Act on Social Services and a selected Standard of Social Services that are closely related to work.

The practical part is focused on research questions, on the interview with a key worker and workers from direct care, on the analysis of these interviews, analyzing the specifics, reasons, meaning and importance of Individual Planning.

**Keywords:** Individual planning, children with mental disabilities, autism spectrum disorder, DOZP

# Obsah

Úvod.....	8
TEORETICKÁ ČÁST .....	9
1 Mentální postižení .....	9
1.1 Etiologie a klasifikace mentálního postižení (retardace) .....	9
1.2 Mentální postižení u dětí .....	14
1.3 Mentální postižení a poruchy autistického spektra u dětí .....	20
1.4 Podpora a péče o děti s mentálním postižením .....	24
1.5 Komunikace s dětmi s mentálním postižením .....	27
1.5.1 Alternativní a augmentativní komunikace a její význam .....	30
1.6 Kvalita života dětí v DOZP .....	35
2 Sociální služby .....	38
2.1 Zákon o sociálních službách .....	39
2.2 Domov pro osoby se zdravotním postižením.....	44
2.3 Standardy kvality sociálních služeb .....	46
3 Individuální plánování.....	50
3.1 Standard č. 5 – Individuální plánování služby .....	52
3.2 Proces individuálního plánování s dětmi s mentálním postižením .....	53
3.3 Role klíčového pracovníka v procesu individuálního plánování s dětmi .....	55
3.4 Komunikace s dětmi v rámci procesu individuálního plánování .....	57
3.4.1 Individuální plánování s komunikujícím dítětem .....	58
3.4.2 Individuální plánování s nekomunikujícím dítětem .....	59
3.4.3 Záznamy o průběhu individuálního plánování .....	60
3.4.4 Individuální plán, jeho podoba a obsah .....	61
3.4.5 Hodnocení průběhu služby a plnění plánu.....	62
VÝZKUMNÁ ČÁST .....	64
4 Výzkumný problém a výzkumné otázky.....	64
4.1 Hlavní výzkumná otázka.....	64
4.2 Dílčí výzkumné otázky .....	65
5 Výzkumné metody .....	66
5.1 Rozhovor s klíčovým pracovníkem .....	66
5.2 Analýza dokumentů .....	66

6	Výběr vzorku.....	68
6.1	Charakteristika pracovníků .....	68
7	Výsledky výzkumu.....	69
7.1	Specifika plánování s dětmi s mentálním postižením .....	69
7.1.1	Základní specifika plánování s dětmi s mentálním postižením .....	69
7.1.2	Metody pro zjišťování informací .....	70
7.1.3	Spolupráce s rodinou dětí .....	72
7.1.4	Problémy při plánování a jejich řešení .....	74
7.2	Průběh plánování v DOZP .....	75
7.2.1	Význam plánování v DOZP.....	75
7.2.2	Zjišťování informací .....	77
7.2.3	Průběh IP.....	80
7.2.4	Individuální plány a osobní cíle.....	81
7.2.5	Návrhy pracovníků na změnu .....	84
7.3	Role klíčových pracovníků .....	85
7.3.1	Pracovní podmínky .....	85
7.3.2	Vzdělání a dovednosti pracovníků.....	85
7.3.3	Vhodné náměty pracovníků .....	87
7.3.4	Postavení, podpora a kontrola.....	87
7.4	Souhrn zjištění.....	88
7.4.1	Specifika IP s dětmi s mentálním postižením v zařízení DOZP.....	88
7.4.2	Průběh plánování v DOZP .....	89
8	Diskuze a navrhované řešení.....	90
8.1	Navrhované řešení.....	93
	Závěr .....	95
	Použitá literatura .....	97
	Seznam zkratk.....	101
	Seznam tabulek.....	102
	Seznam obrázků.....	103
	Seznam grafů .....	104
	Seznam příloh .....	105
	Přílohy.....	106

# Úvod

Tématem mé diplomové práce je „Individuální plánování s dětmi s mentálním postižením v zařízení DOZP“. Cílem práce je specifikovat důležitost a význam individuálního plánování v sociálních službách, u dětí s mentálním postižením a nejen u nich. Práce by měla být přínosem a sloužit k pochopení problematiky lidí a dětí s mentálním postižením a poruchou autistického spektra. Vysvětluje také význam role pracovníka v přímé péči v rámci celého procesu plánování.

Diplomová práce je rozvržena do dvou částí, a to na část teoretickou a část praktickou, které na sebe navzájem navazují.

Teoretická část práce charakterizuje cílovou skupinu dětí s mentálním postižením a dětí s mentálním postižením v kombinaci s poruchou autistického spektra. Přibližuje komplikace a obtížnost práce s těmito dětmi, využití a důležitost individuálního plánování. Popisuje také sociální službu Domov pro osoby se zdravotním postižením, zákon o sociálních službách a vybraný Standard sociálních služeb, které s prací úzce souvisejí.

Praktická část je zaměřena na výzkumné otázky, na rozhovor s klíčovým pracovníkem a pracovníky z přímé péče, na analýze těchto rozhovorů, rozebírání specifik, důvodů, smyslu a důležitosti individuálního plánování. Dále se v rámci praktické části řeší možnosti získávání potřebných informací o klientech, spolupráce s předešlými službami, sociálními pracovníky OSPODu, ale i s rodinou, pokud je tato možnost reálná a k prospěchu. Rozboru, hodnocení a případným možnostem zlepšení týmové spolupráce, významným částem v procesu, tomu se také věnuje praktická část diplomové práce. Jak si postupně objasníme, bez spolupráce, informací, zkušeností, kreativity, chuti a smyslu, ztrácí plánování smysl.

Jelikož pracuji jako sociální pracovníce v Domově pro osoby se zdravotním, měla jsem k tomuto tématu blízko. Vybrala jsem si ho zejména proto, abych ověřila vnímání důležitosti plánování mezi pracovníky a získala materiál pro další práci se všemi články procesu plánování.

Individuální plánování je velmi těžká, ale smysluplná činnost, ve které je nutné pobudit chuť, sílu a kreativitu práce.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Mentální postižení

### 1.1 Etiologie a klasifikace mentálního postižení (retardace)

Souhrnem rozumových schopností a vědomostí člověka je intelekt. Je vyšetřován za pomoci standardizovaných inteligenčních testů, přičemž jejich výsledkem je inteligenční kvocient IQ. V běžném slovníku je přitom pojem intelekt blízký pojmům jako „bystrý“, „rychle chápající“, „chytrý“ atd. (Valenta, Michalík, & Lečbych, 2012, s. 20).

Mentální postižení neboli mentální retardaci je pak možné označit jako poruchu intelektu. Při této poruše dochází k nedostatečnému rozvoji intelektu, což má za následek snížení rozumových schopností, které ale nemusí nutně postihovat rovnoměrně veškeré složky intelektu (Petr & Marková, 2014, s. 252).

Podle Šnýdrové (2008, s. 127) se tudíž jedná o „stav zastaveného či neúplného vývoje, který je zvláště charakterizován narušením dovedností, které se projevují během vývojového období a přispívají k povšechné úrovni inteligence, tudíž poznávacích, řečových, pohybových a sociálních schopností.“

Existují však různé přístupy k definování mentálního postižení, a to na základě různých hledisek (viz tabulka č. 1).

Tabulka č. 1 – Přístupy k definování mentálního postižení

Přístup	Definice
biologický	postižení v důsledku trvalého závažného organického nebo funkčního poškození mozku; syndrom podmíněný chorobnými procesy v mozku
psychologický	primárně snížená úroveň rozumových schopností měřitelných standardizovanými testy inteligenčního kvocientu (IQ) (tzn. vzhledem k populační normě)
sociální	postižení charakteristické dezorientací ve světě a ve společnosti, která omezuje zvládat vlastní sociální existenci samostatně bez cizí pomoci
pedagogický	snížená schopnost učit se navzdory využití specifických vzdělávacích metod a postupů
právní	snížená způsobilost k samostatnému právnímu jednání (provádění složitých právních úkonů a rozhodnutí)

Zdroj: Plevová & Slowik, 2010, s. 8

Tento stav se přitom může objevovat buď zcela samostatně, anebo společně s jakoukoliv jinou duševní či tělesnou poruchou. Dokonce lze tvrdit, že osoby mentálně retardované jsou tři až čtyřikrát častěji postižené také nějakými jinými duševními poruchami, než je tomu u běžné populace (Šnýdrová, 2008, s. 127).

V současnosti žije v populaci asi 3 až 4 % osob s mentálním postižením. Tuto skutečnost ostatně potvrzují také statistické odhady, podle kterých v České republice žije asi tři sta tisíc osob, u kterých byla diagnostikována mentální retardace (Bendová & Zikl, 2011).

Podle Plevové a Slowik (2010, s. 129) „termín „mentální retardace“ vychází z latiny. Konkrétně vychází z výrazů „mens“ (mysl, duše) a „retardare“ (opozdit, zpomalit). Doslovný překlad tudíž zní – „opoždění či zpomalení mysli“.“ Autorky však vysvětlují, že ve skutečnosti se jedná o mnohem komplikovanější syndromatické postižení. Postihuje nejenom psychické, tudíž mentální schopnosti, ale prakticky celou lidskou osobnost ve všech jejích složkách. Ve výsledku tudíž ovlivňuje nejenom vývoj a úroveň rozumových schopností, ale týká se také emocí, komunikačních schopností, úrovně sociálních vztahů, možností společenského uplatnění atd.

Mezi základní příznaky mentální retardace patří (Šnýdrová, 2008, s. 127–128):

- omezení či zastavení rozumového vývoje,
- podvědomá i úmyslná koncentrace není rozvinuta v dostatečné míře, převažuje netlumené napodobování,
- paměť je z větší části mechanická,
- myšlení zůstává na konkrétní úrovni,
- k rozvíjení řeči dochází s vývojem rozumovým:
  - při nejtěžší formě se objevují pouze afektivní zvuky,
  - při středně těžké formě řeč dospěje ke stupni pojmenování a označení konkrétních jevů,
  - při nejlehčí formě řeč dospěje k užívání slov a pojmů,
- cit – převládají afekty, patrná je citová instabilita (může se jednat o citovou tupost či naopak afektivní výbušnost),
- volní stránka – patrná je výrazná sugestibilita.

Mimo výše zmiňovaných duševních příznaků se však objevují také vývojové tělesné anomálie, a to zejména (Šnýdrová, 2008, s. 128):

- anomálie lebky,
- asymetrie obličeje,
- nízké čelo,
- anomálie uší či zubů,
- anomálie ruky atd.

Podle Valenty, Michalíka a Lečbycha (2012, s. 55) je etiologie mentálního postižení velice složitá a prakticky stejně proměnlivá, jako i jeho symptomatologie. Je tomu tak z toho důvodu, že existuje celá řada faktorů, které se podílejí na vzniku tohoto velice specifického psychického stavu, který se projevuje značně sníženou inteligencí. Obecně je možné tvrdit, že tak jako nemohou existovat dva jedinci se zcela totožnou symptomatologií, tak nemůže být řeč ani o dvou jedincích s totožným počátkem intelektové subnormality. I z tohoto důvodu je ostatně velice komplikované vytvářet odpovídající etiologické kategorie.

Svoboda, Krejčířová a Vágnerová (2001, s. 400) nicméně vysvětlují, že mentální postižení je obecně podmíněno vnitřními, tudíž biologickými faktory a vyznačuje se trvalým charakterem. Je sice pravdou, že může být ovlivněna i vnějšími vlivy, avšak jedině v rámci určitých biologicky daných limitů. Toto postižení vývoje rozumových schopností je vrozené nebo časně získané.

Fakt, že se jedná o postižení vrozené či získané, zmiňují Valenta, Michalík a Lečbych (2012, s. 55). Tito autoři zároveň dodávají, že příčiny bývají v literatuře obecně kategorizovány poměrně různě. Narazit tak můžeme jak na faktory endogenní neboli vnitřní (jedná se o příčiny genetické), tak i na faktory exogenní neboli vnější (jedná se o viry, bakterie, jedy atd.). Podle časového hlediska je pak možné rozlišovat následující faktory:

- prenatalní – působí před porodem,
- perinatální – působí během porodu, ale krátce i těsně po něm,
- postnatální – působí v průběhu života.

Je tudíž zřejmé, že s mentální retardací se spojuje relativně mnoho problémů, které se týkají jeho vzniku. Problematické jsou však rovněž otázky terminologické, teoretické

i metodologické. Nicméně jestli bychom se drželi výše uváděných příčin vzniku podle časového hlediska, pak je strukturovaně se možné dopátrat k mnoha navzájem se překrývajících vlivům (je však zároveň třeba zohlednit fakt, že řada příčin zůstane neznámá). Může se tak jednat o specifické genetické příčiny, jakož i intrauterinní infekce, hypoxie plodu, encefalitidy atd. Celkově je přitom možné tvrdit, že od středně těžkého mentálního postižení bude převažovat organická etiologie (spolu s patologicko-anatomickým nálezem v oblasti centrální nervové soustavy) s tím, že trend jejího narůstání je však možné vidět i u lehkého mentálního postižení (Valenta, Michalík, & Lečbych, 2012, s. 55).

Že má mentální postižení skutečně celou řadu příčin, ostatně potvrzuje například také Leifer (2004, s. 645). Autorka vysvětluje, že v neonatálním období je zjišťována fenylketonurie, hypertyreoidismus, fetální alkoholový syndrom, Downův syndrom, malformace mozku a infekce matky, jako je například cyromegalovirus. Porodní zranění či anoxie při porodu nebo těsně po něm také způsobují mentální postižení. Zmínit je třeba také onemocnění jako meningitida, otrava olovem, novotvary a encefalitida, neboť vše uvedené může mentální retardaci způsobovat jak u dětí, tak i u dospělého člověka prakticky v jakémkoliv věku. Pochopitelně velmi významným faktorem je i zmiňovaná dědičnost. Možností je také, že k tomuto stavu přispívá rovněž život ve fyzicky a emociálně deprivovaném prostředí.

Diagnózu je možné určit po pečlivém zkoumání. Především je zapotřebí vyloučit onemocnění, jako je epilepsie, mozková obrna, podvýživa, emociální poruchy, slepota, hluchota či řečové poruchy, přičemž v některých případech dokáže včasná identifikace a intervence mentální postižení zmírnit či jemu zcela předejít. Další příznaky mentálního postižení mají souvislost s jednotlivými stupni růstového procesu. Pokud děti nedosahují vývojových stupňů v předpokládané době, je možné, že mají kognitivní poruchu. Mezi příznaky patří taktéž nezvyklá nemotornost a neschopnost reagovat na stimuly. V některých případech se však poruchu nepodaří prokázat dříve, než začne školní docházka. Každý případ je nutné opakovaně podrobit novým vyšetřením dle individuálního vývoje dítěte (Leifer, 2004, s. 645).

Je třeba dodat, že mentální retardace navíc podmiňuje i významné omezení adaptivního fungování postižené osoby v jeho sociálním prostředí. Pro samotné diagnózy tudíž nebude dostačovat jenom samotný slabý výkon v testech inteligence, ale je nutné, aby



jedinec selhával také v plnění věku adekvátních očekávání ve svém sociálním prostředí. Právě z tohoto důvodu není možné za mentálně retardované označit například romské děti, které mají IQ nižší než 70. Tyto děti totiž zpravidla nejsou ve své rodině nijak nápadné a výborně plní veškerá její očekávání. V praxi bývají v některých případech dokonce samostatnější a sociálně schopnější než některé děti, které mají nadprůměrně vysoké IQ (Valenta, Michalík, & Lečbych, 2012, s. 55).

Snaha pojmenovat stav podobný mentálnímu postižení je přitom patrná už ve velmi raných písemných pramenech. V této souvislosti je třeba zmínit například egyptské papyrové svitky, které byly objeveny v Thébách a které lze datovat do období kolem roku 1500 před Kristem. V nich je popsáno postižení těla i mysli, které je vztahováno k různým úrazům hlavy a mozku (Procházka, 2014, s. 169).

Zmínit je potřeba také dílo J. Locka z roku 1690 „Esej o lidském rozumu“, které mělo podstatný vliv na rozvoj pedagogiky a filosofie a ve kterém tento autor rozlišuje mezi nedostatkem rozumu neboli slaboduchostí a šílenstvím neboli duševním onemocněním. V případě jedinců, kteří se potýkají s duševním onemocněním, podle jeho názoru, dochází k nesprávnému spojování a chybnému zdůvodňování jednotlivých idejí. Ovšem v případě osob s mentální retardací je možné pozorovat omezenou samotnou schopnost ideje spojovat a zdůvodňovat (Procházka, 2014, s. 169).

Koncem devatenáctého století se danou problematikou zaobírali především pedagogové, přičemž souhrnný systém výchovy a vzdělávání pro jedince s postižením intelektu v této době vypracoval E. Seguin. Postupy tohoto lékaře a pedagoga se opíraly především o rozvoj smyslové percepce a podporu činností jednotlivých receptorů. Nutno říci, že právě Seguin se tak zasloužil o významný rozvoj oboru speciální pedagogiky – psychopedie. V roce 1850 se odstěhoval do USA a později zde založil společnost, která byla dlouhou dobu známá jako Americká asociace pro mentální retardaci. V současné době pracuje pod názvem Americká asociace pro intelektová a vývojová postižení neboli AAIDD a sehrává významnou roli ve vývoji a přístupu k lidem s intelektuálním postižením. Nicméně psychologové se o tuto problematiku začali ještě více zajímat ve dvacátém století, kdy A. Binet vytvořil škály na měření intelektového výkonu. Testování inteligence se tak od tohoto okamžiku stalo neoddělitelnou součástí praktické psychologie. Zároveň tímto začala snaha rozlišit míru intelektového nadání a objektivněji identifikovat postižení intelektu. V roce 1910 byl

proveden vůbec první psychiatrický pokus o klasifikaci míry intelektového postižení, přičemž autor první světově rozšířené klasifikace E. Krapelin hovořil o mentálním postižení jako o oligofrenii a objevily se celkem tři známé stupně mentálního postižení (Procházka, 2014, s. 169–170):

- idiocie,
- imbecilita,
- debilita.

Tento způsob klasifikace byl používán téměř čtyřicet let, avšak v polovině minulého století se objevila snaha nahradit toto názvosloví, a to i vzhledem k tomu, že postupem času získalo vulgární konotace a začalo být nositelem stigmatizace. Neodkladná byla také nutnost zpřesnit diagnostiku mentálního postižení (Procházka, 2014, s. 170).

V České republice se pak od devadesátých let dvacátého století pro klasifikaci mentální retardace využívá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Ta rozlišuje celkem čtyři kategorie a zároveň také kategorii „jiná mentální retardace“ a „nespecifikovaná mentální retardace“ (Bendová & Zikl, 2011, s. 10).

Zmiňované kategorie podle MKN-10, které vydala Světová zdravotnická organizace v roce 1992, jsou uvedené v tabulce přiložené níže (viz tabulka č. 2).

Tabulka č. 2 – Stupně mentálního postižení podle MKN-10

Kódové označení	Slovní označení	Pásmo IQ	Odhadovaný mentální věk dospělého
F70	Lehká mentální postižení	69-50	12-9 let
F71	Střední mentální postižení	49-35	9-6 let
F72	Těžká mentální postižení	34-20	6-3 roky
F73	Hluboká mentální postižení	19-0	Pod 3 roky
F78	Jiná mentální postižení	Nespecifikováno	Nespecifikováno
F79	Neurčená mentální postižení	Nespecifikováno	Nespecifikováno

Zdroj: Pivarč, 2017, s. 15

## 1.2 Mentální postižení u dětí

Narození mentálně postiženého dítěte do rodiny je obvykle vnímáno jakožto velice traumatizující událost. Mnoho odborníků se dokonce domnívá, že narození těžce mentálně postiženého dítěte je možné označit za jednu z vůbec nejbolestivějších

událostí, se kterou se člověk ve svém životě může setkat. Většina lidí totiž ve svém potomkovi vidí pokračovatele sebe sama. Ztotožňuje se s ním jako s pokračovatelem svého rodu a jako dědicem veškerých svých schopností a dobrých vlastností. Drtivá skutečnost tak zpravidla oba rodiče zastihne naprosto nepřipravené. Nerozumí tomu, co se s jejich potomkem stalo, neumí odhadnout, jak bude jeho vývoj pokračovat a co vše je v životě čeká (Švarcová, 2001, s. 132).

Jakmile je u dítěte diagnostikováno mentální postižení, je především nutné harmonizovat růst a vývoj s mentálními funkcemi. Kupříkladu abstraktní myšlení se neobjevuje před dvanáctým rokem života. Dítě, které je klasifikováno jako mentálně postižené, totiž nemusí být vždy postižené ve všech mentálních funkcích (viz tabulka č. 3). Existuje tak celá řada testů měření inteligence, přičemž právě dětem se velice často předkládá tzv. Stanfordův-Binetův test (Leifer, 2004, s. 645).

Tabulka č. 3 – Faktory mentálních funkcí

Úroveň vědění:	pozornost, krátkodobá a dlouhodobá paměť, percepce
Myšlenkové procesy:	vzhled, úsudek, afekt, nálada
Expresivní jazyk:	slovní zásoba, abstraktní myšlení, inteligence

Zdroj: Leifer, 2004, s. 645

U dětí je však všeobecně náročné hodnotit jejich inteligenci. Za nejspolehlivější je proto vždy možné považovat individuální testování. U dětí se používají osobnostní testy, jako kupříkladu test s obrázkovými příběhy, test s inkoustovou skvrnou, testy kreslení nebo testy na doplňování vět. Testy však mají svůj význam pouze v případě, že jsou kombinovány s pečlivým zkoumáním fyzického, mentálního, emočního a sociálního vývoje daného dítěte (Svoboda, Krejčířová, & Vágnerová, 2001, s. 402).

Jak už bylo řečeno, mentální retardace má mnoho příčin, ale také mnoho příznaků. V chování, jakož i ve výkonu dětí s mentálním postižením je tudíž možné sledovat specifické zvláštnosti. Ty jsou přitom z velké míry podmíněny jednak právě samotným stupněm mentální retardace, jak už bylo vysvětleno v předcházející kapitole, ale také i kupříkladu adaptabilitou dítěte, či obecně jeho sociálním okolím a zázemím, resp. samotným výchovným stylem rodičů nebo pedagogů (Bendová & Zikl, 2011, s. 12).

Pro mentálně postižené děti tak bývají nejčastější a zcela charakteristické zejména tyto uvedené příznaky (Bendová & Zikl, 2011, s. 10):

- poruchy kognitivních procesů,
- poruchy vizuomotoriky a pohybové koordinace,
- vysoká závislost na rodičích i druhých osobách obecně,
- infantilnost osobnosti,
- tendence k neurotickým a dětským reakcím,
- náklonnost k úzkosti,
- pasivita, celková zpomalenost v chování či naopak impulsivnost a hyperaktivita,
- konformnost se skupinou,
- sugestibilita a rigidita chování,
- nedostatky v oblasti osobní identifikace, jakož i ve vývoji svého vlastního „já“,
- opožděný psychosexuální vývoj,
- nerovnováha v aspiraci a výkonu,
- vysoká potřeba uspokojení a jistoty,
- citová vzrušivost a labilita nálad,
- poruchy v interpersonálních vztazích a komunikaci,
- snížená adaptabilita k sociálním a školním požadavkům.

Nicméně charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace u dětí je následující:

- **Charakteristika dítěte s lehkou mentální retardací** – podle MKN-10 se hodnota IQ může pohybovat v rozmezí 50–69. Jedinci spadající do této kategorie zpravidla úspěšně zvládají život, který je podobný zdravým jedincům (Venglářová & Mahrová, 2006, s. 100).

K základní charakteristice těchto dětí patří zejména jejich schopnost účelně užívat řeč v každodenním životě. Děti dokáží udržet konverzaci, dokáží komunikovat a také se začlenit do sociálního prostředí bez větších problémů, je zde jasně patrné opožděné osvojení řeči. Tito jedinci zpravidla dosáhnou naprosté nezávislosti, pokud jde o osobní péči (tzn. v oblasti jídla, umývání, oblékání, hygienických návyků či praktických domácích činnostech), a to i navzdory lehkému opoždění. Za největší problém je u těchto dětí obvykle možné považovat zvládání školních nároků, a to především při teoretické práci. Ideální je proto zaměřit výuku těchto dětí zejména na rozvoj jejich

schopností, ale i kompenzaci nedostatků. Je třeba brát ohled také na to, že celý proces edukace může být značně ztížen tím, že se u nich v emociální oblasti projevuje výrazná nezralost. Patrná je také značná sugestibilita. Často je objevují problémy se čtením a psaním. Nicméně v současnosti je většina dětí s lehkou mentální retardací vzdělávána v základních školách praktických, přičemž posléze absolvují také odborná učiliště nebo dvouleté praktické školy. Závěrem je třeba podotknout, že tyto jedinci představují asi 70 % veškerých mentálních retardací. K tomuto stavu se však mohou v některých případech přidružit také další chorobné stavy, přičemž zmínit je potřeba zejména poruchy autistického spektra (tyto budou detailněji popsány v následující kapitole), ale i další vývojové poruchy, epilepsie nebo poruchy chování a tělesná postižení (Bendová & Zikl, 2011, s. 12–13).

- **Charakteristika dítěte se středně těžkou mentální retardací** – podle MKN-10 se hodnota IQ může pohybovat v rozmezí 35–49. Pro tyto jedince je specifické pomalu se rozvíjející chápání a užívání řeči. V některých případech nejsou schopni se řeči naučit, tudíž používají pouze gestikulaci. Obvykle celkově nejsou schopni vést plně samostatný život (Venglářová & Mahrová, 2006, s. 100).

Z vývojového hlediska je totiž u těchto dětí značně opožděno porozumění obsahu řeči, ale také rozvoj expresivní složky řeči. Schopnost komunikace dětí je tak omezená po celý jejich život. Mezi jednotlivci existují výrazné interindividuální rozdíly, přičemž právě i ve vztahu ke komunikaci. Úroveň rozvoje řeči je výrazně variabilní, avšak obvykle bývá na úrovni první signální soustavy. Některé děti, kterým je diagnostikováno toto postižení, jsou schopné jednoduché komunikace. Ta přitom může být verbální, či na bázi alternativní a augmentativní. Naopak ale zdaleka ne všichni jsou jednoduché komunikace schopni, někteří jedinci dokáží své potřeby vyjádřit pouze se skutečně velkými problémy. Další se zase nenaučí mluvit vůbec nikdy, ačkoliv mohou porozumět verbálním instrukcím a dokáží se naučit funkčně používat gestikulaci nebo jiné formy nonverbální komunikace (Bendová & Zikl, 2011, s. 13).

Nicméně některé děti se středně těžkou mentální retardací jsou při pedagogickém vedení schopné naučit se základům čtení, psaní i počítání. V rámci výuky čtení se přitom obvykle využívá metoda globálního čtení. Důvodem je fonemická nevyzrálость sluchu a problémy týkající se zrakové diferenciacce. Díky speciálním vzdělávacím

předpokladům tito jedinci mohou nabýt základních vědomostí a dovedností. V dospělosti zpravidla dokáží vykonávat jednoduchou manuální práci. Tyto děti jsou většinou plně mobilní a rovněž i fyzicky aktivní. V některých případech bývá současně diagnostikován dětský autismus či jiné persvazivní vývojové poruchy. Mnohdy bývají přidružená i tělesná postižení a neurologická onemocnění. V tomto kontextu je potřeba zmínit především epilepsii či psychiatrická onemocnění. Vzdělávání zpravidla probíhá na základní škole speciální, přičemž posléze navazuje jednoletá praktická škola.

- **Charakteristika dítěte s těžkou mentální retardací** – podle MKN-10 se hodnota IQ se může pohybovat v rozmezí 20–34. Tato kategorie je podobná výše popisované, avšak projevuje se zde ještě výraznější snížení schopností. Přítomno je silné postižení motoriky a objevuje se také mnoho přidružených defektů (Venglářová & Mahrová, 2006, s. 100).

O podobnosti s výše popisovanou kategorií je přitom možné hovořit především v souvislosti s (Bendová & Zikl, 2011, s. 14):

- klinickým obrazem,
- přítomností organické etiologie,
- přidružených postižení.

Jak už bylo řečeno, snížená úroveň schopností je u těchto dětí přitom daleko výraznější. Děti obvykle trpí výrazným stupněm poruchy motoriky. Velmi běžné jsou i další přidružené vady prokazující přítomnost klinicky signifikantního poškození nebo chybného vývoje ústředního nervového systému. Řeč se v případě těžké mentální retardace u dítěte zpravidla nevytváří. V případě, že ano, zůstává na stupni základních elementů projevové složky řeči. Tímto se mají na mysli pudové hlasové projevy. K jejich výběru dochází na základě toho, zda jsou spojené s projevem spokojenosti, přání, odporu nebo zlosti. Poškozené jsou modulační faktory řeči. Jde přitom především o dynamiku a melodii. V některých situacích je možné se setkat s echolalickými napodobovacími senzomotorickými reflexy. Dítě tudíž opakuje zvuky či v některých případech i slova, které zaslechlo, jako ozvěna, avšak neporozumí jejich smyslu. Jako náhradu verbálního projevu však lze u těchto dětí dobře uplatnit náhradní a podpůrné komunikační systémy. K lepší orientaci v okolí, jakož i pro komunikaci s ním se kromě běžných systémů AAK využívá kupříkladu také sociální čtení (Bendová & Zikl, 2011, s. 14–15).

I navzdory tomu, že možnosti pro výchovu a vzdělávání těchto jedinců jsou velmi výrazně omezené, v praxi se ukazuje, že potřebná péče, která je zahájena dostatečně včas, dokáže výrazně pomoci k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností či komunikačních dovedností. Tímto zároveň samozřejmě dochází i ke zvyšování samostatnosti, a tudíž i zlepšení celkové kvality života. Při nepřetržité výchovné péči dokáží tyto děti vykonávat určité jednoduché úkony. I navzdory tomu ale zůstávají po celý život závislé na péči jiných osob (Bendová & Zíkl, 2011, s. 15).

- **Charakteristika dítěte s hlubokou mentální retardací** – podle MKN-10 hodnota IQ bývá nižší než 20. Jedinci spadající do této kategorie jen s velkými obtížemi chápou požadavky či instrukce. Jsou schopni pouze základní neverbální komunikace. Vzhledem k tomu, že je u těchto osob pouze minimální schopnost pečovat o sebe, je nutná stálá pomoc a dohled. Tvoří asi 1 % všech osob s mentální retardací (Venglářová & Mahrová, 2006, s. 100).

Tyto děti mají tudíž skutečně hluboce omezenou schopnost porozumět požadavkům nebo instrukcím. Jejich IQ je ekvivalentní věku dítěte, které je mladší tří let. Hodnota IQ je v těchto případech zároveň za pomoci dostupných diagnostických nástrojů jen velmi těžce změřitelná. Jak už bylo zmíněno výše, odhaduje se však, že bývá nižší než 20. Děti spadající do této kategorie mentální retardace jsou obvykle imobilní nebo je jejich pohyb velmi výrazně omezen. Většinou bývají inkontinentní. Někdy mohou být schopné rudimentární neverbální komunikace. Zároveň nedokáží tito jedinci vůbec pečovat sami o sebe, či jen opravdu velmi nepatrně, a tudíž potřebují soustavnou pomoc a nepřetržitý dohled. Možnosti jejich výchovy a vzdělávání jsou skutečně velmi omezené. Na velice nízké úrovni je chápání a používání řeči. Zpravidla jsou ovšem schopné zareagovat na jednoduché požadavky. Prakticky vůbec se nevyvíjí expresivní složka řeči. Tyto děti nejsou schopné upozornit na své potřeby nebo city, maximálně jsou schopné projevu formou neartikulovaných zvuků. Tyto zvuky přitom mohou být ojediněle obměňovány na základě aktuálního citového rozpoložení. Rovněž koverbální chování je značně poškozené. To se projevuje nefunkční, resp. neexistující nonverbální komunikací a často i amimií (Bendová & Zíkl, 2011, s. 15–16).

Jestliže jsou tyto děti adekvátně vedené, lze u nich docílit alespoň zcela základních zrakově prostorových orientačních dovedností. I navzdory značným omezením je ale jejich vývoj zapotřebí stimulovat. Ve výchově se používají především metody

a techniky, které jsou založené na „bazálně dialogickém vztahu“ mezi učitelem/terapeutem a dítětem. U těchto dětí se zároveň velmi často objevují (Bendová & Zíkl, 2011, s. 16):

- nedostatky, které postihují hybnost,
- epilepsie,
- poškození zrakového vnímání,
- poškození sluchového vnímání.

Svoboda, Krejčířová a Vágnerová (2001, s. 400) dodávají, že v předcházející kapitole uváděná kategorie F78 se používá pouze v případě, kdy je zřejmé, že intelektové schopnosti jsou značně sníženy a retardace je zjevná, avšak na základě těžkého kombinovaného postižení, závažným poruchám chování nebo autistickým projevům není možné stupeň retardace zcela jednoznačně určit. O jedincích s nespecifikovanou mentální retardací (F79) je řeč tehdy, pokud lze prokázat deficit mentálních funkcí, ale zároveň v důsledku nedostatečného množství údajů není možné daného jedince zařadit do žádné ze čtyř kategorií podle MKN-10.

### **1.3 Mentální postižení a poruchy autistického spektra u dětí**

U mnoha dětí s mentální retardací se mohou souběžně vyskytovat také poruchy autistického spektra (PAS). Jak bylo také zmíněno v předcházející kapitole, do kategorie F78 (Jiná mentální postižení) podle MKN-10 totiž spadají právě takové případy, kdy je velmi složité určit, o jaký stupeň mentální retardace se jedná, a to právě kvůli dalším závažným poruchám, jako jsou například poruchy autistického spektra (Křížkovská & Tomalová, 2012, s. 31).

Hned úvodem je zároveň třeba vysvětlit, že tyto poruchy spadají mezi tzv. pervazivní vývojové poruchy (podle MKN F84), přičemž mezi ně řadíme následující uvedené (viz tabulka č. 4).



Tabulka č. 4 – Pervazivní vývojové poruchy

Dětský autismus
Atypický autismus
Rettův syndrom
Jiná dezintegrační porucha v dětství
Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby
Aspergerův syndrom
Jiné pervazivní vývojové poruchy
Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná

Zdroj: Bendová & Zikl, 2011, s. 23

Pervazivní vývojové poruchy neboli poruchy autistického spektra jsou považovány za jedny z vůbec nejzávažnějších postižení dětského mentálního vývoje. Je tomu tak z toho důvodu, že vývoj dítěte je narušený do hloubky v mnoha směrech (Thorová, 2012, s. 58).

Podle Svobody, Krejčířové a Vágnerové (2001, s. 513) je u všech typů těchto poruch narušeno zejména utváření sociálních vztahů a schopnost komunikace. Problémy v těchto oblastech jsou přitom natolik výrazné, že se promítají do celého života lidí, kteří těmito poruchami trpí. Právě z tohoto důvodu jsou také nazývány jako pervazivní neboli všepřonikající.

Poruchy autistického spektra u postiženého jedince způsobují odlišné chápání a prožívání, tudíž dítě s takovým postižením se chová velice nestandardně. Znamená to proto narušení celé osobnosti dítěte. Projevy u jedinců s poruchou autistického spektra se přitom odvíjejí dle stupně tohoto postižení. Zároveň je třeba dodat, že během života a samotného vývoje dítěte se mění. V 70. letech minulého století britská psychiatrička Wing stanovila termín pro problémové oblasti, které jsou významné pro diagnostiku. Tyto oblasti nazvala jako „triádu postižení“, do které spadají potíže (Thorová, 2012, s. 58):

- v sociální interakci,
- v komunikaci,
- v představivosti.

Právě díky těmto uvedeným specifickým je potřeba poruchy vývojového spektra odlišovat od dalších vývojových poruch, jako je například mentální retardace (Thorová, 2012, s. 58).

Pro zajímavost je níže (viz obrázek č. 1) přiložená kresba dítěte ve věku 8 let, které trpí poruchou autistického spektra. Velice nápadné jsou chybějící oči, což je projevem výše zmiňované poruchy sociální interakce.

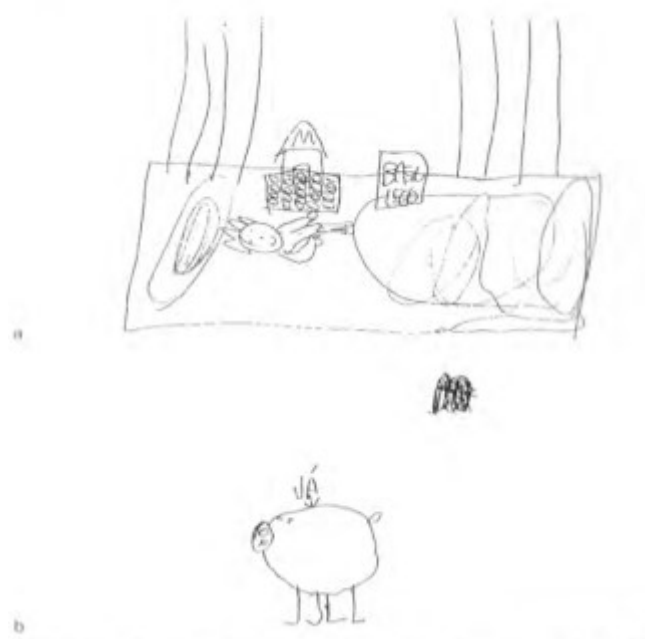
Obrázek č. 1 – Kresba dítěte s PAS (8 let)



Zdroj: Svoboda, Krejčířová, & Vágnerová, 2001, s. 520

Na dalším obrázku (viz obrázek č. 2) je vidět kresbu dítěte ve věku 13 let. Na obrázku je rodina (a) a začarovaná rodina (b). Zřejmý je zde extrémní egocentrismus, neboť na obou obrázcích je dítě samo, případně jsou zde jeho oblíbené předměty, jako je počítač či lego.

Obrázek č. 2 – Kresba dítěte s PAS (13 let)



Zdroj: Svoboda, Krejčířová, & Vágnerová, 2001, s. 521

V minulosti byly tyto poruchy řazeny do skupiny psychóz. Bylo tomu tak proto, že tak jako i u dalších psychóz se jedná o poruchy těžké, kdy je značně narušené vnímání reality a dítě má pouze zanedbatelný vhled do svého vlastního chování. Projevy těchto dětí jsou velice bizarní a pro okolí jen velmi těžce pochopitelné. Důvod opuštění původního pojmu psychóza je třeba hledat zejména v úsilí odlišit tyto poruchy od psychóz u dospělých jedinců, neboť v případě dětí se zpravidla jedná o vývojovou poruchu. Naopak výraz psychóza se používá v případech, kdy jde o ztrátu dřívějších dovedností a regres z vyšších stupňů vývoje (Svoboda, Krejčířová, & Vágnerová, 2001, s. 513).

Zatím nebyly nalezeny specifické příčiny tohoto onemocnění. Výzkumy totiž značně komplikuje fakt, že dochází k proměnlivosti projevů. Nicméně už v osmdesátých letech minulého století se začaly objevovat názory, že poruchy autistického spektra vznikají v důsledku organických příčin. Začátkem 21. století se však pozornost zaměřila na takzvaný vývojový neurobiologický model. Ten předpokládá, že příčina vzniku je z doposud neověřených příčin kontaktu plodu s nějakou teratogenní látkou. V takovém případě totiž dochází k poškození vyvíjejícího se plodu. Nicméně je předpokládáno, že poruchy autistického spektra u dětí zřejmě nezapříčiňuje jeden specifický gen. Jde totiž o poruchu s různorodými příznaky, která má proměnlivou formu. Některé studie dokazují, že dědičnost sehrává velmi důležitou úlohu u výskytu tohoto onemocnění.

V současné době jsou poruchy autistického spektra zařazené do poruch vrozených. Jde tudíž o neurovývojovou poruchu na neurobiologickém základě. Příčina není jenom v jedné oblasti, ale má na ni vliv více faktorů (Thorová, 2012, s. 46–49).

V souvislosti s tématem této práce je však podstatné dodat, že nejčastější přidruženou poruchou u poruchy autistického spektra je právě mentální retardace, a to především u dětského autismu. K souběžnému mentálnímu postižení dochází u přibližně 80 % dětí postižených poruchou autistického spektra formou dětský autismus (Hrdlička & Komárek, 2014).

#### **1.4 Podpora a péče o děti s mentálním postižením**

Příchod dítěte do rodiny vždy představuje zásadní změnu pro všechny její dosavadní členy, a to nejenom co se práv a povinností týče, ale i změn v časovém rozvrhu. Pokud jde o rodiny s dítětem mentálně postiženým, jednoznačně je taková rodina vždy vystavena výraznému výchovnému zatížení. První sdělení diagnózy vždy zcela pochopitelně vyvolává šok. Rodiče prožívají smutek, úzkost a můžeme být u nich svědky rozvoje obranných mechanismů. Najednou se totiž nacházejí ve zcela neočekávané situaci a musí se vypořádat s velmi hlubokým zklamáním. Klíčovou úlohu v životě rodiny s dítětem s postižením sehrává otázka, jak se rodina s touto situací dokáže vyrovnat (Bartoňová, Bazalová, & Pipeková, 2007, s. 49).

V každém případě ale platí, že význam rodiny pro dítě je obecně skutečně velký. Pro každé dítě totiž právě rodiče představují tu největší jistotu, která podporuje jeho vyrovnaný a příznivý vývoj. Zároveň platí, že oba rodiče jsou pro dítě stejně důležití. Dítě si prochází obdobími, kdy se upíná spíše k matce, ale také obdobími, kdy se upíná naopak spíše k otci (Plevová, 2007, s. 21).

Úmluva o právech dítěte z roku 1989 v čl. 23 přitom zdůrazňuje, že *„duševně či tělesně postižené dítě má požívat plného a řádného života v podmínkách, které mu zajišťují důstojnost, podporují jeho sebedůvěru a umožňují mu aktivní účast ve společnosti.“*

Je to přitom právě rodina, která představuje zdaleka nejpřirozenější prostředí pro život a výchovu dítěte s mentálním postižením. Není žádné jiné prostředí, které by dokázalo poskytnout totožný pocit bezpečí, jistoty či emoční stability, jakož i takové množství podnětů pro další rozvoj (Pipeková, 2006, s. 41).

Rodiče by určitě neměli chápat postižení svého dítěte pouze jako „neštěstí“. Takový přístup vede k pasivitě a uzavření se do sebe. Ve výsledku to nepomáhá ani dítěti, ani rodičům. Naopak je nutné přejít do aktivity. Takového obratu je přitom možné dosáhnout tím, že rodiče přijmou situaci svoji i svého dítěte jako životní zkoušku a úkol. Zároveň platí, že péči o mentálně postižené dítě je nutno už od začátku adekvátně rozdělovat. Určitě by se na péči měla podílet celá rodina a nikoliv pouze obětavá maminka či babička. Mentálně postižené dítě samozřejmě představuje problém pro celou rodinu (Matějček, 1992, s. 6).

Pro socializační rozvoj dítěte s mentálním postižením jsou nejdůležitější členové rodiny – rodiče a sourozenci. Obecně platí, že chování sourozenců představuje pro člověka s postižením přirozenější model než chování dospělých. Děti totiž zdaleka nebývají natolik výrazně ovlivněné emočním traumatem z narození postiženého sourozence. Navzdory tomu samozřejmě i pro sourozence tato skutečnost představuje zátěž. Sourozenci postiženého jedince především potřebují cítit, že nejsou diskriminováni. Určitě by například měli vědět, že jejich sourozenec na základě svého postižení nemá právo zlobit (Vágnerová et al., 1999, s. 161).

V každém případě platí, že rodina svou největší úlohu splní už v okamžiku, kdy se rozhodne nerezignovat a nesvěřit dítě s postižením do trvalé ústavní péče. V takovém případě je možné hovořit o tom, že dítě má částečně vyhráno. Pobyt v harmonickém rodinném prostředí se totiž vyznačuje psychoterapeutickými a motivačními účinky (Novosad, 2006).

Role rodiny dítěte s mentální retardací ale samozřejmě není nijak snadná. Mezi nejběžnější problémy, kterým musí rodiče těchto dětí čelit, patří zejména (Vančura, 2007, s. 37–38):

- přijetí skutečnosti, že dítě je postižené,
- finanční potíže,
- čelí tenzi, která vyplývá z emoční zátěže a kterou rodiče považují za nesdělitelnou ostatním,
- vyřešení „teologických konfliktů“,
- rozhodnutí o zajištění péče pro další život dítěte,
- neobratná či nesprávně načasovaná profesionální pomoc.

Matějček (1992, s. 10) vnímá v otázce péče o mentálně postižené dítě zejména to, aby se rodiče, jakož i členové rodiny co nejvíce snažili využívat všech možností, které jim nabízejí například dětská centra, sdružení, poradny nebo denní stacionáře, a to v tom, že mohou přicházet do kontaktu s rodiči, kteří mají rovněž postižené dítě. Veškeré podobné problémy se totiž mnohem jednodušeji zvládají v případě, že člověk je ve společnosti lidí, které potkal stejný osud. Nicméně nejsou to samozřejmě zdaleka jen starosti a těžkosti, které mohou rodiče sdílet. Rodiče se zde totiž dostávají do kontaktu s někým, kdo už ví, co to znamená dítě něčemu naučit a jak dosáhnout jakkoliv malého pokroku ve vývoji. Samozřejmě zde rodiče získávají také řadu praktických poznatků a zkušeností.

Základem potřeby rodiny s dítětem s mentálním postižením je podle Pipekové (2006, s. 42) následující:

- **Adekvátní informovanost** – jedním ze zásadních okamžiků rodiny je poskytnutí informací o postižení dítěte. Rodina má právo o postižení vědět, pokud možno, co nejvíce.
- **Emociální podpora** – poskytována například ze strany specialistů, formou psychoterapie.
- **Finanční a sociální podpora** – je velmi důležitá, především pokud jde o praktickou oblast péče o postižené dítě. Snaha spočívá zejména v tom, aby dítě nemuselo být umístěno do institucionální péče, jestliže to není vysloveně nezbytné. O to podstatnější je pak podpora rodiny od specialistů, zřizování denních zařízení, možnosti krátkodobého umístění mimo rodinu a osvětová činnost ve společnosti, neboť ta ještě stále není připravena na začlenění jedinců s mentální retardací do společnosti.

Jak bylo vysvětleno, je velmi vhodné, aby mentálně postižené dítě žilo v kruhu své vlastní rodiny. Ostatně i Deklarace práv mentálně postižených osob, která byla přijata OSN o v roce 1971, konkrétně v článku 4 uvádí následující: *„Jestliže je to možné, mentálně postižený jedinec by měl žít v kruhu své vlastní rodiny či v rodině opatrovníka a účastnit se různých forem společenského života. Z toho důvodu má být zároveň v rodině, ve které postižený jedinec žije, poskytována adekvátní pomoc.“*

Jedincům s postižením jsou v současné době přiznávána práva na plnohodnotný život ve společnosti, do které se narodili. Nicméně společnost je zároveň povinna „vytvořit

*takový systém specifických služeb a podpor, aby jejich potřeby mohly být po celý jejich život přiměřeně naplňovány a aby byla dosažena pokud možno co nejvyšší možná kvalita života.*“ (Černá, 2008, s. 76)

Podle odborné literatury, jakož i poradenské praxe shrnuje Černá (2008, s. 132–134) různé přehledy týkající se podpory, která je poskytována rodinám s mentálně retardovanými dětmi. Autorka je seřadila do následujících skupin:

- **Legislativní podpora** – veškeré platné právní předpisy, vyhlášky i metodické pokyny, které upravují zdělování žáků s mentální retardací.
- **Finanční podpora** – sociální příspěvky, jakož i dávky a jiné formy podpory pro rodiče dětí s mentální retardací.
- **Operativní podpora** – materiální podpora jedinců s mentální retardací, a to během jejich vzdělávání a posléze i uplatnění na trhu práce (tj. například osobní asistence či kompenzační pomůcky).
- **Poradenská podpora** – existují tři druhy. Jde o oblast:
  - zdravotní a lékařskou,
  - psychologickou,
  - pedagogickou.
- **Vzdělávací podpora** – poskytují ji učitelé, a to jak v běžných, tak i ve speciálních školách. Je však poskytována také ze strany poradenských institucí. To znamená např.:
  - poradensko-psychologické poradny,
  - speciálně-psychologická centra.
- **Informační podpora** – jedná se o knihy, časopisy, internet či poradny. Spadá sem také takzvaná „laická“ posila. Informace se předávají mezi rodinnými příslušníky vzájemně či jsou přijímány od blízkého okolí nebo rodin dítěte s postižením.
- **Svépomocná podpora** – jde o nejrůznější sdružení nebo kluby rodičů s dětmi s mentální retardací.

## **1.5 Komunikace s dětmi s mentálním postižením**

Velmi důležitou úlohu při zapojení dětí s mentální retardací do společnosti sehrává zejména jejich schopnost komunikovat. Obecně je samozřejmě možné říci, že vzájemné

dorozumívání se s dalšími lidmi vytváří a udržuje mezilidské vztahy. Právě z toho důvodu důležitost a význam komunikace nelze nikdy v dostatečné míře ocenit, přičemž toto obzvláště platí pro ty osoby, kterým je řeč odepřena. V tomto konkrétním případě jde samozřejmě o mentálně postižené děti, které, jak už bylo vysvětleno, mají s komunikací značné potíže.

Podle Kubové (1996, s. 7) má komunikace, a především pak mluvená řeč skutečně zásadní význam pro rozvoj inteligence, a tím i celé osobnosti. Děti zkoumají své okolí do velké míry právě za pomoci řeči. Seznamují se s věcmi a pojmenovávají je. Mnoho zvědavých otázek výrazně rozšiřuje rozsah jejich znalostí a zároveň i možnosti jejich zážitků.

Komunikaci je přitom možné členit následujícím uvedeným způsobem (Klenková, 2006, s. 29–30):

- **Komunikace verbální** – jedná se o veškeré komunikační procesy uskutečňované prostřednictvím mluvené či psané řeči.
- **Komunikace neverbální** – v tomto případě jsou využívány i mimoslovní prostředky. Jde tudíž o všechny dorozumívací prostředky neslovní podstaty. Neverbálně je přitom možné komunikovat za pomoci gest.

Právě řečová schopnost je přitom u dětí s mentální retardací vždy výrazně narušená. Začátky tak bývají opožděné. Zároveň se jedná o jeden z nejjevidentnějších příznaků, který je velmi nápadný. Jak bylo vysvětleno, v případě těchto dětí je vývoj řeči opožděný a omezený. Právě podle tohoto příznaku také rodiče poznají, že jejich dítě se „nějak odlišuje od jiných“. Mentálně postižené děti z důvodu své nízké mentální úrovně nedosáhnou ve vývoji řeči normy. Gramatická, zvuková či obsahová stránka je tudíž vždy omezená (Lechta, 2002, s. 76).

Určitých pokroků je však rozhodně možné dosáhnout, a to prostřednictvím speciální péče, avšak je nutno dodat, že i navzdory tomu dítě není schopné dosáhnout takové úrovně, aby se nijak nevymykalo normě. U intaktních dětí je možné vývoj řeči pozorovat již kolem prvního roku života. Právě v tomto věku je také možné pozorovat jisté odchylky u mentálně postižených dětí, kdy se začínají vymykat normě. Nicméně přímo o mentální retardaci se samozřejmě nemusí jednat ve všech případech, kdy se dítě



jeví opožděné v období mezi druhým a třetím rokem života. Vždy je nutno provést diferenciální diagnostiku. Jedině takto lze vyloučit například (Lechta, 2002, s. 76–77):

- nemluvnost na základě nějaké sluchové vady,
- poruchu mluvidel,
- prosté opoždění ve vývoji řeči,
- vývojovou dysfázi,
- zanedbanou péči o vývoj řeči,
- neurózu řeči atd.

Klenková (2006, s. 198–199) vysvětluje, že začátek vývoje řeči bude vždy záviset na typu, formě a stupni mentálního postižení:

- **Dítě s lehkou mentální retardací** – na rozdíl od intaktních dětí je řeč opožděna asi o jeden až dva roky. Dospěje až ke schopnosti zobecňování a abstrahování. Nemusí být nápadná, avšak stává se, že verbálně selže v neočekávaných komunikačních situacích. U dítěte se může korektně vyvinout artikulace. Na druhou stranu porozumění obsahu řeči, které se přímo odvíjí od inteligence, je značně narušeno. Zpravidla to bývá u dětí, které nemají porušenou motoriku a disponují výrazně vyvinutou napodobovací schopností – dovedou reprodukovat i modulaci řeči a jsou schopné se naučit reprodukovat celé písničky.
- **Dítě se střední mentální retardací** – k vývoji řeči u něj dochází kolem třetího až šestého roku života. V některých případech dítě dokáže mechanicky zopakovat i delší řečové celky, avšak není schopné porozumět obsahu. Jedná se tak o projev spíše pasivního napodobování nežli o vlastní aktivní zpracování. Dítě obvykle zvládá i základy trivia, tj.:
  - psaní,
  - čtení,
  - počítání.
- **Dítě s těžkou mentální retardací** – u dítěte s touto fází poruchy se naopak řeč nikdy nevytvoří. V některých případech zůstane na úrovni pudových hlasových projevů. Na základě toho je schopno pouze vydávat hlas, který obměňuje dle toho, jestli se jedná o prosbu, zlost nebo přání.

- **Dítě s hlubokou mentální retardací** – rovněž se nikdy nerozvine řeč, avšak v tomto případě obvykle dítě ani není schopné projevit své potřeby či city. Dokáže vydávat pouze neartikulované zvuky.

### 1.5.1 Alternativní a augmentativní komunikace a její význam

Z výše uvedeného je zřejmé, že dětem s mentální retardací je komunikace mluvenou řečí víceméně odepřena. Díky tomu je jim však bohužel znemožněna výměna informací, interakce s okolím a v podstatě i jejich celkové začlenění do společnosti. Ocitáme se tak před nelehkou úlohou, jak jim toto vše zprostředkovat. Řešením je proto zvolit adekvátní způsob alternativního či augmentativního komunikačního systému, který by dětem s mentální retardací lépe vyhovoval. V praxi přitom platí, že alternativní a augmentativní komunikační metody se využívají jednak při vzdělávání dětí s mentální retardací, ale jednak i jako metody, díky kterým děti dokáží navázat kontakt se svým okolím.

Podle Bendové (2011, s. 104) je zmiňovaná alternativní a augmentativní komunikace rozvíjející se multidisciplinární oblast, která je zaměřená na možnosti využití doplňkové a náhradní komunikace u osob s těžkými poruchami expresivní složky řeči.

Jinak řečeno, jsou to způsoby dorozumívání se, které dokáží nahradit běžnou řečovou komunikaci (alternativní komunikace) či ji rozšiřují o jiné podpůrné prvky (tzn. augmentativní formy) – tudíž pohyby, gesta atp. (Slowík, 2016, s. 93).

Augmentativní komunikace je určena pro doplnění a k podpoře rozvoje stávajících, tudíž nedostatečně vyvinutých komunikačních kompetencí dítěte. Alternativní komunikační systémy jsou pak využívány jakožto náhrada mluvené řeči. Systémy, jež mají u dětí s narušenou expresivní složkou řeči substituovat či nahradit standardní komunikační kód, tzn. jazyk, je možné klasifikovat dle několika hledisek. Nejběžněji využívaným dělením je klasifikace podle způsobu přenosu informace, a to na (Bendová, 2011, s. 104):

- **Statické** – sem patří:
  - předměty,
  - fotografie,
  - obrázky,
  - piktogramy,

- systém Bliss,
- VOKS,
- Braillovo písmo,
- písmo.
- **Dynamické** – zakládají se na aplikaci znaků a gest, tzn. například:
  - znakový jazyk,
  - znaková čeština,
  - daktyl,
  - Makaton,
  - znak do řeči atd.

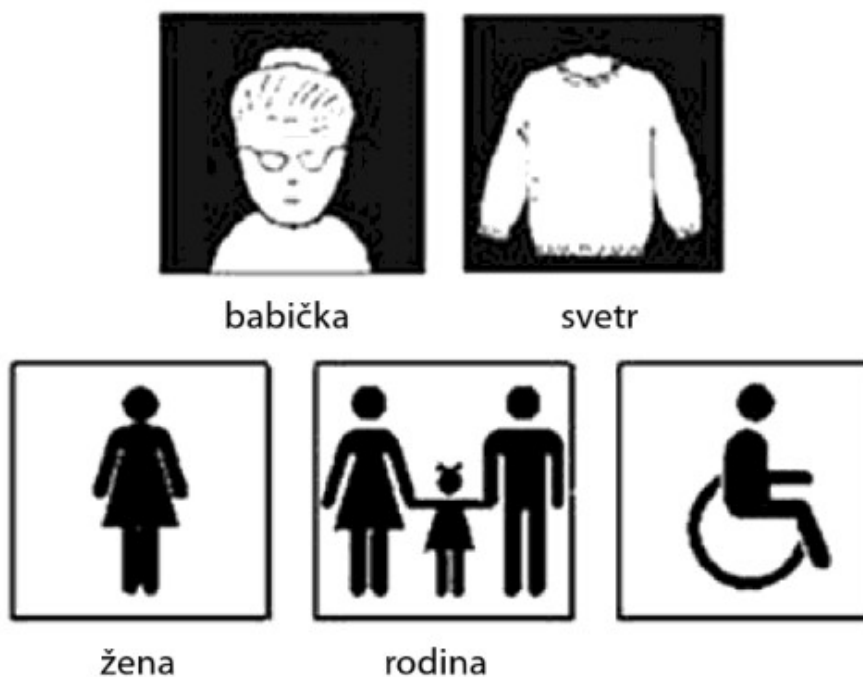
Obecně je tudíž možné konstatovat, že cílem alternativních a augmentativních systémů je omezit možnost vzniku komunikačního deficitu. Na základě toho je pak vytvořen nový podpůrný neboli augmentativní, či náhradní neboli alternativní komunikační kanál. Díky tomu je umožněno dětem s výrazně narušenou komunikační schopností stát se rovnocennými komunikačními partnery (Bendová, 2011, s. 104).

Pro alternativní či augmentativní komunikaci je přitom zpravidla využíváno mnoho dorozumívacích systémů, které jsou více či méně podobné, či naopak zcela odlišné od běžně používané řeči. Za nejjednodušší podpůrnou metodu je možné považovat znak do řeči. Jde o gestikulaci či jednoduché pohybové nebo pantomimické vyjádření, které v některých případech může dostačovat pro doplnění jinak nedostatečně srozumitelného řečového projevu. Dobře známým specifickým komunikačním systémem je pak znakový jazyk. Ten využívají zejména neslyšící jedinci. Představuje však zcela svébytný dorozumívací prostředek se speciálními výrazovými prostředky, které jsou odlišné od struktury běžného jazyka (na rozdíl od značkové češtiny). Tímto se však bohužel stává jazykem pro velice úzký okruh lidí ve společnosti (Slowík, 2016, s. 94).

U dětí s těžkými vadami a poruchami řeči a rovněž u dětí s těžkou mentální retardací či u dětí s autismem jsou s úspěchem používány zejména piktogramy. Jde o jednoduché komunikační obrázky, které jsou srozumitelné prakticky pro kohokoliv. Mohou posloužit dokonce i k vyjadřování celých jednoduchých vět. Zpravidla jsou tištěné jako bílé obrázky na černém podkladu, ale mohou mít také inverzní podobu, tzn. černé obrázky na bílém podkladu.

Komunikační piktogramy jsou znázorněny na obrázku přiloženém níže (viz obrázek č. 3). Jedním z nejznámějších piktogramů je pak ten, který označuje osoby se zdravotním postižením. Na přiloženém obrázku je umístěn vpravo dole:

Obrázek č. 3 – Vybrané komunikační piktogramy



Zdroj: Slowík, 2016, s. 94

Poněkud méně známým a zároveň i méně rozšířeným uceleným systémem je Bliss či Makaton. Tyto systémy jsou založené na formě jakéhosi obrázkového písma, případně i ve spojení s pohybovými znaky (Slowík, 2016, s. 94).

Podle Klimentové (2018, s. 65) je zmiňovaný Makaton komplexním komunikačním systémem, který je obecně zacílen na děti, ale i na dospělé osoby s takovým postižením, které jim značně ztěžuje či zcela znemožňuje plnohodnotnou komunikaci s jejich sociálním okolím. V rámci tohoto specifického systému je využívána kombinace manuálních znaků a mluvené řeči, avšak zapojená jsou taktéž gesta, výrazy obličeje, oční kontakt a řeč těla. V optimálním případě vypadá komunikace tak, že komunikující vyřkne slovo, ukáže znak a souběžně s tím ukáže na dostupný symbol, kdy komunikát ještě provází adekvátní mimikou.

Systém Makaton původně vznikl jakožto komunikační systém, jehož cílem bylo umožnit porozumění s dětmi, jejichž řeč není dostatečně srozumitelná. Autory tohoto systému jsou Margret Walker, Kathy Johnston a Tony Cornforthem. Název systému

přítom vznikl spojením počátečních písmen křestních jmen těchto autorů (Klimentová, 2018, s. 65).

Obrázek č. 4 – Symboly Makatonu



Zdroj: Klimentová, 2018, s. 65

Jak je patrné na obrázku výše (viz obrázek č. 4), symboly Makatonu jsou zpravidla černobílé obrázky zobrazující základní slovní zásobu k dennímu použití. Jedinci, kteří je používají, mají jejich prostřednictvím možnost sestavovat seznamy, věty či jednoduché příběhy. U nás jsou využívány prakticky výhradně pouze manuální znaky Makatonu, které jsou provázeny mluvenou řečí. Jde asi o 450 znaků pro využití v každodenním životě. Znaky slovníku Makaton lze kombinovat do frází, vět či jsou užívány k učení se dalším znakům, symbolům, obrázkům nebo slovům mluvené řeči (Klimentová, 2018, s. 65).

Podobným systémem je také výše zmiňovaný komunikační systém Bliss, který rovněž místo slov používá jednoduché obrázky. Vyvinul jej Charles Bliss. Inspiraci si tento autor vzal z čínských obrázkových písmen. Tento systém měl přitom sloužit k lepšímu vzájemnému porozumění mezi národy. Až v roce 1971 začali zaměstnanci střediska pro postižené děti v kanadském Torontu hledat, co by mohlo posloužit jako komunikační médium pro nemluvící postižené děti, přičemž Bliss systém byl upraven a rozvinut takovým způsobem, aby těmto jedincům byl schopen posloužit (Klenková, 2006, s. 209).

Ukázka symbolů komunikačního systému Bliss je přiložena na obrázku níže (viz obrázek č. 5).

Obrázek č. 5 – Symboly Bliss

Osoby	Muž 人	Žena △	Osoba ⊥	Já, mě, mne ⊥ <sub>1</sub>	Dítě ♀
Věci Předměty	Tělo ○	Kniha □	Květina ♀	Dům ⌣	Ovoce ♂
Činnosti	praco- vat ⤴	mýt ⤵	vidět ⦶	cítit ⦶	pomáhat ⤴
Vlastností a pocity	šťast- ný ♥↑	špatný ♥-	zmatený ♥↕	velký ↓ I	malý ↓ i
Vztahy	před ·	za  ·	mezi  ·	s +	proti «
Představy	čas ⊕	rozum ∩	Bůh △	počasí ⊕	svoboda ⊕

Zdroj: Klenková, 2006, s. 209

Nakonec je ještě pro zajímavost možné dodat, že naprosto specifickým je dorozumívání hluchoslepých osob, které využívají zvláštní varianty komunikačních metod určených pro zrakově či sluchově postižené (např. Braillovo písmo, taktilní znakový jazyk či daktylotika do dlaně) či mohou jako komunikační smysl s úspěchem používat pouze hmat a na něm založené dotykové dorozumívací systémy (např. LORM) (Slowík, 2016, s. 94).

Volba ideálního komunikačního systému za účelem vytvoření funkční komunikace mezi dítětem, které má narušenou expresivní složku řeči, a jeho sociálním okolím je přitom vždy podmíněna diagnostickými závěry, a to hned několika sfér. Při výběru alternativní a augmentativní komunikace je nutno zohlednit zejména následující (Bendová, 2011, s. 104–105):

- úroveň chápání signálů nonverbální komunikace,
- úroveň chápání řeči,
- aktuální způsoby komunikace (verbální i neverbální), jakož i jejich úspěšnost,
- způsobilost vyjadřovat souhlas či naopak nesouhlas,
- pochopení symbolů a případné čtenářské dovednosti,
- zrakové a sluchové vnímání,

- motivace ke komunikaci a potřeba dorozumět se,
- sociální dovednosti včetně vztahů k vrstevníkům,
- kognitivní schopnosti,
- základní znalosti a perspektivy školského zařízení,
- způsob trávení volného času.

Nutno ale říci, že náhrada mluvené řeči má v těchto případech samozřejmě vždy svá pozitiva, ale i negativa. Tato komunikace sice pro některé děti představuje prakticky jedinou možnost dorozumívání se s ostatními, což je možné vždy považovat za lepší variantu, nežli naprostou komunikační izolaci, avšak na druhou stranu nemusí být (a je třeba podotknout, že v praxi ani není) srozumitelná pro převážnou část okolí. Díky tomu se bohužel okruh komunikačních partnerů pro znevýhodněné dítě výrazně zužuje, a to pouze na osoby, které v dostatečné míře ovládají totožné dorozumívací metody. Je tedy možné říci, že i navzdory uvedenému tak zvýšené riziko sociální izolace u těchto dětí nadále přetrvává (Slowík, 2016, s. 93).

Velice častou obavou rodičů a učitelů týkající se používání těchto komunikačních technik také je, jak moc je pravděpodobné, že dojde k ovlivnění vývoje řeči. Za dobrou zprávu je možné považovat skutečnost, že existuje široká evidence, která dokazuje, že tyto techniky nepředstavují bariéru vývoje řeči (Bendová, 2011, s. 104).

## **1.6 Kvalita života dětí v DOZP**

Kvalita života je zejména v dnešní době jedním ze skutečně živých a diskutovaných otázek prakticky ve všech vyspělých státech světa. Tento trend rovněž reflektuje veškeré vědní obory, jako je pedagogika, psychologie, medicína, filosofie atd. Úhel pohledu uváděných vědních oborů se přitom značně liší, tudíž i teoretické vymezení toho, co si pod kvalitou života vlastně představit, či jaké oblasti zahrnuje a jakými metodami je možné ji měřit, jsou odlišné (Pipeková, 2006).

V běžném životě jsou lidé zpravidla zvyklí hovořit o kvantitě, tedy délce života, která je uváděna počtem let, a je možné ji relativně jednoduše určit. To ale neplatí pro kvalitu života, neboť ta představuje něco, na co mají různí lidé různé názory. Jestli se zaměříme na výraz „kvalita“ sémanticky, pak lze hovořit o „jakosti“ či „hodnotě“.

Mezi odbornou veřejností přitom panuje shoda v tom, že výraz kvalita života obsahuje celkem tři klíčové oblasti (Dvořáčková, 2012):

- fyzické prožívání,
- psychickou pohodu,
- sociální postavení jedince a jeho vztahu k dalším lidem.

V souvislosti s tématem této práce je ale důležité podotknout, že kvalita života nereprezentuje jenom individuální standard. Naopak je velmi úzce spjatá také s prostředím, ve kterém člověk žije. Spjata je však také s potřebami lidí či jejich požadavky. Může být chápána jako výsledek působení řady faktorů, a to jak sociálních, zdravotních, ekonomických či environmentálních (Dvořáčková, 2012).

Konkrétně je ke konceptu kvality života totiž možné přistupovat z celkem dvou hledisek (Vaňurová & Mühlpachr, 2005):

- **Subjektivní hledisko** – objektivní kvalita života bude sledovat materiální zajištění, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví. Je tudíž možné ji definovat jakožto soubor ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek, které ovlivňují člověka.
- **Objektivní hledisko** – subjektivní kvalita života se bude naopak týkat jedincova vnímání vlastní pozice ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému. Samotná spokojenost je pak závislá na jeho osobních cílech, očekáváních i zájmech. Právě k tomuto hodnocení kvality se v dnešní době experti ve všech oborech silně přiklánějí, a to jakožto k zásadnímu a určujícímu pro život.

Pokud jde konkrétně o kvalitu života dětí, které žijí v domovech pro osoby se zdravotním postižením, platí, že ta se bude jednoznačně vždy odvíjet od kvality poskytované služby.

Obecně lze tvrdit, že za kvalitní službu v podmínkách sociálních služeb je možné považovat takovou službu, která je (Hronová, 2009):

- uskutečňována ze strany kvalifikovaných zaměstnanců,
- poskytována s adekvátním technickým a dalším vybavením,
- poskytována adekvátně vzhledem k aktuálnímu stavu uživatele,



- pro zdravotní stav i kvalitu života uživatele představuje přínos,
- z hlediska hodnotové a emociální rovnováhy je akceptovatelná,
- přiměřeně bezpečná,
- řádně zdokumentovaná a zdůvodnitelná.

V domovech pro osoby se zdravotním postižením jsou nicméně ukazateli kvality života uživatelů obecně i jejich individuální plány. Tyto individuální plány jsou přitom s uživateli vypracovávány hned na samotném počátku poskytování sociální služby. Každý uživatel má pak svého klíčového pracovníka, s kterým individuální plán sestavuje. V takovémto plánu je zahrnut osobní cíl, přání i potřeby uživatele (Matoušek et al., 2005).

Samozřejmě osobní cíle uživatelů formulované na základě jejich potřeb by měly být měřitelné a měly by také reflektovat cíle organizace. Je vhodné, aby samotný uživatel byl co nejvíce zapojován přímo do rozhodování o službě, a k tomu je samozřejmě zapotřebí, aby mu byly pro něj srozumitelnou formou popsány možnosti i důsledky rozhodnutí. Rovněž je vhodné, aby se uživatelé (za předpokladu, že to jejich schopnosti dovolí) vyjadřovali k samotnému průběhu péče. Jestliže tato zpětná vazba chybí, vypovídá to nejenom o kvalitě služby, ale rovněž o absenci partnerského přístupu k uživatelům (Matoušek et al., 2005).

V souvislosti s ukazatelem kvality v domovech pro osoby se zdravotním postižením je třeba se zmínit také o skutečnosti, že poskytovatelé sociální služby v těchto zařízeních by neměli za pomoci svých služeb nahrazovat běžně dostupné veřejné služby, ale naopak především pomáhat vytvářet příležitosti k tomu, aby takovéto služby mohli sami uživatelé využívat. Právě za pomoci takovéhoho přístupu lze předcházet sociálnímu vyloučení uživatelů. Na závěr je třeba dodat, že obecně bývá jedním z nejběžnějších nástrojů pro měření kvality života v domovech pro osoby se zdravotním postižením buď rozhovor, či dotazování (Matoušek et al., 2005).

## 2 Sociální služby

*„Ať už se člověk potýká s postižením jakéhokoliv druhu, vždy existuje řada možností, jak mu pomoci.“*

Susan Kerr

Sociální služby se z části prolínají s širší kategorií veřejných služeb. Tyto jsou přitom poskytovány v zájmu veřejnosti a na rozdíl od komerčních služeb je jejich financování realizováno z veřejných rozpočtů. Jsou také daleko pečlivěji vymezeny legislativou nežli jakékoliv jiné služby a na základě toho jsou také mnohem závislejší na politickém rozhodování státu, krajů i obcí. Sociální služby je nicméně možné poskytovat i jako služby komerční. K tomu dochází na základě obchodního kontraktu mezi poskytovatelem a uživatelem (Matoušek, 2007).

Sociální službu je možné vymezit jako typ sociální péče, která je poskytovaná konáním (službou) státní instituce ve prospěch jiné osoby. Z poněkud širšího pohledu pak jde o činnosti ve prospěch občanů, které jsou poskytovány ze strany veřejnoprávních či soukromoprávních subjektů a jako sociální práce ve prospěch lidí v sociální nouzi (Tomeš, 2001).

V zahraniční literatuře lze ovšem narazit také na pojem „human services“, což je možné přeložit do češtiny jako humanitní služby. V humanitních službách přitom pracují ti, kteří se poskytováním služeb lidem zabývají jakožto profesionálové či naopak jako dobrovolníci. Výraz humanitní služby je velmi široký. V nejširším pojetí do něj lze začlenit rovněž následující služby (Matoušek, 2007):

- vzdělávací,
- zdravotnické,
- administrativní.

V tuzemských podmínkách se však tento pojem (humanitní služby) naopak využívá v mnohem užším významu. Je jím zpravidla myšlena přímá materiální pomoc lidem, kteří jsou v akutní nouzi (Hrozenská & Dvořáčková, 2013).

Obecně lze říci, že sociální služby se poskytují lidem, kteří jsou nějakým způsobem společensky znevýhodněni. Hlavním cílem je zejména zlepšit kvalitu jejich života nebo

je v maximální možné míře začlenit do společnosti, či naopak společnost chránit před riziky, jejichž mohou být tito lidé nositeli. Proto obecně zohledňují jak osobu jeho uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, do kterých patří, případně i zájmy širokého společenství. Matoušek (2007) však v této souvislosti dodává, že zmiňované vymezení překračuje definici sociálních služeb jakožto služeb, které spadají do oblasti řízené v ČR Ministerstvem práce a sociálních věcí.

Totíž kupříkladu kojenecké ústavy, ve kterých je pečováno o děti, o které se rodiče nechtějí či nedokáží postarat, řídí Ministerstvo zdravotnictví. Výchovné ústavy pro děti a mládež pak spadají pod řízení Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. Dále je třeba zmínit léčebny dlouhodobě nemocných, které spadají pod Ministerstvo zdravotnictví, či prevenci kriminality mládeže, kterou se zabývá Ministerstvo vnitra, a probační a mediační službu ČR, která působí v rezortu Ministerstva spravedlnosti. V těchto uváděných, ale i dalších případech jsou sociální služby poskytovány ve zdánlivě „nepříslušném“ resortu. Sociální služby ve zmiňovaném širším vymezení spadají do řady resortů státní správy a dotýká se jich široká oblast právních předpisů (Matoušek, 2007).

## **2.1 Zákon o sociálních službách**

Hned úvodem je třeba říci, že mezi klíčové zákonné normy v sociální oblasti patří tyto uvedené (Malíková, 2020, s. 38):

- zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách,
- zákon č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách,
- zákon č. 206/2009 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách,
- vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách,
- vyhláška č. 239/2009 Sb., kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách,
- vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických a jiných odborných pracovníků.

Malíková (2020, s. 38) dále dodává, že pro uskutečňování veškerých činností v celé sociální oblasti a poskytování sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb platí mnoho zákonných norem a právních předpisů, které se vztahují i k samotnému provozu. Jde zejména o hygienické normy, oblast bezpečnosti práce a ochrany zdraví při práci a další.

Klíčovým zákonem v oblasti sociálních služeb je však pochopitelně výše uváděný zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Ten vstoupil v platnost počátkem roku 2007, přičemž poslední stav textu je účinný od 1. července roku 2019 (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Pokud nahlédneme do důvodové zprávy k tomuto zákonu, zde je uvedeno, že hlavním cílem tohoto právního předpisu je vytvořit podmínky pro uspokojování oprávněných potřeb jedinců, kteří jsou oslabeni v jejich prosazování. Tento zákon zajišťuje základní rámec k zabezpečení potřebné pomoci, přičemž pomoc je vymezena jakožto soubor činností, které jsou nutné k sociálnímu začlenění osob, a důstojné podmínky života odpovídající úrovni rozvoje společnosti. Dle tohoto zákona má být poskytována pomoc (Důvodová zpráva k zákonu č. 108/2006 Sb.):

- Dostupná – a to jak ekonomicky, tak i územně či informačně atd.
- Efektivní – tzn., že je individualizovaná, tj. „šitá na míru“ každému klientovi.
- Kvalitní – je zajišťována způsobem odpovídajícím poznání a možnostem společnosti.
- Bezpečná – tzn., že neomezuje zájmy a práva osob.
- Hospodárná – veřejné, jakož i osobní výdaje na poskytnutí pomoci by měly pokrývat rozsah potřeb.

Zákon č. 108/2006 Sb. byl přitom v roce 2006 schválen až po mnoha letech snahy o novou legislativní úpravu sociálních služeb. I navzdory tomu je ale potřeba zmínit, že od roku 1989 až do tohoto okamžiku řada především nestátních neziskových organizací poskytovala služby, které sice neměly legislativní oporu, ale i přesto byly často velice inovativní a kvalitní. Neexistence legislativní úpravy v této době ovšem zpomalovala další rozvoj sociálních služeb (Malík Holasová, 2014, s. 53).

Koncepce zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, byla vytvořena v harmonii s mezinárodními a národními legislativními a strategickými dokumenty (Malík Holasová, 2014, s. 53):

- Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod,
- Evropská sociální charta,
- Společné memorandum o sociálním začleňování,
- Ústava ČR,
- Bílá kniha v sociálních službách,
- Národní akční plán sociálního začleňování.

Tento zákon přinesl řadu skutečně významných změn. Malík Holasová (2014, s. 53) uvádí především tyto změny:

- Došlo k zavedení příspěvku na péči uživatelům.
- Byla vytyčena nová kategorizace služeb – konkrétní podoby a typy sociálních služeb.
- Bylo určeno plánování služeb.
- Došlo k zavedení povinné registrace poskytovatelů.
- Došlo ke stanovení minimální úrovně odborného vzdělání sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách a jejich další vzdělávání.

I nadále je však financování sociálních služeb zabezpečeno dotacemi ze státního rozpočtu. Ministerstvo práce a sociálních věcí jakožto řídicí a koordinační orgán začalo lépe prosazovat proces deinstitutionalizace a přeměnu sociálních služeb. Sociální služby se totiž neustále vyvíjejí a postupně tak dochází i ke vzniku naprosto nových služeb na základě nových sociálních problémů (Malík Holasová, 2014, s. 53).

Obecně je pak posláním zákona o sociálních službách zejména (Malík Holasová, 2014, s. 38–39):

- Chránit práva a oprávněné zájmy lidí, kteří si je nedokáží prosadit vlastním přičiněním, neboť se potýkají s nějakým omezením (ať už jde o omezení z důvodu věku, zdravotního postižení, krizové životní situace, nedostatečně podnětného prostředí atd.).
- Vytvořit právní rámec pro vztahy při nutném zajištění podpory a pomoci lidem v nepříznivé sociální situaci.

- Definovat práva a povinnosti jednotlivců, ale i obcí, krajů či států a poskytovatelů sociálních služeb.
- Vymezit podmínky pro výkon sociální práce ve všech společenských systémech, kde sociální pracovníci pracují.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách přitom vymezuje celkem tři základní druhy služeb (Mahrová & Venglářová, 2008, s. 41):

- **Sociální poradenství** – představuje neoddělitelnou součást veškerých sociálních služeb. Smyslem je poskytnout potřebné informace, které klientovi napomáhají k řešení jeho nepříznivé sociální situace. Sociální poradenství je dále členěno následujícím způsobem:
  - Základní sociální poradenství – představuje součást všech typů poskytovaných sociálních služeb. Každému v nepříznivé sociální situaci musí být poskytnuty informace, které mu pomohou k jejímu úspěšnému vyřešení.
  - Odborné sociální poradenství – zaměřuje se specificky na jednotlivé sociální skupiny. Poskytuje se v poradnách, jako např.:
    - manželských,
    - občanských,
    - pro seniory,
    - pro osoby se zdravotním postižením atd.
- **Služby sociální péče** – jejich smyslem je zajistit základní životní potřeby v případech, že nemohou být zabezpečeny bez péče jiné osoby. Zaměřují se na to, aby napomáhaly lidem zajistit si fyzickou a psychickou soběstačnost (Mahrová & Venglářová, 2008, s. 41).

Podle Malíkové (2020, s. 45) sem konkrétně spadají tyto uvedené služby sociální péče:

- osobní asistence,
- pečovatelská služba,
- tísňová péče,
- průvodcovské a předčitatelské služby,
- podpora samostatného bydlení,
- odlehčovací služby,

- centra denních služeb,
  - denní stacionáře,
  - týdenní stacionáře,
  - domovy pro osoby se zdravotním postižením
  - domovy pro seniory,
  - domovy se zvláštním režimem,
  - chráněné bydlení,
  - sociální služby ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.
- **Služby sociální prevence** – jsou určeny zejména k předcházení a zabraňování sociálního vyloučení lidí, kteří jsou ohroženi sociálními negativními jevy. Obecně jsou tudíž zacíleny na oblast takzvaných sociálně negativních jevů, mezi které lze zařadit například (Mahrová & Venglářová, 2008, s. 41):
    - kriminalitu,
    - bezdomovectví,
    - zneužívání návykových látek,
    - krize v rodině a další.

Jedná se o následující uvedené služby (Malíková, 2020, s. 46–47):

- raná péče,
- telefonická krizová pomoc,
- tlumočnické služby,
- azylové domy,
- domy na půl cesty,
- kontaktní centra,
- krizová pomoc,
- nízkoprahová denní centra,
- nízkoprahová zařízení pro děti a mládež,
- noclehárny,
- služby následné péče,
- sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi,
- sociálně aktivizační služby,
- sociálně terapeutické dílny,
- terapeutické komunity,
- terénní programy,
- sociální rehabilitace.

Nakonec je třeba dodat, že dle místa poskytování lze zmiňované sociální služby dělit následujícím způsobem (Ondrušová & Krahulcová, 2019, s. 228):

- **Terénní služby** – poskytují se přímo v prostředí, ve kterém daný jedinec žije. Obvykle se jedná o poskytování:
  - pečovatelské služby,
  - osobní asistenci,
  - terénních programů pro ohroženou mládež atd.
- **Ambulantní služby** – za těmito službami musí jedinec docházet sám. Jedná se o specializovaná zařízení, jako:
  - poradny,
  - denní stacionáře,
  - kontaktní centra,
  - centra denních služeb atd.
- **Pobytové služby** – poskytují se v zařízeních, ve kterých daný jedinec po jistou dobu, ať už po celý den, či po celý rok, pobývá. Právě do této skupiny pak spadají i domovy pro osoby se zdravotním postižením, kterými se zabývá tato práce. Mezi další zařízení, které do těchto služeb spadají, patří následující:
  - domovy pro seniory,
  - domovy se zvláštním režimem,
  - chráněné bydlení,
  - azylové domy,
  - týdenní stacionáře atd.

## 2.2 Domov pro osoby se zdravotním postižením

Jak už bylo zmíněno výše, jednou z pobytových služeb je i domov se zdravotním postižením. Konkrétně se jedná o „*pobytovou službu s celoročním provozem, která slouží pro osoby se sníženou soběstačností, jež potřebují stálou pomoc a souhrnnou péči.*“ Tyto osoby totiž nedokáží po delší dobu setrvat ve svém původním sociálním prostředí (Malíková, 2020, s. 45).



Za součást poskytovaných služeb je v tomto případě možné považovat také následující činnosti (Malíková, 2020, s. 45):

- výchovné,
- aktivizační,
- sociálně-terapeutické.

Čeledová a Čevela (2017, s. 465) vysvětlují, že tato služba se poskytuje za úhradu. Celkově je možné říci, že pobyt v tomto zařízení nahrazuje domácí prostředí. Detailní výčet základních činností a úkonů, které jsou zahrnuty do služeb poskytovaných v domovech pro osoby se zdravotním postižením, uvádí například Králová a Rážová (2007, s. 55):

- **Zajištění ubytování.** Jedná se především o:
  - ubytování,
  - úklid.
- **Zajištění stravy:** Jedná se především o:
  - zabezpečení stravy adekvátní věku a potřebám dietního stravování, a to po celý den (rozsah alespoň tři hlavní jídla).
- **Podpora při provádění běžných činností, týkajících se péče o vlastní osobu.** Jedná se zejména o pomoc při:
  - oblékání a svlékání,
  - přemísťování na lůžko či vozík,
  - vstávání z lůžka,
  - uléhání na lůžko nebo při změnách polohy,
  - podávání jídla a pití,
  - prostorové orientaci a při samostatném pohybu (týká se jak vnitřních, tak externích prostor).
- **Podpora při osobní hygieně či poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.** Jedná se zejména o pomoc při:
  - úkonech osobní hygieny,
  - základní péči o vlasy a nehty,
  - použití toalety.

- **Výchovné, vzdělávací a aktivizační aktivity:** Jedná se především o:
  - pracovně-výchovnou činnost,
  - učení se a upevňování motorických, psychických a sociálních dovedností či schopností,
  - vytvoření si podmínek pro zabezpečení adekvátního vzdělávání nebo uplatnění na trhu práce,
  - volnočasové a zájmové činnosti.
- **Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.** Jedná se zejména o výpomoc s:
  - používáním běžně dostupných služeb či informačních zdrojů,
  - obnovením nebo upevněním kontaktu s rodinou,
  - dalšími aktivitami souvisejícími s podporou sociálního začlenění.
- **Sociálně-terapeutické činnosti.** Jedná se především o:
  - socioterapeutické činnosti, kterých poskytování vede k rozvoji či udržení osobních a sociálních schopností nebo dovedností, které podporují sociální začleňování osob.
- **Pomoc s uplatňováním práv, oprávněných zájmů nebo při zajišťování osobních záležitostí.** Jedná se především o:
  - pomoc s komunikací, která vede k uplatňování práv a oprávněných zájmů.

### 2.3 Standardy kvality sociálních služeb

Standardy kvality sociálních služeb byly u nás připraveny jakožto metodický materiál Ministerstva práce a sociálních věcí v roce 2002. Nutno zároveň říci, že představovaly značný pokrok oproti předcházejícímu stavu, neboť předtím neexistovalo prakticky žádné objektivní měřítko k hodnocení jakéhokoliv aspektu, týkajícího se poskytování sociálních služeb (Valenta, Michalík, & Lečbých, 2012, s. 63).

Dvořáčková (2012, s. 90) se vrací ještě trochu více do minulosti, když zmiňuje projekt „Strategie národní politiky podpory jakosti“, který se u nás začal realizovat po roce 1998 a jeho vznik byl podpořen požadavkem přiblížit se podmínkám vnitřního trhu Evropské unie. Komplexní přístup k této otázce zahrnoval podporu transformace sociálních služeb, podporu vzdělávání pracovníků v zařízeních sociálních služeb, jakož i právě podporu zavádění národních standardů kvality sociálních služeb. Jedním

ze stěžejních úkolů, které mělo v oblasti sociálních služeb Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, je zejména zabezpečení ochrany zranitelných skupin obyvatelstva, a to před:

- neodborně poskytnou službou,
- porušováním práv,
- zneužíváním postavení personálu.

Úkolem je však také přiblížit se podmínkám pro poskytování sociální služby současné úrovni poznání i změnám ve společnosti. Podstatné je také zajistit kvalitu života, a to především v rozvoji autonomie, zajištění důstojnosti uživatelů sociálních služeb a dbát na dodržování lidských i občanských práv a svobod. Standardy kvality sociálních služeb přitom vycházejí z koncepce naplňování základních lidských práv a svobod (Dvořáčková, 2012, s. 90).

Ve výše zmiňovaném roce 2002 došlo k předložení vůbec prvního metodického materiálu, přičemž ten je možné rozdělit následujícím způsobem (Malíková, 2020, s. 66–67):

- **Procedurální standardy kvality sociálních služeb** – jsou vymezeny jakožto nejzásadnější. Poskytují detailní a systematický návod, jak by měly poskytované služby vypadat, definují konkrétní rámec těchto služeb, který je nutno dodržet, co musí poskytovatel zpracovat a zajistit atd.
- **Personální standardy kvality sociálních služeb** – týkají se personálního obsazení a vytyčují podmínky pro personální zabezpečení při poskytování sociálních služeb. Rovněž jsou jimi stanoveny také povinnosti zaměstnavatele vytvořit adekvátní pracovní podmínky pro pracovníky.
- **Provozní standardy kvality sociálních služeb** – konkrétně vymezují podmínky k poskytování sociálních služeb a vymezují rovněž podmínky k rozvoji jejich kvality.

Standardy kvality sociálních služeb vytvářejí soustavu kritérií stanovených jakožto norma kvality poskytované sociální služby. Povinnost poskytovatele sociálních služeb dodržovat tyto zde zmiňované standardy kvality sociálních služeb přitom vyplývá přímo ze zákona, a to konkrétně ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Standardy kvality se vztahují vždy na všechny typy sociálních služeb a každý poskytovatel si je

musí dle svého druhu a rozsahu sociálních služeb, které poskytuje, rozpracovat a upravit dle svých specifických podmínek a pro vybranou cílovou skupinu takovým způsobem, aby co nejvíce odpovídaly skutečné situaci, a zejména aby také co nejvíce vyhovovaly samotným uživatelům služeb. Využití standardů přitom tkví v tom, že popis, jak má vypadat kvalitní sociální služba, představuje jednak pro poskytovatele a jednak pro uživatele dané služby. Nicméně aby mohly standardy naplňovat tuto důležitou funkci, je samozřejmě nutné jim porozumět. Obrovský přínos standardů zároveň tkví i v tom, že při jejich plošném a celonárodním využití lze poměrně snadno porovnávat efektivitu dílčích typů služeb a zařízení s totožným druhem služby (Malíková, 2020, s. 66).

Standardy tudíž v podstatě popisují, jak má vypadat kvalitní sociální služba. Jsou soustavou měřitelných a ověřitelných kritérií a jejich základním účelem je umožnit prokazatelným způsobem posoudit kvalitu poskytované služby. Navíc jak bylo zmíněno výše, jedním z klíčových znaků kvality sociální služby je její schopnost podporovat jednotlivé uživatele služeb v naplňování cílů, kterých chtějí jejich prostřednictvím dosáhnout. Právě z toho důvodu je také ve standardech zdůrazněná orientace na osobní cíle uživatelů těchto služeb. Díky tomu je možné konkretizovat abstraktní ideály, jakými jsou kupříkladu důstojnost a plnohodnotný život (Dvořáčková, 2012, s. 90).

Jak už bylo řečeno, původně bylo standardů kvality sociálních služeb celkem sedmnáct, přičemž do praxe se začaly zavádět prostřednictvím metodické publikace „Zavedení standardů kvality sociálních služeb do praxe“. Ke změně však došlo právě s přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Na základě tohoto právního předpisu byla totiž vydána prováděcí vyhláška č. 505, přičemž v její příloze č. 2 je nově vymezeno celkem patnáct standardů kvality sociálních služeb (Dvořáčková, 2012, s. 90).

Zmiňovaných patnáct standardů kvality sociálních služeb je uvedeno v tabulce přiložené níže (viz tabulka č. 5).

Tabulka č. 5 – Standardy kvality sociálních služeb

Standard č.	Název standardu kvality sociálních služeb
1	Cíle a zásady poskytovaných služeb
2	Ochrana práv osob
3	Jednání se zájemcem o sociální službu
4	Smlouva o poskytování sociální služby
5	Individuální plánování průběhu sociální služby
6	Dokumentace o poskytování sociální služby
7	Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby
8	Návaznost poskytované sociální služby na dostupné zdroje
9	Personální a organizační zajištění sociální služby
10	Profesní rozvoj zaměstnanců
11	Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby
12	Informovanost o poskytované sociální službě
13	Prostředí a podmínky
14	Nouzové a havarijní situace
15	Zvyšování kvality sociální služby

Zdroj: Dvořáčková, 2012, s. 91–92

### 3 Individuální plánování

Individuální plánování představuje v řadě organizací jakéhosi „strašáka“, a to dokonce i v současné době. Především pak jde v této souvislosti o individuální plán samotný. Mnoho pečovatелů a pečovatelek se tak často ptá, jak plánovat u osob s poruchou komunikace nebo u osob s demencí? Jak stanovit osobní cíle u těch klientů, kteří jsou na sklonku svého života? A především se pak nabízí otázka, k čemu vlastně individuální plánování slouží? (Hauke, 2011, s. 15).

Hauke (2011, s. 15) vysvětluje, že v praxi se tak mnohdy můžeme setkat se situací, kdy individuální plánování je pouze formální záležitostí, přičemž vedení a ani zaměstnanci nevěří plánování samotnému a nedokáží dostatečně docenit jeho význam. Všichni se pak velice trápí a děsí příchodu inspekce poskytování sociálních služeb. Podle autorky je však třeba si uvědomit, že individuální plánování je zcela přirozené a prosté. Základem je si vždy uvědomit, kde stojí klient, kde pracovník, jaké je jeho místo, jaké jsou jeho hranice, co chce, co může, smí či umí. Vždy ale platí, že proti němu stojí rovnocenný partner, kterému není možné vnucovat své vlastní představy, jak by měl vypadat jeho život, co by měl chtít či jak by se měl chovat. Jestliže si pracovník uvědomí, že pouze sám člověk ví, jak by měl jeho život vypadat, a jestliže je mu tato kompetence ponechána, pak je zcela přirozené jednat s ním stejným způsobem, jak bychom chtěli.

Jestliže je řeč o individuálním plánování, pak je pro lepší pochopení možné obecně tvrdit, že jde o jakési uzavření kontraktu. Tímto se má na mysli, že je s klientem domlouváno, jakým způsobem mu bude poskytována služba i jaké podpory, pomoci a péče se mu dostane. Také lze tvrdit, že jde o pravidelné setkávání pracovníka s klientem, kdy společně plánují průběh dané služby, písemně zaznamenávají potřeby a cíle klienta, jakož i jeho zdroje, a vyhodnocují naplňování stanovených cílů. Jde o proces, který nějakým způsobem probíhá, v nějakém bodě začíná, uskutečňuje se, vyhodnocuje a dále pokračuje. Poté, co dojde k naplnění, začíná opětovně. Jedná se o dynamický proces, kdy cílem je poskytnout klientovi přesně takovou podporu, jakou potřebuje. Zároveň platí, že do tohoto procesu je zapojen jak pracovník (klíčový pracovník), tak i samotný klient (Bicková, 2011, s. 26).

Také Hauke (2011, s. 16) píše, že jde o proces, kdy klient a poskytovatel hledají cíle, kterých bude klient ve spolupráci s poskytovatelem dosahovat – budou tedy hledat „cíl

společné práce“. Tento cíl je přitom popisem toho, jak bude vypadat změna nepříznivé situace, ve které se klient nachází. V závislosti na domluveném cíli je posléze naplánován postup, jak bude postupně dosahován.

Zároveň je nutno říci, že jde jednoznačně o jeden z nejdůležitějších nástrojů zabezpečení kvality poskytování služeb. Cílem individuálního plánování by přitom vždy mělo být (Hauke, 2011, s. 16):

- poskytnout sociální službu v pokud možno co největším zájmu samotného klienta,
- přizpůsobit službu specifickým podmínkám klienta, jeho požadavkům, možnostem, schopnostem, jakož i osobním cílům,
- zapojit klienta do procesu plánování, jakož i do výkonu samotné služby.

Zároveň by cílem mělo být nabytí, obnova či alespoň udržení schopností a dovedností klienta, na základě čehož mu bude umožněno zapojit se do společenského života, a tím dojde ke zvýšení kvality jeho života. Případně může dojít ke snížení závislosti na sociální službě. Individuální plánování si přitom od poskytovatele žádá následující (Čámský et al., 2008, s. 96):

- komunikace s uživatelem ohledně jeho příjmů,
- plánovat s uživatelem, aby došlo k naplnění jeho potřeby,
- hodnotit naplňování osobních cílů,
- uskutečňovat službu podle plánu,
- disponovat metodikou na plánování, která vychází z praxe,
- vést evidenci o plánování,
- disponovat postupy o předávání údajů mezi pracovníky, kteří se plánování účastní.

Velice zjednodušeně pak lze popsat, že individuální plánování služeb (Hauke, 2011, s. 17):

- započne jednáním zájemce o poskytování sociální služby – tzn. standard č. 3,
- pokračuje sepsáním smlouvy o poskytování sociální služby – tzn. standard č. 4,
- dále pokračuje samotným individuálním plánováním, kdy na samotném vrcholu stojí kvalitně sestavený individuální plán – tzn. standard č. 5.

### 3.1 Standard č. 5 – Individuální plánování služby

Jak už bylo řečeno, povinnost poskytnout klientům individuálně plánovaný průběh sociální služby je vytyčena v sociálním standardu č. 5 (viz tabulka č. 6) a je zakotvena v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Pokud nahlédneme konkrétně do § 88 tohoto právního předpisu, zde je uvedeno, že poskytovatel sociální služby je povinen plánovat, písemně vést, jakož i hodnotit průběh služby, písemně evidovat průběh a hodnotit poskytovanou sociální službu (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Tabulka č. 6 – Individuální plánování průběhu sociální služby (plné znění)

	Kritérium	Zásadní
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.	ano
b)	Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby.	ano
c)	Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány její osobní cíle.	ano
d)	Poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného zaměstnance.	ano
e)	Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám.	ne

*Plnění kritérií uvedených v písmenech d) a e) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance.*

Zdroj: Malíková, 2020, s. 68

Dle vyhlášky č. 505/2006, konkrétně dle přílohy č. 2, pak tuto povinnost mají oprávnění prověřovat inspekce. Ty přitom posoudí nejenom to, jestli je daný standard v zařízení splňován, ale rovněž v jakém rozsahu a s jakou kvalitou je splňován (vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách).

Podle Malíkové (2020, s. 69) je zřejmé, že sociální standard č. 5 – Individuální plánování průběhu sociální služby má velice úzkou souvislost s Listinou základních práv a svobod. S tímto ústavním zákonem má přitom společné:

- právo na svobodu projevu,
- právo na osobní svobodu a volný pohyb,



- právo na ochranu osobních dat,
- právo na vzdělání a na přístup k informacím,
- nedotknutelnost osoby a jejího soukromí,
- právo na ochranu zdraví apod.

Proto, aby mohlo dojít k naplnění sociálního standardu č. 5 v bytovém sociálním zařízení, jako je například domov pro osoby se zdravotním postižením, je zejména nutné (Malíková, 2020, s. 69):

- vypracovat interní pravidlo pro pracovníky s popisem veškerých činností pro individuální plánování,
- vypracovat formulář – „individuální plán“ – to znamená individuální plán s osobním cílem pro cílovou skupinu uživatelů v zařízení k provádění záznamů o poskytování sociálních služeb dle plánu,
- zabezpečit proškolení všech pracovníků v oblasti individuálního plánu,
- delegovat pracovníky do funkce:
  - koordinátora,
  - moderátora,
  - klíčových pracovníků,
- vytyčit pravidla pro týmovou spolupráci, která jsou nutná k plynulé a pružné organizaci a uskutečnění individuálního plánu,
- vytyčit pravidla pro adaptační proces u nově přijatých klientů,
- v dokumentu Vnitřní pravidla a informace v zařízení pro klienty srozumitelným způsobem popsat veškeré zásadní informace, které souvisí s individuálním plánem v zařízení,
- kontrolovat uskutečňování individuálního plánu.

### **3.2 Proces individuálního plánování s dětmi s mentálním postižením**

Jak je z předcházející kapitoly zřejmé, individuální plánování sehrává významnou roli v rámci nastavení standardní kvality sociální služby a napomáhá k tomu, aby tato kvalita byla udržena i navzdory organizačním změnám. Díky plánování má služba smysl, je efektivní a účinná. Jestliže je individuální plánování vhodně nastavené, pak dochází k prevenci takzvaného plošného poskytování dílčích činností. V praxi to znamená zabránění jednotnému trávení času pro všechny uživatele, bez ohledu

na jejich přání či potřeby. Individuální plánování do organizace přináší soustavu norem, směrnic či metodik a stává se tak důležitým nástrojem kontroly uvnitř organizace. Ovšem samozřejmě rovněž i samotní klienti se díky tomu stávají angažovanější v rámci svého denního rytmu (Bicková, 2011, s. 89).

Právě důraz na individualitu každého člověka se odráží v individuálním plánování poskytované služby. Díky individuálnímu plánování už nadále na klienta není hleděno jakožto na jednoho z mnoha, ale pro pracovníka se stává unikátním a jedinečným, a to s veškerými svými touhami, přáními či projevy. Dochází tak k rovnocenné spolupráci mezi klientem a pracovníkem. V každém případě je třeba dodat, že individuální přístup u dětí s mentálním postižením má určitá svá specifika. V řadě případů je totiž potřeba se přizpůsobovat aktuálnímu zdravotnímu stavu, tedy plánování budoucnosti je v těchto případech vždy spíše nejisté (Pipeková, 2010, s. 345).

Důležitost vztahu mezi klientem a pracovníkem nabývá v sociálních službách své velikosti. Jestliže pracovník chce navázat kvalitní pracovní vztah s dítětem, pak k němu musí přistupovat se značnou dávkou empatie, úcty k osobnosti a kongruence (Pörtner, 2009, s. 81–82).

Budování vztahu mezi klientem a pracovníkem je možné považovat za dynamický proces, který se neustále proměňuje a vyvíjí. Změny lze přitom pozorovat v kvalitě interakcí, v kohezi vztahu a ostatních proměnných (Kantor, 2014, s. 127).

Podstatné je i určit vztah a jednoznačné hranice, což by mělo být srozumitelné pro obě strany, tj. jak pro klienta, tak i pro pracovníka. Protože však jde o vztah pracovní, do určité míry bude pochopitelně vždy jednostranný. Nejde o soukromý život pečovatelů a jejich potřeby. Naopak, těžištěm jsou vždy děti s postižením, jejich potřeby a formování jejich života. Je nutné, aby si pracovníci jednoznačně oddělili svůj pracovní a osobní život, protože vytváření až příliš úzkého vztahu s dítětem může přinášet nadměrnou otevřenost a angažovanost v životech jedinců s postižením. Pro pečovatele je to těžké břemeno, které není možné nést donekonečna. Syndrom vyhoření by tak na sebe nenechal příliš dlouho čekat (Pörtner, 2009, s. 81–82).

Velmi významnou otázkou, která se nabízí v souvislosti práce s lidmi s mentální retardací, je také otázka moci. Jedinec s mentálním postižením je totiž do určité míry

bezmocný, protože je odkázaný na podporu a pomoc druhých. A naopak pracovník se pak stává tím „mocným“, neboť tomuto jedinci pomáhá (Kopřiva, 2011, s. 40).

Neuvědomělé a nereflektované využívání moci vůči těmto jedincům lze přitom rozpoznat už z nejmenších neverbálních projevů. Jde například o pohled, tón hlasu, pozici pracovníka a klienta atd. Rovněž také i samotný uživatel může přispívat ke svému podřízenému postavení. Děje se tak na základě jeho postoje, pasivity nebo neochoty vlastní angažovanosti (Géringová, 2011, s. 79).

U dětí s mentálním postižením jednoznačně existuje vyšší míra manipulovatelnosti a podřízenosti autoritám. Této skutečnosti by si pracovník měl být vždy vědom. Měl by si tedy uvědomovat moc, kterou má vůči těmto jedincům a podle tohoto poznání s ní také adekvátně nakládat. Vždy by měl mít na paměti zejména dobro klienta a nikoliv svůj vlastní pocit úspěchu, že přiměl klienta přijmout jeho pravdu. Rozhodně nikdy se nesmí snížit ke zneužití své moci. Řeč je především o okamžicích, kdy pracovník přebírá všechnu kontrolu nad životem klienta, který odmítá spolupracovat. Nesmí zapomenout na to, že při práci jsou rovnocennými partnery (Hauke, 2011, s. 18).

Z uvedeného tudíž vyplývá, že kvalitní vztah mezi klientem a pracovníkem podporuje dobrou spolupráci, přičemž ta je následně aplikována v rámci procesu individuálního plánování.

### **3.3 Role klíčového pracovníka v procesu individuálního plánování s dětmi**

Klíčový pracovník představuje hlavního člověka, se kterým se klient setkává v rámci individuálního plánování služby. V řadě případů je to zároveň právě on, kdo bude rozhodovat o tom, jak bude daná služba klientovi poskytována a které z jeho potřeb budou primárně uspokojovány. Jak bude uvedeno v následující kapitole, i z tohoto důvodu jsou na klíčového pracovníka, který mnohdy pracuje s nekomunikujícími dětmi, kladeny značné nároky. Efektivní spolupráce mezi pracovníkem a mentálně postiženým dítětem totiž souvisí s dovednostmi interakčních partnerů. Zejména se pak jedná o porozumění vnitřního světa klienta (Kantor, 2014, s. 129).

Klíčový pracovník musí především dokázat navázat kvalitní vztah s klientem. Aby k tomu mohlo dojít, musí disponovat značnou dávkou empatie, zájmu, i kladného

vztahu ke klientovi a partnerského přístupu. Musí oplývat schopností tzv. naladit se na dítě, o které pečuje, pracovat s předsudky a diagnostickými nálepkami. V rámci osobních předpokladů je potřeba, aby měl v dostatečné míře rozvinutou (Kantor, 2014, s. 129–130):

- intuici,
- trpělivost,
- klidnou povahu,
- flexibilitu (přizpůsobí se životnímu tempu dítěte).

Miovský (2006, s. 181–182) vysvětluje, že když dítě nastoupí do daného zařízení, mělo by vždy dostat svého klíčového pracovníka. Ten mu bude nejbližší a dítě se na něj bude moci s důvěrou obrátit. Klíčový pracovník by se přitom klientovi měl věnovat zejména z počátku. Klíčového pracovníka je možné také označit jako:

- individuálního pečovatele,
- kontaktní osobu,
- důvěrníka.

Je teda zřejmé, že klíčový pracovník je pro klienta partnerem i důvěrníkem. Klient se na něj může kdykoliv obrátit, může se mu se vším svěřit. Je to někdo, kdo klientovi výborně rozumí. Měl by být iniciativní, aktivně si všimnout potřeb klienta, jeho zájmů i cílů a měl by mu pomáhat jeho potřeby formulovat. Zároveň by jej však měl podporovat ve využívání vlastních přirozených sílí. Klíčový pracovník pracuje s celým týmem, který se spolupodílí na uskutečňování individuálního plánu. Nejčastěji tak zastává tyto role (Bicková, 2011, s. 119–120):

- **Poradce** – klíčový pracovník je konzultantem řešení. Stává se konzultantem na jedné straně pro realizační tým, ale na druhé straně samozřejmě i pro klienta. Stává se přenášedlem řešení, zná mantinely dané služby a do realizačního týmu přináší naplánované cíle. Je schopen posoudit, zda konkrétní podpora dokáže splnit cíle klienta a také je schopen konzultovat způsob realizace.
- **Zprostředkovatel informací** – je možné říci, že pracuje obousměrně. Přináší informace jak od samotného klienta, tak i od realizačního týmu. Pro svého klienta představuje zdroj informací o poskytování služeb a o možnostech podpory. Pro celý realizační tým je velmi významný, neboť je to právě on,

kdo týmu předává o klientovi veškeré potřebné informace, kdo hovoří o jeho potřebách i osobních cílech a prakticky o jakýchkoliv změnách, které u klienta nastávají. Samozřejmě však v tomto případě funguje také zpětná vazba. Totiž klíčový pracovník získává informace od realizačního týmu a posléze upravuje plánování služby pro jednotlivé uživatele.

- **Pomocník při vyhledávání potřeb a osobních cílů** – v rámci některých služeb vyhledá klienta, který potřebuje podporu služby. Pokud je řeč o pobytových službách, kterými se zabývá tato práce, pak klíčový pracovník spíše hledá osobní cíle klienta. Mentálně postižené děti totiž samozřejmě mnohdy vůbec nemají možnost vytyčit, ani sdělit své potřeby, proto ani nemohou získat péči a podporu, kterou pro svůj život potřebují. Právě zde tak začíná role klíčového pracovníka. Ten by měl na základě svých dovedností a schopností identifikovat osobní potřeby dítěte a zabezpečit mu tak odpovídající podporu a péči, která mu pomůže zkvalitnit život.
- **„Terapeut“** – se svým klientem může v některých případech vést volný rozhovor, který sám o sobě může mít terapeutický účinek. Už jenom samotný fakt, že svému klientovi naslouchá, má terapeutický účinek.
- **Obhájce** – v rámci realizačního týmu představuje mnohdy obhájce podpory dojednané mezi jednotlivými klienty. Je důležité, aby obhájil rozsah a způsob realizace. Realizační tým si totiž může myslet, že dojednaná podpora není možná. Z toho důvodu tak moc záleží na tom, zda si klíčový pracovník dovede obhájit to, co se svým klientem dohodnul.
- **Realizační pracovník** – mnohdy se stává, že klíčový pracovník je zároveň součástí realizačního týmu. Tímto se má na mysli, že může realizovat podporu, která je dohodnutá jiným klíčovým pracovníkem, jakož i podporu, kterou dohodnul on sám. Toto je velice výhodné, neboť práce je pak pro klíčového pracovníka jednodušší. Má možnost sám klienta kontrolovat, určit, co je pro výhodnější, a má také možnost tím rovněž měnit plány služby pro daného klienta.

### 3.4 Komunikace s dětmi v rámci procesu individuálního plánování

V rámci individuálního plánování představuje komunikace skutečně významnou součástí. Nejedná se přitom jenom o komunikaci mezi pracovníkem a dítětem, ale

rovněž i o komunikaci mezi dalšími odborníky. Důležitá je proto, aby došlo do maximální možné míry k naplnění osobních cílů klienta. Během komunikace je nutné, aby klíčový pracovník dokázal identifikovat, jaké má klient komunikační schopnosti. Je totiž možné dostat se do kontaktu jak s klientem, který je schopen nějakým způsobem komunikovat, ale také s klientem, který naopak nekomunikuje vůbec. V takovém případě je pak právě na klíčovém pracovníkovi, aby posoudil rovněž důvěryhodnost sdělených informací. To je obzvláště důležité právě u dětí s mentální retardací. Je tudíž zřejmé, že nebude dostačovat jenom rozhovor, ale že bude zapotřebí využít nejrůznějších technik v poznávání dítěte v jeho přirozeném prostředí a nelze opomenout také fakt, že mnoho informací, které jsou důležité pro samotné dítě, může klíčový pracovník pochopitelně nalézt v jeho dokumentaci (Haicl & Haiclová, 2011, s. 150–151).

### **3.4.1 Individuální plánování s komunikujícím dítětem**

Dle Haicla a Haiclové (2011, s. 151) představuje stěžejní metodu individuálního plánování zejména rozhovor. Ten přitom dle schopností dítěte může být buď strukturovaný, či volný. U dětí, které se potýkají s problémy vnímání či používají pouze výrazové složky řeči, bude klíčový pracovník v rozhovoru pracovat s alternativní či augmentativní komunikací, které byly v této práci už detailně charakterizovány.

Lze vymezit několik fází rozhovoru s dítětem. Prvním krokem, ke kterému by klíčový pracovník měl přistoupit, je příprava na rozhovor. Je potřeba, aby si přečetl poslední individuální plán dítěte a připravil se na samotný rozhovor. Vše lze konzultovat se svým nadřízeným či metodikem. Posléze dojde k dojednání rozhovoru. Pracovník a klient si společně domluví určité datum a čas rozhovoru. Jestliže si klient stále není jistý, co je myšleno individuálním plánováním, nebo proč vůbec ke schůzce došlo, klíčový pracovník se mu to snaží vysvětlit. Tento krok by jej měl motivovat k zamyšlení. Existuje tak možnost, že se na schůzku lépe připraví. Pak už přichází vlastní rozhovor, který se skládá z následujících částí (Haicl & Haiclová, 2011, s. 151–153):

- **Zahájení rozhovoru** – nejprve je potřeba nějakým vhodným způsobem navázat s klientem kontakt. Je vhodné vytvořit pro klienta bezpečné a klidné prostředí. Pak je mu vysvětleno, jakým způsobem bude rozhovor probíhat a jak dlouhé bude mít trvání.

- **Vyhodnocení průběhu služby** – klíčový pracovník se snaží zjistit, jak je klient spokojený s poskytovanou službou. Vyhodnocení průběhu služby zároveň představuje důkaz pro domluvení případné změny.
- **Záznam z rozhovoru** – klíčový pracovník sepíše s klientem záznam. Snaží se mu poskytnout prostor pro vyjádření k hodnocení průběhu služby.
- **Ukončení rozhovoru** – klíčový pracovník průběh rozhovoru shrne a zopakuje to, na čem se s klientem dohodli. Zároveň je domluvená nová schůzka. Tímto krokem je rozhovor u konce.

Posléze klíčový pracovník výsledky rozhovoru o plánování služby sdělí týmu odborníků. Tímto může dojít k realizaci dohodnuté podpory. Na její realizaci se přitom podílí celý tým odborníků (Haicl & Haiclová, 2011, s. 153).

### 3.4.2 Individuální plánování s nekomunikujícím dítětem

S klientem, který nekomunikuje, či s klientem, který není schopen formulovat své potřeby, je pochopitelně individuální plání za pomoci rozhovoru nemožné uskutečnit. Právě toto je situace, která je častá u mentálně postižených.

V takovém případě je potřeba zvolit jiný způsob. Děje se tak zpravidla za pomoci různých metod a technik v souvislosti s vyvozením hypotézy o potřebách klienta. Klíčový pracovník posléze hypotézu prokonzultuje s dalšími pracovníky týmu. Výsledky jsou zahrnuty do individuálního plánu. V případě, kdy je zřejmé, že u klienta lze pozorovat zlepšení, pak je možné konstatovat, že hypotéza byla vybrána korektně (Haicl & Haiclová, 2011, s. 154).

Klíčový pracovník má několik metod, jak se může s klientem dostat do kontaktu. Velkou roli přitom sehrává intuice. V podstatě dle svých vlastních prožitků a pocitů rozhodne. Posléze přichází přístup racionální, který je založen na myšlenkových procesech a analýze. Samozřejmě klíčový pracovník má možnost také uskutečnit rozhovor s blízkými osobami klienta. Pochopitelně je potřeba i pečlivě nastudovat klientovu dokumentaci. Protože ovšem v praxi toto není možné uskutečnit v bodech, je potřeba, aby si klíčový pracovník vytvořil svoji kombinaci metod a přístupů. Tyto pak využívá. Některé z nich popisují také Haicl a Haiclová (2011, s. 154–155):

- **Pozorování klienta v reálné situaci** – pozorování je vykonáváno pasivně či v blízkosti klienta. Smysl spočívá v tom, nechat jej v jeho prostředí. V dané

chvíli pracovník nepozoruje jenom samotného klienta, ale rovněž své vlastní pocity, myšlenky či záměry cokoliv udělat.

- **Empatická fantazie** – na základě této techniky se pracovník snaží vcítit do klienta. Na chvíli si například „propůjčí“ jeho tělo, vyzkouší si jeho možnosti, umístí jakoby sebe sama do situace, ve které se klient nachází. Posléze se snaží přijít na to, co by v takové situaci sám potřeboval a co by mohlo zamezit, aby této potřeby dosáhl. Na základě výsledků pracovník vytvoří hypotézy.
- **Modelový rozhovor pracovník – pracovník empatický** – tuto techniku je možné použít kupříkladu v supervizní praxi. Jeden člověk představuje klíčového pracovníka a druhý klienta (tj. pracovník empatický). Společně přitom vedou rozhovor, kde pracovník empatický odpovídá. Po ukončení své role opustí a prozkoumávají, co zjistili o tom, jak se klientovi žije a co asi potřebuje.
- **Imaginativní rozhovor** – technika je závislá na fantazii klíčového pracovníka. Ten si představuje, co by mu klient mohl odpovídat. V rámci fantazie, zvuků, obrazů či pocitů se pak snaží něco udělat. Odpovědi detailně zapisuje, aby mohl vyvodit hypotézu.
- **Analýza uspokojení potřeb** – představuje zcela jiný typ metody než výše zmiňované. Předcházející metody se totiž do značné míry zakládaly na fantazii klíčového pracovníka. Tato metoda je ale založená na rozumovém uvědomění. Vychází z potřeb lidské bytosti. Z odborné literatury si pracovník připraví seznam lidských potřeb a posléze tento seznam prochází a zkoumá s cílem, aby dílčí potřeby klienta byly naplněné.
- **Rozhovor s referujícími osobami a studium dokumentace** – samozřejmě klíčový pracovník může získat také informace od lidí, kteří jeho klienta znají. Může se jednat o rodinu, kamarády nebo spolupracovníky. Důležité je nechat danou osobu hovořit samovolně. Až posléze je vhodné se na cokoliv ptát. I z tohoto rozhovoru pak může pracovník vyvodit hypotézu. Je vhodné, pokud si před rozhovorem pracovník důkladně nastuduje klientovu dokumentaci.

### 3.4.3 Záznamy o průběhu individuálního plánování

Zákonnou povinností je: „vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování služby“ (zákon č. 108/2006 Sb., § 88, ve znění k 1. 1. 2015). Jedná se zejména



o stanovení rozsahu a času poskytování základních činností, ale může se jednat i o detailnější popis skutečností. Záznamy bývají povětšinou součástí klientovy dokumentace. Touto dokumentací se zabývá standard kvality č. 6. Dokumentace: „*je soubor všech písemností, které se vztahují k tomu, jakým způsobem, v jakém rozsahu a komu konkrétně poskytujeme sociální službu*“ (Čámský et al., 2008, s. 110). Poskytovatel má povinnost zejména zajistit ochranu všech osobních a citlivých informací.

Dokumentace, tedy IP, může obsahovat všechny informace o daném klientovi, o jeho životní historii, přáních, potřebách, povahových rysech, co má a nemá klient rád, jak se projevuje v různých situacích, na co si dát při komunikaci a jednání s ním pozor apod. Dokumentace může obsahovat také záznam o způsobu, jakým bude u toho konkrétního klienta služba poskytována a k jakým cílům bude v průběhu služby směřovat.

Při nástupu klienta do zařízení je vhodné zajistit jakýsi životní příběh daného člověka. Informace může poskytnout rodina, spisy z předešlých zařízení (sociální služby). V rámci individuálního plánování služby hraje historie zásadní význam. Tyto informace zejména pomáhají porozumět aktuálnímu chování klienta. O životním příběhu lze mluvit jako o skládačce, kterou je třeba neustále doplňovat o každý dílek nového poznání, průběžně se k němu vracet a čerpat z něho v průběhu péče.

#### **3.4.4 Individuální plán, jeho podoba a obsah**

Individuální plán může mít mnoho různých podob i obsahů. S nejvíce spornými otázkami se setkáváme v rámci osobních cílů, v otázce významu osobních cílů, jejich rozdělení, stanovování termínů naplnění, účasti klienta na jeho plnění, znalosti klienta obsahu plánu a neposlední řadě také v otázce grafického a obsahového provedení plánu.

V praxi se můžeme mnohdy setkat s tím, že má klient dva různé typy plánů. První plán, který je zaměřen na plánování péče a obsahuje základní poskytované činnosti: provádění ošetrovatelských úkonů, způsob podávání jídla nebo specifika v rámci aktivizace klienta. Druhý plán je plánem osobních cílů. Dle Sládka (2013) je stanovování osobních cílů často pouze formální ve snaze vyhovět požadavkům zákona, přičemž například britské standardy jsou zaměřeny pouze na důkladné plánování péče

a poskytovatel tak není nucen ke stanovování osobních cílů, které jsou poměrně problematické.

Podoby individuálních plánů se liší dle jednotlivých zařízení. Od velmi formálních podob plánů po naopak poměrně nápadité až volné uspořádání, jehož konečná podoba se odvíjí od přístupu a kreativity konkrétního pracovníka.

Nejvíce diskutovanou oblastí je míra zapojení klienta do plánování. Jsou služby, u kterých je plánování poměrně obtížné. Mnoho klientů nedokáže plně porozumět smyslu plánování, a tím se na něm aktivně podílet. V tomto případě je vhodné plánování klientovi přiblížit jinými způsoby, například alternativními technikami, piktogramy, apod. Nezáleží tak tedy ani na formě individuálního plánování, jak na jeho obsahu, který má být uzpůsoben okolnostem plánování. Je však dobré pamatovat na to, že: *„Výsledkem individuálního plánování je život podle představ dotyčného člověka, není jím plán, který ho popisuje.“*

### **3.4.5 Hodnocení průběhu služby a plnění plánu**

Zákon o sociálních službách stanovuje povinnosti nejen plánovat, ale také hodnotit průběh poskytované služby. Ve standardech kvality je stanovena povinnost průběžného hodnocení naplňování osobních cílů (vyhláška č. 505/2006 Sb.) Je zde také kladen důraz na zapojení osoby, tedy klienta, kterého se plánování týká a pokud mu to zdravotního stav umožňuje. Pokud zapojení z důvodu zdravotního stavu není možné, je zde uvedena možnost přizvání opatrovníka, poručníka nebo zákonného zástupce (zákon č. 108/2006 Sb., § 88, ve znění k 1. 1. 2015).

Intervaly, ve kterých má k hodnocení docházet, nejsou zákonem stanoveny. Liší se dle typu služby a probíhá obvykle v termínech, na kterých se pracovník s uživatelem při plánování dohodnou nebo dle nastavených pravidel v dané službě.

Podle Sládka (2013) probíhá první plánování po adaptaci klienta, tedy obvykle 3 měsíce po nástupu do zařízení (tzv. adaptační doba), a poté nastává pravidelná revize vždy po 6 měsících, nebo pokud nastane nějaká změna. Zároveň autor upozorňuje, že britské standardy stanovují četnost revizí u pečovatelských plánů na nejméně jednou za měsíc (Sládek, 2013).

Bylo by dobré uvažovat nad významem „adaptační doby“, protože právě tato doba je pro klienta nejnáročnější a individuální přístup možná nejdůležitější. Právě pracovníci by měli mít dostatek informací ještě před nástupem klienta, aby mohli správně naplánovat způsob „adaptační doby“ klienta a podle jejího průběhu plán postupně doplňovat.

# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 4 Výzkumný problém a výzkumné otázky

Individuální plánování je postup (metoda) umožňující pracovníkům přizpůsobit způsob, jakým může být poskytována sociální služba potřebám jejích uživatelů. Dle zákona o sociálních službách vždy vycházíme z hodnot, jakými jsou individuální přístup a respekt k lidským právům. Dále byla také tímto zákonem poprvé stanovena povinnost uskutečňovat plánování služby pro uživatele na základě potřeb, jež byly zjištěny. Poměrně obecné definování této zákonné povinnosti a také rozdíly v cílových skupinách i jednotlivých zařízeních nám umožňují sledovat mnoho různých způsobů, jakými může být individuální plánování realizováno v praxi.

Poznatky uvedené v první části práce ukazují, jak se péče a přístup k dětem s mentálním postižením či k dětem s poruchou autistického spektra stále rozvíjí a vylepšuje. Komunikace s dětmi s narušenými komunikačními schopnostmi je velmi náročná a nedostatečná, pracovníci se pouze omezují na saturaci základních biologických potřeb a aspekt individuálního plánování u těchto dětí považují za téměř zbytečný. V těchto případech hrozí riziko sklouznutí k plánování, které neobsahuje žádné smyslové naplnění a je uskutečňováno pouze pro splnění požadavků zákona. Přitom právě smysluplné provádění individuálního plánování přináší pozitivní dopad pro klienta jak z hlediska kvality života, tak i v rámci usnadnění výkonu pracovních povinností pracovníků i zvýšení jejich pracovní spokojenosti.

Cílem výzkumné části diplomové práce je zjistit, jakým způsobem je realizováno individuální plánování (dále jen IP) v domově pro osoby se zdravotním postižením (dále jen DOZP), jakou roli zde zastávají klíčoví pracovníci a jaká jsou možná specifika IP u dětí s mentálním postižením v DOZP.

### 4.1 Hlavní výzkumná otázka

Pro účely diplomové práce a nalezení odpovědi na cíl práce byly stanoveny následující výzkumné otázky. Hlavní výzkumná otázka:

Jaká jsou obecná specifika IP u dětí s mentálním postižením v zařízení DOZP?

## 4.2 Dílčí výzkumné otázky

Jednotlivé čili dílčí stanovené výzkumné otázky vyplývají z hlavních tří oblastí, na které je výzkumná část diplomové práce zaměřena.

- **Obecná specifika IP s dětmi s mentálním postižením**

1. V čem je plánování s dětmi s mentálním postižením jiné než plánování s dětmi bez mentálního postižení?
2. Jaké vhodné metody využívají pracovníci k navázání kontaktu s dětmi s mentálním postižením a ke zjišťování informací o těchto dětech?
3. Narážejí pracovníci při plánování s těmito dětmi na nějaké překážky/problémy? Pokud ano, jak takové překážky řeší?
4. Spolupracuje DOZP s rodinou dítěte? Pokud ano, tak jakým způsobem spolupráce probíhá a je účinná?

- **Průběh plánování v DOZP**

5. Jaký je hlavní smysl individuálního plánování v rámci vnitřních předpisů a jaký smysl v tom vidí pracovníci zařízení?
6. Jaké informace mají pracovníci o dětech pro účely individuálního plánování k dispozici, jakým způsobem je získávají a jak s nimi pracují?
7. Jakými fázemi se při individuálním plánování prochází?
8. Jakou podobu nyní mají IP a jaké primární cíle jsou v rámci plánování sledovány?

- **Role klíčového pracovníka v rámci individuálního plánování**

9. Jakou roli zastávají klíčoví pracovníci ve vztahu k individuálnímu plánování s dětmi s mentálním postižením?
10. Jaké možnosti vzdělávání mají pracovníci ve vztahu k individuálnímu plánování?
11. Jakým způsobem jsou klíčoví pracovníci podporováni při tvorbě IP a jakým způsobem je jejich práce kontrolována?

## 5 Výzkumné metody

Za hlavní metodou sběru dat při tvorbě výzkumné části diplomové práce byl zvolen polostrukturovaný rozhovor a velmi specifické otázky, viz příloha A. Na otázky odpovídali klíčoví pracovníci. Proběhl i rozhovor s koordinátorem plánování v zařízení DOZP, znění otázek, viz příloha B.

Byla provedena analýza validních dokumentů dle již předem připravených strukturovaných schémat, viz příloha C (Metodické pokyny pro tvorbu IP ve zkoumaném zařízení) a příloha D (Dokumentace klientů vztahující se k IP).

### 5.1 Rozhovor s klíčovým pracovníkem

Rozhovor s pracovníkem probíhal za účelem vysledovat (znění otázek viz příloha A):

- Porozumění individuálnímu plánování a jeho význam pro službu.
- Obtíže, které při plánování mohou nastat a se kterými se pracovník může setkat.
- Znalosti a dovednosti, pracovní podmínky, způsob, s jakým postupuje při plánování s dětmi s mentálním postižením.
- Zdroje postupu.
- Rámec spolupráce s rodinou dítěte.
- Názor na způsob plánování v DOZP – vnímání možnosti něco změnit.

### 5.2 Analýza dokumentů

Analýza dokumentů probíhala dle schémat dvojího druhu. První schéma je specificky zaměřené na obsah metodiky IP (v příloze C je uvedeno úplné znění zjišťovaných oblastí):

- Význam IP.
- Postup v plánování IP.
- Pracovní postup u dětí s obtížemi v komunikaci nebo zcela nekomunikujícími – metody.
- Frekvence aktualizace a vyhodnocování plánu.
- Zapojení rodiny dítěte do plánování.

- Podpora klíčových pracovníků v DOZP.
- Způsoby distribuce informací a dat mezi pracovníky v týmu.
- Kontrola plánování.

Druhé schéma zjišťuje obsah dokumentace dětských klientů, která se vztahuje k individuálnímu plánování.

- Jaké informace jsou o dětských klientech zjišťovány.
- Forma předávání mezi pracovníky.

Třetí částí je analýza individuálních plánů. Analyzována byla vizuální a obsahová podoba. Vše viz příloha D.

## 6 Výběr vzorku

Výzkumný vzorek budou tvořit klienti Domova Raspenava, v ulici Fučíkova 432, 464 01, Raspenava, jejich klíčoví pracovníci a metodik individuálního plánování. Cílovou skupinou domova jsou klienti (děti) od 3 do 26 let. Z těchto klientů bude vzorek vybrán náhodným výběrem.

### 6.1 Charakteristika pracovníků

Výběr pracovníků proběhl dle vybraných dětských klientů. S těmito pracovníky byl posléze uskutečněn rozhovor. Charakteristika pracovníků, viz tabulka č. 7.

Tabulka č. 7 – Základní charakteristika pracovníků

Dotazovaný	Pracovní pozice	Věk	Pohlaví	Vzdělání	Zam. v oboru	Zam. v zařízení DOZP	Zam. na současné pozici
metodik	vedoucí domova	42	muž	magisterské	12	12	7
KP	pracovník v PP	25	žena	střední	2	2	2
KP	pracovník v PP	50	žena	střední	25	20	20
KP	pracovník v PP	45	žena	střední	7	7	7
KP	pracovník v PP	34	žena	střední	10	7	7
KP	pracovník v PP	42	žena	střední	3	3	3
KP	pracovník v PP	39	žena	střední	15	10	10
KP	pracovník v PP	29	žena	střední	6	6	6
KP	pracovník v PP	36	žena	střední	9	4	4
KP	pracovník v PP	54	žena	střední	22	22	22

*Vysvětlivky: KP = klíčový pracovník, Zam. v oboru = zaměstnání v oboru (roky), Zam. v zařízení DOZP = zaměstnání v daném zařízení DOZP (roky), Zam. na současné pozici = zaměstnání na současné pracovní pozici (roky).*

Zdroj: vlastní zpracování



## 7 Výsledky výzkumu

V kapitole výsledků výzkumu jsou přestaveny výsledky výzkumné části, a to strukturovaně dle jednotlivých témat.

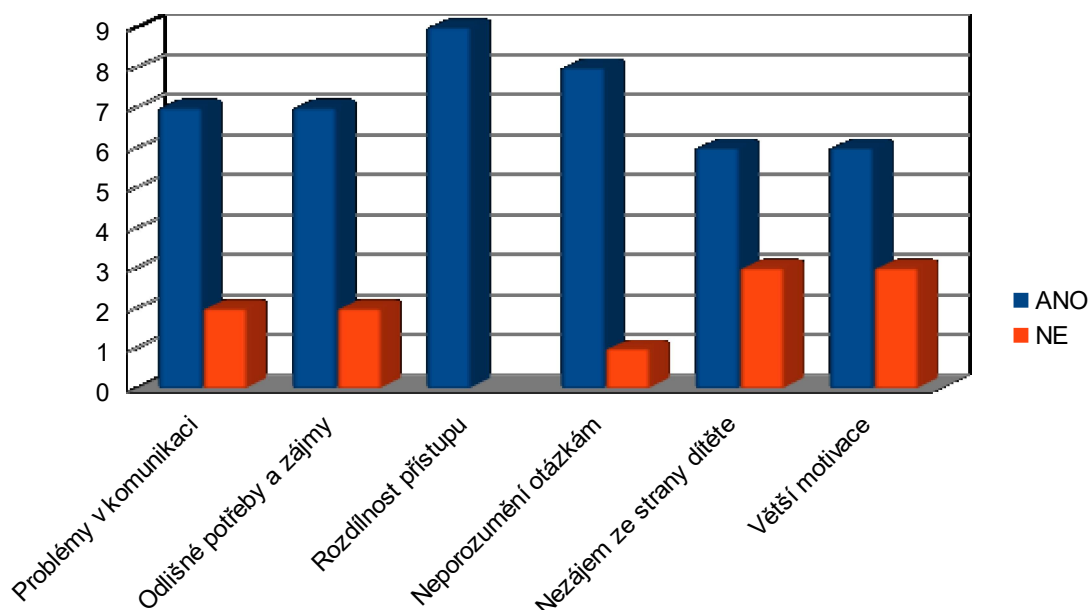
### 7.1 Specifika plánování s dětmi s mentálním postižením

Zjištění specifik plánování s dětmi s mentálním postižením lze označit za stěžejní téma výzkumu zejména proto, že ovlivňují průběh a způsob plánování a také používané metody a problémy, se kterými se pracovníci mohou setkat.

#### 7.1.1 Základní specifika plánování s dětmi s mentálním postižením

Možné kategorie, které pracovníci jmenovali jako pravděpodobné hlavní odlišnosti v plánování s dětmi bez mentálního postižení, viz graf č. 1.

Graf č. 1 – Specifika plánování s dětmi s mentálním postižením



Zdroj: vlastní zpracování

Problémy v komunikaci uváděli téměř všichni pracovníci, se kterými byl rozhovor veden. Komunikaci tak můžeme označit jako jednu z předních bariér v plánování s touto cílovou skupinou. Způsoby, jakými pracovníci řeší problémy v komunikaci, budou zmíněny dále. Dále pracovníci uváděli odlišnost v potřebách a zájmech dětí s MP vzhledem k dětem bez MP. Zejména autistické děti s MP mají zájem spíše o stereotypní

činnosti. Určitě se nenaplnilo očekávání, a to u všech pracovníků, kteří u všech dětí zmiňují rozdílnost v přístupu vzhledem k dětem bez MP. Navíc se přístup ještě dále přizpůsobuje v rámci různých stadií MP, kdy dochází ke zhoršování schopností dítěte.

Děti s MP mají i zhoršenou představivost a porozumění textu a pokládaným otázkám. Zde poté přichází na řadu kreativita pracovníka a jeho motivace k práci s daným dítětem. Pracovníci ke zjišťování informací a k zpracovávání IP mohou zapojovat obrázky, fotografie, piktogramy, hlubší rozpracovávání a zjednodušování otázek.

V šesti případech také pracovníci upozorňují na nesoustředěnost a nezájem ze strany dítěte. Dítě nechápe smysl IP a nemá zájem o tuto činnost. Na řadu poté přichází další ze zmiňovaných potřeb, a to větší motivace a také opět zmiňovaná kreativita pracovníka. Motivace je mnohdy důležitá u dospělých i dětí bez MP, natož právě u dětí s mentálním postižením.

### **7.1.2 Metody pro zjišťování informací**

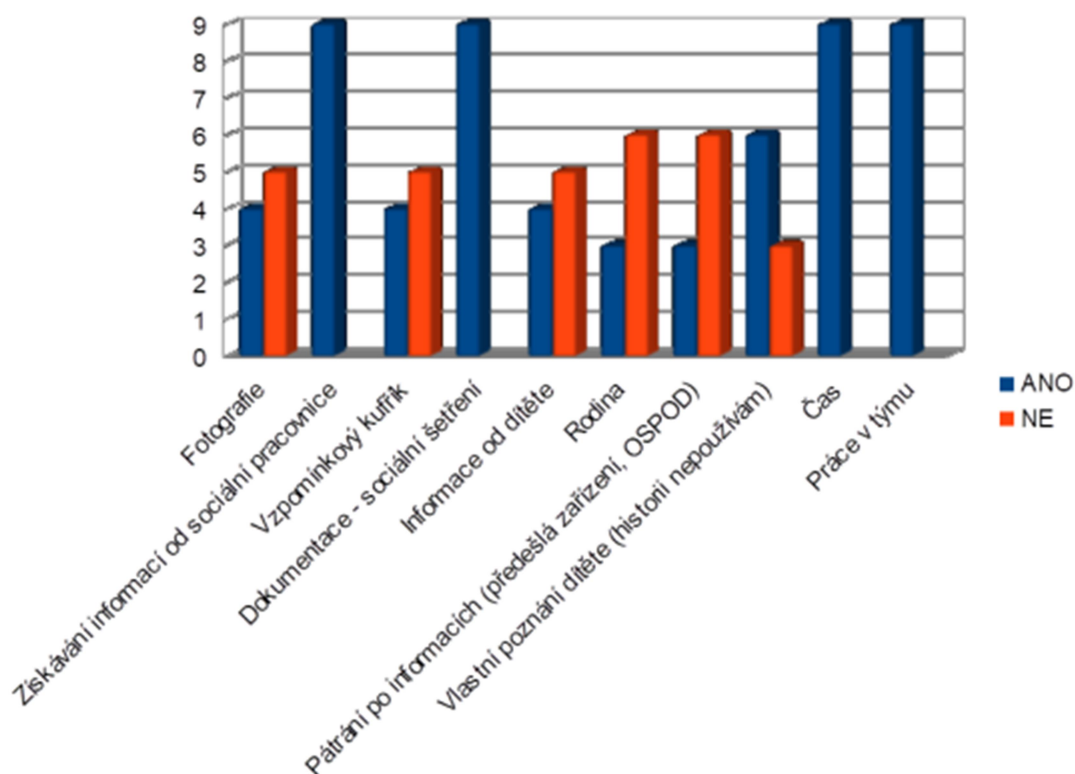
Specifické metody, s jejichž pomocí mohou pracovníci získávat informace o dětském klientovi a díky nimž poté mohou společně s klientem, tedy dítětem s mentálním postižením, plánovat, lze rozdělit na metody usnadňující komunikaci, samotnou spolupráci s dítětem a na metody získávání informací o klientovi z jiných zdrojů (rodina, dřívější zařízení, OSPOD aj.).

Z grafu č. 2 vyplývají možnosti pracovníků k využívání metod, jež vedou k navázání kontaktu s klientem a k prohloubení komunikace.

Jako jeden z nejdůležitějších zdrojů informací byly nejvíce označovány vzpomínky, například formou fotografií. Ne vždy však mohou fotografie a otevírání vzpomínek na minulost mít pozitivní reakce a dopad. Týká se to nejčastěji dětí v ústavní péči, tedy u dětí odebraných z rodin aj. Pokud neznáme celou historii dítěte, musíme být velmi opatrní.

Některé pracovnice uváděly výhody v používání tzv. vzpomínkových kufříků z předešlých zařízení či rodiny, se slovy: „*Práce s kufříky je úžasná, protože mnohdy vidíte, jak se klientům rozzáří oči. Někdy to zabírá i u neklidného klienta, když vyndáte fotku oblíbené pracovnice, hračku z minulosti aj., uklidní se.*“

Graf č. 2 – Znázornění používaných metod – získávání informací



Zdroj: vlastní zpracování

Shrnutí metod získávání informací o dětských klientech v zařízení DOZP. Nejen v tomto zařízení můžeme díky informacím z grafu odvodit, že vždy závisí v přístupu lidí, v tomto případě pracovníků.

Pracovníci nejvíce spoléhají v získávání informací na dokumentaci a sociálního pracovníka, který jedná s dítětem a jeho zástupcem již od podání žádosti o sociální službu. Poté se zaměřují na informace získané z fotografií, ze vzpomínkových kufříků nebo na informace předávané samotnými dětmi. Získávání informací vlastní iniciativou přímo od rodiny, předešlých zařízení nebo od pracovníc/ků OSPOD moc pracovníků neinicuje nebo v tom nevidí smysl. 3 pracovnice vidí nějaký smysl i ve vlastním poznání klienta bez potřeby znát předešlou historii.

Pokud se bavíme o tématu spolupráce s rodinou dětského klienta, pak se bavíme o velmi cenném zdroji informací, ale to se týká pouze klientů, kteří přicházejí z funkční rodiny. Velmi často bylo uváděno vlastní poznání dítěte, tedy pozorování. Pozorování bývá nejintenzivnější převážně ihned po nástupu dítěte do zařízení, kdy teprve pracovníci odhalují, jaké by dítě mohlo být. Může být velmi nepřesné, a to z důvodu přetvářky, či zjišťování hranic pracovníků a adaptace na službu.

Všichni pracovníci se však shodli na jedné věci, na jedné metodě, a tou je čas. Jak uvedla jedna z pracovníků: „*Pokud nevím, co mám momentálně napsat do individuálního plánu a na čem s klientem pracovat, tak si jednoduše nějakou dobu počkám.*“ Další pracovníce uvedla také krásné věty: „*Denní soužití a práce s dětmi je to, co nám dá nejvíc. Máme natolik malé zařízení, že děti známe pomalu stejně dobře jako ty své vlastní.*“

Dalším velmi důležitým zdrojem, který uvedli všichni pracovníci, je práce v týmu. Poznatky od ostatních pracovníků. Pracovníci si informace předávají buď při běžném kontaktu, při debatách na téma jednotlivých dětí, nebo na pracovních poradách.

### **7.1.3 Spolupráce s rodinou dětí**

V zařízení probíhá spolupráce s rodinami dětských klientů, kteří mají funkční rodinu. Pokud však dítě nemá funkční rodinu nebo pokud nemá žádné rodinné příslušníky, tak se hledá jiná alternativa spolupráce, například s předchozími zařízeními nebo s odděleními sociálně právní ochrany dětí.

Informace od rodiny se využívají zejména z důvodu historie, kdy již není možné získat všechny potřebné informace přímo od dítěte. Pokud byla u dítěte tato spolupráce možná, byla shodně označována pracovníky za velmi důležitou a užitečnou.

#### **Průběh a obsah spolupráce**

Spolupráce vždy probíhá jak před samotným přijetím dítěte do zařízení, tak i v průběhu poskytování služby. Prvotní spolupráce probíhá již samotným podáním žádosti o poskytování sociální služby. Před samotným sepsáním smlouvy se zájemcem o službu probíhá sociální šetření, při kterém se vede rozhovor s rodinnými příslušníky nebo sociálními pracovníky. Formulář sepsovaný v rámci sociálního šetření obsahuje mimo jiné i základní informace o potřebách, zachovaných schopnostech a přáních klienta.

Možná spolupráce v průběhu služby může mít podobu pravidelného kontaktu, plánovaných schůzek nebo nahodilých setkání při návštěvách v zařízení. V zařízení se využívá i možnost telefonického kontaktu. Funkční rodina dítěte se při jeho přijímání i osobně seznamuje s klíčovým pracovníkem, který se tak v tom okamžiku stává důležitou osobou, na kterou se může rodina klienta kdykoliv obrátit. Platí to i naopak, kdy klíčový pracovník má možnost kontaktovat rodinu nebo si sjednat osobní schůzku.

Vedle získávání informací od rodiny, klíčových pracovníků, sociálních pracovníků z předchozího zařízení nebo od sociálních pracovníků OSPOD může spolupráce dítěte nabývat různý obsah.

Funkční rodina, která zná pravděpodobně klienta nejlépe, se může podílet nejen na tvorbě IP, ale i na jeho samotné realizaci. Jak uvádí pracovnice DOZP, která má blízký kontakt s rodinou dítěte: *„I na plnění cílů mohou spolupracovat, když by se náš dětský klient chtěl například někam podívat nebo by měl zájem o něco z domova a rodina mu to mohla přivést, zařídit, sehnat, nebo ho vzít na žádaný výlet.“*

### **Omezení spolupráce a jejich řešení**

Z rozhovoru s pracovníky bylo možné vysledovat tyto skutečnosti, které mohou využití spolupráce omezovat:

- klient  **nemá funkční nebo žádnou rodinu,**
- informace od rodiny dítěte  **nejsou aktuální,**
- klíčový  **pracovník nemá čas** na spolupráci s rodinou,
- **absence či nevedení písemných záznamů** nebo úplná ztráta.

Dalším ze zásadních problémů vedle skutečnosti, kdy dítě nemá rodinu vůbec, je i skutečnost, kdy ji sice má, ale nekomunikující s pracovníky zařízení. Má tedy rodinu fungující pouze po formální stránce. V tomto zařízení DOZP se bohužel z důvodu převážné většiny dětí v ústavní péči setkáváme právě s těmito problémy. Jak uvedl metodik plánování, *„informace o dítěti sice jsme schopni získat, ale pouze v omezené míře.“* Podle sdělení metodika je toto omezené množství informací často způsobeno dlouhodobým pobytem dítěte v zařízení, který přijetí dítěte do domova předchází.

V několika případech došli pracovníci během šetření ke zjištění, že se písemné záznamy od rodin, či předešlých zařízení klientů ztratily.

Pokud rodina nemůže z jakéhokoliv důvodu zařízení navštěvovat, je dle pracovníků vhodné a důležité, aby byla alespoň v telefonickém kontaktu.

#### 7.1.4 Problémy při plánování a jejich řešení

Ze sdělení pracovníků vyplývají zejména následující problémy, se kterými se při plánování s dětským klientem setkávají:

- problém se **stanovením osobních cílů** u dětského klienta,
- problémy při **plánování s nekomunikujícím** dětským klientem,
- **plánování za klienta,**
- **vyhodnocování a aktualizace** individuálních plánů,
- **časová zátěž** plánování,
- problémy vyplývající z **požadavků** vedení.

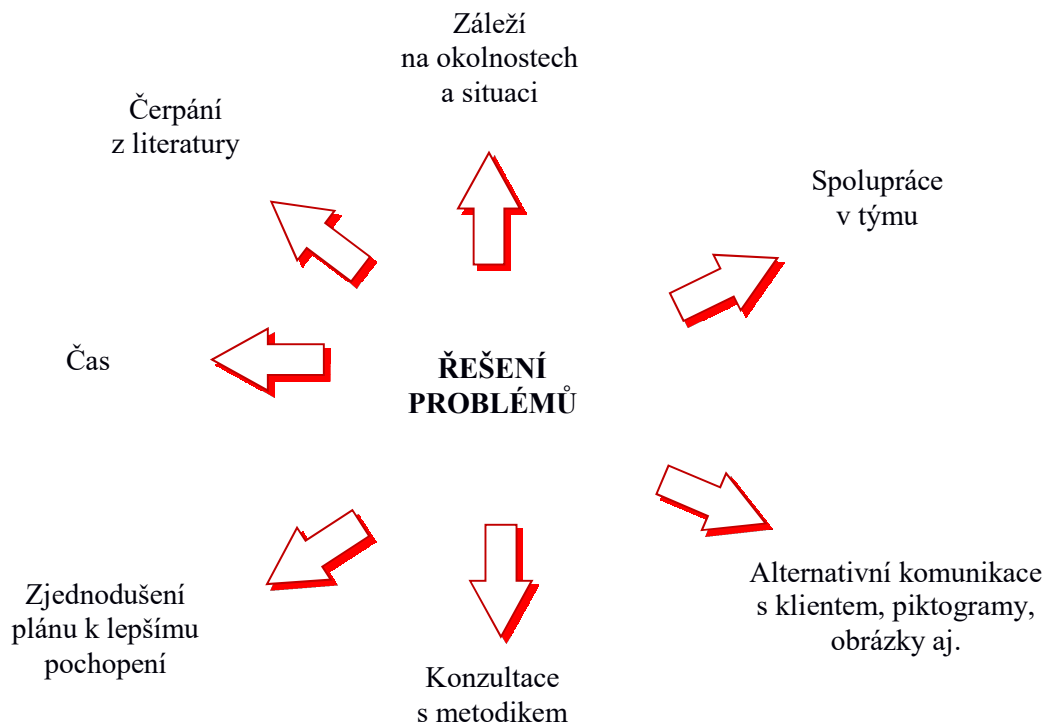
Pracovníci při IP neumí využívat vhodné formulace a nejsou si jisti ani obsahovou stránkou. Za největší problém téměř všichni pracovníci považují stanovení osobních cílů. Plánovat společně s dětským klientem je velmi těžké, zejména také proto, že dětský klient jen těžko umí specifikovat svá individuální přání. Pokud jsou to děti s těžkým mentálním postižením, s problémy s komunikací nebo nekomunikující vůbec, je hledání a specifikace individuálních cílů téměř nemožná. Specifikace osobního cíle u těchto dětí leží zejména na pracovníkovi. Otázkou tedy je, zda je tento osobní cíl považován za individuální cíl klienta.

Co se týká vyhodnocování a aktualizace individuálních plánů, tak v tom vidí pracovníci také velké problémy. Pracovníci jsou nuceni po každém časovém období vyhodnocovat osobní cíle dětského klienta. Pokud se cíl podaří naplnit, pak přichází moment hledání dalšího, ještě „nepoužitého“ cíle. Navíc cíl vždy musí být měřitelný a ověřitelný. Jedna z pracovnic uvádí: *„Vymyšlení dalších a dalších cílů a zejména u nekomunikujících dětí s těžkým mentálním postižením je nejhorší, někdy už fakt nevíme, co vymejšlet.“* A jak konstatuje i další z pracovnic ze zařízení: *„Celé je to o tom, že vlastně jen obtížně hledáme věty, jak napsat jen trochu jinak to, co jsme napsali minule.“*

Pracovníci nemají úplně pozitivní přístup k plánování. Někteří až velice negativně chápou podstatu individuálního plánování i jeho smysl v rámci služby, ale dle jejich slov zabírá mnoho času, který by spíše mohli věnovat klientům.

Problémy v rámci plánování, viz graf č. 3.

Graf č. 3 – Znázornění řešení problémů



Zdroj: vlastní zpracování

Způsoby, jakými pracovníci DOZP řeší problémy při plánování s dětskými klienty, vycházejí zejména z jejich vlastní kreativity a nápadů. Dále také ze spolupráce v týmu pracovníků, spolupráce s metodikem a z podpory klíčových pracovníků. Vždy však záleží na daném problému.

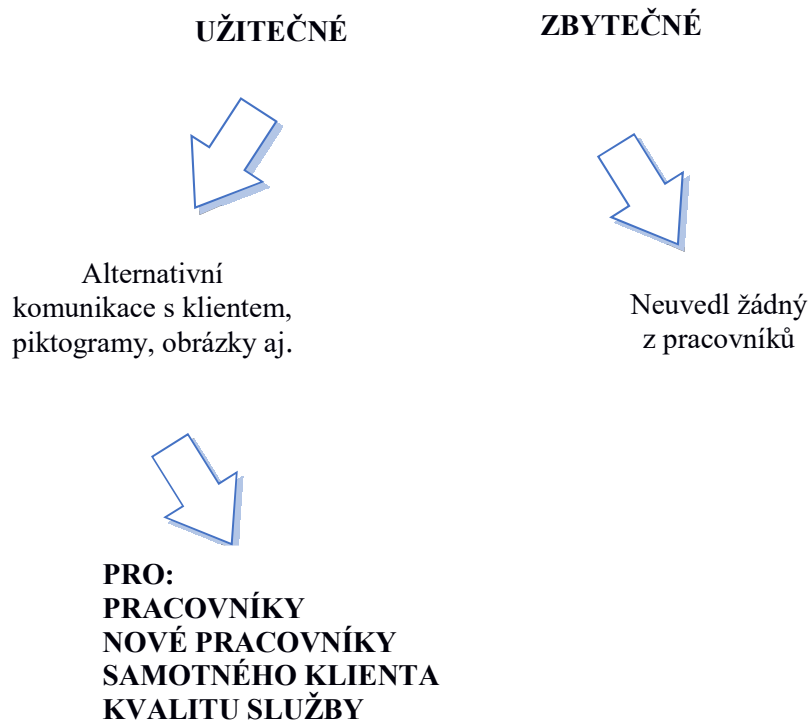
## 7.2 Průběh plánování v DOZP

Jednou z oblastí a nejdůležitější oblastí výzkumu bylo získání informací o tom, jak plánování v DOZP probíhá. Výsledky ukázaly velké rozdíly v pochopení smyslu plánování a v praktické aplikaci plánování, které může nabývat rozmanitých podob.

### 7.2.1 Význam plánování v DOZP

Význam individuálního plánování v zařízení DOZP, ale i v jiných sociálních službách, byl zkoumán jednak skrze definice plánování uváděné v metodikách DOZP, ale také dle názoru pracovníků, jak sami klíčoví pracovníci plánování rozumějí. Pověštinou se v oblasti smyslu a významu plánování shodoval úhel pohledu pracovníka se slovy v dané metodice. Významy individuálního plánování v DOZP ilustruje graf č. 4.

Graf č. 4 – Smysl individuálního plánování

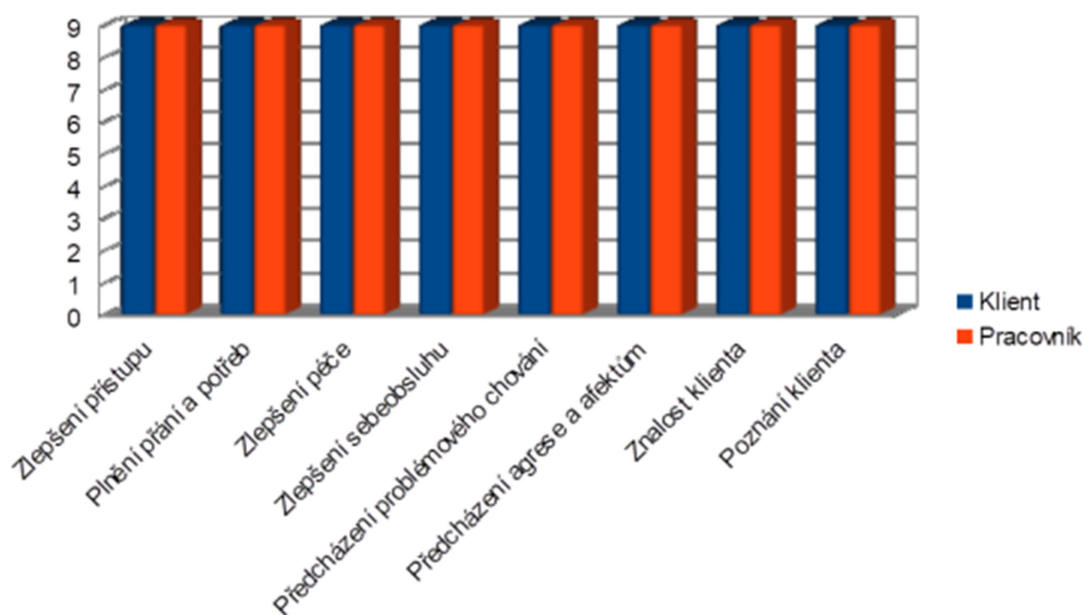


Zdroj: vlastní zpracování

Individuální plánování je nejčastěji ceněno z pohledu výhod plynoucích pro práci samotných pracovníků s dětským klientem, pro nově nastupujícího pracovníka, a také z výhod, které plánování znamená pro dětského klienta. V následujícím grafu č. 5 jsou zaznamenány specifické výhody, které plánování pro pracovníka, nového pracovníka a pro klienta přináší. Mnohdy se zájmy subjektů navzájem setkávají. Co se týče například přizpůsobování sociální služby potřebám klienta, pak je nespornou výhodou jak pro samotného klienta, tak pro pracovníky, kteří uváděli, že je pro ně také velmi užitečné, když vědí, jak klientovi pobyt zpříjemnit, zjednodušit a hlavně, jak s klientem mají pracovat. Rozhovory s pracovníky dokazovaly, jak jsou sami ochotni přizpůsobovat službu a péči o klienty především díky informacím, které o klientovi získali. Výzkum ukázal, že nejvyšším přínosem k IP je dle pracovníků získávání informací o klientovi.



Graf č. 5 – Smysl plánování pro pracovníka a pro klienta



Zdroj: vlastní zpracování

Průběžný sběr informací o klientovi, práce s nimi a přizpůsobování sociální služby těmto informacím byly všemi pracovníky nejčastěji uváděny jako významné pro individuální plánování.

Stejný význam a smysl má individuální plánování i pro klienta. Zajišťuje mu větší pocit bezpečí a pochopení jistých nedostatků personálem, kterým se ovšem dá, díky dobře zvládnutému IP předcházet.

Získané informace usnadňují výběr vhodných aktivit nebo míru poskytované podpory. Ani u jednoho pracovníka nebylo zaznamenáno pochybování o smyslu plánování.

### 7.2.2 Zjišťování informací

Zjišťování informací je další oblastí, která byla zkoumána. Jaká je šíře a hloubka informací, které pracovníci v DOZP o klientech zjišťují, získávají, a také jakým způsobem je zaznamenávají a dále předávají mezi sebou v týmu. V tabulce č. 8 jsou zaznamenány zásadní informace o klientech, které jsou zjišťovány.

Tabulka č. 8 – Oblasti informací

zjišťované informace o klientech
způsob komunikace
mobilita
diagnóza
sebeobsluha – co zvládá a jak
stravování – způsob a schopnost
oblíbené aktivity a zájmy dítěte
přání klienta
agresivní stavy
problémové chování – spouštěče
pomůcky
fungování rodiny nebo jiných osob
historie dítěte
vzdělávání

Zdroj: vlastní zpracování

V tabulce jsou uvedeny veškeré informace, které pracovníky zajímají a se kterými mohou nadále pracovat.

Důležitou podoblastí v rámci zjišťovaných informací u individuálního plánování jsou zájmy, přání a zejména potřeby klienta. Možné pojetí zájmů a potřeb ilustruje tabulka č. 9, ze které je patrné, že se popis potřeb klienta liší dle postižení a diagnózy. Jsou klienti, u kterých je častější zaměření na oblast potřeb v rámci sebeobsluhy než na aktivity a zájmy, a naopak. Tabulka č. 10 rozkrývá, jakou důležitou roli hrají v zařízení DOZP nejen osobní profily klienta, a to zejména pro snadný přehled o schopnostech zvládnutí sebeobsluhy, o zájmech a zejména o potřebách dítěte. Osobní profil je stejně jako IP považován za pracovní „kuchařku“, která pracovníkům (hlavně nově nastupujícím) přehledně ukazuje to nejdůležitější, co by bylo vhodné a dobré vědět o klientovi.

Tabulka č. 9 – Potřeby a zájmy klienta

Potřeby a zájmy klienta	Imobilní klienti s TMR	Klienti s TMR a jinou diagnózou (autismus, syndromy aj.)	Středně těžká mentální retardace a LMR
přání	druhotné	druhotné	prvotní
sebeobsluha	prvotní	prvotní	druhotné
potřeby	prvotní	prvotní	prvotní
zájmy	druhotné	prvotní	prvotní
aktivity	druhotné	druhotné	prvotní
mobilita	prvotní	prvotní	druhotné

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 10 – Vytváření osobního profilu

Vytváření osobního profilu klienta	DOZP
ANO	9
NE	0
- s vizuálními prvky	5
- bez vizuálních prvků	4

Zdroj: vlastní zpracování

Všichni respondenti vytvářejí osobní profil klienta, který je základním materiálem o daném klientovi. Poté už se dle stupně postižení a diagnózy od sebe pracovníci odlišují v tom, jaké vytvářejí dokumenty. Někteří, zvláště ti se schopnějšími klienty, vytvářejí profil i s vizuálními prvky.

Předmětem výzkumu bylo i zaznamenávání informací a to, kde jsou informace zaznamenány. Způsoby zaznamenávání, viz tabulka č. 11.

Tabulka č. 11 – Způsob zaznamenávání informací

Způsob zaznamenávání informací	
zápisy z porad	ANO
nemají přímo určené místo nebo nemohou záznamy nalézt	NE
dokumentace k tomu určená	ANO

Zdroj: vlastní zpracování

Základní dokumenty, ve kterých jsou v zařízeních zaznamenávány informace o potřebách a zájmech klientů, mají velmi rozdílná označení. Jsou to například: Sociální šetření, Žádost o poskytnutí sociální služby, Individuální plán péče, Ostatní dokumentace, Osobní profil apod.

Dokumentace klientů je v zařízení vedena v různých formách, což zobrazuje tabulka č. 12.

Tabulka č. 12 – Forma vedení dokumentace

Forma vedení dokumentace	DOZP
elektronicky	NE
elektronicky – programu Cygnus®	ANO
písemná dokumentace	ANO

Zdroj: vlastní zpracování

Nejpoužívanější formou vedení dokumentace v DOZP je forma písemného dokumentu a také využití programu Cygnus®.

Důležitá je i otázka předávání těchto informací mezi pracovníky. Jakým způsobem jsou informace předávány, znázorňuje tabulka č. 13.

Tabulka č. 13 – Způsoby předávání informací

Způsob předávání informací	DOZP
porady	ANO
dokumentace klienta	ANO
ústně mimo čas k tomu určený	ANO
písemná hlášení	ANO

Zdroj: vlastní zpracování

Jedním z písemných dokumentů, skrze které jsou předávány informace o dětských klientech, mohou být i individuální plány. V některých zařízeních tuto funkci plány neplní, a to proto, že pracovníci znají pouze plány svého klienta, do ostatních individuálních plánů vůbec nenahlízejí. Ve zkoumaném zařízení DOZP je znalost všech individuálních plánů doslova nařízena. Na osobních cílech totiž nemusí pracovat pouze klient se svým klíčovým pracovníkem, ale také s ostatními pracovníky ve službě. Pokud by však pracovníci neměli možnost nahlížet do individuálního plánu, neznali by ani osobní cíle a práce s klientem by tak nebyla možná.

Zkoumané zařízení DOZP by mohlo jít ostatním příkladem, protože v rámci každého oddělení mají výborně rozvinutou týmovou spolupráci. Klíčoví pracovníci zde mají na starosti zjišťování všech informací o dětském klientovi, poté plánují společně s dětským klientem a nakonec jednají s ostatními pracovníky, kde individuální plán společně doplňují o náměty, poznatky a informacemi. Realizace plánů pak probíhá společně.

### 7.2.3 Průběh IP

Jednotlivé fáze individuálního plánování mimo jiné uvádějí i metodické pokyny pro plánování viz tabulka č. 14.

Tabulka č. 15 vyhodnocuje četnost termínů, ve kterých mají pracovníci vyhodnocovat a aktualizovat individuální plány.

Tabulka č. 14 – Fáze IP

<b>Název fáze</b>
sestavení individuálního plánu
mapování potřeb
fáze před nástupem klienta
fáze po nástupu klienta
revize plánu
kontroly
zapisování do počítače
realizace

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 15 – Vyhodnocení a aktualizace plánů

<b>Termíny aktualizací plánů</b>	<b>DOZP</b>
1× za měsíc	NE
1× za 6 měsíců	ANO
1× za 3 měsíce	NE
podle potřeby	ANO
1× za 1 rok	ANO

Zdroj: vlastní zpracování

V tomto zařízení DOZP mají jasně stanovené termíny pro vyhodnocování a aktualizaci individuálních plánů. Jednou za 6 měsíců klíčový pracovník společně s dětským klientem aktualizuje individuální plán a jednou do roka plán společně vyhodnotí, uzavřou a začínají znovu plánovat. Dále se plánuje dle aktuální potřeby.

Tzv. **adaptační doba** je doba po příchodu klienta do nového zařízení. V rámci individuálního plánování není po tuto dobu s klientem prováděno žádné plánování z důvodu vzájemného poznávání, nebo se naopak plánuje o to intenzivněji, protože dochází k tzv. nastavování ideálního přizpůsobení péče.

Délka adaptační doby se liší dle typu zařízení.

#### **7.2.4 Individuální plány a osobní cíle**

Podoba individuálního plánu se v průběhu let v zařízení velmi měnila. Změna podob individuálních plánů v průběhu let byla způsobena vývojem služby, prohlubováním individuálního přístupu ke klientům, kreativitou pracovníků, metodikou a v neposlední

řadě větším zaměřením na důležitost plánování z důvodu zvýšení kvality péče. Tabulka č. 16 ukazuje, jak pracovníci spolupracují s klientem, tabulka č. 17 popisuje formáty plánů, tabulka č. 18 míru jejich standardizace. Tabulka č. 19 pak mapuje vizuální podobu plánů.

Tabulka č. 16 – Vytváření IP

Individuální plán	DOZP
ne	0
ano	9

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 17 – Formát IP

Formát	DOZP
počítačový program	9 – scan v Cygnus 2
písemný formulář	9
tabulka	0

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 18 – Standardizace plánu

Míra standardizace plánu	DOZP
mírně standardizovaný	0
středně standardizovaný	9
velmi standardizovaný	0
nelze odhadnout	0

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 19 – Vizuální podoba plánů

Vizuální podoba plánů	DOZP
1–2 strany	0
více stran	9
nelze odhadnout počet stran	0
bez obrázků	6
s obrázky	3

Zdroj: vlastní zpracování

Individuální plány lze rozdělit na plány osobních cílů a na plány péče. Plán péče se prvotně zaměřuje na přizpůsobení každodenního režimu a zvládnání sebeobsluhy. U těchto plánů, pokud jsou stále aktuální, nedochází k častějším úpravám. Plány osobních cílů se upravují častěji, zaměřují se totiž na neopakovatelnou činnost nebo akci.

Z tabulky č. 20 je patrná důležitost, četnost je vysoká z důvodu nutnosti nastavení osobního cíle u každého klienta, i když někdy se složitějším zjišťováním. Zároveň tabulka promítá některé možnosti cílů.

Tabulka č. 20 – Osobní cíle klientů a jejich příklady

Individuální plány osobních cílů	DOZP
ano	9
ne	0
Osobní cíle	Příklady osobních cílů klientů
obecné cíle	být šťastný či spokojený
<ul style="list-style-type: none"> <li>• cíle zaměřené na soběstačnost</li> </ul>	udržení soběstačnosti
	udržení psychického a fyzického stavu
	zvládnout cestování za vzděláním, práce
	zvládnout samostatný pohyb mimo zařízení
<ul style="list-style-type: none"> <li>• cíle zaměřené na účast na skupinových akcích či aktivitách</li> </ul>	sama se najíst, sama se učesat
	zúčastnit se akce zařízení aj.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• cíle zaměřené na učast na skupinových akcích či aktivitách</li> </ul>	zvládnout navštěvovat sportovní kroužek
	zvládnout praktickou školu
<ul style="list-style-type: none"> <li>• cíle zaměřené na setkání se</li> </ul>	pravidelný trénink logopedie, naučit se psát
	setkat se s rodinou
<ul style="list-style-type: none"> <li>• cíle zaměřené na setkání se</li> </ul>	chodit na procházky
	individuální výlet s klíčovým pracovníkem
	sportování
<ul style="list-style-type: none"> <li>• cíle zaměřené na oblíbené činnosti</li> </ul>	cestování aj.

Zdroj: vlastní zpracování

V zařízení DOZP se vedle uvedeného dělení plánů využívá u některých klientů i dělení cílů, jež se pak dělí na krátkodobé a dlouhodobé. Nejdůležitější je však uvědomění si a hlavně vysvětlení pracovníkům pojem cíle. U cílů, ať už krátkodobých, nebo dlouhodobých, musí být jasná specifikace. Každý cíl musí být měřitelný a ověřitelný. Pokud tedy s klientem (dítětem) specifikujeme cíl, musíme myslet na to, že ho po nějaké době budeme vyhodnocovat. Pokud tedy pracovník cíl špatně specifikuje, není možnost jeho ověření a tedy ani jeho vyhodnocení. Vyhodnocení cíle znamená zhodnocení, zda se cíl stanovený klientem s pomocí pracovníka podařilo naplnit.

Příklad špatně stanoveného cíle: Klient bude cestovat vlakem. Otázkou zůstává, jakým vlakem, odkud, kam, kdy? Pokud bude plán za 6 měsíců vyhodnocován, tak jakým způsobem? Zde není co vyhodnocovat, ani měřit.

S individuálním plánováním také souvisí vytváření tzv. krizových a tréninkových plánů. Tyto plány pomáhají předcházet případným rizikovým situacím, např. útěku z oddělení, agresivnímu jednání aj., viz tabulka č. 21.

Tabulka č. 21 – Individuální krizové plány

Vytváření krizových plánů	Četnost v DOZP
ne	6
ano	3

Zdroj: vlastní zpracování

Jak z tabulky vyplývá, u některých klientů je potřeba krizový plán vést jako běžnou součástí sociální dokumentace klienta. Takový postup je podporován inspekcí poskytování sociálních služeb.

Tabulka č. 22 – Tréninkové plány

Vytváření tréninkových plánů	Četnost v DOZP
ne	7
ano	2

Zdroj: vlastní zpracování

I tréninkové plány jsou mnohdy běžnou součástí dokumentace klienta, a to v případě, pokud u zkušených klientů dojde k tréninku např. samostatného pohybu mimo areál zařízení. Takový pohyb musí být s klientem pravidelně trénován a tento trénink musí být i s problémy a jejich případným řešením.

### 7.2.5 Návrhy pracovníků na změnu

V zařízení DOZP jsou otevřeni návrhům a námětům ke změnám a úpravám nejen v rámci individuálního plánování. Vedení velmi intenzivně spolupracuje s pracovníky v přímé péči a společně diskutují nad zlepšováním péče a poskytováním sociální služby v rámci zařízení. Pracovníkům také velmi pomáhá fakt, že vedoucí oddělení a zároveň sociální pracovník a metodik plánování se plně účastní přímé péče o klienty. Vypomáhají na oddělení, vykrývají služby v době potřeby a jsou plnohodnotnými členy týmu.



## 7.3 Role klíčových pracovníků

Závěr výzkumného šetření se zabýval postavením klíčových pracovníků v DOZP a také podmínkám, při kterých vykonávají tuto pozici.

### 7.3.1 Pracovní podmínky

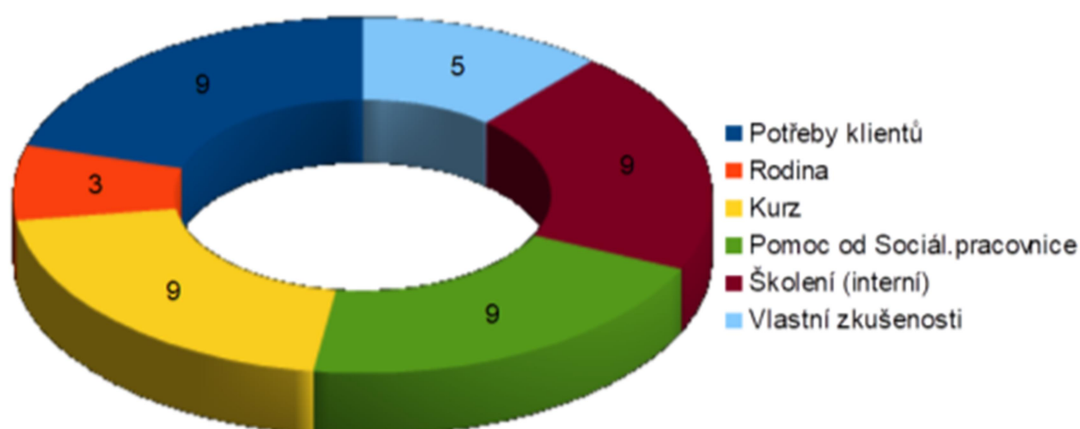
Šetřením se ukázalo, že na jednoho klíčového pracovníka připadají maximálně dva klienti. Počet klientů na jednoho klíčového pracovníka se tedy pohybovaly od jednoho po nejvíce dva klienty. Počet klientů na jednoho klíčového pracovníka se lišil na základě zkušeností pracovníka nebo dle míry obtížnosti plánování s daným klientem.

Vyčíslit plánování v čase je velmi těžké. Pracovníci nedokáží určit, kolik času věnují plánování. Je to jeden z bodů, který ani nelze nijak porovnávat z důvodu košatosti IP, pod které v zařízení DOZP zahrnují i jiné činnosti, a také proto, že čas věnovaný plánování pracovníci nijak neohraničují. Jsou pracovníci, pro které je plánování součástí každého kontaktu s klientem, ale jsou také pracovníci, kteří se zabývají plánováním jen v okamžiku, kdy aktualizují nebo vyhodnocují plán. Podle toho dále hodnotí i časové využití, někteří tvrdí, že mají na plánování času dostatek, a někteří se potýkají s jeho nedostatkem. Nedostatek času poté může být kompenzován prací doma nebo o nočních službách. Plánování během běžné pracovní doby není možné, jak dodává jedna z pracovnic se slovy: *„Během služby si nemůže pracovník na hodinu odejít s klientem, věnovat se plánování a nechat veškerou práci na toho druhého.“*

### 7.3.2 Vzdělání a dovednosti pracovníků

V rámci šetření byly zkoumány zdroje, díky kterým čerpají zaměstnanci náměty na práci s klienty, ale i náměty, jak při plánování postupovat. V rámci zařízení DOZP bylo zjištěno, že pracovníci spíše uplatňují jednotný přístup. V grafu č. 6 jsou zobrazeny zdroje postupu při IP.

Graf č. 6 – Zdroje postupu při IP



Zdroj: vlastní zpracování

Pracovníci uváděli, že postupují na základě úvodního školení, které probíhá vždy v zařízení DOZP, dále dle kurzu, který k IP postupně všichni absolvovali, podle potřeb klientů a také dle informací od sociální pracovnice. Méně pracovníků by postupovalo jen dle vlastních zkušeností a dle informací od rodiny. Pracovnice velmi často poukazyvaly na to, že je velmi důležité, aby lektoři, kteří vedou kurzy, měli vždy i praktické zkušenosti s přímou péčí o klienty, protože v tu chvíli nejlépe rozumí problémům, se kterými se i oni potýkají.

V zařízení se snaží o pravidelné a spravedlivé rozvržení školení mezi pracovníky. Vedoucí domova eviduje a dost tvrdě hlídá počty absolvovaných školení jednotlivých pracovníků. Pokud pro zařízení existuje možnost absolvovat zajímavé školení, snaží se pokrýt služby jinými zdroji, aby se školení mohlo zúčastnit co nejvíce pracovníků. Někteří pracovníci se zmínili, že si některá školení hradí z vlastních financí a navštěvují ho ve svém volnu.

Dovednosti klíčových pracovníků, které mohou usnadňovat práci s dětmi s MP, a jež vyplynuly z rozhovorů:

- komunikace s dětmi s MP a s narušenými komunikačními schopnostmi,
- správné využití motivace,
- zjednodušování otázek,
- schopnost práce s předměty,
- užívání neverbální komunikace,

- vlastnosti typu – nadhled a empatie, trpělivost, důvěryhodnost, vlídnost, humor,
- schopnost komunikace s rodinou či jinou osobou blízkou,
- pozorování.

### 7.3.3 Vhodné náměty pracovníků

Pracovníci by všeobecně uvítali méně administrativních povinností a naopak více personálu, tedy pracovníků. Nejen, že se do zařízení přijímají děti s horšími diagnózami, ale také by se pracovníci mohli spíše věnovat individuální práci s jednotlivými klienty. Pracovníci zmiňovali i velmi dobrou zkušenost s dobrovolníky. Právě větší spolupráce s dobrovolníky by vedla ke zlepšení u obou zmiňovaných námětů.

### 7.3.4 Postavení, podpora a kontrola

V rámci postavení klíčových pracovníků bylo šetřením zjišťováno, zda mohou navrhnout změny a zapojovat se do zlepšování IP ve svém zařízení.

Pracovníci zmiňovali, že vedení zařízení je otevřené návrhům ke zlepšování plánování s klienty. Podporují kreativitu a odhodlání pracovníků při práci.

Pracovníci mají možnost předávat informace přes vedoucí oddělení na pravidelných poradách, na velkých poradách celého domova, metodikovi plánování či sociálnímu pracovníkovi.

Co se týče oblasti podpory, pak pracovníci odpovídali souhrnně stejně. Podporu ze strany vedení pocítují už proto, že je vždy vyslechne, povzbudí a dokáže poradit. Pracovníci zmiňovali, že mívají pravidelné konzultace se sociálním pracovníkem nebo metodikem. Sociální pracovník i metodik pravidelně navštěvují všechna oddělení, a pokud není dostatek personálu, tak i vypomáhají ve službách a tedy i v přímé péči. Podle slov jedné z pracovnic: *„Je dobře, že ani vedoucím nedělá problém sloužit na oddělení. Vědí poté, o čem mluvíme, daleko více nás poslouchají a podporují. Chápu také naše problémy a tím pádem se jim lépe hledají možnosti řešení.“*

Při otázce, zda rady od vedoucích pracovníků jim pomáhají, odpovídali pracovníci pozitivně, že většinou ano. *„Rady nám velice pomáhají, a to proto, že to není práce o jednotlivci, ale o spolupráci. Více hlav, více ví. A to platí i u informací o dětech.“*

Respondenti vedle konzultací s vedoucími pracovníky velmi často uváděli i vzájemné předávání si rad a vzájemnou podporu. Tato komunikace mezi pracovníky probíhá povětšinou při běžném každodenním kontaktu.

Důležitá a velmi často uváděná forma podpory je i v možnosti změny klíčového pracovníka v případě, kdy by se ukázalo, že si budou klient a jiný pracovník navzájem lépe vyhovovat, nebo z důvodu pochybení pracovníka či přání klienta.

Pracovníci oceňují i podporu ve formě morálního ocenění nebo i supervize.

Poslední zkoumaná oblast, je oblast kontroly. Kontroluje se zejména to, jak klíčoví pracovníci vykonávají své povinnosti. Kontrola probíhá pravidelně i nečekaně a bývá vykonávána sociálním pracovníkem, vedoucím oddělení nebo metodikem kvality.

## **7.4 Souhrn zjištění**

V rámci výzkumného šetření byly zodpovězeny všechny výzkumné otázky. Níže jsou shrnuta hlavní zjištění.

### **7.4.1 Specifika IP s dětmi s mentálním postižením v zařízení DOZP**

Jako hlavní specifika a zjištění individuálního plánování s dětmi s mentálním postižením byly zjištěny odlišnosti plynoucí z míry a stupně mentálního postižení, ze schopnosti komunikace, schopnosti soustředění a z celkové diagnózy dítěte. Individuální plánování zaznamenává odlišnosti dle míry zpracovávaných plánů a v oblasti zaměření se na odlišné potřeby dětského klienta. Jistá omezení, která v plánování vyplývají ze specifík uvedených šetřením, mohou být vyrovnávána využíváním získaných informací z popsanych zdrojů, nebo použitím metod, které zejména pomáhají navázat komunikaci s dětmi s mentálním postižením. Jako důležité se v této oblasti ukázalo prvotní získávání informací o dětech, práce s diagnózou a stupněm mentálního postižení, dále je velmi ceněna kreativita a schopnosti pracovníka. Důležitým faktorem je i spolupráce s rodinou, ale pouze v případě její funkčnosti. V neposlední řadě zde hraje také znalost klienta pracovníky DOZP, která je ovlivněná velikostí zařízení a oddělení a samozřejmě i délkou pobytu klienta v daném zařízení.

Forma spolupráce s rodinou, osobami jinak blízkými či formálně blízkými je velmi různorodá a závislá na funkčnosti vztahu k dítěti. Míra, v jaké může být rodina

do plánování a poskytování péče a podpory zapojována, záleží právě na funkčnosti, na vztahu a zejména na její vlastní ochotě se zapojit. Na straně druhé závisí i na samotném zařízení DOZP a na způsobu, jakým se s rodinami pracuje a jaké příležitosti k zapojení ke spolupráci vytváří.

#### **7.4.2 Průběh plánování v DOZP**

Průběh a způsob plánování v DOZP se liší zejména v přístupu jednotlivých pracovníků. U dětí s mentálním postižením i jinou diagnózou spojenou s mentálním postižením je největší míra iniciativy závislá na pracovníkovi, na jeho kreativité při práci, na jeho dostatečné znalosti klienta včetně jeho historie, potřeb a přání. Všeobecně velkou míru nejen u plánování nesou informace o daném klientovi, záleží i na tom, jak jsou údaje uchovávány a předávány mezi pracovníky. Spolupráce mezi pracovníky, znalost klientů i jiných klíčových pracovníků vede ke společnému cíli. Tímto cílem je společná práce v rámci klientů a jejich postupné zlepšování ve všech oblastech IP. Nejčastěji zjišťovanými oblastmi jsou míra soběstačnosti klienta, jeho potřeby, přání a skladba jeho oblíbených aktivit. Předávání informací probíhá nejčastěji ústní formou, buď v rámci organizovaných pracovních porad, nebo při běžném každodenním kontaktu, dále vytvářením osobních profilů klientů. Informace jsou zaznamenávány do písemných dokumentů a v počítačovém programu Cygnus 2<sup>®</sup>.

Rozdílné jsou nejen fáze plánování, zpracování a podoba IP, ale i cílů klientů. V zařízení DOZP je zaveden formát IP, ale jeho zpracování pracovníkem a klientem je otevřený kreativě. Mnohdy to ani bez kreativity, empatie a motivace pracovníka u dětí s mentálním postižením nejde. Zaměření cílů je také různé, některé cíle klientů směřují spíše k udržení či zlepšení stávající soběstačnosti, jiné jsou cíleny na přání, potřeby a zprostředkování oblíbených aktivit.

## 8 Diskuze a navrhované řešení

Předposlední kapitola se věnuje diskuzi nad závěry práce. Výzkumné šetření bylo zajímavou inspirací k práci a přístupu k dětem s mentálním postižením. Související pochopení důležitosti využití nástroje individuálního plánování u dětí s mentálním postižením je krokem ke zlepšení práce s touto cílovou skupinou.

Plánování s dětmi s mentálním postižením má přirozeně naprosto odlišné rysy od plánování s osobami bez snížených mentálních schopností. U dětí s mentálním postižením vznikají problémy jiného charakteru, mnohem častěji a v odlišné intenzitě. Nejzásadnějšími problémy jsou například: schopnost krátkého soustředění, poruchy řeči nebo neschopnost komunikace a nepochopení požadavků od pracovníka. Pracovníci upozorňovali na potřebu intenzivnějšího zaznamenávání si informací o klientech, které by měly být podrobnější a měly by obsahovat poznámky o změně nálady, reakcí a chování. Podrobnější vedení záznamů o příchozích změnách (zdravotní, psychické aj.), zejména o afektových reakcích, vede k lepšímu zareagování ze strany pracovníků a dovoluje včas a objektivněji přizpůsobovat plán potřebám klienta.

Našli se jedinci, kteří uváděli, že v plánování vidí pouze zbytečně strávený čas, bez pochopení opravdového smyslu a zlepšení práce s klientem. Celý proces činí jen a pouze z důvodu povinnosti.

Prioritou by mělo být hledat příčiny, z jakého důvodu se pracovníci z jednoho zařízení rozcházejí v názoru na důležitost individuálního plánování. Někteří pracovníci si neumějí představit svou práci bez plánování, a jiní plánování považují za něco, co nedává smysl a ještě jim to ubírá čas od jiných pracovních činností. Z uváděných důvodů lze vydedukovat, že problém může pramenit ve výběru pracovníků z různých oddělení, a tedy i z jiných kolektivů. Nedostatečná či žádná spolupráce v pracovním týmu, tedy pracovní nesouhra, je závažnou překážkou při plánování. Poté jsou to také nedostatečné předávání informací, špatná komunikace mezi pracovníky a možná nižší praxe v oboru. Někteří jedinci pracují ještě bez specializovaných školení a souvisejících kurzů, absolvovali pouze vstupní vnitřní školení.

Dalšími faktory, které u pracovníků posilují vnímání užitečnosti individuálního plánování, jsou: schopnost práce s historií klienta, práce s fotografiemi, kreativita práce, práce se vzpomínkovými kufříky, spolupráce s rodinami klientů (pokud je z funkční

rodiny a spolupráci je možno navázat), schopnost a ochota získávat a předávat informace nejen od rodiny, absolvování kurzů zaměřených na péči o děti s mentálním postižením a spolupráce v týmu.

Naopak faktory, které u pracovníků oslabují vnímání užitečnosti plánování, jsou: problémy, které pracovník neumí řešit, nefunkční spolupráce v týmu, nedostatečná kreativita práce – pracovník si neví sám rady, neví na koho se při problému obrátit (stydí se si říct o pomoc), neumí používat správné formulace, nemá dostatek informací o klientovi aj. U těchto pracovníků je zřejmé, že u nich samotných a také na odděleních nefungují dobře některé mechanismy, které by měly být naopak při plánování pomocí a oporou.

To celé následně sklouzává k literatuře a k uváděnému riziku formalizování individuálního plánování, kde je činnost plánování sice prováděna, ale naprosto bez jakéhokoliv vnitřního smyslu.

V takovém případě dochází k nemožnosti přizpůsobení režimu zařízení potřebám klienta, a tím pádem plán, který má přizpůsobení režimu zachycovat, ztratí všechn efekt. Je vyplněn pouze po formální stránce, bez odezvy pro klienta. Je to jako kdyby klient neměl žádné potřeby, přání a požadavky.

Dalším velmi důležitým bodem v individuálním plánování s dětmi s mentálním postižením se ukázalo získávání a nakládání s informacemi o klientovi. Je třeba si však uvědomit, že získávání informací u dětí s mentálním postižením je velmi obtížné. Odpovídajících informací o klientovi lze získat buď z již dříve získaných informací, dále pak pomocí intenzivního pozorování klienta, nebo díky konzultacím s rodinou. Pouhá informace bez dalšího rozpracování vede pracovníka k přemýšlení o skutečnosti, kdy a jak by měl informaci při práci s takovým dítětem využít. Důležitým zdrojem informací jsou tedy samotné poznatky pracovníků, které závisí na znalosti daného klienta.

Informace by měly přicházet i společně s klientem. Při správném postupu by je měl klíčový pracovník získat i od pracovníků z jiných zařízení. Tito pracovníci mají klienta za dobu pobytu v jejich zařízení lépe „přečteného“.

Metody, díky kterým mohou pracovníci navazovat kontakt s dětským klientem s mentálním postižením, se nedají přesně popsat. U navazování kontaktů je důležitá

empatie, kreativita vlastního jednání (nejdůležitější), ale i bazální stimulace a další stimulační techniky. Navíc v rámci výzkumu byly zjištěny i další možné metody, jako je využívání „vzpomínkových kufříků“, tedy informací z biografie klientů, a s tím související využívání fotografií a jiných vzpomínek a předmětů, které jsou klientovi známé a blízké. Je třeba myslet na to, že pokud vzpomínky nejsou pozitivní, může se celá snaha pracovníka v okamžiku zhroutit.

Spolupráce s rodinou je jednou z dalších oblastí, která je pro získávání informací velmi důležitá. V tomto případě však pouze za předpokladu, že se jedná o zcela funkční rodinu. Pokud by se jednalo o dysfunkční rodinu, nepřinesla by tato spolupráce žádné výhody. Bohužel v rámci zařízení tohoto typu je potřeba zmínit jednu důležitou skutečnost, a tou je to, že nadpoloviční většina dětí z DOZP jsou sirotci nebo děti rodičů, kteří neuměli či nezvládali péči o takto postižené dítě. Děti jsou danému zařízení svěřeny do ústavní péče rozhodnutím příslušného soudu.

Často zmiňovaná kreativita ze strany pracovníků se nemá promítat jen do přímé práce v péči o klienta, ale i ve zpracování individuálních plánů. Psané formě individuálního plánu by měl rozumět i sám klient, v tomto případě dítě. Dítě s mentálním postižením daleko lépe vnímá dokumenty v obrazovém provedení, proto je pro něj vizuální zpracování dokumentů lepší. Zde se kreativitě meze nekladou. Čím vizuálnější a přirozenější pro dítě plán je, tím lepší má plánování efekt.

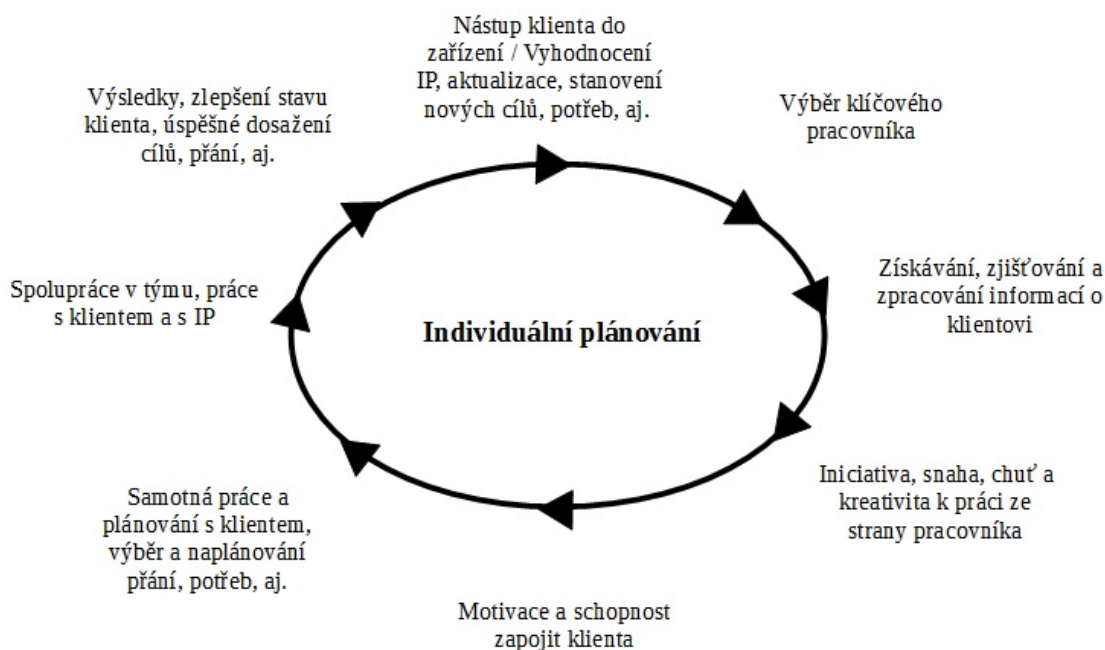
Mnoho probírané je téma aktualizací a vyhodnocování individuálních plánů u klientů, u kterých je stav neměnný. Pracovníci nerozumí časté aktualizaci plánů z důvodu neměnného stavu klienta zejména proto, že časem nemají údajně co v plánu měnit a přizpůsobovat. Plánování probíhá i v rámci osobních cílů (přání), které se určitě daří plnit, čímž vzniká potřeba a touha ze strany klienta dalšího přání.

Spolupráce v týmu pracovníků z jednoho oddělení je další téma, jemuž se výzkum věnoval. Jsou zařízení a oddělení, kde spolupráce funguje výborně, ale i naopak. Pokud je navíc součástí týmu pracovník s názorem, že plánování je nesmyslná činnost, spolupráce se pro celý tým dosti ztěžuje a komplikuje. Pokud však tým funguje jako jedna jednotka a ví, co potřebuje a co potřebují klienti, pak je cesta k úspěchu mnohem jednodušší. Nejen, že tato spolupráce vede ke zlepšení v rámci individuálního plánování, přístupu ke klientům, k lepšímu pochopení aktuálních komplikací, přání a specifických potřeb, ale i k naladění všech členů oddělení.



Klíčoví pracovníci jsou ti, kteří individuální plánování u svého klienta doslova zastřešují. Pokud od těchto pracovníků nevyhází žádná iniciativa, snaha, kreativita a chuť pracovat s klientem, potom nefunguje celý systém. Individuální plánování, pokud je dobře nastaveno, je jakýmsi „koloběhem“, který, v případě nesprávného nastavení, nemůže přinést ten správný úspěch.

Obrázek č. 6 – Individuální plánování



Zdroj: vlastní zpracování

## 8.1 Navrhované řešení

Je zřejmé, že výsledky výzkumu jsou pravděpodobně ovlivněny samotnou volbou výběrového souboru. Výběrový soubor je úzký a ve větším počtu respondentů bychom získali případně jiný, lepší nebo horší, výsledek. Různorodost přístupu pracovníků na různých typech oddělení s různou dobou praxe dává dost námětů pro další práci. V první řadě **se je třeba zaměřovat na nový personál**, dobře jej proškolit, posílat jej včas na **všechna potřebná kvalitní školení**, a to zejména dle aktuálních potřeb klientů, kvalitním školením o individuálním plánování počínaje. Poté je důležité **se zaměřit na chod oddělení a zejména pracovní kolektiv a jeho fungování vůči klientům**. Pravidelně se scházet s pracovníky a řešit právě tyto povinnosti a kolektivní schopnosti. Dále je žádoucí **více zapojovat ostatní možné účastníky** – vedoucí oddělení, sociální pracovníky, zdravotní sestry, pracovníky OSPOD, pracovníky z předešlých zařízení,

odkud přicházejí klienti, rodinu, pokud je to z její funkčnosti možné aj. Je vhodné **zaměřit se na včasné a potřebné předávání informací. Rovněž je nutné se soustředit na získání všech potřebných informací**, které vedou v kombinaci s ostatními články ke zlepšení práce s klientem.

Je také důležité **dbát na výběr pracovníků**. Pracovník má mít pro práci s dětmi s postižením pochopení, ale zejména přirozené vlohy a chuť. Měl by být ve své práci flexibilní, vyrovnaný, empatický, kreativní, vstřícný a mít smysl pro důslednost. Děti s postižením jsou velmi vnímavé a kopírují naše pocity a chování. Tyto děti mnohdy nerozumí našim stavům, chování a psychickému rozpoložení. Pokud tomu nerozumí, potom u nich dochází ke stresu, ztrácejí se, jsou nervózní a úzkostní. To vše vede ke zhoršení psychického stavu, nevyrovnanosti a nechuti ke spolupráci.

Z výzkumu a výsledků tohoto šetření je možné čerpat určité poznatky a inspiraci, jež od pracovníků v přímé péči přichází k metodikům, či vedoucí plánování sociální služby. **Naslouchání, podpora a spolupráce s pracovníky v přímé péči** je cennější pro následné zlepšování práce a služby pro klienty jako takové. Odvíjí se právě od praxe, která funguje mnohdy lépe než samotná teorie.

## Závěr

Cílem diplomové práce bylo zjistit specifika individuálního plánování u dětí s mentálním postižením. Cíle jsme dosáhli za pomoci výzkumného šetření mezi respondenty. Respondenty tvořili pracovníci ze sociální služby Domov Raspenava, tedy domova pro osoby se zdravotním postižením. V tomto zařízení jsou cílovou skupinou děti od 3 do 26 let. S respondenty byl veden rozhovor na téma individuálního plánování se specifickou skupinou.

Celá diplomová práce rozebírá rozsáhlé téma, jemuž se věnují všechna zařízení, kterým je individuální plánování. Text diplomové práce je rozčleněn do 9 kapitol. Tři kapitoly jsou obsahem teoretické části, čtyři kapitoly empirické, tedy praktické části, a dvě kapitoly diskutují nad prací a uzavírají ji.

Teoretická část se věnovala tématu dětí s mentálním postižením. Byla provedena klasifikace mentálního postižení, popsáno mentální postižení i u dětí s PAS, což je přidružené postižení. Dále byla představena podpora a péče o tyto děti, a v neposlední řadě byla zmíněna složitost komunikace. Práce se věnovala i legislativě, která se k tématu vztahuje, tedy zákonu č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách, a byly vyzdvíženy standardy kvality sociálních služeb. Další prostor první části vyplnila služba DOZP a individuální plánování, jeho proces i role pracovníků, zejména klíčových.

Druhá část, tedy v empirická, se zabírala individuálním plánováním po jeho praktické stránce. Zkoumala, jak takový proces funguje, představila jeho účastníky, jejich potřebné znalosti a vědomosti. Dotazy byly směřovány nejen na běžné pracovníky z přímé péče, ale i na ostatní personál zařízení. Bylo zmíněno, že plánování je nekonečný, opakující se koloběh, který ovšem nemůže správně fungovat bez některého z popsaných článků. Proces, který nemá fungující jednotlivé články, nemůže nikdy nabrat správný směr a mířit k cíli.

Diskuze a navrhovaná řešení poté rozebraly veškeré nedostatky, na které je potřeba se zaměřit, naučit se jim předcházet, a naopak využívat cenné poznatky, které mnohdy přicházejí, jen odjinud, než jsou vedoucí pracovníci obvykle zvyklí čerpat.

Autorka práce se rozhodla upoutat pozornost na toto téma hlavně z jednoho prostého důvodu. Má dojem, že individuální plánování a plánování přímo zaměřené na klienty je

nesmírně důležitý proces, který mnohá zařízení zlehčují. Nevěnují mu potřebnou pozornost ani hodnotu. Přitom individuální plánování s klienty, a zejména s dětmi, přináší neskutečné množství informací, inspirace a poznatků k práci. Celkově nám práci zjednodušuje, zpřístupňuje možnosti odpovídající péče, a v neposlední řadě péči zkvalitňuje.

Přínosem práce je tedy určitá vidina zlepšení pohledu na důležitost procesu individuálního plánování a zamyšlení se nad možnostmi zlepšení kvality péče o klienty, kteří za sebou mají už tak velice nemilý osud.

## Použitá literatura

Bartoňová, M., Bazalová, B., & Pipeková, J. (2007). *Psychopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido.

Bendová, P. (2011). *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. Praha: Grada.

Bendová, P., & Zíkl, P. (2011). *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada.

Bicková, L. (2011). *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky.

Čámský, P. et al. (2008). *Manuál pro tvorbu a zavádění standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*. Dostupné z: [http://www.csspraha.cz/users\\_data/file/manual-standardy-kvality.pdf](http://www.csspraha.cz/users_data/file/manual-standardy-kvality.pdf).

Čeledová, L., & Čevela, R. (2017). *Člověk ve zdraví i v nemoci: podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.

Černá, M. (2008). *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum.

Důvodová zpráva k zákonu č. 108/2006 Sb.

Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada.

Géringová, J. (2011). *Pomáhající profese: Tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. Praha: Triton.

Haičl, M., & Haičlová, V. (2011). *Metody individuálního plánování služby s uživateli*. In: L. Bicková, *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky.

Hauke, M. (2011). *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. Praha: Grada.

Hrdlička, M., & Komárek, V., (ed.). (2014). *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. Praha: Portál.

Hronová, M. (2009). *Supervize v sociálních službách. Sociální služby, (1)*.

- Hrozenská, M., & Dvořáčková, D. (2013). *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada.
- Kantor, J. (2014). *Kreativní přístupy v rehabilitaci osob s těžkým kombinovaným postižením: výzkumy, teorie a jejich využití v edukaci a terapiích*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Klenková, J. (2006). *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada.
- Klimentová, E. (2018). *Osoby se zdravotním postižením v sociologickém výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Kopřiva, K. (2011). *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál.
- Králová, J., & Rážová, E. (2007). *Sociální služby a příspěvek na péči: komentář, právní předpisy*. Olomouc: ANAG.
- Křížkovská, P., & Tomalová, P. (2012). *Inkluzivní přístupy k dospělým osobám s mentálním postižením v pozdní dospělosti*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Kubová, L. (1996). *Alternativní komunikace, cesta ke vzdělávání těžce zdravotně postižených dětí*. Praha: Tech-market.
- Lechta, V. (2002). *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál.
- Leifer, G. (2004). *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Praha: Grada.
- Mahrová, G., & Venglářová, M. (2008). *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada.
- Malík Holasová, V. (2014). *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada.
- Malíková, E. (2020). *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. Praha: Grada.
- Matějček, Z. (1992). *Rodičům mentálně postižených dětí*. Praha: H & H.
- Matoušek, O. (2007). *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál.

- Matoušek, O., Kodymová, P., & Koláčková, J. (ed.). (2005). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Novosad, L. (2006). *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál.
- Ondrušová, J., & Krahulcová, B. (2019). *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.
- OSN. (1971). *Deklarace OSN o právech lidí s mentálním postižením*.
- Petr, T., & Marková, E. (2014). *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada.
- Pipeková, J. (2006). *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD.
- Pipeková, J. (ed.). (2010). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido.
- Pivarč, J. (2017). *Poznátky o žákovských prekonceptech mentálního postižení v kontextu proměny paradigmatu současného vzdělávání*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta.
- Plevová, I., & Slowik, R. (2010). *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada.
- Plevová, M. (2007). *Dítě se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním v rodinné terapii: učební text*. Brno: Masarykova univerzita.
- Pörtner, M. (2009). *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha: Portál.
- Procházka, R. (2014). *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada.
- Sládek, M. (2013). *Inspekce kvality v rezidenčních zařízeních sociálních služeb – etické aspekty*. Praha: FHS UK.
- Slowík, J. (2016). *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2016.
- Svoboda, M., Krejčířová, D., & Vágnerová, M. (2001). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál.
- Šnýdrová, I. (2008). *Psychodiagnostika*. Praha: Grada.

- Švarcová, I. (2001). *Mentální retardace*. Praha: Portál.
- Thorová, K. (2012). *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. Praha: Portál.
- Tomeš, I. (2001). *Sociální politika, teorie a mezinárodní zkušenost*. Praha: Socioklub.
- Vaňurová, H., & Mühlpachr, P. (2005). *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita.
- Vágnerová, M. et al. (1999). *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum.
- Valenta, M., Michalík, J., & Lečbych, M. (2012). *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada.
- Vančura, J. (2007). *Zkušenost rodičů dětí s mentálním postižením*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu – Barrister & Principal.
- Venglářová, M., & Mahrová, G. (2006). *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada.
- Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.



## Seznam zkratk

DOZP	Domov pro osoby se zdravotním postižením
IP	Individuální plánování
KP	Klíčový pracovník
MP	Mentální postižení
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
OSPOD	Orgán sociálně-právní ochrany dětí
PAS	Porucha autistického spektra
PP	Přímá péče
TMR	Těžká mentální retardace

## Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – Přístupy k definování mentálního postižení.....	9
Tabulka č. 2 – Stupně mentálního postižení podle MKN-10 .....	14
Tabulka č. 3 – Faktory mentálních funkcí .....	15
Tabulka č. 4 – Pervazivní vývojové poruchy .....	21
Tabulka č. 5 – Standardy kvality sociálních služeb.....	49
Tabulka č. 6 – Individuální plánování průběhu sociální služby (plné znění).....	52
Tabulka č. 7 – Základní charakteristika pracovníků.....	68
Tabulka č. 8 – Oblasti informací .....	78
Tabulka č. 9 – Potřeby a zájmy klienta.....	78
Tabulka č. 10 – Vytváření osobního profilu .....	79
Tabulka č. 11 – Způsob zaznamenávání informací .....	79
Tabulka č. 12 – Forma vedení dokumentace .....	79
Tabulka č. 13 – Způsoby předávání informací .....	80
Tabulka č. 14 – Fáze IP .....	81
Tabulka č. 15 – Vyhodnocení a aktualizace plánů .....	81
Tabulka č. 16 – Vytváření IP .....	82
Tabulka č. 17 – Formát IP .....	82
Tabulka č. 18 – Standardizace plánu .....	82
Tabulka č. 19 – Vizuální podoba plánů .....	82
Tabulka č. 20 – Osobní cíle klientů a jejich příklady .....	83
Tabulka č. 21 – Individuální krizové plány .....	84
Tabulka č. 22 – Tréninkové plány .....	84

## Seznam obrázků

Obrázek č. 1 – Kresba dítěte s PAS (8 let) .....	22
Obrázek č. 2 – Kresba dítěte s PAS (13 let) .....	23
Obrázek č. 3 – Vybrané komunikační piktogramy .....	32
Obrázek č. 4 – Symboly Makatonu .....	33
Obrázek č. 5 – Symboly Bliss .....	34
Obrázek č. 6 – Individuální plánování .....	93

## Seznam grafů

Graf č. 1 – Specifika plánování s dětmi s mentálním postižením.....	69
Graf č. 2 – Znázornění používaných metod – získávání informací .....	71
Graf č. 3 – Znázornění řešení problémů .....	75
Graf č. 4 – Smysl individuálního plánování .....	76
Graf č. 5 – Smysl plánování pro pracovníka a pro klienta .....	77
Graf č. 6 – Zdroje postupu při IP .....	86

## **Seznam příloh**

Příloha A – Dotazník pro rozhovor s klíčovým pracovníkem.....	106
Příloha B – Dotazník pro rozhovor s metodikem plánování .....	109
Příloha C – Metodické pokyny pro tvorbu IP ve zkoumaném zařízení.....	110
Příloha D – Dokumentace klientů vztahující se k IP .....	112

# Přílohy

## Příloha A – Dotazník pro rozhovor s klíčovým pracovníkem

### ÚVOD

#### PRACOVNÍK – jeho vztah, názor a zkušenosti s individuálním plánováním

- Jak pracovník rozumí individuálnímu plánování?
  - Co to je individuální plánování a k čemu slouží?
    - Podotázky:
      1. Případá Vám plánování užitečné nebo zbytečné?

Myslíte si, že má plánování nějaký smysl nebo význam, jaký?

Jakou roli při plánování hraje pracovník?

Jakou roli v tom hraje to, že ho požaduje inspekce, vedení? (Zbytečná administrativa, nebo je to podle nich užitečné?)
- Pomáhá Vám vytvořený individuální plán v něčem?
  - V čem konkrétně? Např.: zjišťování a plnění přání klienta či rodiny, při práci a péči o klienta – předcházení projevům agrese, předcházení problémového chování klienta, zlepšení sebeobsluhy, mobilita.
- Je něco, co Vám při plánování brání nebo naopak pomáhá?
  - Narážíte na nějaké těžkosti v rámci IP?
- Víte vždy, co máte dělat a co dělat, když si naopak rady nevíte?
  - Máte se na koho obrátit? Komu říci o radu? Kam se podívat?
- Chtěla byste například navštěvovat nějaký kurz IP, který by vám pomohl v práci a v plánování? Máte zájem se ještě něčemu v rámci IP přiučit?
- Co by Vám mohlo pomoci, aby se Vám plánovalo lépe?
  - Máte na plánování dostatek času?

## **Děti s mentálním postižením**

- Jak probíhá plánování s dětmi s mentálním postižením?
  - V čem se myslíte, že je to u dětí s mentálním postižením jiné než u dětí bez mentálního postižení?
  - Kolik prostoru necháváte při plánování na klientovi?
  - Plánujete za klienta?
  - Liší se také nějak plánování u dětí s různým stupněm mentálního postižení (lehké, střední, těžké a hluboké) a v čem?

## **Postup**

- Poznávání se s klientem
  - Jakým způsobem daného klienta poznáváte, máte nějakou speciální techniku a jak a od koho zjišťujete informace? (Vlastní pátrání po informacích, přešlá zařízení, OSPOD, sociální pracovníce, fotografie, vzpomínkový kufřík, dokumentace, rodina apod.).
- Komunikace s klientem
  - Máte nějaké techniky k navazování kontaktu s dítětem?
  - Jak se s dítětem dorozumíváte, záleží na něčem a jak dítě lépe poznat?
  - Používáte nějaké předměty (fotografie, obrázky, zjednodušujete otázky apod.)
  - Jak plánujete s nekomunikujícím dítětem?
- Postupují všichni pracovníci v zařízení stejným způsobem?
- Jak a od koho jste se učila plánovat?
  - Co pro Vás bylo nejtěžší?
  - Absolvoval/a jste nějaký kurz či školení? Pokud ano, byl kurz či školení přínosem?
- S kolika klienty plánujete?
- Jakým způsobem si myslíte, že je KP pro klienty vybírán? Lze KP změnit?
- Kolik cca času týdně věnujete IP? A je to dostatečné?

## **Rodina**

- Jste v kontaktu s rodinou? Snaží se rodina dítěte spolupracovat?
  - Ne? Není to možné? Není to zvykem? Neosvědčilo se? A myslíte si vůbec, že kdyby to možné bylo, že by to bylo užitečné?
  - Ano? V čem se rozhovor či spolupráce osvědčila? Viděla jste ve spolupráci nějaké výhody?

## **JAK IP PRACOVNÍCI PROVÁDĚJÍ**

- Vidíte nějaké výhody či nevýhody u IP ve Vašem zařízení? (Postup, máte nějaké pochybnosti o vedoucích, jak IP zařízení rozumí?

## **Máte nějaké návrhy na změnu?**

- Změnil/a byste něco, kdybyste mohl/a? Co a proč?
- Máte možnost něco změnit, upravit či navrhnout a udělat po svém?

## **PODPORA**

- Radí Vám při plánování někdo?
  - Ano? Pomáhají Vám příchozí rady?
  - Ne? Chybí Vám možnost se s někým poradit?

## **ZÁVĚR**

Věk:

Pohlaví:

Jak dlouho pracuje v oboru:

Na jaké je pozici:

Jak dlouho je na současné pozici:

Jak dlouho je v tomto zařízení:

Vzdělání:



## **Příloha B – Dotazník pro rozhovor s metodikem plánování**

### **ZPŮSOB PLÁNOVÁNÍ**

- Využíváte spíše jednotný systém IP, to znamená, že všichni pracovníci v zařízení postupují totožně a stejně, nebo různorodý a ovlivněný přístupem jednotlivých pracovníků?
- Necháváte prostor pro pracovníky a jejich náměty a kreativitu v rámci IP?
- Jakým způsobem vznikl zavedený systém IP a odkud byla čerpána inspirace?
- Jak probíhalo zavádění IP do praxe?
- Plánujete do budoucna změnu nebo úpravu IP v zařízení? Vidíte nějaké nedostatky?

### **SPECIFIKA U DĚTÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM**

- Narážíte na nějaké problémy, které se týkají IP s dětmi s mentálním postižením?
- Máte nějaké náměty na plánování s dětmi s mentálním postižením? Osvědčilo se Vám něco při plánování s touto cílovou skupinou?

### **PODMÍNKY**

- Existují nějaké podmínky, které by Vám v zařízení nějakým způsobem při IP pomohly?

### **ZÁVĚR**

Věk:

Pohlaví:

Jak dlouho pracuje v oboru:

Na jaké je pozici:

Jak dlouho je na současné pozici:

Jak dlouho je v tomto zařízení:

Vzdělání:

**Domov Raspenava, příspěvková organizace**  
**Domov pro osoby se zdravotním postižením**  
**Fučíkova 432, 463 61 Raspenava**  
**Stanovení klíčových pracovníků a jejich odpovědnost za poskytování služby**

## **1. Stanovení klíčových pracovníků**

Klíčovým pracovníkem je zaměstnancem Domova Raspenava. Klíčoví pracovníci jsou klientům služeb na jednotlivých odděleních přiděleni, po dohodě s vedoucím Domova, s přihlédnutím k osobním vztahům mezi klíčovým pracovníkem a klientem. V průběhu poskytování služby může dojít ke změně v důsledku ukončení pracovního poměru zaměstnance, nebo organizační změny projednané vedením zařízení.

## **2. Povinnosti klíčového pracovníka**

### *Materiální zajištění*

- dbá na to, aby měl klient v pořádku věci osobní potřeby – oblečení, obuv;
- provádí zajištění a průběžnou kontrolu jeho osobních věcí včetně školních pomůcek (zabezpečí nákup, opravu osobních věcí, předkládá návrh na vyřazení, označení osobních věcí), pravidelně je doplňuje tak, aby byly k dispozici i v době delší nepřítomnosti klíčového pracovníka (např. v době jeho dovolené);
- podporuje klienta v samostatném výběru a nákupu věcí osobní potřeby;
- vede klienta k hospodárnému zacházení s věcmi osobní potřeby (oblečení, hygienické potřeby apod.);
- podává návrh vedoucímu Domova na nákup a vyřazení osobních věcí nad 500 Kč (hmotných depozit);
- přebírá s klientem od vedoucího Domova kapesné;
- pomáhá klientovi s kapesným hospodařit;
- minimálně 1×/měsíc kontroluje stav kapesného a potvrdí zápisem do sešitu příjmů a výdajů kapesného;

- hlídá, aby hotovost kapesného u klienta nepřesahovala 200 Kč, v případě částky vyšší o další kapesné nežádá až do utracení předchozí částky;
- vede sešit příjmů a výdajů kapesného, vlepuje do něj účty;
- vyhledává pro klienta činnosti zaměřené zvláště na jeho rozvoj, zapojuje klienta do běžných denních činností;
- rozvíjí sociální kontakty klienta (s rodinou, přáteli, opatrovníkem, s běžným prostředím...);
- podílí se na přípravě individuálních plánů a osobních cílů klienta, zodpovídá za jejich plnění, hodnocení a aktualizaci;
- plánuje program individuálních aktivit, výletů (individuálu), hodnotí písemně do programu Cygnus 2;
- na poradách oddělení informuje tým pracovníků o cílech individuálního plánu klienta, o jeho potřebách, o možných nedostatcích v poskytované péči apod.;
- vyslechne požadavky, přání, stížnosti klienta a profesionálně na ně reaguje;
- zastupuje klienta na poradách, při vyřizování stížností;
- srozumitelně poskytuje klientovi informace, které jsou předmětem jeho zájmu;
- iniciativně si všímá naplňování potřeb klienta a pravidelně zjišťuje spokojenost klienta se službou;
- zajišťuje oslavu narozenin pro svěřené klienty a to v nejbližším možném termínu;
- sleduje zdravotní stav klienta, oznamuje změny zdravotníkovi a nadřízenému.

# OSOBNÍ PROFIL

Datum zpracování:

Datum přehodnocení:

Moje jméno:

Oslovení pro mě:

Můj klíčový pracovník je:

foto

Jak komunikuji, můj iniciální dotek je:



Co mám rád/a, co mě baví, co je pro mě důležité a moje silné stránky (práce, vzdělání a aktivity):



Co nemám rád/a, co mi vadí:



Moje touhy, přání a potřeby:



Co očekávám od služby:

**Moje životní cesta (minulost a současnost):**



**Moje rodina, kamarádi a blízké osoby (kontakt s lidmi):**

- Navazování a udržování vztahů, komunikace, využívání veřejných služeb v obci, ...



**Můj zdravotní stav a jaké zdravotní pomůcky potřebuji (zdraví a bezpečí):**

- Zajištění bezpečí, zvládnání rizikových situací, návštěva lékaře, péče o zdraví, užívání léků, ...



## Moje cíle a jak jich dosáhnu:

Co je pro mě teď důležité a na co se nyní společně zaměříme (co chci a potřebuji):



Jaké kroky uděláme (co kdo udělá a kdy):



Rizika a jejich předcházení při naplňování mých cílů:

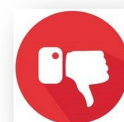


## Plán, jak být v pohodě:

Co mi pomáhá být v pohodě a cítit se dobře:



Co způsobuje, že se mohu cítit špatně a v nepohodě:



Co je potřeba udělat, abych se cítil/a dobře:





## Popis potřebné podpory:

### Ubytování



Kde bydlím, s kým, spokojenost

### Osobní hygiena



Denní hygiena, péče o ústa, česání a mytí vlasů, stříhání nehtů, sprchování, koupání, toaleta, ...

### Péče o vlastní osobu



Oblékání, svlékání, obouvání, zouvání, úprava vzhledu, nákupy oblečení, ...

### Samostatný pohyb



Pohyb uvnitř a venku, vstávání, sezení, stání, změna polohy na lůžku, manipulace s předměty, ...

### Stravování



Vaření a příprava stravy a nápojů, příjem stravy, pití, nákupy potravin, ...

**Péče o domácnost**



**Běžný úklid, stlaní, mytí nádobí, praní, žehlení, obsluha spotřebičů a topení, zalévání květin, ...**

**Uplatňování práv**



**Hospodaření s penězi, kontakt s úřady, ochrana základních práv, možnost uplatnit svoji vůli, ...**

**Podpis klíčového pracovníka:**

## **Bibliografické údaje**

**Jméno a příjmení autorky:** Bc. Jaroslava Pauchová

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

**Název práce:** Individuální plánování s dětmi s mentálním postižením v zařízení DOZP

**Vedoucí práce:** Mgr. Iveta Jelínková

**Rok dokončení práce:** 2021

### **Počty znaků hlavního textu práce**

Počet znaků: 154 223 (od úvodu po závěr)

Celkový počet znaků: 175 687

### **Názvy souborů umístěných na doprovodném CD**

Text práce ve formátu PDF:

Text práce ve formátu DOC nebo DOCX:

Další soubory: žádné

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

Jméno a příjmení studenta/-tky: **Jaroslava Pauchová**

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

Název práce: **Individuální plánování s dětmi s mentálním postižením v zařízení DOZP**

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 příslušnost tématu

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

Originalita tématu a jeho zpracování

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

**Formální zpracování**

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

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

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, x 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:

Jaká konkrétní doporučení pro praxi vycházejí z Vašeho výzkumu. Lze některé výsledky zobecnit?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Hlavním tématem předložené diplomové práce je problematika individuálního plánování s dětmi s mentálním postižením v zařízení DOZP. Zvolené zaměření práce je úzce spjato se studovaným oborem.

Diplomová práce je standardně dělena na část teoretickou a empirickou. Teoretická část je postavena na třech hlavních kapitolách, v nichž se autorka z různých pohledů snaží přiblížit hlavnímu tématu práce. První kapitola předkládané práce se zabývá problematikou mentálního postižení, a to od etiologie a klasifikace mentálního postižení přes jeho formy až ke kvalitě života dětí. Druhá kapitola práce nás seznamuje se systémem sociálních služeb. Třetí kapitola práce pak podává charakteristiku a popisuje průběh individuálního plánování. Struktura práce v této části je jasná, přehledná, logicky na sebe navazuje a nepostrádá potřebnou dynamiku. Autorka využívá odborný věcný jazyk, který svědčí o detailním přehledu s daným tématem.

Praktická část práce má za cíl zjistit, jakým způsobem je realizováno individuální plánování v konkrétním zařízení. Autorka formuluje výzkumnou otázku – Jaká jsou specifika individuálního plánování u dětí s mentálním postižením v zařízení DOZP. Praktická část nás však neseznamuje s konkrétní metodou výzkumu, není jasné jak k výsledkům autorka dospěla. Dále není ani dostatečně jasný její výběr respondentů: "Výzkumný vzorek budou tvořit klienti Domova Raspenava,..... Cílovou skupinou domova jsou klienti (děti)...." A v tabulce č.7 seznamujeme pouze se zaměstnanci domova. Práce též postrádá Etické aspekty výzkumu – informovaný souhlas, či přepisy rozhovorů nebo zmínku, kde jsou uloženy. Ani Diskuze neodpovídá požadavkům, autorka se zabývá pouze obecným shrnutím problematiky individuálního plánování, nebere v úvahu limity samotného výzkumu. Na škodu celé práce je, že autorka práci odevzdala bez konzultace praktické části s vedoucí práce.

Použitá literatura odpovídá obsahem i rozsahem nárokům na diplomovou práci.

Doporučení k obhajobě: **doporučuji**

Navrhovaná klasifikace: **2 – velmi dobře**

V Praze 14. 9. 2021

  
Mgr. Iveta Jelínková



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

Jméno a příjmení studentky: Bc. Jaroslava Pauchová  
 Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii  
 Název práce: Individuální plánování s dětmi s mentálním postižením v zařízení DOZP  
 Oponent práce: Mgr. Barbara Kostelacová

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 100  
 Počet stránek příloh: 19  
 Počet titulů v seznamu literatury: 56

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

**Výběr tématu**

Závažnost tématu 

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

Oborová příslušnost tématu 

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

Originalita tématu a jeho zpracování 

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

**Formální zpracování**

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

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

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

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

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

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

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod 

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

Využití výzkumných empirických metod 

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

Využití praktických zkušeností 

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

**Obsahová kritéria a přínos práce**

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

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

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

Naplnění cílů práce

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

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:

1. Vysvětlíte metodologii svého výzkumu.
2. Kde vidíte jeho limity?
3. Jaký praktický přínos má vaše práce?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka pro svou diplomovou práci zvolila téma Individuální plánování s dětmi s mentálním postižením v zařízení DOZP, neboť jak sama uvádí, považuje individuální plánování za důležitý a smysluplný nástroj při práci s danou cílovou skupinou.

Teoretická část přináší podrobnou charakteristiku cílové skupiny v kontextu sociální služby se zaměřením na individuální plánování. Teoretická část představuje ucelený, myšlenkově provázaný rámec, který přináší poměrně obsáhlý vhled do předkládané problematiky. Autorka dokládá svou dobrou orientaci v odborné literatuře a schopnost správného užití citací. Teoretická část je pečlivě zpracovaná a celkově velmi zdařilá.

Výzkumná část si klade za cíl zjistit, jakým způsobem je realizováno individuální plánování (IP) v konkrétním zařízení a formuluje výzkumnou otázku "Jaká jsou specifika IP u dětí s mentálním postižením v zařízení DOZP"? Metodologie vykazuje několik závažných nedostatků: chybí formulování designu výzkumu a metody zpracování dat, chybí přepis rozhovorů s respondenty, zcela matoucí je Výběr vzorku (s. 68), kde autorka uvádí, že výzkumný vzorek tvoří klienti zařízení a sociální pracovníci. Kapitola 7 přináší výsledky výzkumu, s ohledem na uvedené výtky však není vůbec jasné, jakým způsobem k nim autorka dospěla. Kapitola Diskuse má být kritickým zamyšlením nad limity vlastního výzkumu, její smysl ale autorka zřejmě nepochopila nebo nezná, neboť se v ní zabývá obecným zamyšlením nad problematikou IP.

Praktická část bohužel nedosahuje kvalit teoretické části a navzdory zřejmému autorčinu zájmu o téma a její poctivosti a snaze při jeho zpracování nelze předložené výzkumné šetření považovat za zdařilé a jeho výsledek za relevantní.

Po formální, gramatické a stylistické stránce práce odpovídá nárokům na tento typ práce.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: 2 - 3

Datum, podpis:

M. G. S. 11