

OSTRAVSKÁ UNIVERZITA V OSTRAVĚ
FAKULTA SOCIÁLNÍCH STUDÍ
KATEDRA SOCIÁLNÍ PRÁCE

Individuální plánování s lidmi s mentálním postižením v pobytových službách sociální péče

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor práce: Květoslava Pavlisková
Vedoucí práce: Mgr. Lenka Krhutová, Ph.D.

2014

UNIVERSITY OF OSTRAVA
FACULTY OF SOCIAL STUDIES
DEPARTMENT OF SOCIAL WORK

Individual Planning for People with Mental Disabilities in Residential Social Care Services

BACHELOR THESIS


Author: Květoslava Pavlisková
Supervisor: Mgr. Lenka Krhutová, Ph.D.

2014

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Já, níže podepsaný/á student/ka, tímto čestně prohlašuji, že text mnou odevzdané závěrečné práce v písemné podobě i na CD nosiči je totožný s textem závěrečné práce vloženým v databázi DIPL2.

Ostrava dne 31. března 2014


.....
podpis studenta/ky

OSTRAVSKÁ UNIVERZITA V OSTRAVĚ

Fakulta sociálních studií

Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Květoslava PAVLISKOVÁ**
Osobní číslo: **S11202**
Studijní program: **B6731 Sociální politika a sociální práce**
Studijní obor: **Sociální práce**
Název tématu: **Individuální plánování s lidmi s mentálním postižením v pobytových službách sociální péče**
Téma anglicky: **Individual Planning for People with Mental Disabilities in Residential Social Care Services**
Zadávající katedra: **Katedra sociální práce**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :


Termínovaný harmonogram:

- do 31. 12. 2012 - upřesnění cílů a metod práce
- do 15. 6. 2013 - zpracování rešerše prostudované literatury
- do 30. 9. 2013 - odevzdání konceptu teoretické části práce
- do 30. 11. 2013 - provedení empirické části práce
- leden 2014 - odevzdání prvopisu celé práce
- do 30. 3. 2014 - korekce textu
- do 15. 4. 2014 - odevzdání konečné verze bakalářské práce


Rozsah grafických prací: tabulky a grafy
Rozsah pracovní zprávy: 10 tis.slov
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury: viz příloha

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Lenka Krhutová, Ph.D.
Katedra sociálních věd

Datum zadání bakalářské práce: 31. ledna 2013
Termín odevzdání bakalářské práce: 15. dubna 2014


Doc. PaedDr. Oldřich Chytil, Ph.D.
děkan




Mgr. Marie Špiláčková, Ph.D.
vedoucí katedry

dne 27-08-2013

Příloha zadání bakalářské práce

Seznam odborné literatury:

- NYKL, Ladislav. *Carl Ransom Rogers a jeho teorie: přístup zaměřený na člověka*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 183 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4740-553.
- ROGERS, Carl R. *Způsob bytí. Klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998, 292 s. ISBN 80-717-8233-5.
- PÖRTNER, Marlis. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Vyd. 1. Překlad Petr Babka. Praha: Portál, 2009, 176 s. ISBN 978-80-7367-582-0.
- VYMĚTAL, Jan. *Rogersovský přístup k dospělým a dětem*. Vyd. 2. přeprac. Praha: Portál, 2001, 236 s. ISBN 80-717-8561-X.
- MICHALÍK, Jan a KOL. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 511 s. ISBN 978-807-3678-593.
- BICKOVÁ, Lucie a KOL. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011, 272 s. ISBN 978-809-0466-814.
- ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 184 s. ISBN 80-717-8506-7.
- OLEJNÍČKOVÁ, Jana, Lucia PASTIERIKOVÁ a Vojtech
- REGEC. *Komunikace a lidé s mentálním postižením: metodický materiál*. 1. vyd. Editor Petra Jurkovičová. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, 50 s. ISBN 978-80-244-2648-8.
- KREJČÍŘOVÁ, Olga a KOL. *Alternativní a augmentativní komunikace v praxi pracovníků sociálních služeb*. 1. vyd. Vsetín: Vzdělávací a komunitní centrum Integra Vsetín, 2011. ISBN 978-802-6000-594.
- GOJOVÁ, Alice a Hana SOBKOVÁ. *Využití úkolově orientovaného přístupu v současných podmínkách české sociální práce*. *Sociální práce/Sociální práce*. 2007, č. 1.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 309 s. ISBN 80-717-8473-7.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 379 s. ISBN 80-717-8548-2.

ABSTRAKT

Cílem mé bakalářské práce je popis procesu individuálního plánování v zařízení Náš svět, příspěvková organizace Pržno, poskytující služby sociální péče lidem s mentálním postižením a porovnání vybraných přístupů ke klientovi z hlediska jejich působení na kvalitu života.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části teoretickou a aplikační.

V teoretické části vymezuji teoretická východiska a pojem mentální retardace, zabývám se potřebami, komunikací a kvalitou života lidí s mentální retardací. Za kritérium kvality života jsem zvolila spokojenost uživatelů se způsoby komunikace, naplňováním svých individuálních potřeb, se stupněm sebeobsluhy a soběstačnosti a v neposlední řadě s uplatňováním svých práv. V další části popisuji důležité standardy kvality sociálních služeb, které souvisejí s individuálním plánováním. V závěru teoretické části se přímo věnuji individuálnímu plánování, metodám plánování a přístupu ke klientovi. V krátkosti popisuji plánování v konkrétním zařízení, kterým je Náš svět, příspěvková organizace Pržno.

V aplikační části navrhuji projekt kvantitativního výzkumu s názvem: Působení individuálního plánování na kvalitu života z pohledu samotných uživatelů sociálních služeb.

Klíčová slova:

Mentální retardace, individuální plánování, kvalita sociálních služeb, klíčový pracovník, kvalita života

ABSTRACT

The goal of my bachelor thesis is a description of the individual planning process in our facility *Náš svět, příspěvková organizace Pržno*. It is a contributory organization providing social care services for people with intellectual disabilities and also providing comparison of selected approaches to the client in terms of their effect on quality of life.

This bachelor thesis is divided into two parts: theoretical and application.

I define the theoretical basis and the concept of mental retardation in the theoretical part. I also deal with a needs, communication and quality of life for people with mental retardation. As a criterion of quality of life I chose the satisfaction of users with ways of communication, fulfilling their individual needs, with a degree of self-care and self-sufficiency, ultimately, and also enforce their rights. In the next section I describe the important standards of quality social services that are related to individual planning. At the end of the theoretical part I address directly the individual planning, the planning methods and the approach to client. I briefly describe the planning in our specific facility, (*Náš svět, příspěvková organizace Pržno*).

I propose the project of quantitative research entitled: „The effect of individual planning for quality of life from the perspective of the users of social services“ in the application part of thesis.

Keywords:

Mental retardation, individual planning, quality of social services, key worker, life quality

Děkuji Mgr. Lence Krutové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a připomínky, které mi pomohly při psaní bakalářské práce. Zároveň děkuji i své rodině za psychickou podporu a shovívavost.

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval/a samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal/a, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Ostravě dne 31. března 2014

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Pavelka', written over a dotted line.

(podpis)

OBSAH

ÚVOD	12
1 TEORETICKÁ A METODOLOGICKÁ VÝCHODISKA PRÁCE	14
1.1 Teoretický rámec a metodologie	14
1.2 Terminologie	15
2 MENTÁLNÍ RETARDACE.....	17
2.1 Etiologie a klasifikace mentální retardace	18
2.2 Lidské potřeby	19
2.3 Komunikace při mentální retardaci	22
2.3.1 Význam alternativní a augmentativní komunikace.....	23
2.3.2 Usnadňovaná komunikace	24
2.4 Kvalita života	24
3 STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	26
4 INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ.....	29
4.1 Proces individuálního plánování	29
4.2 Role klíčového pracovníka v procesu individuálního plánování	31
4.3 Komunikace při individuálním plánování	32
4.3.1 Individuální plánování s komunikujícím uživatelem	33
4.3.2 Individuální plánování s nekomunikujícím uživatelem	34
5 VYBRANÉ MODELY PLÁNOVÁNÍ SLUŽBY	36
5.1 Přístup orientovaný na úkoly – Model zaměřený na dosahování cílů	36
5.2 Přístup orientovaný na klienta – Model zaměřený na dialog a uživatele služby ..	37
5.3 Komparace vybraných přístupů	39
6 INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ V KONKRÉTNÍM ZAŘÍZENÍ.....	42
7 NÁVRH PROJEKTU KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU	44
7.1 Působení individuálního plánování na kvalitu života z pohledu samotných uživatelů sociálních služeb	45
7.1.1 Cíl výzkumu.....	45
7.1.2 Operacionalizace	46
7.1.3 Hypotézy.....	47
7.1.4 Výzkumný vzorek	54
7.1.5 Výzkumné techniky	55

7.1.6	Etická pravidla výzkumu a zpracování primárních dat	56
7.2	Diskuse	57
ZÁVĚR	.....	60
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	.....	63
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ	.....	69
SEZNAM OBRÁZKŮ	.....	70
SEZNAM TABULEK	.....	71
SEZNAM GRAFŮ	.....	72
SEZNAM PŘÍLOH	.....	73

ÚVOD

„Kvalita společnosti se může měřit podle způsobu, jak se stará o své nejzranitelnější a nejzávislejší členy. Společnost, která se o ně stará nedostatečně, je pochybená“ (Ward in Švarcová, 2000, s. 11)

V dřívější době bylo na sociální služby pohlíženo jiným způsobem než dnes. Hlavně na oblast svobody rozhodování jedinců umístěných v ústavech se pozapomínalo. Od počátku 90. let minulého století začalo docházet ke zlepšování ohledně práv uživatelů sociálních služeb.

Současná právní úprava má vést k vytvoření podmínek pro uspokojování oprávněných potřeb lidí, kteří jsou oslabeni v jejich prosazování. Výsledkem poskytování sociálních služeb má být sociální začlenění, má vést k rozvíjení samostatnosti, sociální služby nemají nahrazovat běžně dostupné veřejné služby a měly by vycházet z individuálně určených potřeb a osobních cílů jednotlivců (Michalík, 2012, s. 102).

„Jedním z klíčových prvků nového systému sociálních služeb se má stát jejich kvalita. Tento pojem je obsažen v textu zákonných i podzákonných právních předpisů. Jeho použitím v sousloví standardy kvality sociálních služeb došlo k normativnímu stanovení zásad sociálních služeb – kde jejich kvalita má být na prvním místě“ (Michalík, 2012, s. 103).

Nejzásadnější změnou z pohledu zlepšování kvality služeb je individualizace služeb, která je zakotvena v zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. A jedním z nejdůležitějších nástrojů individualizace je individuální plánování, zakotvené ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, konkrétně v příloze č. 2 Standardy kvality sociálních služeb.

Ve své bakalářské práci se věnuji individuálnímu plánování s lidmi s mentálním postižením. Hlavním důvodem, proč jsem si vybrala právě tuto cílovou skupinu, je, že se práci s lidmi s mentálním postižením věnuji již několik let. A během vývoje individuálního plánování nás provázely a stále ještě provázejí mnohá úskalí.

Cílem bakalářské práce je popis procesu individuálního plánování v konkrétním zařízení, poskytujícím služby sociální péče lidem s mentálním postižením a porovnání vybraných přístupů ke klientovi z hlediska jejich působení na kvalitu života.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a aplikační část. Na začátku teoretické části se zamyslím nad teoretickými východisky práce. Dále se budu věnovat problematice mentální retardace a osvětlím pojmy potřeby a kvalita života lidí s mentálním postižením. V průběhu individuálního plánování je důležitá komunikace, proto se budu věnovat i typickým situacím komunikace s lidmi s mentální retardací. Dále popíši ty standardy kvality sociálních služeb, které přímo souvisejí s individuálním plánováním. V praxi poskytovatelů se používají různé modely plánování služby s uživatelem, které vycházejí z rozdílných teoretických východisek. V jedné z kapitol vybrané přístupy popíši a porovnáám. Konkrétně půjde o přístup zaměřený na dosahování cílů a přístup zaměřený na člověka. Na konci teoretické části představím zařízení sociálních služeb, k němuž budu směřovat projekt výzkumu. Je to pobytové zařízení pro osoby s mentálním postižením Náš svět, příspěvková organizace Pržno.

Cílem aplikační části je zjistit zda individuální plánování působí na kvalitu života lidí s mentálním postižením žijících v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Navrhuji zde projekt kvantitativního výzkumu s názvem: Působení individuálního plánování na kvalitu života z pohledu samotných uživatelů sociálních služeb. Provést výzkum s lidmi s mentální retardací, aby výsledky byly relevantní, vyžaduje delší přípravu, a také delší dobu na provedení. Pro výzkum je možné přizvat i externí pracovníky, zabývající se alternativní a augmentativní komunikací, na pomoc při dotazování. Dále je vhodné otázky zpracovat ve zjednodušené formě. Toto vše vyžaduje čas a nemalé finanční prostředky. Proto jsem se rozhodla pro vypracování projektu výzkumu, který by se mohl v konkrétním zařízení časem provést, aby byl zjištěn pohled na individuální plánování ze strany těch, kterých se nejvíce týká.

1 TEORETICKÁ A METODOLOGICKÁ VÝCHODISKA PRÁCE

1.1 Teoretický rámec a metodologie

Základem mé bakalářské práce je používání různých teoretických přístupů a modelů při individuálním plánování s lidmi s mentálním postižením.

Podle některých odborných článků, například Horák (2004), individuální plánování je modifikací přístupu orientovaného na úkoly. Obě metody vycházejí ze stejné filozofie, která využívá individuální postoj ke klientovi (Horák, 2004, s. 89). Pro lidi s mentální retardací je ale používání tohoto přístupu velmi problematické, a proto je důležitým přístupem i přístup orientovaný na člověka, preterapie a přístup systemický. Ve své práci bych se chtěla zaměřit jen na dva přístupy, a to přístup orientovaný na úkoly a přístup orientovaný na člověka. Domnívám se, že jde o dva stěžejní přístupy, které mají zásadní vliv na spolupráci pracovníků v pomáhajících profesích s uživateli služeb. Právě z těchto dvou teoretických přístupů vycházejí modely plánování služby, když opomenou modely, které pracují na bázi počítačových programů. Těmito se ale ve své práci zabývat nebudu.

Domnívám se, že pro pojetí mé bakalářské práce je nejbližší výstižný eklekticismus, jako využití více teoretických modelů v sociální práci. Navrátil (2001b) jako důvody eklekticismu uvádí následující argumenty: (a) možnost těžit ze všech dostupných poznatků, (b) praktické zkušenosti by měly doplňovat teorii, (c) jednotlivé teorie se mohou navzájem doplňovat, (d) mnoho aspektů jednotlivých teorií je shodných nebo podobných, (e) lidstvo samo je velmi složité a nejde pojmout pomocí jediné teorie (Navrátil, 2001b, s. 33).

Na druhou stranu ale Navrátil (2001b) dodává, že eklekticismus má i mnoho rizik. Velkým negativem je možné nebezpečí pro klienta v případě neplánovaného, situačního přecházení od jednoho způsobu práce k druhému (Navrátil, 2001b, s. 33).

Metody, které budu ve své bakalářské práci používat, jsou popis, analýza a komparace.

Jedná se o popis procesu individuálního plánování v konkrétním zařízení sociálních služeb. Jde o pobytové zařízení pro osoby s mentální retardací Náš svět, příspěvková organizace

Pržno. Dále o analýzu vybraných přístupů sociální práce. Těmito přístupy jsou přístup zaměřený na úkoly a přístup zaměřený na člověka a komparaci těchto přístupů.

Ověření svých domněnek ohledně individuálního plánování s lidmi s mentálním postižením budu provádět pomocí výzkumné strategie. Z důvodu náročnosti provedení uvažovaného výzkumu v kontextu mentálního postižení je součástí mé bakalářské práce zpracování projektu tohoto výzkumu.

1.2 Terminologie

V této části definuji některé pojmy, které budu používat ve své bakalářské práci.

Sociální služby – jde o všechny služby, které jsou poskytovány oprávněným uživatelům. Cílem sociálních služeb je zvýšení kvality života klienta, případně i ochrana zájmů společnosti (Matoušek, 2008, s. 203).

Standardy kvality sociálních služeb – je soubor kritérií, jejichž prostřednictvím je definována nezbytná úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personální, procedurální a provozní (Bicková, 2011, s. 223).

Uživatel – osoba, která využívá sociální služby, protože se ocitla v nepříznivé sociální situaci (Bicková, 2011, s. 223)

Komunikující uživatel – je uživatel, který verbálně nebo neverbálně formuluje své potřeby a cíle, dokáže s klíčovým pracovníkem hodnotit průběh služby. Důležité je, aby klíčový pracovník mohl jeho sdělením důvěřovat (Haicl, Haiclová, 2011b, s. 151).

Nekomunikující uživatel – je uživatel, který není schopen verbálně nebo neverbálně vyjádřit své potřeby a spokojenost se službami. Uživatel, který nedokáže za svá sdělení převzít zodpovědnost (Haicl, Haiclová, 2011b, s. 153)

Individuální plánování – definování žádoucí změny v životě člověka a následná konkretizace termínů a úkolů pro jednotlivé členy týmu. Jde o dojednávání toho, jakým způsobem bude podpora a péče poskytována konkrétnímu uživateli (Johnová, 2008, s. 53).

Klíčový pracovník – pracovník, který zodpovídá za plánování, ale i průběh služby a vyhodnocování individuálních plánů pro jednotlivce. Iniciativně si všímá zájmů, potřeb a cílů jednotlivých uživatelů. Každý uživatel sociálních služeb má svého klíčového pracovníka (Johnová, 2008, s. 55).

Komunikace – (z lat. communicatio – činit společným, sdělování) jde o proces předávání informací mezi lidmi. Nejedná se jen o přenos informace, ale také o výměnu emocionálního obsahu pomocí neverbálních náznaků (Jandourek, 2007, s. 126).

Alternativní a augmentativní komunikace (dále „AAK“) – alternativní = použití náhrady mluvené řeči. Augmentativní = podporuje již existující, ale pro běžné dorozumívání nedostatečné komunikační schopnosti (Krejčířová, 2011, s. 25).

Usnadňovaná komunikace (dále „UK“) – je komunikační metodou, která umožňuje lidem s vážnými komunikačními problémy vyjadřovat se ukazováním na předměty, obrázky, písmena, slova nebo píše jedním prstem na klávesnici. Komunikace probíhá za pomoci usnadňovatele (komunikačního partnera), který při komunikaci drží ruku osoby, jež vyjadřuje své pocity a přání výše popsaným způsobem (Božoňová, 2007).

Potřeby – je projevem nedostatku nebo přebytku něčeho. Nejčastější dělení je na biologické, psychické, sociální a spirituální potřeby (Tajanovská, 2011, s. 207).

Kvalita života – se skládá ze tří oblastí – fyzické prožívání, psychická pohoda, sociální postavení člověka a jeho vztahy k druhým lidem (Křížová in Dvořáčková, 2012, s. 56).

Pro uvedení do situace se v další kapitole věnuji problematice mentální retardace. Osvětluji pojmy potřeby a kvalita života lidí s mentální retardací a v neposlední řadě popisují typické situace a pravidla komunikace s těmito lidmi.

2 MENTÁLNÍ RETARDACE

Valenta (2011) udává, že v populaci žije 3–4 % lidí s mentální retardací. V České republice jde o 300 tisíc osob s tímto postižením a celosvětové odhady jsou 200 milionů osob s mentální retardací. Odhady jsou z roku 2011, z doby vydání knihy (Valenta, 2011, s. 112–113).

„Každý člověk s mentálním postižením je svěbytný subjekt s charakteristickými osobnostními rysy“ (Švarcová, 2001, s. 33). Ale existují i znaky, které jsou pro jedince s mentální retardací společné. Nejdůležitější z hlediska individuálního plánování jsou problémy spojené s myšlením a komunikací, protože právě komunikace je pro uživatele důležitá k vyjádření jeho potřeb a přání. Jak píše Švarcová (2001) mezi tyto projevy může patřit: zpomalená chápavost, snížená schopnost komparace a logického vyvozování, snížená mechanická a logická paměť, těkavá pozornost, nedostatečná slovní zásoba a neobratnost ve vyjadřování, citová vzrušivost, nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“, snížená přizpůsobivost k sociálním požadavkům (Švarcová, 2001, s. 33).

K vymezení pojmu mentální retardace Valenta (2012) udává, že jde o *„vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností“* (Valenta, 2012, s. 31).

Světová zdravotnická organizace ve své 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí mentální retardaci charakterizuje jako: *„Stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihující všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez, nebo současně s jinými somatickými a duševními poruchami“* (MKN – 10, 2013, s. 242). Vymezení pojmu mentální retardace se věnuje více společností jako například DSM – IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth Edition, American Psychiatric Association) a AAMR (American Association for Mental Retardation), ale pro potřeby mé bakalářské práce se domnívám, že jsou dostačující výše uvedené charakteristiky.

Po vymezení pojmu mentální retardace se v následující části věnuji příčinám a faktorům, které působí na její vznik.

2.1 Etiologie a klasifikace mentální retardace

Vágnerová (2004) za příčinu mentální retardace udává postižení centrální nervové soustavy. Způsoby, jakými k poškození došlo, mohou být různé. O faktorech vzniku mentální retardace píše autoři Valenta a Müller (2012): „*Existují faktory endogenní (vnitřní) a exogenní (vnější), odborná literatura se často zmiňuje o postižení vrozeném či získaném. Dle časového hlediska se rozlišují faktory prenatalní (působící před porodem), perinatální (působící během porodu a krátký čas po něm) a postnatální (působící v průběhu života)* (Valenta, Müller, 2012, s. 55).

Jak udává Vágnerová (2004) mentální retardace je vrozená a trvalá. K určitému zlepšení může dojít vhodným působením výchovných, výukových a terapeutických vlivů. Horní hranice možného rozvoje je dána závažností a příčinou postižení. Jestliže došlo k poruše inteligence po druhém roce života, jedná se o sekundární postižení – demenci. V tomto případě dochází ke ztrátě již rozvinutých intelektových schopností, symptomy se postupně zhoršují a prohlubují (Vágnerová, 2004, s. 265, 289).

Podrobný popis faktorů, které z časového hlediska působí na vznik mentální retardace, viz Příloha 1.

Jedna z možných klasifikací, která se problematikou mentální retardace zabývá, je 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí (dále „MKN – 10“), která vstoupila v platnost v roce 1992. Stupeň mentální retardace měří standardizovanými testy inteligence. Snížené hodnoty inteligenčního kvocientu (dále „IQ“) se mohou cvičením a rehabilitací zlepšovat. Proto má diagnóza odpovídat aktuálnímu stavu duševních funkcí.

Podle MKN - 10 se mentální retardace dělí do šesti kategorií: (a) lehká mentální retardace (F 70): IQ 50–69, (b) středně těžká mentální retardace (F71): IQ 35–49, (c) těžká mentální retardace (F 72): IQ 20–34, (d) hluboká mentální retardace (F 73): IQ nižší než 20, (e) jiná mentální retardace (F 78), (f) nespecifikovaná mentální retardace (F79).

Podrobný popis jednotlivých kategorií viz Příloha 2.

Jedním z úkolů sociální práce je znát osobní cíle uživatelů sociálních služeb, zjišťovat a uspokojovat jejich potřeby. Toto je i součástí individuálního plánování, kdy se společně hledají kroky k naplňování cílů a potřeb uživatelů. V následující kapitole některé z potřeb lidí s mentální retardací v krátkosti představuji.

2.2 Lidské potřeby

„Lidské potřeby jsou projevem nějakého nedostatku, stavu motivačního napětí, které člověka vede k uspokojování potřeb a naplňování životních cílů a přání“ (Tajanovská, 2011, s. 207).

Dle Tajanovské (2011) je nejčastější dělení potřeb na potřeby biologické, psychické, sociální a spirituální. V krátkosti je popíše, tak jak se na tyto potřeby dívá právě Tajanovská (2001) v porovnání s dalšími autory.

Biologické potřeby

Jde o základní fyziologické potřeby organismu. Patří sem potřeba jíst, pít, vyprazdňovat se, dýchat, odpočívat, dostatečně spát, ale také potřeba vyhnout se bolesti, potřeba tepla, sexuálně žít. Do těchto potřeb patří i mateřský pud.

Projevy neuspokojení těchto potřeb je pocit žízně, hladu, chladu, bolesti, únavy.

Uspokojování základních potřeb je důležité u všech lidí bez ohledu na zdravotní stav. Úkolem pomáhajících pracovníků při práci s lidmi s mentální retardací je všimnout si těchto potřeb u jednotlivých uživatelů a pomáhat jim v případě nutnosti potřeby naplňovat. Dle Johnové (2008, s. 54) je u lidí s těžkou mentální retardací právě uspokojování základních životních potřeb, jako je odstranění bolesti, usnadnění potřeby jíst, pít, to nejdůležitější z hlediska zkvalitňování života.

Psychické potřeby

Psychické potřeby jsou důležité pro život a vývoj člověka. Naplnění těchto potřeb vede k pocitu jistoty a bezpečí.

Projevy neuspokojení psychických potřeb jsou strach, nejistota, ohrožení, smutek nebo méněcennost.

Dle Matějčka a Langmaiera (1986) k základním psychickým potřebám patří potřeba stimulace, potřeba smysluplného světa (orientace a učení), potřeba životní jistoty (citové vztahy), potřeba seberealizace a potřeba otevřené budoucnosti (Matějček, Langmaier, 1986, s. 35).

Dle Vágnerové (2004) u mentálně retardovaných jedinců dochází k modifikaci těchto základních psychických potřeb. Důvodem jsou omezenější rozumové schopnosti a

schopnosti učení těchto lidí. Podněty by měly být množstvím, délkou a kvalitou přizpůsobeny schopnostem daného člověka. Nové informace by měly být podávány v množství, kvalitě a formě, aby klient těmito informacím porozuměl. V opačném případě by mohlo dojít k přetěžování a vyvolání negativní obranné reakce. Potřeba citové jistoty a bezpečí je u lidí s mentální retardací velmi vysoká. Jedinci jsou jistější ve známém prostředí se známými lidmi. V případě potřeby seberealizace neplánují dopředu. Jsou spokojeni s pochvalou a oceněním, což je potvrzením jejich aktuální hodnoty. Co se týká potřeby životní perspektivy, je problémem špatná orientace v čase. Lidé s mentální retardací žijí přítomností, budoucnost neplánují (Vágnerová, 2004, s. 295–296).

Sociální potřeby

K sociálním potřebám se řadí potřeba sociálního kontaktu, potřeba poskytovat ochranu a být chráněn, pomáhat a spolupracovat. Dále do této oblasti patří potřeba sociálního začlenění a pozitivního sebehodnocení.

Spirituální potřeby

Mezi spirituální potřeby patří hlavně naděje, láska, úcta k sobě i k druhým, odpuštění a hledání smyslu života.

Jakákoliv potřeba je motivem k tomu, aby se provedly kroky k nápravě nedostatku nebo přebytku a dospělo se k životní rovnováze. Jinak člověk strádá. Jelikož potřeby má každý člověk jiné, také reakce na jejich neuspokojení jsou individuální.

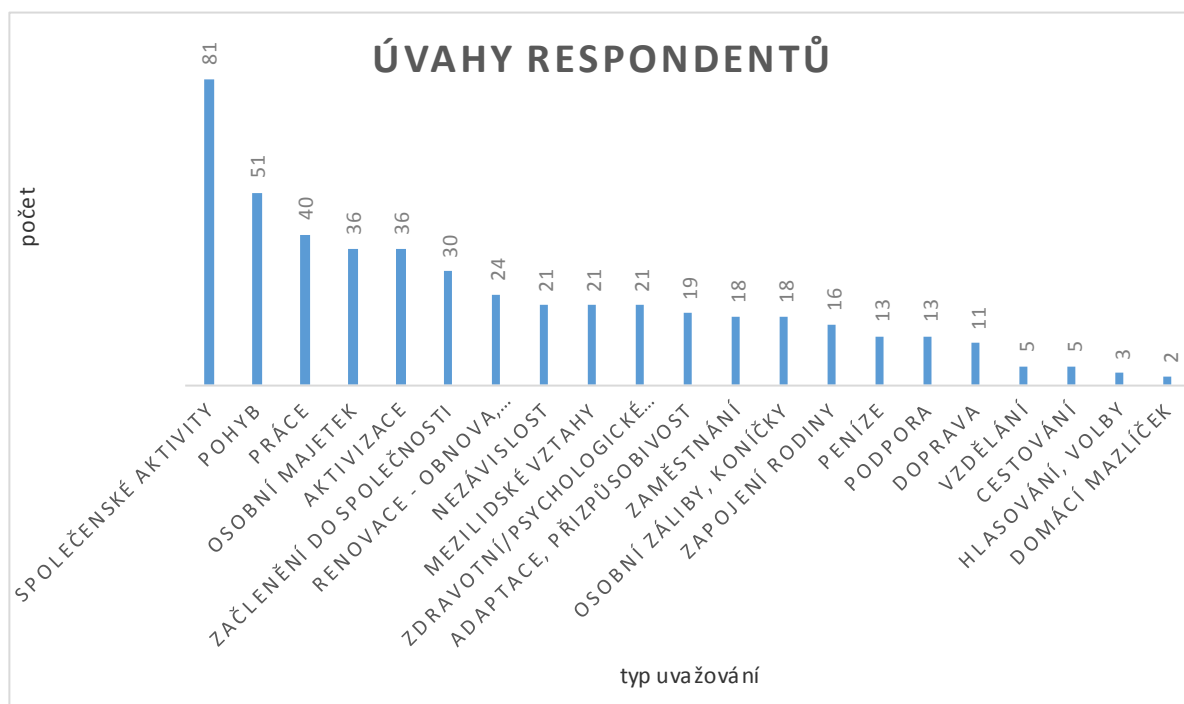
Neuspokojení jakékoliv potřeby u lidí s mentální retardací, od biologické až ke spirituální, je dle Vágnerové (2004) zátěžovou situací, na kterou mohou reagovat různými obrannými mechanismy. Tyto reakce mohou být pro okolí méně přijatelné. *„Problematické chování mentálně postižených může být projevem jejich neschopnosti vyjádřit své aktuální pocity standardnějším a pro ostatní srozumitelnějším způsobem. Tato aktivita (např. bušení hlavou do zdi, křik, sebepoškozování) slouží ke komunikaci s okolím, jejich prostřednictvím mu sdělují subjektivně důležité informace“* (Vágnerová, 2004, s. 298).

Uspokojování potřeb se děje postupně. Dle Nakonečného (2004) se nejpopulárnějším řazením stala hierarchická teorie potřeb amerického psychologa Abrahama Maslowa, která byla ovlivněna humanistickou psychologíí (viz Příloha 10). Jde o schematizaci nejtypičtěších lidských potřeb, kdy jsou tyto potřeby seřazeny podle prožívané naléhavosti

od vývojově nižších (základních, fyziologických) k vývojově vyšším potřebám růstu (Nakonečný, 2004, s. 146).

Vedle potřeb se individuální plánování zabývá i přáními uživatelů, která mohou být velmi různorodá.

Výzkum, který se věnoval přáním a tužbám lidí s mentální retardací prováděli např. Amy L. Kampert a Anthony J. Goreczny. Z jejich výzkumu vplynuly nejčastější tužby lidí s mentální retardací (viz Graf 1), ke kterým patřilo zapojení do komunity, pracovní uplatnění, možnost pohybu, aktivizace a socializace (Kampert, Goreczny, 2007). Domnívám se, že všechna nebo alespoň většina těchto přání by se měla objevovat i v individuálním plánování s uživateli.



Graf 1: Touhy lidí s mentální retardací (zdroj: Kampert, Goreczny, 2007, s. 282), vlastní překlad

Při individuálním plánování je velmi důležitá komunikace mezi uživatelem a pracovníky. Práce s lidmi s mentální retardací má svá specifika a také způsob komunikace se v mnohém liší od standardu. Jde hlavně o způsob vyjadřování samotných lidí s postižením, ale také o přístup pracovníků k těmto lidem. V následující části se budu věnovat zvláštnostem v komunikaci s lidmi s mentální retardací.

2.3 Komunikace při mentální retardaci

Slowík (2010) popisuje komunikační problémy podle stupně postižení.

Lehká mentální retardace – lze se bez větších problémů dorozumět běžnou řečí. Tito lidé mají menší aktivní i pasivní slovní zásobu, takže nemusí rozumět složitějším slovům.

Středně těžká mentální retardace – tito lidé mají velmi omezenou slovní zásobu. Velkou komplikací je špatná výslovnost a špatné gramatické vyjadřování. Je důležité pochopit hlavní myšlenku a pak se dá vyvodit celý obsah sdělení. Pro lepší komunikaci je dobré využívat prvky augmentativní komunikace (gestikulace, předměty, obrázky).

Těžká mentální retardace – běžnou řečí se tito lidé nedomluví. Snaží se dorozumět neartikulovanými zvuky, dotyky, gestikulací, ukazováním na předměty. Při komunikaci je vhodné využívat prvky AAK. Nejvíce se osvědčily piktogramy nebo jiné srozumitelné obrázkové systémy, jako Makaton, Bliss, Výměnný obrázkový komunikační systém (dále „VOKS“), různé komunikační tabulky.

Hluboká mentální retardace – navození komunikace s těmito lidmi vyžaduje dlouhodobou intenzivní a individuální práci. Pomocí bazální stimulace se zjišťují okamžité pocity, prožitky, potřeby klienta. Je třeba se soustředit na neverbální projevy jako je rytmus a intenzita dýchání, napětí svalstva, pohyby očí, končetin, zvuky. Tyto projevy je třeba sledovat, vyhodnocovat a poté k nim přiřazovat významy.

Valenta (2011) dále uvádí, že při komunikaci s lidmi s mentálním postižením je třeba se držet určitých pravidel, která vycházejí z bazálních zásad komunikace: „*TAKT – TOLERANCE – EMPATIE – OHLEDUPLNOST – TRPĚLIVOST – ÚCTA K PARTNEROVI*“ (Valenta, 2011, s. 134).

U osob s mentální retardací je třeba respektovat jejich mentální úroveň, ale současně i jejich fyzický věk. Není vhodné s dospělými lidmi jednat jako s dětmi. „*Nemáme právo snižovat jejich důstojnost a přistupovat k nim jako k méněcenným*“ (Slowík, 2010, s. 55).

V komunikaci, jako i v jiných oblastech, je vhodné spíše podporovat jejich samostatnost než za ně všechno vyřizovat a upevňovat závislost na druhých. Sklony k manipulaci jsou nejmarkantnější ze strany rodiny a osob blízkých, někdy toto chování může hraničit až s omezováním lidských práv. Pracovníci, kteří se věnují lidem s mentální retardací, by

s nimi měli komunikovat „(...) *podporujícím způsobem, aby si mohli utvářet a udržovat zdravé sebevědomí*“ (Slowík, 2010, s. 56).

Při komunikaci nejde jen o orální řeč. Komunikovat můžeme i pomocí modulačních faktorů řeči (rytmus a melodie řeči, pauzy atd.) a pomocí neverbální komunikace. V orální řeči se snažíme používat jednoduché věty, ale pokud uživatel nerozumí, snažíme se otázku položit jinak. „*Partnerovi poskytujeme dostatek času, povzbuzujeme ho v komunikaci pomocí neverbálních prostředků komunikace a dáváme mu zpětnou vazbu tím, že opakujeme jeho odpovědi*“ (Valenta, 2011, s. 155).

2.3.1 Význam alternativní a augmentativní komunikace

Alternativní a augmentativní komunikace (dále „AAK“) se „*pokouší přechodně nebo trvale kompenzovat projevy poruchy a postižení u osob se závažným postižením řeči, jazyka a psaní*“ (Krejčířová a kol, 2011, s. 25).

Krejčířová (2011) vymezuje výhody AAK, mezi které patří rozšíření možností komunikace osob se speciálními potřebami, umožňuje aktivně se zapojovat do komunikace, snižuje tendence k pasivitě, umožňuje samostatné rozhodování. Na druhé straně ale také seznamuje s nevýhodami, ke kterým hlavně patří neznalost této komunikace širší veřejností, snaha uživatelů AAK úplně přestat používat orální řeč, stigmatizace.

Systém AAK se člení **dle využitelnosti speciálních pomůcek**: (a) bez pomůcek – užití prostředků neverbální komunikace (pohled, mimika, gestikulace, vizuálně motorické znaky), (b) s pomůckami – předměty, obrázky, fotografie, symboly (piktogramy¹, předměty, fotografie, komunikátory)

Jiné dělení představuje Kubová (in Krejčířová, 2011), která dělí systémy AAK **podle způsobu přenosu informace**: (a) dynamické – gesta, znaky (MAKATON², Znak do řeči), (b) statické – symboly ve dvourozměrné nebo trojrozměrné formě (Bliss³, piktogramy, předměty, fotografie)

¹ PIKTOGRAMY – grafické znaky znázorňující sdělení obrazem. Každý piktogram znázorňuje jeden věcný význam. Používání piktogramů není doprovázeno řečí (Krejčířová, 2011, s. 95).

² MAKATON – jedná se o jazykový program, který vychází ze standardizovaných znaků, které jsou doplněné orální řečí (Krejčířová, 2011, s. 51).

³ BLISS – je dorozumivací systém, kde se místo slov užívají velmi jednoduché obrázky, piktogramy a ideogramy (Krejčířová, 2011, s. 40).

2.3.2 Usnadňovaná komunikace

Usnadňované komunikaci (dále „UK“) se v našem regionu věnuje C. Božoňová. V jiných zdrojích (Krejčířová, 2011) je UK uváděná jako facilitovaná komunikace. Jde o komunikační metodu, která umožňuje jakékoliv osobě vyjadřovat se tím, že prstem ukazuje na předměty, obrázky, písmena či slova. Může tak psát na jakékoliv klávesnici a vyjadřovat se celými větami.

Komunikační partner, nazývaný „usnadňovatel“, poskytuje uživateli podporu ruky a doprovází pohyb ke klávesám, aniž by ho vedl.

UK má určitá etická pravidla. Může ji provádět pouze pracovník, který prošel alespoň prvním stupněm vzdělání v usnadňované komunikaci. S touto komunikací musí usnadňovaná osoba souhlasit, v případě, že není plnoletá, musí dát souhlas zákonný zástupce. Usnadňovatel nesmí jakýmkoliv způsobem komunikaci ovlivňovat a sdělené informace může usnadňovatel interpretovat dál až se souhlasem usnadňované osoby (Božoňová, 2007).

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, zda individuální plánování působí na kvalitu života lidí s mentální retardací, a proto se v následující části zamýšlím nad pojmem kvalita života.

2.4 Kvalita života

Kvalita života je dle Heřmanové (2012) pojmem interdisciplinárním, protože se jím zabývají různé vědní disciplíny, jako např. psychologie, politologie, ekonomie, etika, sociologie a medicína. Ale také pojmem multidimenzionálním, protože má mnoho různých významů (Heřmanová, 2012, s. 10).

Na kvalitu života má každý člověk jiný pohled. Křížová (in Dvořáčková, 2012) uvádí, že *„pojmem kvalita života obsahuje tři hlavní oblasti, a to fyzické prožívání, psychickou pohodu a sociální postavení jedince a jeho vztahy k druhým lidem“* (Křížová in Dvořáčková, 2012, s 56).

Sociologické pojetí kvality života se zabývá oblastí sociální úspěšnosti, společenským statutem, životním stylem. Patří sem i vybavení domácnosti, vzdělání, majetek atd. (Dvořáčková, 2012, s. 63). Pro účely mé bakalářské práce bude ale důležitější

psychologické pojetí kvality života. Dle Dvořáčkové (2012, s. 62) můžeme z tohoto hlediska za kvalitu života považovat životní spokojenost a osobní pohodu.

Na koncept kvality života je možno dle Dvořáčkové (2012) nahlížet z objektivního a subjektivního hlediska. Pod pojmem objektivní kvalita si můžeme představit materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví. Subjektivní kvalita se odráží od jedincova vnímání jeho postavení ve společnosti. Spokojenost se odvíjí od osobních cílů, očekávání a zájmů (Dvořáčková, 2012, s 69).

Vzhledem k subjektivnímu vnímání kvality života se velmi obtížně indentifikují faktory, které kvalitu života definují. Dvořáčková (2012) cituje několik autorů, kteří vymezují kvalitu života z různých pohledů. Pro potřeby mé bakalářské práce si myslím, že je nejdůležitější vymezení, které předkládá Van der Steen: *„Jako důležitý faktor ovlivňující kvalitu života vedle zřejmých a objektivních měřítek, jako je schopnost sebeobsluhy, úroveň mobility a schopnost ovlivňovat vývoj vlastního života, je rovněž úroveň subjektivní osobní pohody“* (Van der Steen in Dvořáčková, 2012, s. 77).

Ve své bakalářské práci se budu zaměřovat na kvalitu života v kontextu působení individuálního plánování na život uživatelů sociálních služeb.

U lidí s mentální retardací je z pohledu kvality života velmi důležité nechat jim možnost samostatného rozhodování. Tím, že se mohou rozhodnout podle své vůle, se, podle mého názoru, jejich postavení ve společnosti alespoň trochu přibližuje ostatním „zdravým“ lidem.

V mnoha zahraničních člancích jsou popsány výzkumy s lidmi s mentální retardací (pozn. většinou šlo o osoby s lehkou mentální retardací) a jejich vlivu sebeurčení na kvalitu života. Například Wehmayer a Schwartz (1998) ve své studii uvádějí, že lepší kvalitu života udávají respondenti s vyšší možností svobody rozhodování. Proto dal výzkum impuls k tomu, aby se u lidí s mentální retardací nadále prosazovala podpora sebeurčení. (Wehmeyer, Schwartz, 1998). Což je i motivace pro klíčové pracovníky, aby v rámci individuálního plánování s lidmi s mentální retardací podporovali jejich samostatnost a soběstačnost a vedli je k prosazování svých práv.

Individuální plánování je definováno ve standardech kvality sociálních služeb. Následující kapitola je věnována právě problematice standardů. Nepopisuji všechny, ale soustředím se jen na ty standardy kvality, které přímo souvisejí s individuálním plánováním.

3 STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Hlavním posláním sociálních služeb je umožnit lidem, kteří se dostali do nepříznivé sociální situace, žít rovnocenným životem jako jejich vrstevníci. Proto Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále „MPSV“) v roce 2002 vytvořilo soubor kritérií, podle kterých bude možno poznat, zda služby podporují nezávislost uživatelů, podporují osobnostní růst uživatelů a snaží se naplňovat jejich osobní cíle. Kritéria MPSV vydalo v podobě Standardů kvality sociálních služeb. Standardy popisují, jak má vypadat kvalitní sociální služba.

V bakalářské práci se zaměřuji na popis procesu individuálního plánování, proto popíši pouze standardy související s individualizací poskytování sociálních služeb.

Podle Hauke (2011) je individuální plánování „*proces, který zahrnuje jednání se zájemcem o službu (standard č. 3), sepsání smlouvy o poskytování služby (standard č. 4) a vytvoření individuálního plánu a jeho přehodnocování (standard č. 5)*“ (Hauke, 2011, s. 124).

Čámský, Sembdner a Krutilová (2011) dodávají: „*(...) individuální plánování se přímo prolíná a souvisí i se standardy dalšími, např. standardem č. 2, který se zabývá ochranou lidských práv, a standardem č. 8, jenž sleduje návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje*“ (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011, s. 141).

Standard 2. Ochrana práv osob

Tento standard je nejvíce sledovaný, protože jde o dodržování lidských práv uživatelů, ale i pracovníků. „*Kritéria se zaměřují na sledování toho, jak zařízení zajišťuje ochranu práv svých uživatelů v závislosti na charakteru poskytovaných služeb*“ (Johnová, 2003, s. 7).

Krutilová, Čámský, Sembdner (2010) udávají, že v procesu sociálního začleňování se uživatel sociální služby stává aktivním partnerem, a proto by služba měla být vedena tak, aby pro uživatele byly vytvářeny životní podmínky srovnatelné s podmínkami lidí bez jakéhokoliv znevýhodnění. Aby uživatelé žili běžným životem svých vrstevníků a aby při poskytování služby nebyla porušována jejich práva (Krutilová, Čámský, Sembdner, 2010, s. 91).

Standard 3. Jednání se zájemcem o službu

„Smyslem tohoto standardu je shrnout postup, jakým způsobem se má jednat se zájemcem o službu. Zařízení nabídne zájemci služby, zjistí, jaké jsou jeho potřeby a zájmy a ve spolupráci s pracovníkem zařízení pak umožní zájemci formulovat, jaké služby mu bude zařízení poskytovat. Je důležité, aby své potřeby a zájmy určil zájemce o službu, nikoli zařízení“ (Johnová, 2003, s. 8).

Čermáková a Johnová (2003) dodávají, že seznámení uživatele s poskytovanými službami by mělo být formou, které uživatel rozumí. Pracovník se musí dorozumívacím schopnostem zájemce přizpůsobit, v případě potřeby musí požádat o pomoc tlumočnicka. V rámci jednání se zájemcem o službu se s ním také dojednávají osobní cíle, který by měl být pro zájemce významný, malý, konkrétní, realistický. Dosažení cíle ho musí stát úsilí. Osobní cíle se dojednávají na základě přání zájemce a na nabídkách a možnostech zařízení (Čermáková, Johnová, 2003, s. 31 - 40).

Standard 4. Dohoda o poskytování služby

„Kritéria upřesňují způsob uzavírání dohody o poskytování sociální služby. Dohoda by měla být uzavírána písemně. Všechny dohody musí být evidovány“ (Johnová, 2003, s. 9).

Dle Čermákové a Johnové (2003) musí být součástí smlouvy i dohodnutý osobní cíl. Žadatel musí být s obsahem dohody adekvátním způsobem seznámen. Seznámení musí být provedeno takovým způsobem, aby žadatel porozuměl obsahu, a musí být provedeno i u žadatelů zbavených způsobilosti k právním úkonům (Čermáková, Johnová, 2003, s. 41 - 44).

Standard 5. Plánování a průběh poskytování služby

„Standard vychází z principu, že sociální služby musí být individuálně přizpůsobeny potřebám jednotlivých uživatelů a že uživatelé musí mít možnost ovlivňovat jejich průběh a měnit osobní cíle, kterých chtějí prostřednictvím služeb dosáhnout. Zařízení se musí zajímat o osobní přání, zájmy a cíle uživatelů služeb, aby bylo schopno poskytovat služby cíleně a efektivně s využitím potenciálu jednotlivých uživatelů“ (Johnová, 2003, s. 10).

Jak uvádějí Čermáková a Johnová (2003) poskytování služeb se odvíjí od osobních cílů a potřeb uživatelů. Tyto cíle se plánují společně s uživatelem. Naplňování osobních cílů je průběžně přehodnocováno. Za plánování a průběh služby pro jednotlivé uživatele je

zodpovědný konkrétní pracovník – klíčový pracovník. Tohoto pracovníka by měl mít uživatel přiděleného již při sepisování dohody (Čermáková, Johnová, 2003, s. 45 - 53).

Standard 8. Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje.

Čermáková a Johnová (2003) dalšími dostupnými zdroji míní instituce a zařízení, která jsou dostupná pro většinovou populaci (školy, úřady, zdravotnická zařízení, obchody, zařízení pro volnočasové aktivity, kavárny, cukrárny atd.).

Pro každou cílovou skupinu jsou typické různé potřeby, a tím pádem i jiné vnější zdroje. Poskytovatel nemá nahrazovat běžně dostupné veřejné služby, ale má vytvářet příležitosti k tomu, aby uživatelé mohli tyto veřejné služby využívat. Dále zařízení podporuje uživatele v kontaktu s rodinou, přáteli atd. (Čermáková, Johnová, 2003, s. 64 – 68).

Pomocí kritérií se „(...) vytváří podmínky umožňující uživatelům přístup k běžným službám poskytovaným veřejností a udržování smysluplných kontaktů s rodinou a dalšími přirozenými sociálními sítěmi“ (Johnová, 2003, s. 13).

Tématem mé bakalářské práce je individuální plánování s lidmi s mentální retardací. Termínu mentální retardace jsem se již věnovala, v krátkosti jsem uvedla důležité standardy kvality sociálních služeb a v následující kapitole se podrobněji věnuji právě individuálnímu plánování, které je zakotveno ve standardu č. 5 – Plánování a průběh poskytování služby.

4 INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ

Pojem plánování služby se poprvé objevil v roce 2002 v rámci Národních standardů kvality sociálních služeb. Oficiálně byl přijat zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v roce 2007.

Haicl a Haiclová (2011) udávají: „*Pojem plánování služby nejčastěji zahrnuje pravidelný, předem sjednaný cílený dialog klíčového pracovníka a uživatele služby, ve kterém vyhodnocují průběh poskytování služby a plánují, jakým způsobem bude průběh jejího poskytování reagovat na aktuální cíle a potřeby uživatele*“ (Haicl, Haiclová, 2011, s. 26). Dále dodávají, že individuální plánování je dojednávání toho, jakým způsobem bude uživateli podpora a péče poskytována.

4.1 Proces individuálního plánování

Individuální plánování je proces, který se děje v určitém čase a postupuje po určitých krocích. Má svá pravidla. Plánování začíná již jednáním se zájemcem o službu, dalším krokem je konkrétní plánování, dále přehodnocování plánů a nové plánování. Jde o uzavřený kruh, viz Obrázek 1. Johnová (2008) etapy cyklu popsala termíny: zkoumání situace, tvorba plánu, realizace plánu a vyhodnocení. Dokud nejsou všechny cíle naplněny, proces se stále opakuje.

V následující části v krátkosti popisují jednotlivé etapy cyklu, tak jak je popsala Johnová (2008, s. 56).

Zkoumání situace – v této etapě jde hlavně o seznámení se s konkrétním uživatelem a o porozumění jeho situaci. Společně s klíčovým pracovníkem by měli dojít k závěru, jaké jsou potřeby uživatele a jak potřebuje pomoci, aby došlo k plánované změně. Nástroji jsou: studium dokumentace, rozhovor s uživatelem a blízkými osobami, pozorování.

Tvorba plánu – v této etapě se formuluje cíl spolupráce, vybírají se metody práce, stanovují se jednotlivé kroky k naplnění cíle a určují se konkrétní osoby a termíny. U uživatelů s mentální retardací je vhodné vypracovávat individuální plány ve zjednodušené formě, aby jim porozuměli. Nejvhodnější je zobrazení pomocí obrázků, fotek, piktogramů.

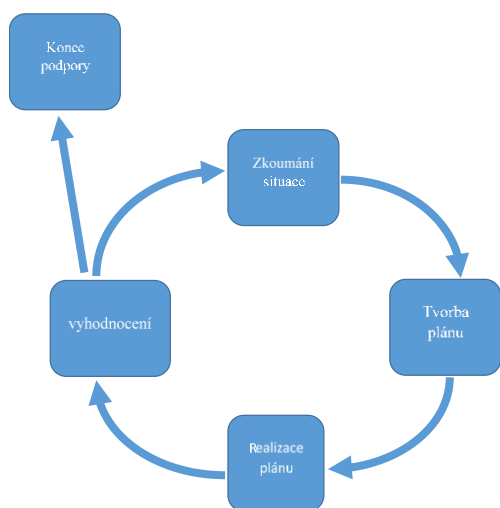
Plán se stanovuje na takovou dobu, která by měla odpovídat naplnění cíle. Záleží na vnitřních pravidlech organizace, jak si individuální plánování nastaví.

V zařízení Náš svět Pržno (do kterého směřuji projekt výzkumu) se plány domlouvají na tři měsíce. K přehodnocení individuálního plánu by mělo dojít vždy po naplnění cíle nebo v případě, kdy si uživatel již nepřeje plnit stanovený cíl.

Realizace plánu – uživatel se snaží vlastními silami za podpory pracovníků popřípadě dalších lidí (rodina, přátelé) dojít k naplnění stanoveného cíle. Pracovníci průběh plnění zaznamenávají pro účely vyhodnocení.

Hodnocení – jde o zhodnocení naplnění cílů stanovených v plánu. Jestliže nedošlo k naplnění cíle, buď se v dalším období pokračuje v plnění stejným způsobem, nebo se vyzkouší jiné kroky k naplnění. V případě, že uživatel již nechce daný cíl plnit, po domluvě s klíčovým pracovníkem se soustředí na jinou oblast, kde uživatel potřebuje podporu.

Pokud došlo k naplnění cíle a uživatel už službu nepotřebuje, mělo by dojít k ukončení spolupráce (Johnová, 2008, s. 56).



Obrázek 1: Cyklus individuálního plánování (Johnová, 2008, s. 56)

Plánování služby můžeme chápat jako každodenní poskytování služby. Jak udává Bicková a Hrdinová (2011) v užším slova smyslu jde o spolupráci uživatele a klíčového pracovníka s cílem vytvořit individuální plán. „*Hlavní podstatou plánování služby je lidské setkání a dialog – ať se jedná o živý kontakt pracovníka a uživatele při použití metody rozhovoru*

nebo o kontakt ve fantazii při intuitivních technikách zjišťování osobních cílů uživatelů“ (Bicková, Hrdinová, 2011, s. 74). U uživatelů s těžkým postižením, kde je pomocí komunikačních technik velmi problematické zjistit jejich přání a tužby, Johnová (2008) dodává, že je třeba se zaměřovat na zajištění základních lidských potřeb, jako je odstranění bolesti, usnadnění dýchání, zlepšení příjmu potravy. Naplnění těchto základních potřeb otevírá člověku novou stránku bytí a zkvalitňuje jejich život (Johnová, 2008, s. 54).

U lidí s mentálním postižením může nastat situace, kdy si pracovník myslí, že je na něm, aby určil, co uživatel nejvíce potřebuje. Jak uvádí Johnová (2008) musíme si *„(...) neustále uvědomovat rozdíl mezi představou pracovníka a přáním uživatele služby: co považuje za důležité pro svůj život klient a co si myslí okolí, že je pro něj důležité“* (Johnová, 2008, s. 54).

4.2 Role klíčového pracovníka v procesu individuálního plánování

„Klíčovým pracovníkem je nazýván zaměstnanec poskytovatele, který je na základě zákona o sociálních službách určen každému jednomu uživateli pro individuální plánování průběhu sociální služby a pro hodnocení naplňování osobních cílů“ (Vítová, 2011, s. 115).

Pro uživatele by měl být klíčový pracovník ten, komu důvěřuje, může se mu svěřit se všemi problémy. Měli by spolu umět komunikovat. Měl by s uživatelem trávit dostatek času, proto jde většinou o pracovníky v přímé péči (podle druhu služby).

V případě, že uživatel a klíčový pracovník mají mezi sebou problémy a komunikace vážne, je lepším řešením výměna klíčového pracovníka. Na tuto změnu má právo jak uživatel, tak klíčový pracovník.

Vítová (2011) upřesňuje kompetence klíčového pracovníka v rámci své činnosti: (a) pomáhá uživateli při formulaci potřeb a osobních cílů a podporuje uživatele při jejich naplňování, (b) projednává s uživatelem poskytování služby, ověřuje spokojenost, potřebnost podpory a hledá kroky k naplňování cílů (Vítová, 2011, s. 116).

U různých poskytovatelů může mít klíčový pracovník, v závislosti na vnitřních pravidlech, různé role. Většinou jde o: (a) poradce – konzultanta řešení, (b) zprostředkovatele informací, (c) pomocníka při vyhledávání potřeb a osobních cílů uživatelů, (d) „Terapeuta“, (e) obhájce, (f) realizačního pracovníka (Vítová, 2011, s. 119 - 120).

Klíčový pracovník se musí stejně jako ostatní pracovníci pomáhajících profesí vzdělávat na základě zákona o sociálních službách. Vítová (2011) považuje za vhodné vzdělávání v individuálním plánování v rámci akreditovaných kurzů, nejlépe přímo na pracovišti poskytovatele. Dále doporučuje semináře, workshopy na téma ochrany práv osob, týmová spolupráce a komunikace, práce s uživateli, kteří nekomunikují a další. Za velmi důležitou považuje týmovou nebo individuální supervizi, na které si klíčoví pracovníci upřesňují kompetence a dostávají podporu při řešení složitých situací (Vítová, 2011, 121 – 122).

4.3 Komunikace při individuálním plánování

Při individuálním plánování je komunikace velmi důležitá. Jde o společnou práci mezi uživatelem a klíčovým pracovníkem, ale také o komunikaci mezi klíčovým pracovníkem a ostatními osobami, které se podílejí na službě. Těmito jsou: sociální pracovník, pracovníci v sociálních službách (dále „PSS“), střední zdravotnický personál (dále „SZP“), ergoterapeut atd.

Klíčový pracovník musí komunikovat také s opatrovníky, rodiči, jinými odborníky tak, aby byly cíle a potřeby uživatele co možná nejlépe naplňovány.

Při komunikaci musíme přihlížet k tomu, jaké má uživatel komunikační schopnosti. Jinak budeme pracovat s uživateli komunikujícími a jinak s nekomunikujícími. Klíčový pracovník musí vyhodnocovat i důvěryhodnost sdělených informací, což právě u uživatelů s mentální retardací je velmi důležité hledisko. Proto se při individuálním plánování využívají i intuitivní metody, jako je sledování uživatele v přirozeném prostředí, empatická fantazie a při plánování se využívají i informace od referující osoby (PSS, rodiče, opatrovníci atd.) a důležité informace získáme i z dokumentace uživatele.

4.3.1 Individuální plánování s komunikujícím uživatelem

Kroky, jak plánovat s komunikujícím uživatelem popisují např. autoři Haicl a Haiclová (2011b). S komunikujícím uživatelem je plánování založeno na rozhovoru. Rozhovor podle potřeby uživatele může být strukturovaný nebo volný. U uživatelů, kteří mají potíže v percepční nebo expresivní složce řeči, používáme v rozhovoru prostředky AAK (viz podkapitola 2.3.1).

Haicl a Haiclová (2011b) vymezují kroky rozhovoru: (a) příprava klíčového pracovníka na rozhovor, (b) dojednání rozhovoru, (c) vlastní rozhovor.

I vlastní rozhovor má svůj průběh. Zahájení rozhovoru – vyhodnocení průběhu služby – zjištění potřeb a osobních cílů a dojednání podpory – záznam z rozhovoru – ukončení rozhovoru.

Výsledky rozhovoru o plánování služby je třeba vhodným způsobem předat dalším osobám. Proto následnými kroky jsou sdílení v týmu a realizace dojednané podpory (Haicl, Haiclová, 2011b).

V neposlední řadě je třeba průběh služby zaznamenat pro následné hodnocení.

Ve vnitřním pravidle SQ 5 vydaném zařízením Náš svět, p. o. Pržno (pozn. kam je směřován projekt výzkumu) je řečeno, že při rozhovoru využíváme volně položené otázky, kdy se dotazujeme uživatele, na jeho spokojenost se službami. Uživatel sám sděluje důležité informace potřebné pro plánování služby. V případě strukturovaného rozhovoru pokládáme uživateli přímo otázky týkající se jeho spokojenosti se službami a poskytnutou podporou. Jestliže klíčový pracovník zjistí od uživatele nespokojenost s poskytováním služby, dojednává s uživatelem kroky k nápravě. Vše následně zaznamená do individuálního plánu (SQ 5, 2013).

4.3.2 Individuální plánování s nekomunikujícím uživatelem

V případě nekomunikujícího uživatele nebo uživatele, který není schopen převzít za svá rozhodnutí zodpovědnost, je plánování pomocí rozhovoru nereálné. V tomto případě jak píše Haicl a Haiclová (2011b) je plánování založeno na ověřování si hypotéz. O hypotézách následně diskutujeme v pracovním týmu a výsledky zaznamenáváme do individuálního plánu.

Pro zjišťování potřeb uživatelů, kteří nekomunikují, používáme intuitivní a racionální techniky.

V následující části se krátce věnuji intuitivním technikám, jak je popsali Haicl a Haiclová (2011b).

Pozorování uživatele v reálné situaci – při pozorování klienta si na základě toho, co dělá, jak se chová, jaké činnosti ho baví, můžeme domyslet, jaké má potřeby. Naše pocity při pozorování uživatele v konkrétních situacích nám mohou být vodítkem při sestavování hypotézy o uživatelských potřebách (Haicl, Haiclová, 2011b, s. 154).

Abychom mohli pozorování dobře vyhodnotit, musíme si poznatky zaznamenávat. Rizikem při použití této techniky může být chybné zaznamenání vypořezovaného jevu, a tím špatná interpretace. Tak mohou být výsledky pozorování zkreslené.

Empatická fantazie – při této technice se vcitujeme do situace klienta. Následně zjišťujeme, co nám vadí, co bychom chtěli změnit, co bychom potřebovali. Naše poznatky zpracujeme jako hypotézu (Haicl, Haiclová, 2011b, s. 154).

Dle mého názoru mohou i v této situaci nastat rizika, kdy jsou výsledky zkresleny. V hypotéze se totiž zpracovávají naše pocity a naše představy. Proto je důležité vyřčené hypotézy pomocí experimentů, kdy sledujeme reakce klientů, ověřovat.

Modelový rozhovor pracovník / pracovník empatik – při této technice se jeden pracovník vcituje do uživatele a druhý představuje klíčového pracovníka. Po ukončení rozhovoru se zhodnotí, jaké potřeby klient má (Haicl, Haiclová, 2011b, s. 154).

Imaginativní rozhovor – jde o techniku, kdy si pracovník ve své fantazii přehrává rozhovor s uživatelem. Představuje si, co by uživatel odpovídal, kdyby mohl. Tato technika je vhodná u uživatele, kterého dobře známe (Haicl, Haiclová, 2011b, s. 155).

Jak modelový rozhovor, tak imaginativní rozhovor je založený na fantazii, představivosti, intuici klíčového pracovníka. Výsledky budou záležet na schopnostech pracovníka, jakou má představivost, jak se dokáže vcítit a vnímat potřeby uživatelů. Imaginativní rozhovor je vhodné používat u uživatelů, které dobře známe. Proto je i u těchto technik důležité konzultovat vyřčené hypotézy v týmu a následné ověřování pomocí experimentů.

Racionální techniky jsou dle Haicla a Haiclové (2011b, s. 155) založeny na myšlenkových pochodech a analýze klíčového pracovníka. K těmto technikám, dle zmíněných autorů, patří:

Analýza uspokojování potřeb – při této metodě většinou vyhodnocujeme potřeby klientů (viz podkapitola 2.2). Postupně se jednotlivé potřeby analyzují a v případě, že nejsou dostatečně naplňovány, se společně pracovní tým zamýšlí, jakými kroky dospět k jejich uspokojení (Haicl, Haiclová, 2011b, 155). Ve vnitřním pravidle zařízení Náš svět, p. o. Pržno (SQ 5, 2013) je základem pyramida lidských potřeb podle A. Maslowa (viz Příloha 10).

Rozhovor s referujícími osobami a studium dokumentace – pomocí rozhovorů s lidmi, kteří klienta znají, se zjišťují jeho potřeby. Také v dokumentaci klienta je mnoho důležitých informací, které nás mohou inspirovat ke zjištění potřeb a přání klienta (Haicl, Haiclová, 2011b, s. 155).

V následující kapitole se věnuji vybraným modelům plánování služby a teoretickým přístupům v sociální práci. Součástí kapitoly je popis a komparace vybraných přístupů.

5 VYBRANÉ MODELY PLÁNOVÁNÍ SLUŽBY

Problematikou individuálního plánování a modelů plánování se zabývají mimo jiné autoři Haicl a Haiclová (2011a). Popisují čtyři základní modely, kterými jsou model zaměřený na dosahování cílů, model zaměřený na dialog a uživatele služby, model vycházející ze schémat počítačové podpory a model expertní. Dále existuje celá řada přechodových verzí (Haicl, Haiclová, 2011a, s. 26 - 30).

V další části se věnuji prvním dvěma modelům, protože se domnívám, že jsou v praxi sociálních služeb těmi nejpoužívanějšími.

5.1 Přístup orientovaný na úkoly – Model zaměřený na dosahování cílů

Tento model je dle Haicla a Haiclové (2011a) nejstarším modelem souvisejícím s individuálním plánováním. Teoretické kořeny má v kognitivně behaviorálním přístupu a v přístupu orientovaném na úkoly, který Matoušek (2008) charakterizoval takto: „*Přístup orientovaný na úkoly – přístup vycházející z americké behavioristické tradice a ovlivněný studii efektivity dlouhodobých a krátkodobých intervencí. Opírá se o předpoklad, že krátkodobá a jasně zacílená intervence může být stejně užitečná jako dlouhodobá terapeutická práce s klientem, nebo dokonce užitečnější. Využívá silných stránek klientovy osobnosti. Hlavními kroky jsou: vyjasnění mandátu k intervenci, vyjasnění problémů nebo několika hlavních problémů, stanovení cílů, formulace konkrétních úkolů, monitoring jejich plnění a závěr*“ (Matoušek, 2008, s. 163).

Metoda se realizuje v šesti krocích, pomocí kterých se aktéři snaží dosáhnout cíle: (a) příprava, (b) explorace problému, (c) dohoda o cílech, (d) formulace a plnění úkolů, (e) ukončení, (f) reflexe úspěšnosti (Navrátil, 2001a, s. 233).

Gojová a Sobková (2007) popisují využití přístupu orientovaného na úkoly v současné sociální práci. Přístup je založený na vzájemné spolupráci, při stanovení a řešení problému, sociálního pracovníka (klíčového pracovníka) a uživatele (Task Centered Social Work Practice & The Family, 2001). V rámci tohoto přístupu se v úvodní fázi definují problémy klienta, dále si klient stanovuje cíl a společně se sociálním pracovníkem (klíčovým pracovníkem) uzavírají kontrakt. V dohodě se stanovují úkoly, které se budou řešit, a

naplánují se kroky, jak se budou řešit. Výsledkem by mělo být dosažení cíle (Gojová, Sobková, 2007).

Stejně jako u přístupu orientovaného na úkoly je i u modelu zaměřeného na dosahování cílů základem stanovení si cílů, které by měly pro uživatele znamenat změnu. Klíčový pracovník společně s uživatelem dojednávají cíle, ale také kroky, kterými se má k danému cíli dojít. Čermáková a Johnová (2003) přímo uvádějí: *„Poskytování sociální služby musí sledovat jasný cíl – umožnit člověku v nepříznivé sociální situaci zůstat součástí přirozeného místního společenství, žít běžným způsobem atd. Pro jednotlivé uživatele bude tento obecný cíl sociálních služeb převeden do podoby tzv. osobního cíle. Ten představuje to, čeho chce uživatel dosáhnout“* (Čermáková, Johnová, 2003, s. 45).

Při stanovování cíle musí uživatel i poskytovatel vědět, čeho chce dosáhnout, jaké zdroje je možno využít. Dále je třeba znát postupy vhodné k dosažení cílů, do kdy a kdo nám bude při naplňování cílů pomáhat a jak poznáme, že je cíl naplněn (Čermáková, Johnová, 2003, s. 45).

Sociální pracovník (klíčový pracovník) pomáhá uživateli se rozhodnout, které úkoly by chtěl plnit. Je zde předpoklad, že uživatel je schopen tyto kroky provést. (Navrátil, 2001a, s. 231). Protože lidé s mentálním postižením mají často problémy s komunikací a přesným definováním problému, je tato metoda pro ně, podle mého názoru, méně vhodná.

5.2 Přístup orientovaný na klienta – Model zaměřený na dialog a uživatele služby

Model zaměřený na dialog a uživatele služby má dle Haicla a Haiclové (2011a) teoretické kořeny v humanistickém psychoterapeutickém směru zaměřeném na klienta, který vznikl ve druhé polovině 20. století a jehož zakladatelem byl americký psycholog Carl Rogers. Matoušek (2008) o přístupu zaměřeném na klienta píše: *„Podmínkou úspěchu terapeutické intervence je nehodnotící postoj terapeuta, bezpodmínečné přijetí klienta, empatie a opravdovost. V technice práce s klientem se uplatňuje hlavně aktivní naslouchání a zrcadlení. Díky tomu má klient možnost využít potenciál svého osobnostního rozvoje, konstruktivně měnit své postoje, chovat se vůči sobě zodpovědně“* (Matoušek, 2008, s. 111).

Využití tohoto přístupu při individuálním plánování slouží hlavně k navození bezpečí pro uživatele, respektuje se jeho osobnost. Klade se důraz na vztah s uživatelem. Při plánování se nesoustředíme na dosahování cílů, ale při rozhovoru si všímáme potřeb uživatele. Neplánujeme dopředu, ale řešíme aktuální potřeby (Haicl, Haiclová, 2011a).

Jádrem přístupu jsou empatie, akceptace a kongruence. *„Kongruence a opravdovost znamená, že pomáhající pracovník má jednat v souladu se svým prožíváním. Bezpodmínečná zpětná vazba vyjadřuje úsilí pomáhajícího pracovníka o přijímání klientovy osobnosti bez hodnocení jeho postojů a chování. Empatie je snaha prožívat a chápat klientovu situaci jeho očima“* (Navrátil, 2001b, s. 50).

Využití tohoto přístupu při práci s lidmi s mentálním postižením se ve svém díle věnuje Merlis Pörtner. Základem je brát lidi takové, jací jsou, vést je k vlastnímu samostatnému rozhodování, umožnit jim ho a respektovat ho. I když mají lidé s mentálním postižením určité limity, je třeba i toto minimum podporovat a nerozhodovat za ně. Vést lidi k zodpovědnosti za sebe sama (Pörtner, 2009). *„Vlastní rozhodování se citelně odráží v kvalitě života. Moci se samostatně rozhodovat znamená být brán vážně“* (Pörtner, 2009, s. 28). To samé platí i o převzetí zodpovědnosti za sebe. Přijmout odpovědnost vede ke zkvalitnění života tím, že jedinec pocítí vlastní hodnotu, uvědomí si nezávislost. *„Úkolem referenčních osob je přijít na to, v jakých oblastech mohou u lidí, o něž pečují, předpokládat jejich odpovědnost, a také jim ji svěřit“* (Pörtner, 2009, s. 37). Důležité je uvědomit si, že nemáme rozhodovat za lidi s postižením nebo místo nich, ale naším úkolem je, rozhodovat s nimi. U lidí s těžkým mentálním postižením se soustředíme třeba jen na to, aby si samostatně rozhodli o zařízení pokoje, barvě oblečení, nebo třeba jen o otevřených nebo zavřených dveřích (Pörtner, 2009).

5.3 Komparace vybraných přístupů

Přístup zaměřený na klienta je nedirektivním přístupem, pomocí kterého podporujeme uživatele zorientovat se v jeho vlastní životní situaci. Úkolem je pomoci mu porozumět a uvědomit si, kdo jsem, kam patřím, kam směřuji, čeho chci dosáhnout. Jádrem přístupu jsou empatie, akceptace a kongruence.

„Pracovat se zaměřením na osobu znamená nevycházet z představ o tom, jací by lidé měli být, nýbrž z toho, jací jsou, jaké jsou jejich možnosti. (...) brát lidi vážně v jejich osobité jedinečnosti, snažit se porozumět jejich způsobu vyjadřování a podporovat je v tom, aby našli své vlastní cesty k přiměřenému zacházení s realitou, samozřejmě v rámci jejich omezených možností“ (Pörtner, 2009, s 15)

Přístup orientovaný na úkoly je podle mého názoru direktivním přístupem, vycházející z behavioristické tradice. Přímo ukládá, co, kdo, jak má plnit. Pracuje s klíčovými koncepty, jako je cíl, kontrakt, úkol a plán.

„Filozofie úkolově orientovaného přístupu je založena na principech typu aktivace sebedůvěry a sebeúcty klienta, vzájemném angažování se, partnerství a porozumění“ (Horák, 2004, s. 88).

Vyčlenila jsem několik oblastí srovnání a pro přehlednost jsem porovnání přístupů v jednotlivých oblastech zpracovala do tabulky (viz Tabulka 1). Jako zdroje pro zpracování jsem využila publikace Gojové a Sobkové (2007), Pörtner (2009) a Nykla (2012).

Tabulka 1: Porovnání úkolově orientovaného přístupu a přístupu orientovaného na člověka

Oblasti srovnání	Úkolově orientovaný přístup dle Gojové, Sobkové (2007)	Přístup orientovaný na člověka dle Pörtner (2009) a Nykla (2012)
Teoretická východiska	Teorie učení, přístup orientovaný na řešení problému, behaviorální a kognitivně behaviorální přístup.	Jde o humanistický psychoterapeutický směr.
Základ přístupu	Stanovení cíle a kroků k jeho naplnění.	Dialog o potřebách uživatele.
Přístup k uživateli	Důraz na jedinečnost každého klienta a autonomii jeho rozhodování.	Člověk je jedinečná bytost s určitými potřebami a individuálními schopnostmi rozvoje.
Spolupráce klient a sociální pracovník	Spolupráce s klientem je založena na vzájemném respektu a rovnocenném vztahu.	Navození bezpečí ve vztahu, bereme uživatele takové, jací jsou, bez hodnocení. Přístup by měl být nedirektivní a nehodnotící. Empatie, akceptace a kongruence.
Určení problému, cesta ke změně	Klient je hlavní aktér změny – klient ví jaký má problém, potřeby, cíle.	Vychází se z vnitřních zdrojů uživatele, ty je třeba nalézt a podporovat.
Na co se daný přístup orientuje	Orientace na řešení problému.	Forma mezilidského vztahu, která podporuje růst a změnu. Úkolem je vytvořit podmínky pro změnu. „Osobnost člověka je chápána jako proces, je neustále ve vývoji, nikdy není zcela hotová“ (Navrátil, 2001b, s. 51).
Strategie	Klíčovou aktivitou je úkol, který má pomoci dosáhnout změny.	Jde spíše o filozofii, která pomáhá člověku v rozvoji jeho kapacity. Hýbnou silou je sebeaktualizace a sebepojetí.
Spolupráce s okolím	Orientace na klienta v jeho prostředí, toto může být překážkou nebo pomocí při řešení.	Použití přirozené komunitní podpory. Lidé důležití pro uživatele jsou součástí společné práce.
Casovost v dlouhodobém kontextu	Krátkodobost a časové ohraničení.	Respektování možnosti a tempa změny. „Důvěřujeme ve vývojové možnosti lidí, ale neurčujeme jejich vývoj násilně“ (2009, s. 36).
Časovost v krátkodobém kontextu	Orientace na současnost.	Podpora vychází z aktuálních potřeb, zájmů, zálib, schopností.

Z tabulky je zřejmé, ačkoli oba přístupy (orientovaný na úkoly a orientovaný na klienta) vycházejí z jiných teoretických východisek, že se navzájem doplňují a jsou oba dva přínosem pro práci s lidmi s mentální retardací.

Dle mého názoru princip individuálního plánování se opírá o úkolově orientovaný přístup, protože při něm zjišťujeme problémy a stanovujeme cíle a kroky k jejich naplnění. Naopak spolupráce s lidmi s mentální retardací na tvorbě a realizaci individuálního plánu vychází spíše z přístupu orientovaného na člověka, protože se v tomto případě zabýváme potřebami uživatele. V obou případech je práce založena na spolupráci, vzájemném respektu. V procesu spolupracujeme s blízkými a pro uživatele důležitými lidmi. Soustředíme se na současnost a aktuální potřeby.

Proto jsem již v úvodu psala o eklekticismu, který představuje využití více teoretických přístupů v sociální práci, v našem případě při práci s lidmi s mentální retardací.

V zařízení Náš svět Pržno se začalo plánovat od počátku roku 2013 se zaměřením na člověka, a proto se v rámci projektu soustředím právě na tento přístup. Projekt výzkumu je orientovaný na zjišťování přínosu individuálního plánování pro samotné uživatele služby. Co jim přináší, zda zkvalitňuje jejich dosavadní život a také zda jsou spokojeni s nastaveným způsobem plánování.

Výzkum je koncipován jako kvantitativní strategie přímo s uživateli zařízení Náš svět, p. o. Pržno.

Abychom získali přehled o organizaci, ve kterém se bude projekt realizovat, v následující kapitole popíši proces individuálního plánování přímo v tomto zařízení. Pro osvětlení byly použity metodické materiály zařízení. Konkrétní tiskopisy, které jsou uvedeny v přílohách, zveřejňuji se svolením vedení organizace.

6 INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ V KONKRÉTNÍM ZAŘÍZENÍ

Zařízení Náš svět, p. o. Pržno poskytuje čtyři sociální služby – Domov pro osoby se zdravotním postižením (dále „DOZP“), Domov se zvláštním režimem (dále „DZR“), Chráněné bydlení (dále „CHB“) a Sociálně terapeutické dílny (dále „STD“). Projekt výzkumu je směřován na sociální službu DOZP, proto také popis procesu individuálního plánování je veden z pohledu této služby.

Popis služby, cíle a způsob poskytování služby viz Příloha 3.

Proces individuálního plánování začíná již při jednání se zájemcem o službu, kdy se zájemce seznamuje s cílovou skupinou, nabízenými službami, způsoby a rozsahem poskytování služeb. Sociální pracovník při jednání se zájemcem postupuje tak, aby zájemce rozuměl všem sděleným informacím. V případě potřeby použije metody AAK, u osob s přidruženým postižením (vada zraku, sluchu) může sociální pracovník požádat o spolupráci sociální službu Tyfloservis, Lorm nebo využít služeb tlumočnicka. I při sepisování smlouvy musí sociální pracovník postupovat tak, aby budoucí uživatel smlouvě rozuměl. Při komunikaci se zájemce nebo budoucím uživatelem dodržuje kroky, viz podkapitola 2.3.

V další fázi vypracuje sociální pracovník s novým uživatelem prvotní individuální plán (viz Příloha 4). V tomto prvotním plánu se dojednávají osobní cíle uživatele. Uživatel vysloví své představy a přání ohledně ubytování, stravování, zapojování do volnočasových aktivit. Na druhou stranu sociální pracovník upřesní, jaké možnosti má služba v naplňování představ uživatele. V prvotním plánu se dále dojednávají podpora v úkonech péče. Sociální pracovník zjišťuje, jaké doplňkové služby chce uživatel využívat, zda a do jakých sociálně terapeutických dílen se chce zapojit a další důležité informace potřebné pro pobyt v zařízení (volba lékaře, finanční záležitosti a kdo má právo nahlížet do dokumentace uživatele).

Při nástupu má každý uživatel určeného svého klíčového pracovníka, který pak s ním sestavuje vlastní individuální plán. Ten pak průběžně společně přehodnocují a podle potřeby mění. Rozdíly v plánování s komunikujícím a nekomunikujícím uživatelem viz podkapitola 4.3. Vzory individuálních plánů s komunikujícím a nekomunikujícím uživatelem viz Příloha 6 a Příloha 7.

Na pozice klíčových pracovníků jsou v zařízení Náš svět, p. o. Pržno jmenováni na jednotlivých domovech pracovníci v sociálních službách. Jeden klíčový pracovník tvoří individuální plány se třemi maximálně čtyřmi uživateli. Výsledkem plánování je stanovení dohody, jakými kroky se budou plnit potřeby a přání uživatelů. Součástí dohody by měly být konkrétní termíny, kdy se budou činnosti plnit a do kdy by měly být plány splněny. Nové přehodnocení individuálních plánů bývá většinou po třech měsících, v případě potřeby i dříve. Důvody pro dřívější přehodnocení je naplnění stanoveného cíle nebo případ, kdy uživatel již daný cíl nepovažuje pro něj za důležitý a chtěl by ho změnit. Po vyhodnocení stávajícího individuálního plánu se stanovují nové kroky a domlouvá se nová dohoda.

Všichni pracovníci důkazy o plnění individuálních plánů zapisují do průběhu plnění (viz Příloha 8).

Součástí individuálních plánů jsou dále osobní profily uživatelů (viz Příloha 5), plány péče, v případě potřeby rizikové plány (viz Příloha 9).

7 NÁVRH PROJEKTU KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU

Cílem aplikační části bakalářské práce je zjistit zda individuální plánování působí na kvalitu života lidí s mentálním postižením žijících v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Projekt výzkumu, který v této části představím, může napomoci k dosažení tohoto cíle.

„Než začne být výzkum realizován, je nutné vytvořit si rámcovou představu nejen o tom, co a jak bude zkoumáno, ale také o celkových nákladech výzkumné práce, o jejich personálních, materiálních a časových nárocích“ (Surynek, Komárková, a Kašparová, 2001, s. 48). Provedení výzkumu s lidmi s mentální retardací vyžaduje delší časový horizont a zajištění dalších pomůcek, např. pro rozhovory s respondenty. Pro zajištění důvěryhodnosti odpovědí od nekomunikujících nebo částečně komunikujících uživatelů je možné využití externích pracovníků specializujících se na AAK, v případě práce s uživateli v zařízení *Náš svět*, p. o. Pržno také pracovníků zabývajících se usnadňovanou komunikací. Z důvodu náročnosti provádění výzkumů v kontextu mentálního postižení jsem využila možnost vypracování projektu výzkumu. *„Projekt výzkumu je fakticky dokument, který obsahuje vše, co je pro průběh výzkumu podstatné“* (Surynek, Komárková, Kašparová, 2001, s. 48).

Náročnost provádění výzkumů s lidmi s mentálním postižením dle Krhutové (2013) spočívá především v nutnosti upravení kladení otázek a podoby výzkumu tak, aby byl pro respondenta pochopitelný, aby se k němu mohl svým způsobem vyjadřovat. Výzkumník by se měl nejdříve seznámit s možnostmi a limity verbální komunikace lidí s mentálním postižením. V opačném případě respondent nerozumí, co se od něj očekává. *„Praktickým důsledkem je, že za respondenty s mentálním postižením mnohdy odpovídá opatrovník, rodič nebo jiná osoba, která se v lepším případě snaží otázky respondentovi přeložit a pak je zpětně přeložit do dotazníku pro výzkumníka. V horším případě odpovídá některá z těchto osob přímo za respondenta“* (Krhutová, 2013, s. 147).

Domnívám se, že výsledky předkládaného projektu výzkumu mohou sloužit pro přehodnocování kvality individuálního plánování v rámci zařízení nebo také pro přehodnocování uplatňování práv uživatelů. V neposlední řadě by mohl být motivací pro zkvalitňování služby.

Předkládaný projekt s názvem „*Působení individuálního plánování na kvalitu života z pohledu samotných uživatelů sociálních služeb*“ je orientován přímo na jednu službu a jedno konkrétní zařízení. Následné provedení výzkumu v jiných zařízeních, by mohlo být přínosné pro porovnání spokojenosti uživatelů s různými způsoby plánování.

7.1 Působení individuálního plánování na kvalitu života z pohledu samotných uživatelů sociálních služeb

Téma a zaměření projektu jsem zvolila proto, že práci s lidmi s mentální retardací se věnuji již několik let. V zařízení Náš svět, p. o. Pržno jsem se individuálnímu plánování věnovala již od jeho začátků a prošla jsem všemi změnami, které se v rámci plánování v zařízení uskutečnily. Samotní sociální pracovníci, ale hlavně klíčoví pracovníci, měli (ale myslím si, že někteří ještě stále mají) s individuálním plánováním velké problémy. Názory odborníků, sociálních pracovníků a klíčových pracovníků na individuální plánování jsou zveřejňovány v různých odborných časopisech (např. časopis sociální práce / sociálna práca). Avšak mým cílem je poznat pohled samotných uživatelů na plánování.

Projekt je orientován přímo na konkrétní zařízení, kterým je Náš svět, p. o. Pržno, která se orientuje na cílovou skupinu osob s mentálním a kombinovaným postižením. Od roku 2013 se zde individuální plánování provádí za metodické podpory manželů Haiclových.

7.1.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit zda, případně jakým způsobem, individuální plánování působí na kvalitu života lidí s mentálním postižením žijících v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Výzkum je koncipován z pohledu samotných uživatelů služby.

Na základě vytyčeného cíle byla stanovena hlavní výzkumná otázka:

Myslí si uživatelé služby, že individuální plánování může působit na kvalitu jejich života?

Ke konkretizaci hlavní výzkumné otázky mohou sloužit dílčí výzkumné otázky, které zní:

- 1. Jsou uživatelé spokojeni se svým klíčovým pracovníkem?*
- 2. Jsou uživatelé spokojeni se způsobem komunikace při plánování?*
- 3. Naplňují si uživatelé pomocí individuálního plánování své individuální potřeby?*

4. Jsou uživatelé pomocí plánování vedeni k samostatnosti?
5. Mohou uživatelé rozhodovat o svém životě dle vlastní volby?
6. Jsou uživatelé celkově spokojeni s individuálním plánováním v zařízení.

7.1.2 Operacionalizace

„Operacionalizace je postupné snižování úrovně definování jevu z teoretické úrovně na úroveň empirickou. Operacionalizace vychází z pojmů, ze kterých se skládají hypotézy a které označují sledované jevy“ (Surynek, Komárková, Kašparová, 2001, s. 57).

Pro práci s lidmi s mentálním postižením je důležité hledat takové výrazy, aby jim rozuměli. V případě potřeby je vhodné použít i prostředky AAK.

Pojmy:

Uživatelé – jedná se o uživatele zařízení Náš svět Pržno, využívající služby Domova pro osoby se zdravotním postižením.

Klíčový pracovník – každému uživateli je při nástupu do zařízení přidělen klíčový pracovník, který s uživatelem spolupracuje při plánování

Kvalita života – soustředíme se na psychologické pojetí kvality života. V tomto pojetí se jedná o zjišťování životní spokojenosti (Dvořáčková, 2012, s. 62). Za faktory pro určení kvality života považujeme schopnost sebeobsluhy, schopnost ovlivňovat svůj život, úroveň subjektivní osobní pohody (Van der Steen in Dvořáčková, 2012). Za faktor kvalitního života můžeme pokládat i naplňování individuálních potřeb.

Individuální plánování – individuální plány realizované podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Všichni uživatelé jsou se svými individuálními plány seznamováni a při tvorbě spolupracují s klíčovými pracovníky. V případě dětí, jsou plány konzultovány i se zákonnými zástupci

Komunikace při individuálním plánování – rozhovor, AAK, pozorování, empatická fantazie, imaginativní rozhovor atd. (viz podkapitola 4.3).

Potřeby- v rámci projektu se soustředíme na dělení potřeb dle Maslowa. Zaměřujeme se na naplňování základních biologických potřeb a potřeb psychických.

Samostatnost – v rámci projektu se soustředíme na samostatnost v péči o vlastní osobu, samostatnost při péči o domácnost, samostatnost při pohybu v areálu a mimo areál.

7.1.3 Hypotézy

Kvantitativní výzkum je popisován jako statistické testování hypotéz, kde hypotézy obsahují souvislosti mezi charakteristikami sledovaného jevu. Těmito charakteristikami jsou rozsah výskytu, frekvence, intenzita. Proto si musíme nejdříve výzkumné otázky převést na hypotézy, které budeme následně testovat. (Surynek, Komárková, Kašparová, 2001, s. 26,). „*Není nutné dokázat za každou cenu platnost stanovených hypotéz*“ (Surynek, Komárková, Kašparová, 2001, s. 52).

Na základě výzkumných otázek byly stanoveny tyto hypotézy.

Hlavní hypotéza:

Většina uživatelů domova pro osoby se zdravotním postižením si myslí, že individuální plánování je cestou k prožití kvalitního života.

Abychom mohli hlavní hypotézu potvrdit nebo nepotvrdit, byly na základě dílčích otázek vytvořeny vedlejší hypotézy.

Vedlejší hypotézy:

1. *Většina uživatelů je spokojená se svým klíčovým pracovníkem.*
2. *Většina uživatelů je spokojená se způsobem komunikace při plánování.*
3. *Uživatelé pomocí individuálního plánování naplňují své individuální potřeby.*
4. *Většina uživatelů je vedena k samostatnosti.*
5. *Uživatelé, podle svých možností, rozhodují dle vlastní volby o svém životě.*
6. *Většina uživatelů je celkově s individuálním plánováním spokojená.*

Operacionalizace hypotéz

Výsledkem operacionalizace je stanovení souboru ukazatelů (indikátorů), které jsou měřitelné a pomocí kvantifikace a škálování stanovení jednotlivých měřitelných kategorií. Pomocí kvantifikace převádíme kvalitativně různorodé znaky na jediný číselně vyjádřitelný znak. V případě škálování jde o převedení do podoby číselné posloupnosti (Surynek, Komárková, Kašparová, 2001, s. 58). U lidí s mentální retardací není vhodné používat velké rozpětí škál z důvodu špatných schopností rozlišovat rozdíly mezi hodnotami jednotlivých škál.

Hypotéza 1

1. *Většina uživatelů je spokojená se svým klíčovým pracovníkem.*

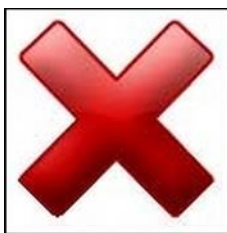
Indikátory:

- a) Znalost svého klíčového pracovníka – nabývá tří hodnot: znám (ano), neznám (ne), neumím odpovědět

Piktogramy pro označení hodnot:



Obrázek 2: Ano



Obrázek 3: Ne



Obrázek 4: Neumím odpovědět

- b) Ochota klíčového pracovníka řešit problémy s uživateli – nabývá tří hodnot: ano, ne, neumím odpovědět.

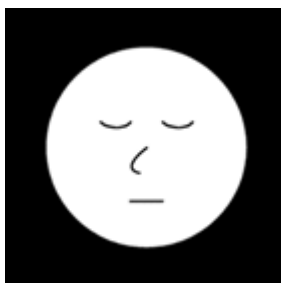
Piktogramy pro označení hodnot viz Obrázek 2, Obrázek 3, Obrázek 4.

- c) celková spokojenost se svým klíčovým pracovníkem – nabývá tří hodnot: jsem spokojený, jsem částečně spokojený, jsem nespokojený.

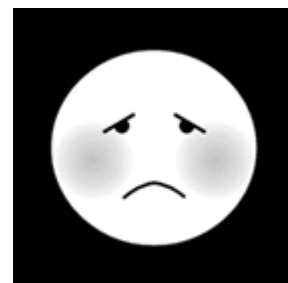
Piktogramy pro označení hodnot:



Obrázek 5: Spokojený



Obrázek 6: Částečně spokojený



Obrázek 7: Nespokojený

Hypotéza 2

2. *Většina uživatelů je spokojená se způsobem komunikace při plánování.*

Indikátory:

- a) Způsob komunikace mezi klíčovým pracovníkem a uživatelem při sestavování individuálních plánů – nabývá hodnot: rozhovor, AAK (obrázky, piktogramy), pozorování, empatická fantazie, imaginativní rozhovor, analýza potřeb, rozhovor s referujícími osobami, studium dokumentace.

Odpověď na tuto otázku bude zjištěna pomocí studia dokumentace uživatelů.

- b) Spokojenost se způsobem komunikace při sestavování individuálních plánů – nabývá tří hodnot: jsem spokojený, jsem částečně spokojený, jsem nespokojený.

Piktogramy pro označení hodnot viz Obrázek 5, Obrázek 6, Obrázek 7.

- c) Domlouvání hodiny před samotným plánováním (hodina rozhovoru) – nabývá dvou hodnot: předem se domlouvá hodina rozhovoru (ano), předem se nedomlouvá hodina rozhovoru (ne)

Piktogramy pro označení hodnot viz Obrázek 2, Obrázek 3.

- d) Domlouvání místa před samotným plánováním (místo rozhovoru) – nabývá dvou hodnot: předem se domlouvá místo rozhovoru (ano), předem se nedomlouvá místo rozhovoru (ne)

Piktogramy pro označení hodnot viz Obrázek 2, Obrázek 3.

- e) Spolupráce s rodinou – nabývá tří hodnot: ano; ne, ale chtěl bych; ne.

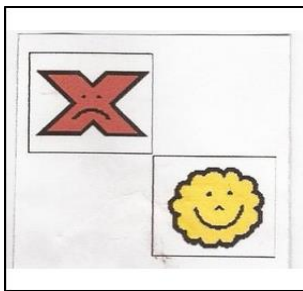
Piktogramy pro označení hodnot:



Obrázek 8: Ano



Obrázek 9: Ne



Obrázek 10: Ne, ale chtěl bych

Hypotéza 3

3. *Uživatelé pomocí individuálního plánování naplňují své individuální potřeby.*

Indikátory:

- a) Potřeby při osobní hygieně – nabývá tří hodnot: samostatně nezvládám a nechci se učit (ne); učím se samostatnosti při hygieně (ano); jsem samostatný

Piktogramy pro označení hodnot:



Obrázek 11: Ano, učím se



Obrázek 12: Ne, nechci se učit



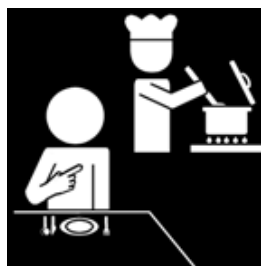
Obrázek 13: Jsem samostatný

- b) Potřeby při přípravě jídla – nabývá čtyř hodnot: ne, nezapojuji se, chystá mi personál; v některých činnostech pomáhám personálu; ano, učím se samostatnosti při přípravě jídla; jsem samostatný.

Piktogramy pro označení hodnot viz Obrázek 13 a níže uvedené piktogramy:



Obrázek 14: Ne, nezapojuji se, chystá mi personál



Obrázek 15: V některých činnostech pomáhám personálu



**Obrázek 16: Ano,
učím se
samostatnosti při
přípravě jídla**

- c) Spokojenost se zapojením do volnočasových aktivit (druhy) – nabývá tří hodnot: spokojený, částečně spokojený (chtěl bych se více zapojovat), nespokojený

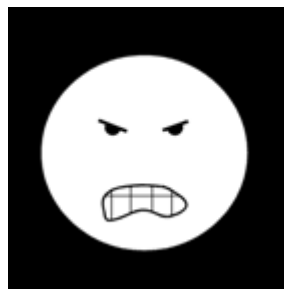
Piktogramy pro označení hodnot viz Obrázek 5, Obrázek 6, Obrázek 7.

- d) Zapojení v sociálně terapeutických dílnách (druhy) – nabývá tří hodnot: ano; ne, ale chtěl bych; ne

Piktogramy pro označení hodnot viz Obrázek 8, Obrázek 9, Obrázek 10.

- e) Pocit bezpečí – nabývá tří hodnot: vadí mi spolubydlicí, vadí mi personál, jsem spokojený

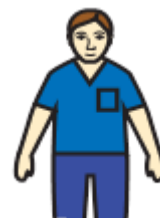
Piktogramy pro označení hodnot viz Obrázek 5 a níže uvedené piktogramy:



Obrázek 17: Vadí mi



**Obrázek 18:
Spolubydlicí**



Obrázek 19: Personál

Hypotéza 4

4. *Většina uživatelů je vedena k samostatnosti.*

Indikátory:

- a) Samostatnost při sebeobsluze (zamezení opečování) – nabývá tří hodnot: ano, učím se samostatnosti v péči o vlastní osobu; ne, neučím se samostatnosti; jsem samostatný.

Piktogramy pro označení hodnot viz Obrázek 11, Obrázek 12, Obrázek 13.

- b) Samostatné ovládání spotřebičů – nabývá tří hodnot: ano, učím se ovládat spotřebiče; ne, nechci se učit; umím samostatně ovládat (jsem samostatný).

Piktogramy pro označení hodnot viz Obrázek 11, Obrázek 12, Obrázek 13.

- c) Samostatný pohyb po areálu – nabývá tří hodnot: s doprovodem, učím se chodit na samostatné procházky, chodím samostatně.

Piktogramy pro označení hodnot:



Obrázek 20: S doprovodem 1



Obrázek 21: S doprovodem 2



Obrázek 22: Ano, učím se



Obrázek 23: Chodím samostatně

- d) Samostatný pohyb mimo areál – nabývá tří hodnot: s doprovodem, učím se chodit samostatně mimo areál, chodím samostatně

Piktogramy pro označení hodnot viz Obrázek 20, Obrázek 21, Obrázek 22, Obrázek 23.

Hypotéza 5

5. *Uživatelé, podle svých možností, rozhodují dle vlastní volby o svém životě.*

Indikátory:

- a) Zda uživatelé znají svá práva a povinnosti – nabývá tří hodnot: ano, ne, neumím odpovědět

Piktogramy pro označení hodnot viz Obrázek 2, Obrázek 3, Obrázek 4.

- b) Zda uživatelé vědí, kde si mohou stěžovat – nabývá tří hodnot: ano, ne, neumím odpovědět

Piktogramy pro označení hodnot viz Obrázek 2, Obrázek 3, Obrázek 4.

- c) Zda uživatelé vědí, jak si mohou stěžovat – nabývá tří hodnot: ano, ne, neumím odpovědět

Piktogramy pro označení hodnot viz Obrázek 2, Obrázek 3, Obrázek 4.

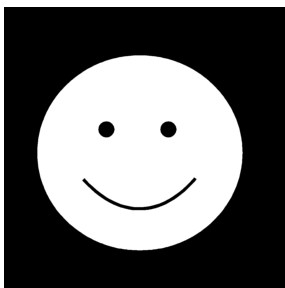
Hypotéza 6

6. *Většina uživatelů je celkově s individuálním plánováním spokojená.*

Indikátory:

- a) Srozumitelnost individuálních plánů pro uživatele – nabývá tří hodnot: rozumím, částečně rozumím, nerozumím.

Piktogramy pro označení hodnot:



Obrázek 24: Rozumím



Obrázek 25: Částečně rozumím



Obrázek 26: Nerozumím

- b) Zda se daří plnit vytyčené cíle – nabývá tří hodnot: ano, částečně, ne.

Odpověď na tuto otázku zjistíme z dokumentace uživatele (individuální plány).

- c) Spokojenost s individuálním plánováním – nabývá tří hodnot: spokojený, částečně spokojený, nespokojený.

Piktogramy pro označení hodnot viz Obrázek 5, Obrázek 6, Obrázek 7.

7.1.4 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek je tvořen uživateli zařízení *Náš svět*, p. o. Pržno.

Konkrétně jde o uživatele využívající služeb Domova pro osoby se zdravotním postižením (viz Příloha 3). Tato služba je poskytována na domovech U Slunečnice, U Zvonu, Pod Lysou a U Lesa. Kapacita služby je 101 uživatelů, jedná se o ženy i muže ve věku od 15 do 64 let. Dále je tato služba poskytována na odloučeném pracovišti ve Frýdku–Místku. V současnosti je ale dočasně přestěhována z důvodu rekonstrukce do Frýdlantu nad Ostravicí. Kapacita této služby je 29 lůžek a je poskytována mužům i ženám ve věku 19 až 64 let (*Náš svět*, 2011).

V rámci našeho výzkumu budeme do výzkumného vzorku počítat pouze uživatele ubytované přímo v zařízení v Przně. U uživatelů, ubytovaných v současné době ve Frýdlantu nad Ostravicí, by mohlo dojít ke zkreslení dat. Důvodem je rozladěnost některých uživatelů ze stěhování.

7.1.5 Výzkumné techniky

Výzkum bude realizován kvantitativní výzkumnou strategií. Základním úkolem kvantitativního výzkumu je měření, frekvence jevů, intenzita jevů a jejich souvislostí (Surynek, Komárková, a Kašparová, 2001, s. 26).

Metodou sběru dat bude dotazování a nástrojem (technikou) bude standardizovaný rozhovor. Výsledky rozhovoru budou tazatelé zaznamenávat do záznamového listu, viz Příloha 11 a Příloha 12. Dotazník, do kterého by uživatelé samostatně odpovídali na otázky, není možno použít, protože většina uživatelů zařízení neumí číst ani psát. Při standardizovaném rozhovoru bude tazatelem vždy klíčový pracovník daného uživatele. Otázky v rozhovoru vycházejí z pracovních hypotéz, které jsou vytvořeny ve zjednodušené formě bez odborných a složitých výrazů, tak aby jim porozuměli všichni uživatelé. V případě potřeby, z důvodu vizualizace, se při rozhovoru budou používat prostředky AAK. Rozhovor s piktogramy viz Příloha 12. V případě částečně komunikujících uživatelů bude doplňkovou technikou pozorování (viz podkapitola 4.3.2). U uživatelů nekomunikujících s těžkou mentální retardací budou využívány pouze intuitivní techniky komunikace (viz podkapitola 4.3.2). Některé informace (uvedené v záznamovém listě v části A) budou získávány z dokumentace uživatelů (osobní složky, komplexní informační systém pro poskytovatele sociálních služeb Cygnus, který se v zařízení používá). Půjde o informace typu věk, stupeň postižení, délka pobytu v zařízení, předchozí pobyt před využitím služeb (u rodiny, v jiném zařízení). Dalšími zdroji budou individuální plány uživatelů. V části B záznamového listu budou ty informace, které zjistíme přímo od uživatelů pomocí rozhovoru, nebo u nekomunikujících uživatelů pomocí intuitivních technik či studií dokumentace.

V rozhovoru budou použity uzavřené otázky, které jsou pro naši cílovou skupinu dle mého názoru vhodnější, protože respondenti budou vybírat z předem stanovených možností odpovědí, u některých využijeme formy obrázků, piktogramů viz Příloha 12. Byly využity piktogramy z komunikačního systému zařízení a dále byly vytvořeny piktogramy pomocí programu Picto Selector a demo verze programu Boardmaker v6.

Počet možných odpovědí bude jen minimální z důvodu mentálních schopností uživatelů v oblasti rozlišení rozdílů mezi hodnotami odpovědí. Většinou půjde o odpovědi typu spokojen – částečně spokojen – nespokojen. Nebo o dichotomické odpovědi ano, ne.

Tazateli budou klíčoví pracovníci jednotlivých uživatelů, protože uživatele dobře znají a v případě nekomunikujících uživatelů mohou využít svoje zkušenosti, které získali za dobu vzájemné spolupráce. Pokud by byla potřeba, byli by přizváni pracovníci zabývající se buď AAK, nebo usnadňovanou komunikací, pro spolupráci při dotazování.

Pro přehled o způsobu získání dat bude vždy u otázky zaznamenáno, jakou technikou byla získána odpověď (uživatel odpověděl sám - rozhovor, pozorování uživatele, studium dokumentace – osobní složka, individuální plány, jiné).

7.1.6 Etická pravidla výzkumu a zpracování primárních dat

O etických aspektech výzkumu píše Punch (2008): „*Etické požadavky se při plánování a provádění výzkumu soustředí na přístup, souhlas a ochranu účastníků*“ (Punch, 2008, s. 87).

Před samotným výzkumem potřebujeme získat informovaný souhlas případných respondentů.

Výzkum může být realizován až na základě souhlasu vedení organizace. A protože respondenty jsou osoby s mentálním postižením, s výzkumem musí souhlasit opatrovníci a u nezletilých uživatelů (dva uživatelé) zákonní zástupci.

Výsledky výzkumu budou použity jen pro potřeby organizace. Poznatky z výstupů budou využity v rámci Standardu č. 5 – Individuální plánování služby pro zkvalitnění práce klíčových pracovníků a v rámci Standardu č. 15 – Zvyšování kvality sociální služby pro ověřování a hodnocení spokojenosti uživatelů s poskytovanou službou.

Získaná data budou zpracována prostřednictvím statistického programu IBM SPSS Statistics. Jde o statistický software, který obsahuje snadno použitelnou sadu nástrojů pro analýzu dat a prediktivní analýzu (IBM SPSS Statistics, 2013).

7.2 Diskuse

Cílem vypracovaného projektu výzkumu je po provedení zjistit, zda individuální plánování působí na kvalitu života lidí s mentálním postižením žijících v domovech pro osoby se zdravotním postižením.

V rámci projektu jsem použila kvantitativní výzkumnou strategii, ve které jde o statistické testování hypotéz (Surynek, Komárková, Kašparová, 2001, s. 26), proto v následující části naznačím možnosti při potvrzení nebo nepotvrzení stanovených dílčích hypotéz.

V případě první hypotézy, která zní: *Většina uživatelů je spokojená se svým klíčovým pracovníkem*, je třeba se zamyslet, zda uživatel dostatečně svého klíčového pracovníka zná. Zda společně pravidelně přehodnocují individuální plány. Zda se klíčový pracovník uživateli dostatečně věnuje tak, že uživatel má k němu důvěru a svěřuje se mu se svými radostmi i starostmi. V situaci, kdy bude hypotéza potvrzena, není třeba ze strany organizace přistupovat k žádným nápravným krokům. V opačném případě, při nepotvrzení této hypotézy, by ze strany organizace mělo dojít k zamyšlení. Je totiž dosti pravděpodobné, že v případě nespokojenosti uživatele s klíčovým pracovníkem, může dojít k negativnímu ovlivnění plánování.

V případě druhé hypotézy: *Většina uživatelů je spokojená se způsobem komunikace při plánování*, jde o průzkum, zda klíčoví pracovníci dokáží s uživateli navázat kontakt. Zda dostatečně znají komunikační schopnosti uživatelů a zda obě strany (uživatel i klíčový pracovník) jsou s komunikací spokojeni. V případě nepotvrzení hypotézy by se podle mého názoru, mělo vedení zařízení zamyslet nad tím, zda jsou klíčoví pracovníci dostatečně proškolení ve způsobu komunikace s lidmi s mentální retardací.

Třetí hypotéza: *Uživatelé pomocí individuálního plánování naplňují své individuální potřeby*, by mohla být vodítkem pro klíčové pracovníky v oblasti uspokojování potřeb uživatelů. V rámci šetření se zjišťují potřeby ohledně osobní hygieny, stravování, volnočasových aktivit a zapojování v sociálně terapeutických dílnách. V neposlední řadě jde o zjištění pocitu bezpečí v domově. Ve výroční zprávě zařízení *Náš svět*, p. o. Pržno z roku 2012 (pozn. výroční zpráva za rok 2013 ještě nebyla dokončena) je uvedeno, že v dotazníkovém šetření s 27 uživateli bylo 99% respondentů spokojeno se zapojením do volnočasových aktivit a se zajišťováním individuálních potřeb bylo spokojeno 79,62% respondentů (*Náš svět*, 2011). V závěrečné zprávě ale nebylo uvedeno, o uživatele které

služby se jednalo. Šlo pravděpodobně o zástupce všech služeb, které zařízení poskytuje. Předkládaný výzkum by měl ukázat spokojenost uživatelů pouze jedné konkrétní služby a to domova pro osoby se zdravotním postižením.

Čtvrtá hypotéza: *Většina uživatelů je vedena k samostatnosti*, je ukazatelem, zda se uživatelé ve svých činnostech cítí být samostatní, nebo zda jsou maximálně ovlivňováni a opečovávaní ze strany personálu. Jde o zjištění samostatnosti při sebeobsluze, v péči o domácnost, samotný pohyb po areálu a mimo něj.

Pátá hypotéza: *Uživatelé, podle svých možností, rozhodují dle vlastní volby o svém životě*, souvisí se standardem č. 2 – Ochrana práv osob a standardem č. 7 – Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby. Měli bychom se dovědět, zda uživatelé znají svá práva a zda personál práva uživatelů dodržuje. Také by měla dát odpověď na to, zda uživatelé svá práva dokáží uplatňovat. Při nepotvrzení této hypotézy, by měla organizace co nejdříve přistoupit k nápravě.

Rizikem získávání vstupních dat pro ověření této hypotézy budou špatné komunikační schopnosti uživatelů. U nekomunikujících uživatelů, bude dle mého názoru, nejpravděpodobnější odpovědí možnost neumím odpovědět.

Šestá hypotéza: *Většina uživatelů je celkově s individuálním plánováním spokojená*, už je celkovým zhodnocením toho, zda jsou uživatelé s plánováním spokojeni, nebo je pro ně plánování „nutným zlem“.

Z předběžně zjištěných informací vyvozují, že problémem při výzkumu může být neochota uživatelů spolupracovat. V případě nekomunikujících uživatelů tazatelé budou využívat hlavně pozorování a studium dokumentace, tím pádem by k problémům docházet nemělo. U komunikujících uživatelů si tazatel musí nejdříve dohodnout čas a místo rozhovoru. Ale protože, jak uvádí Vágnerová (2004), lidé s mentální retardací mají sklony ke zvýšené dráždivosti a k afektivním reakcím (Vágnerová, 2004 s. 295), by v případě špatného naladění uživatele v době plánovaného rozhovoru, měl být tento rozhovor odložen. Mohlo by s největší pravděpodobností dojít k negativnímu zkreslení dat. Tato situace výzkum s lidmi s mentální retardací prodlužuje časově a tím pádem i finančně.

Během výzkumu může dojít k dalším problémovým situacím a zkreslení dat, zejména z důvodu snížení rozumových schopností respondentů. I když jsme se snažili při sestavování dotazníku otázky a piktogramy volit tak, aby jim porozuměli všichni uživatelé, může dojít k situaci, že otázce neporozumí. I piktogramy nemusejí být přínosem, protože jejich

používání není v zařízení, kde bude probíhat výzkum, dostatečně zaběhnuté. V tomto okamžiku může dojít k ovlivnění respondenta ze strany tazatele (klíčového pracovníka). Jak píše Krhutová (2013) může dojít k tomu, že tazatel se bude snažit respondentovi otázku vysvětlovat, čímž může být smysl otázky zcela pozměněn, nebo bude za respondenta odpovídat sám (Krhutová, 2013, s. 147). Proto bude u každé otázky zaznamenáváno, jakým způsobem jsme odpověď získali. Zda rozhovorem, pozorováním nebo studiem dokumentace.

I když, jak jsem výše uvedla, může z důvodu mentálního postižení respondentů dojít ke zkreslení vstupních dat, není dle Krhutové (2013, s. 147) „*žádoucí se z důvodu metodologicky náročnější skupiny respondentů nebo komunikačních partnerů s mentálním či jiným postižením výzkumům vyhýbat*“.

Cílem předkládaného projektu výzkumu je zjistit, zda individuální plánování působí na kvalitu života lidí s mentálním postižením. Na základě zjištěných informací se osobně domnívám, že individuální plánování na kvalitu života lidí s mentálním postižením vliv může mít. Záleží ale na schopnostech klíčového pracovníka správně vyhodnotit potřeby uživatele a dobře nastavit individuální plán, aby ke zkvalitnění života mohlo dojít.

Pro organizaci, ve které bude výzkum realizovaný, by měl být výstupem výzkumu dobrý pocit z fungujícího plánování a ze spokojenosti uživatelů s poskytovanými službami. Nebo varováním a vodítkem k odstranění nedostatků.

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce byl popis individuálního plánování v konkrétním zařízení, poskytujícím služby sociální péče lidem s mentálním postižením, a porovnání vybraných přístupů ke klientovi a jejich působení na kvalitu života.

Teoretickou část jsem rozdělila do šesti kapitol. V první kapitole jsem vymezila teoretická východiska, kde jsem dospěla k závěru, že pro pojetí mé bakalářské práce je nejvýstižnější eklekticismus, jako využití více teoretických modelů v sociální práci.

Ve druhé kapitole se zabývám pojmem mentální retardace a její etiologií a klasifikací. Protože individuální plánování je o zjišťování potřeb uživatelů, v krátkosti jsem se potřebám lidí s mentální retardací věnovala. A protože zjišťování potřeb a přání se provádí pomocí komunikace mezi uživatelem a pomáhajícími pracovníky, respektive mezi uživatelem a klíčovým pracovníkem, je další podkapitola věnována právě komunikaci. Věnuji se zde i problematice alternativní a augmentativní komunikace a usnadňované komunikace, jako prostředkům při navázání kontaktu s nekomunikujícími uživateli.

Individuální plánování je zakotveno v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, konkrétně v §2, § 88 a v prováděcí vyhlášce č. 505/2006 Sb. Zákon nám říká, že sociální služby musí zachovávat lidskou důstojnost, vycházet z individuálně určených potřeb osob, působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby nesmí vést k setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace. Příloha č. 2, výše zmiňované vyhlášky, se věnuje Standardům kvality sociálních služeb. Ve třetí kapitole bakalářské práce se standardům kvality sociálních služeb věnuji. V krátkosti zde popisuji ty standardy, které konkrétně souvisí s plánováním služby.

Celá čtvrtá kapitola je věnována individuálnímu plánování, které je zakotveno ve standardu č. 5 – Plánování a průběh poskytování služby. V jednotlivých podkapitolách se zaměřuji na proces individuálního plánování a roli klíčového pracovníka v procesu plánování. Protože, jak jsem již psala výše, je plánování především o komunikaci, v jedné z podkapitol se věnuji rozdílům v plánování s komunikujícím a nekomunikujícím uživatelem.

V páté kapitole se zabývám metodami plánování a jejich teoretickými kořeny v přístupech ke klientovi. Porovnávám zde přístup zaměřený na úkoly a přístup zaměřený na klienta. Po prostudování odborné literatury jsem dospěla ke svému osobnímu závěru, že plánování

s lidmi s mentální retardací není jen o jednom konkrétním přístupu, ale využívají se různé přístupy a metody práce. Mnou porovnávané přístupy se v procesu individuálního plánování vzájemně doplňují a jsou přínosem pro práci s lidmi s mentálním postižením. Princip individuálního plánování se opírá o úkolově orientovaný přístup, ale spolupráce s lidmi s mentální retardací na tvorbě a realizaci individuálního plánu vychází spíše z přístupu orientovaného na člověka. Porovnání jsem zpracovala do přehledné tabulky, kde jsem jako zdroje využila několik autorů, kteří se problematikou vybraných přístupů zabývají.

V šesté kapitole popisuji proces individuálního plánování v konkrétním zařízení. Postupuji od jednání se zájemcem až po tvorbu individuálních plánů. Tímto zařízením je Náš svět, příspěvková organizace Pržno, ve kterém již několik let pracuji na pozici klíčového pracovníka.

Cílem aplikační části je zjistit zda individuální plánování působí na kvalitu života lidí s mentální retardací žijících v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Vypracovávám projekt kvantitativního výzkumu s názvem: „*Působení individuálního plánování na kvalitu života z pohledu samotných uživatelů sociálních služeb*“. Výzkum by měl odpovědět na otázku, zda jsou uživatelé spokojeni se svými klíčovými pracovníky. Zda si uživatelé pomocí plánování naplňují své potřeby, zda jsou uživatelé vedeni k samostatnosti a seberealizaci. Zda jsou dodržována jejich práva a v neposlední řadě, zda jsou s formou plánování celkově spokojeni. Výsledky výzkumu by měly dát odpověď, jak kvalitní je plánování, jak jsou uživatelé s tímto plánováním spokojeni a zda splňuje to, k čemu slouží – k plnohodnotnému zapojení uživatelů sociálních služeb v životě.

Na základě zjištěných informací se osobně domnívám, že individuální plánování na kvalitu života lidí s mentálním postižením vliv může mít. Záleží ale na schopnostech klíčového pracovníka správně vyhodnotit potřeby uživatele a dobře nastavit individuální plán, aby ke zkvalitnění života mohlo dojít.

Pro kompletní informace ohledně kvality individuálního plánování v rámci sociální služby – Domov pro osoby se zdravotním postižením v zařízení Náš svět, příspěvková organizace Pržno, by bylo dobré doplnit tento výzkum ještě o pohled klíčových pracovníků na individuální plánování. Tím bychom získali komplexní přehled od všech účastníků tohoto procesu.

Jak jsem ve své bakalářské práci uvedla, při výzkumu s lidmi s mentálním postižením, hlavně z důvodu snížení jejich rozumových schopností, může dojít ke zkreslení vstupních dat a tím pádem také ke zkreslené interpretaci. Nemělo by to ale být důvodem k neprovádění těchto výzkumů.

Myslím si, že jsem cíl své bakalářské práce splnila, i když z důvodu náročnosti provedení výzkumu s lidmi s mentální retardací, byl vypracován pouze projekt výzkumu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Tištěné zdroje

- **BICKOVÁ, Lucie et al, 2011.** *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách.* 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. ISBN 978-809-0466-814.
- **BICKOVÁ, Lucie a Dana HRDINOVÁ, 2011.** Proces individuálního plánování. BICKOVÁ, Lucie et al. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách.* 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, s. 71 - 85. ISBN 978-809-0466-814.
- **ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ, 2011.** *Sociální služby v ČR v teorii a praxi.* Vyd. 1. Praha: Portál, 263 s. ISBN 978-802-6200-277.
- **ČERMÁKOVÁ, Kristýna a Milena JOHNOVÁ, 2003.** *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: průvodce poskytovatele.* Vyd. 2. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 111 s. ISBN 80-865-5266-7.
- **DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012.** *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory.* 1. vyd. Praha: Grada, 112 s. ISBN 978-802-4741-383.
- **HAICL, Martin a Veronika HAICLOVÁ, 2011a.** Individuální plánování v sociálních službách ČR. BICKOVÁ, Lucie, et al. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách.* 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, s. 21 - 34. ISBN 978-809-0466-814.
- **HAICL, Martin a Veronika HAICLOVÁ, 2011b.** Metody individuálního plánování služby s uživateli. BICKOVÁ, Lucie, et al. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách.* 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, s. 149- 156. ISBN 978-809-0466-814.
- **HAUKE, Marcela, 2011.** *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce.* 1. vyd. Praha: Grada, 135 s. ISBN 978-802-4738-499.
- **HEŘMANOVÁ, Eva, 2012.** *Koncepty, teorie a měření kvality života.* Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), Studijní texty. ISBN 978-80-7419-106-0.

- **JANDOUREK, Jan, 2007.** *Sociologický slovník*. Vyd. 2. Praha: Portál, 285 s. ISBN 978-80-7367-269-0
- **JOHNOVÁ, Milena, 2003.** *Standardy kvality sociálních služeb*. 2., upr. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 24 s. ISBN 80-865-5267-5.
- **KREJČÍŘOVÁ, Olga a KOL, 2011.** *Alternativní a augmentativní komunikace v praxi pracovníků sociálních služeb*. 1. vyd. Vsetín: Vzdělávací a komunitní centrum Integra Vsetín. ISBN 978-802-6000-594.
- **KRHUTOVÁ, Lenka, 2013.** *Autonomie v kontextu zdravotního postižení*. Boskovice: Albert. ISBN 978-80-7326-232-7.
- **KRUTILOVÁ, Dagmar, Pavel ČÁMSKÝ a Jan SEMBDNER, 2010.** *Sociální služby: Tvorba a zavádění Standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*. Praha: Asociace poskytovatelů sociálních služeb. ISBN 978-80-254-3427-7.
- **MATĚJČEK, Zdeněk a Josef LANGMEIER, 1986.** *Počátky našeho duševního života*. Praha: Panorama.
- **MATOUŠEK, Oldřich, 2001.** *Základy sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 309 s. ISBN 80-717-8473-7.
- **MATOUŠEK, Oldřich, 2008.** *Slovník sociální práce*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 272 s. ISBN 978-80-7367-368-0.
- **MICHALÍK, Jan, 2012.** *Systém sociálních služeb*. VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Vyd. 1. Praha: Grada, s. 101 - 114. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4738-291.
- **NAKONEČNÝ, Milan, 2004.** *Motivace lidského chování*. 1.vyd. Praha: Academia, 270 s. ISBN 80-200-0592-7.
- **NAVRÁTIL, Pavel, 2001a.** *Přístup orientovaný na úkoly*. MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, s. 231-237. ISBN 80-717-8473- 7.
- **NAVRÁTIL, Pavel, 2001b.** *Teorie a metody sociální práce*. 1. knižní vyd. Brno: Zeman, 168 s. ISBN 80-903-0700-0.

- **NYKL, Ladislav, 2012.** *Carl Ransom Rogers a jeho teorie: přístup zaměřený na člověka.* Vyd. 1. Praha: Grada, 183 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4740-553.
- **PÖRTNER, Marlis, 2009.** *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči.* Vyd. 1. Překlad Petr Babka. Praha: Portál, 176 s. ISBN 978-80-7367-582-0.
- **PUNCH, Keith. 2008.** *Úspěšný návrh výzkumu.* Vyd. 1. Praha: Portál, 230 s. ISBN 978-80-7367-468-7.
- **SLOWÍK, Josef, 2010.** *Komunikace s lidmi s postižením.* Vyd. 1. Praha: Portál, 155 s. ISBN 978-807-3676-919.
- **SURYNEK, Alois, Růžena KOMÁRKOVÁ a Eva KAŠPAROVÁ, 2001.** *Základy sociologického výzkumu.* 1.vyd. Praha: Management Press, 160 s. ISBN 80-726-1038-4.
- **ŠVARCOVÁ, Iva, 2000.** *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče.* Vyd. 1. Praha: Portál, 184 s. ISBN 80-7178-506-7.
- **TAJANOVSKÁ, Andrea, 2011.** Lidské potřeby a jejich naplňování. BICKOVÁ, Lucie, et al. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách.* 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, s. 205 - 213. ISBN 978-809-0466-814.
- **VÁGNEROVÁ, Marie, 2004.** *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 870 s. ISBN 80-717-8802-3.
- **VALENTA, Milan, 2011.** Lidé s mentálním postižením a jinou duševní poruchou. MICHALÍK, Jan a KOL. *Zdravotní postižení a pomáhající profese.* Vyd. 1. Praha: Portál, s. 112 - 156. ISBN 978-807-3678-593.
- **VALENTA, Milan, 2012.** Koncept mentálního postižení a terminologie. VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu.* Vyd. 1. Praha: Grada, s. 28 - 34. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4738-291.

- **VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER, 2012.** Etiologie mentální retardace. VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Vyd. 1. Praha: Grada, s. 55 - 61. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4738-291.
- **VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH, 2012.** *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 349 s. ISBN 978-802-4738-291.
- **VÍTOVÁ, Marcela, 2011.** Jsem klíčový pracovník. BICKOVÁ, Lucie, et al. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, s. 113 - 124. ISBN 978-809-0466-814.

Internetové zdroje

- **2001.** *Task Centered Social Work Practice & The Family* [online]. 2001 [cit. 2013-09-19]. Dostupné z: <http://www.oocities.org/taskcentered/>
- **2011.** *Náš svět, příspěvková organizace* [online]. © 2011 [cit. 2013-11-24]. Dostupné z: <http://www.centrumprzno.cz/>
- **2013.** Poruchy duševní a poruchy chování (F00 - F99). *MKN - 10* [online]. 2013 [cit. 2013-09-19]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
- **[2013].** *IBM SPSS Statistics - Česká republika* [online]. [2013] [cit. 2013-11-25]. Dostupné z: <http://www-01.ibm.com/software/cz/analytics/spss/products/statistics/>
- **GOJOVÁ, Alice a Hana SOBKOVÁ, 2007.** Využití úkolově orientovaného přístupu v současných podmínkách české sociální práce. *Sociální práce/sociálna práca* [online]. 2007, č. 1, s. 87-96 [cit. 2013-06-01]. DOI: ISSN: 1213-6204. Dostupné z: http://www.socialniprace.cz/soubory/1-2007_rolesocialnihopracovnika-120116134909.pdf
- **HORÁK, Pavel, 2004.** Co má společného individuální akční plán a úkolově orientovaný přístup?. *Sociální práce/Sociálna práca* [online]. 2004, č. 1, s. 82-90 [cit. 2013-06-01]. DOI: ISSN: 1213-624. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/soubory/2004-1-090221132759.pdf>

- **JOHNOVÁ, Milena, 2008.** Individuální plánování pro lidi se zdravotním postižením. *Sociální práce/sociální práca* [online]. 2008, č. 1, s. 53-57 [cit. 2013-06-01]. DOI: ISSN: 1213-6204. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/soubory/2008-1-130102145554.pdf>
- **KAMPERT, Amy L. a Anthony J. GORECZNY, 2007.** Community involvement and socialization among individuals with mental retardation. *Research in Developmental Disabilities* [online]. 2007, roč. 28, č. 3, s. 278 - 286 [cit. 2013-10-09]. Dostupné z: <http://katalog.svkos.cz:2077/science/article/pii/S0891422206000321#>
- **WEHMEYER, Michael a Michelle SCHWARTZ, 1998.** The Relationship Between Self-Determination and Quality of Life for Adults with Mental Retardation. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities* [online]. 1998, roč. 33, č. 1, s. 3 - 12 [cit. 2013-06-14]. Dostupné z: <http://nytransition.org/data/a2.pdf>

Legislativní zdroje

- Česká republika. Zákon č. 108, o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1257. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/?path=/portal/obcan/>
- Česká republika. Vyhláška č. 505, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006. částka 164, s. 7021. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonInfo.jsp?idBiblio=63146&fulltext=&nr=505~2F2006&part=&name=&rpp=15#local-content>

Jiné zdroje

- **BOŽOŇOVÁ, Catherine, 2007.** lektorka, [ústní sdělení]. Pržno, 10. 9. 2007. (seminář o usnadňované komunikaci UK 1)
- **SQ 1,** Metodický postup – Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb Domov pro osoby se zdravotním postižením, [interní zdroj Náš svět, p. o.]. 2013.
- **SQ 3,** Vnitřní pravidlo pro jednání se zájemcem o sociální službu v domově pro osoby se zdravotním postižením, [interní zdroj Náš svět, p. o.]. 2013.

- **SQ 4**, Vnitřní pravidlo pro uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby v domově pro osoby se zdravotním postižením, [interní zdroj Náš svět, p. o.]. 2013.
- **SQ 5**, Pravidla pro individuální plánování a způsob přehodnocování poskytování služby v domově pro osoby se zdravotním postižením, [interní zdroj Náš svět, p. o.]. 2013.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ

AAK	Alternativní a augmentativní komunikace
AAMR	American Association for Mental Retardation
atd.	a tak dále
č.	číslo
DOZP	Domov pro osoby se zdravotním postižením
DSM - IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth Edition, American Psychiatric Association
DZR	Domov se zvláštním režimem
CHB	Chráněné bydlení
IBM SPSS Statistics	Světový statistický software
IQ	Intelligenční kvocient
MKN – 10	Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
např.	například
p. o.	příspěvková organizace
pozn.	poznámka
PSS	Pracovník v sociálních službách
Sb.	Sbírka
STD	Sociálně terapeutické dílny
SZP	Střední zdravotnický personál
UK	Usnadňovaná komunikace
VOKS	Výměnný obrázkový komunikační systém

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Cyklus individuálního plánování (Johnová, 2008, s. 56)	30
Obrázek 2: Ano	48
Obrázek 3: Ne	48
Obrázek 4: Neumím odpovědět	48
Obrázek 5: Spokojený	48
Obrázek 6: Částečně spokojený	48
Obrázek 7: Nespokojený	48
Obrázek 8: Ano	49
Obrázek 9: Ne	49
Obrázek 10: Ne, ale chtěl bych	50
Obrázek 11: Ano, učím se	50
Obrázek 12: Ne, nechci se učit	50
Obrázek 13: Jsem samostatný	50
Obrázek 14: Ne, nezapojuji se, chystá mi personál	50
Obrázek 15: V některých činnostech pomáhám personálu	50
Obrázek 16: Ano, učím se samostatnosti při přípravě jídla	51
Obrázek 17: Vadí mi	51
Obrázek 18: Spolubydlící	51
Obrázek 19: Personál	51
Obrázek 20: S doprovodem 1	52
Obrázek 21: S doprovodem 2	52
Obrázek 22: Ano, učím se	52
Obrázek 23: Chodím samostatně	52
Obrázek 24: Rozumím	54
Obrázek 25: Částečně rozumím	54
Obrázek 26: Nerozumím	54

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Porovnání úkolově orientovaného přístupu a přístupu orientovaného na člověka	40
--	----

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Touhy lidí s mentální retardací (zdroj: Kampert, Goreczny, 2007, s. 282), vlastní překlad	21
---	----

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Etiologie mentální retardace (Valenta, Müller, 2012, s. 55 – 61).....	74
Příloha 2: Klasifikace mentální retardace podle MKN - 10	75
Příloha 3: Veřejný závazek (Náš svět, 2011).....	77
Příloha 4: Prvotní individuální plán	81
Příloha 5: Osobní profil uživatele	87
Příloha 6: Záznam individuálního plánování - komunikující uživatel.....	90
Příloha 7: Záznam individuálního plánování - nekomunikující uživatel	92
Příloha 8: Průběh plnění individuálního plánování.....	93
Příloha 9: Plán rizik.....	94
Příloha 10: Maslowova pyramida potřeb (Hauke, 2011, s. 46)	95
Příloha 11: Záznamový list z rozhovoru	96
Příloha 12: Záznamový list z rozhovoru s piktogramy	105

Etiologie mentální retardace

Prenatální období (období vývoje plodu v těle matky) – v tomto období hrají významnou úlohu dědičné faktory. K vnějším faktorům patří rentgenové záření, drogy, alkohol, prodělání různých infekčních nemocí, kdy nejvíce mohou poškodit plod zarděnky.

K vnitřním faktorům patří hlavně mutace genů, chromozomové aberace, změny počtu chromozomů. Nejznámější je trizomie 21. chromozomu známá spíše jako Downův syndrom. Kromě Downova syndromu existuje mnoho dalších chromozomových mutací, kterými se ale ve své práci nebudu zabývat.

Perinatální období (období během porodu a krátký čas po něm) – v tomto období může centrální nervovou soustavu dítěte poškodit hlavně nezvyklá zátěž, jako může být mechanické poškození mozku a nedostatek kyslíku při porodu, nedonošenost a nízká porodní váha. Možnou příčinou může být i novorozenecká žloutenka.

Postnatální období (období nastávající dále po porodu a během života) – V tomto období můžeme k faktorům zapříčiňujícím vznik mentální retardace řadit různé úrazy hlavy a mozku, infekce a záněty mozku, nádorová onemocnění. V tomto období mohou mít vliv i tzv. sociální faktory – různé deprivace z dlouhodobého nenasycení základních lidských potřeb hlavně v ústavní výchově, ale i v rodině (Valenta, Müller, 2012).

Klasifikace mentální retardace podle MKN – 10

Lehká mentální retardace (F 70): IQ 50 – 69

Většina těchto lidí dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči.

Dochází k problémům při školní výuce, hlavně v oblasti čtení a psaní. Dospělí lidé jsou schopni pracovat, většinou jde o různé manuální práce a zvládají navazovat sociální vztahy.

Středně těžká mentální retardace (F 71): IQ 35 – 49

U těchto lidí je výrazně opožděn rozvoj chápání a řeči. Je také značně omezena schopnost sebeobsluhy a snížená zručnost.

V dětství je zřetelné vývojové opoždění. Vhodnou péčí mohou tito lidé dosáhnout určitého stupně soběstačnosti. Dospělí potřebují různý stupeň podpory při práci a uplatnění se ve společnosti. Pod odborným dohledem jsou schopni vykonávat jednoduché manuální práce.

Těžká mentální retardace (F 72): IQ 20 – 34

Tito jedinci trpí značným stupněm poruchy motoriky. Rehabilitace, výchovná a vzdělávací péče může pomoci k rozvoji motoriky, komunikačních dovedností, sebeobsluhy a tím zlepšení kvality života.

Tento stav vyžaduje trvalou potřebu podpory.

Hluboká mentální retardace (F 73): IQ nižší než 20

Tento stav způsobuje nesamostatnost ve všech činnostech. Je nutná pomoc okolí při pohybu, komunikaci i hygienické péči.

Jiná mentální retardace (F 78):

Stanovení IQ pomocí obvyklých metod je ztíženo nebo zcela nemožné z důvodu přidružených sensorických nebo somatických poškození (lidé nevidomí, neslyšící, lidé s těžkými poruchami chování, lidé s autismem)

Nespecifikovaná mentální retardace (F 79):

Označení se užívá v případech, kdy je mentální retardace prokázána, ale není dostatek informací, podle kterých by se osoba zařadila do výše jmenovaných kategorií.

Příloha 3: Veřejný závazek (Náš svět, 2011)

Veřejný závazek

Poslání

Posláním Domova pro osoby se zdravotním postižením Pržno je poskytovat bydlení a sociální služby lidem s mentálním a kombinovaným postižením. Sociální služba usiluje o rozvíjení takových schopností a dovedností uživatelů, které vedou k jejich samostatnosti a začleňování do společnosti. Rozsah a způsob podpory vychází z individuálních potřeb, zájmů a osobních cílů uživatelů. Podporuje aktivní život uživatelů a zajišťuje ochranu jejich práv.

Sociální služba je poskytována v domovech „U Slunečnice“, „U Zvonu“, „Pod Lysou“ a „U Lesa“.

Domov pro osoby se zdravotním postižením Pržno poskytuje následující základní činnosti:

- Ubytování
- Stravování
- Pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu
- Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- Sociálně terapeutické činnosti
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
- Ošetřovatelskou péči
- Úklid, praní, žehlení a drobné opravy prádla

Profil (charakteristika) domovů

Domov pro osoby se zdravotním postižením Pržno poskytuje péči a podporu v následujících domovech:

Domov U Slunečnice

Domov U Slunečnice je určen pro dospívající a mladé lidi s těžkým mentálním či kombinovaným postižením (přízemí) a pro dospělé lidi s těžkým mentálním či kombinovaným postižením (patro). Soukromí uživatelům zajišťují dvoulůžkové a jednolůžkové pokoje, pro volný čas a zájmovou činnost mají uživatelé k dispozici společenské prostory (včetně aromaterapie). Služba uživatele podporuje v rehabilitaci, rozvoji komunikačních dovedností a základní soběstačnosti. Nabízí uživatelům individuální přístup a důstojné prostředí.

Domov poskytuje službu 28 mužům i ženám.

Dílčí cíle:

- Dosáhnout co největší soběstačnosti každého uživatele v rámci svých možností a schopností, přiblížit sociální službu rodinnému prostředí.

- Rozvíjet a upevňovat znalosti a dovednosti (např. v oblasti péče o sebe, poznávání předmětů, upevňování rodinných vztahů, ...).
- Podporovat uživatele při rozvíjení jeho zájmů a aktivnímu trávení volného času.
- Podporovat uživatele v rozvoji pracovních návyků a dovedností v rámci svých možností a schopností.
- Podporovat uživatele v dovednosti vytvářet a udržovat sociální vztahy.
- Podporovat uživatele ve využívání vnějších zdrojů (např. doprava, nákupy, návštěva restaurace, kina, divadla, ...)
- Chránit práva a oprávněné zájmy uživatelů.
- Poskytovat sociální službu způsobem, který uživatel ocení spokojeností.
- Poskytovat sociální službu kvalitně.
- Poskytovat sociální službu odborně a kvalifikovaně.

Domov U Zvonu

Domov U Zvonu poskytuje péči a podporu převážně dospělým mužům s tělesným a těžkým mentálním postižením (přízemí) a mužům s menší mírou podpory (patro). Domov vytváří přátelskou atmosféru a zajišťuje uživatelům potřebné soukromí při ubytování. Usiluje, aby uživatelé byli v kontaktu s vnějším prostředím. Trpělivě podporuje jejich zapojování do činností a aktivit, které vedou k soběstačnosti a nezávislosti. Motivuje uživatele k takovému rozvoji soběstačnosti, aby se mohli přestěhovat do bytového prostředí.

Domov poskytuje službu 28 mužům.

Dílčí cíle:

- Dosáhnout co největší soběstačnosti každého uživatele v rámci svých možností a schopností, přiblížit sociální službu rodinnému prostředí.
- Rozvíjet a upevňovat znalosti a dovednosti (např. v oblasti péče o sebe, poznávání předmětů, upevňování rodinných vztahů, ...).
- Podporovat uživatele při rozvíjení jeho zájmů a aktivnímu trávení volného času.
- Podporovat uživatele v rozvoji pracovních návyků a dovedností v rámci svých možností a schopností.
- Podporovat uživatele v dovednosti vytvářet a udržovat sociální vztahy.
- Podporovat uživatele ve využívání vnějších zdrojů (např. doprava, nákupy, návštěva restaurace, kina, divadla, ...)
- Chránit práva a oprávněné zájmy uživatelů.
- Poskytovat sociální službu způsobem, který uživatel ocení spokojeností.
- Poskytovat sociální službu kvalitně.
- Poskytovat sociální službu odborně a kvalifikovaně.

Bydlení Pod Lysou a U Lesa

Bydlení „Pod Lysou“ a „U Lesa“ jsou sociální službou domova pro osoby se zdravotním postižením, která je poskytována v podmínkách běžných domácností. Bydlení je vybudováno jako „satelitní městečko“ a je určeno pro uživatele s menší mírou podpory. Služba připravuje uživatele na budoucí možný život v chráněném bydlení. Uživatelé se

podílejí na přípravě stravy (např. víkendové vaření), nakupování, péči o domácnost a své osobní věci. Sociální služba učí uživatele samostatnému životu, vzájemné spolupráci a společnému soužití. Uživatelé zpravidla rozvíjejí své pracovní dovednosti v sociálně terapeutických dílnách, učí se samostatnému pohybu mimo domov.

Bydlení „Pod Lysou“ (4 domy) obývají muži i ženy (2 domy pro 6 uživatelů, 2 domy pro 8 uživatelů).

Bydlení „U Lesa“ (2 domy), každý pro 8 uživatelů.

.Dílčí cíle:

- Dosáhnout co největší samostatnosti každého uživatele a připravenosti pro praktický život.
- Rozvíjet a upevňovat znalosti a dovednosti (např. v oblasti péče o sebe, drobných domácích prací, upevňování rodinných vztahů,...).
- Podporovat uživatele při rozvíjení jeho zájmů a aktivním trávení volného času.
- Podporovat uživatele v rozvoji pracovních návyků a dovedností.
- Podporovat uživatele v dovednosti vytvářet a udržovat sociální vztahy.
- Podporovat uživatele ve využívání vnějších zdrojů (např. doprava, nákupy, návštěva restaurace, kina, divadla, ...)
- Chránit práva a oprávněné zájmy uživatelů.
- Poskytovat sociální službu způsobem, který uživatel ocení spokojeností.
- Poskytovat sociální službu kvalitně.
- Poskytovat sociální službu odborně a kvalifikovaně.

Cílová skupina

Sociální služba je určena pro muže a ženy s mentálním a kombinovaným postižením (tělesným a smyslovým), kteří potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby.

Služby nemohou být poskytovány osobám:

- jejichž stav vyžaduje poskytnutí péče ve zdravotnickém zařízení;
- s akutním infekčním onemocněním, které závažným způsobem ohrožuje ostatní uživatele (nebezpečí infekce);
- s psychickým onemocněním či psychickou poruchou (např. akutní schizofrenií či poruchou nálad, závislosti na návykových látkách apod.);
- závažným způsobem narušujícím soužití s ostatními uživateli a pravidla organizace.

Cíle domova pro osoby se zdravotním postižením Pržno

Hlavním cílem sociální služby je vytvářet uživatelům podmínky pro kvalitní život -zajistit jejich rozvoj i spokojenost.

Zásady služby

- individuální přístup
- rozvoj soběstačnosti

- přiměřená podpora
- ochrana práv a důstojnosti uživatelů
- využívání běžných služeb veřejnosti
- podpora přirozených vztahů
- spolupráce s rodinami uživatelů
- týmová práce
- odbornost
- podpora dalšího vzdělávání pracovníků
- spolupráce s odbornými pracovišti, institucemi a zařízeními

Kapacita služby

Kapacita služby je pro 101 uživatelů 24 hodin denně.

Příloha 4: Prvotní individuální plán



Náš svět, příspěvková organizace
Pržno 239, 739 11 Frýdlant nad Ostravicí

Prvotní individuální plán

Jméno a příjmení uživatele:

Způsob oslovení.....

Opatrovník:.....

Osobní cíl uživatele (individuálně určené potřeby):

.....
.....

Sjednaná podpora k osobnímu cíli (individuálně určeným potřebám):

.....
.....

Ubytování (představa, přání uživatele):

Pokoj - přání uživatele:lůžkový

Pokoj - aktuální umístění: lůžkový

Doplňky:.....

Větrání na pokoji:

Tepelná pohoda:

Úklid: Zařízení/samostatně/RP Noční stolek a skříň: Zařízení/samostatně/RP Jiné.....

Označení prádla:

Praní prádla: Zařízení/samostatně/RP Jiné

Žehlení: Zařízení/samostatně/RP Jiné

Drobné opravy: Zařízení/samostatně/RP Jiné

Trvalé bydliště:.....

Stravování

Druhy stravování:

racionální strava šetrčí dieta diabetická dieta bez stravy (PEG)

individuální diety.....

Úprava výživy uživatele: běžná úprava mechanicky upravená tekutá výživa



Náš svět, příspěvková organizace
Pržno 239, 739 11 Frýdlant nad Ostravicí

Čas podávání stravy: dle obvyklého režimu zařízení

dle zvyklostí uživatele:

snídaně..... oběd..... večeře.....

Neoblíbené jídlo.....

Pitný režim: Samostatně Příležitostně připomenout Zcela pod dohledem

Nápoje: slazené neslazené

Další stravovací návyky uživatele - dojednaná podpora (celodenní strava, jen hlavní porce jídla apod.)

.....
.....
.....

Volnočasové aktivity:

Aktivita	Dojednaná podpora

Ostatní:
.....

Zájmy, koníčky:

V minulosti:

V současnosti:

Kontakt se spol. prostředím - dojednaná podpora

.....
.....



Náš svět, příspěvková organizace
Pržno 239, 739 11 Frýdlant nad Ostravicí

Úkony péče - dojednaná podpora

Úkony péče o vlastní osobu	samostatně	s podporou	s pomocí	provádí prac./RP	Poznámka
příprava stravy					
podávání a porcování stravy					
přijímání stravy					
mytí těla					
koupání					doba
					frekvence
sprchování					doba
					frekvence
čištění zubů					
česání					
stříhání nehtů					
holení					
výkon fyziologické potřeby					
Vstávání, ulehání změna poloh					
sezení					
stání					
přemísťování předmětů denní potřeby					
chůze po rovině					
chůze po schodech					
výběr oblečení					
oblékání, svlékání, obouvání, zouvání					
orientace v přirozeném prostředí					



Náš svět, příspěvková organizace
Pržno 239, 739 11 Frýdlant nad Ostravicí

provedení jednoduchého ošetření					
dodržování léčebného režimu					
užívání léčiv					

Úkony soběstačnosti	samostatně	s podporou	s pomocí	provádí prac./RP	Poznámka
komunikace					
orientace					
nakládání s penězi					
obstarávání osobních záležitostí					
uspořádání času					
zapojení do aktivit					
nakupování					
vaření, ohřívání					
mytí nádobí					
běžný úklid					
péče o prádlo					
přepírání drobného prádla					
péče o lůžko					
obsluha domácích spotřebičů					
manipulace s kohouty a vypínači					
manipulace se zámky (okna, dveře)					
pořádek na pokoji					
obsluha topení					

Mobilita: Mobilní Částečně mobilní Imobilní

Kompenzační pomůcky.....



Volba lékaře

- *Praktický:* V zařízení Mimo zařízení:

- *Odborný:*.....

.....

.....

Doprovod zajistí: Samostatně RP: Zařízení (osamělý už.)

Zdravotní pojišťovna:

Zajištění výběru léků na recepty: Zařízení/samostatně/RP

Služby:

Kadeřnice, pedikúra: Zařízení samostatně RP

Nákup hygienických potřeb: Zařízení samostatně RP

Ostatní nákupy: Zařízení samostatně RP

Sociálně terapeutické činnosti:

- *podpora v komunikaci:* verbální písemná neverbální

- *podpora orientace:* v čase v prostoru v osobách

- *pochopení významu sdělení*

Další dojednaná podpora pro užívání služby:

- *hospodaření:* samostatně opatrovník.....

plná moc.....

zvláštní příjemce důchodu.....

Důchod - Způsob výplaty

Mimořádné výhody: TP / ZTP / ZTP-P

Způsob úhrady pobytu:

Příspěvek na péči:

Stupeň: Způsob výplaty: Žádost o změnu:



Náš svět, příspěvková organizace
Pržno 239, 739 11 Frýdlant nad Ostravicí

Právo na informace z dokumentace (sdělování-nahlížení-pořizování kopíj):

.....
.....

Poznámky

.....
.....
.....
.....

Zpracovala:.....podpis:.....

V dne.....

Osobní profil uživatele

Jméno:

Jsem rád, když mě oslovujete:

Datum narození:

Kdo se o mě stará, když jsem doma (opatrovník):

Koho mám rád:

POTŘEBUJI POMOCI S:

RÁNO:

- **Vstávání** - budím se sám (pokud se neprobudím včas, budí mě pozdolna přítomný personál)

KOUPÁNÍ + ZAJIŠTĚNÍ OSOBNÍ HYGIENY + ÚPRAVA ZEVNĚJŠKU

- **Kde:**
- **Kdy:**
- **Teplota vody:**
- **Čištění zubů:** pasta, barva kartáčku:

TOALETA

OBLÉKÁNÍ

- **Výběr oblečení** (jak?, co?)
- **Pomoc s oblékáním:** s čím konkrétně (jak?, co?)

JÍDLO:

- Příprava:
- Příjem potravy:
- Co mám rád:
- Co nemám rád:
- Co nesmím:
- Speciální pomůcky:

KOMUNIKACE:

- Způsoby:
- Možnosti:
- Projevy emocí a nálad:
 - a) kladné:
 - b) záporné (důvod, příčina):

ČINNOSTI

A) dle individuálního plánu:

1. klíčový pracovník:
2. rehabilitační pracovník:
3. plán péče:

B) zájmové (co rád dělám):

MOBILITA

- Pohyblivost:
- Změna polohy:
- Polohy v průběhu dne:

- Pomůcky:

POHYB DOMA A MIMO DOMOV

- na domově:
- mimo domov:

BYDLENÍ

INTIMNÍ VZTAHY

JINÉ INDIVIDUÁLNÍ PROJEVY (vypozorovány personálem)

Záznam individuálního plánování

(komunikující uživatel)

Datum zápisu:

Jméno uživatele:

Jméno klíčového pracovníka:

Použitá metoda: rozhovor

1. Vyhodnocení průběhu služby

A. Vyjádření způsobu spokojenosti se službou

Zde se pořád ptáme na spokojenost se službami, volně se ptáme, volně zapisujeme.

Zápis:

Uživatel říká, že je spokojený se službami, které využívá, ale vadí mu:

- Má málo úložného prostoru.
- Spolubydlící moc mluví.
- Má málo peněz.

Nebo druhý typ zápisu, ptám se strukturovaně a zapisuji volně:

(ubytování, stravování, úkony péče, zdravotní péče atd.)

Uživatel říká, že je nespokojený:

- V ubytování - s malým úložným prostorem, se spolubydlícím.
- Se svým příjmem.

B. Vyhodnocení spokojenosti s poskytnutou podporou

Navazujeme na předešlý plán, vyhodnocujeme spokojenost s poskytnutou podporou, která byla uživateli poskytnuta na řešení nespokojenosti a potřeb.

Při hodnocení za 3 měsíce se zpravidla ptáme, jestli ji vyhovuje současné uložení věcí, jestli ji vyhovuje nový spolubydlící, jestli se mu podařilo našetřit peníze.

2. Potřeby (cíle)

Zápis:

Uživatel říká, že potřebuje:

- Více úložného prostoru.
- Spolubydlícího, který méně mluví.
- Více peněz.

3. Nabídnutá podpora

- Pod postel bychom pořídili zásuvky nebo přebereme věci a nepotřebné uložíme na půdu, uložení věcí u rodiny atd.
- Přestěhování k jinému uživateli, se kterým by chtěl bydlet.
- Zavoláme rodině, nebo šetřit si peníze na depozitu.

4. Dohoda

Rozhodnutí bodu 3.

S uživatelem jsme se dohodli (co uživatel, co KP):

- Uživatel si přebere věci, které každopádně nepotřebuje, KP zajistí jejich bezpečné uložení na půdě.
- Uživatel navrhne, s kým by chtěl bydlet, ověří u potencionálního spolubydlícího, zda i on by s ním chtěl bydlet. KP nahlásí sociálnímu pracovníkovi žádost o změnu.
- Uživatel zatelefonuje rodině, zda by ji finančně nepodpořila. KP pomůže uživatelece stanovit plán hospodaření s penězi, které má měsíčně k dispozici.

Dohoda musí být konkrétní – kdo, kdy, dokdy, co a jak udělá. Nikoliv obecně – například podle časových možností si budeme s klientem povídat, nebo podle počasí budeme chodit ven (ale nejméně jednou za týden atd.).

Datum příštího setkání:

Záznam individuálního plánování

(nekomunikující uživatel)

Datum zápisu:

Jméno uživatele:

Jméno klíčového pracovníka:

Použitá metoda: práce se systémem lidských potřeb, empatická fantazie.

1. Vyhodnocení průběhu služby:

A Vyjádření spokojenosti se službou

Domnívám se, že uživatel je se službami spokojený, ale vadí mu, že:

B Vyhodnocení spokojenosti s poskytnutou podporou

Domnívám se, že:

2. Potřeby (cíle):

Domnívám se, že uživatel potřebuje:

3. Nabídnutá podpora:

Navrhla jsem, že:

4. Dohoda:

V týmu jsme se dohodli.....

S personálem jsme se dohodli.....

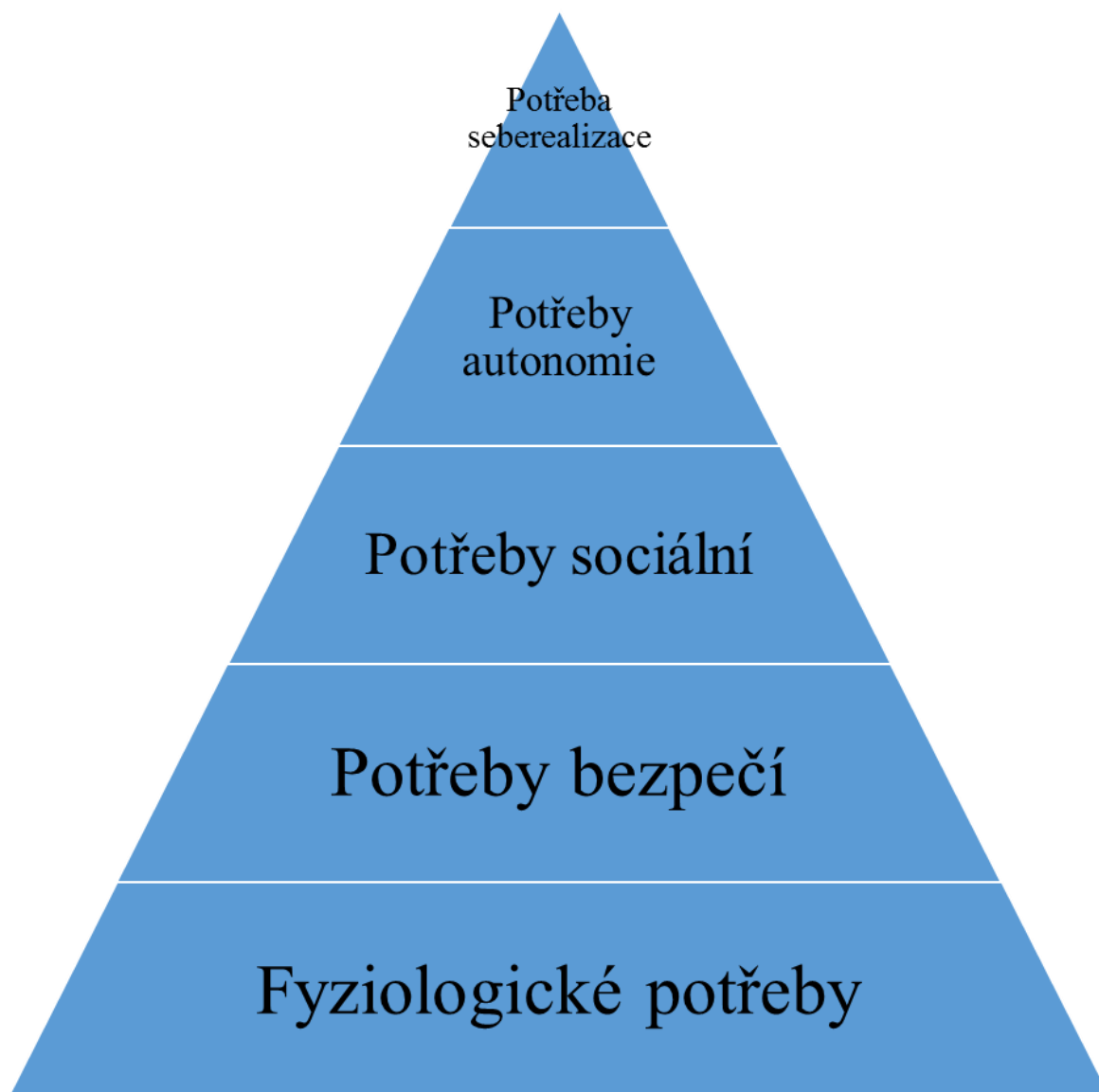
S opatrovníkem jsme se dohodli.....

Datum příštího setkání:

PLÁN RIZIK

Plán rizik	Příjmení, jméno uživatele:	
Analýza situace/situací	Prevence	Intervence
<p>Zpracoval:</p> <p>S plánem rizik seznámen dne:</p>	<p>Zpracoval:</p> <p>Jméno pracovníka:</p>	<p>Zpracoval:</p> <p>Podpis pracovníka:</p>

Příloha 10: Maslowova pyramida potřeb (Hauke, 2011, s. 46)



Fyziologické potřeby - jídlo, pití, spánek, tišení bolesti, dýchání, vylučování, sex, pohyb

Potřeby bezpečí – ekonomické, fyzické, psychické

Potřeby sociální – potřeba lásky, přátelství, sounáležitosti, potřeba být vyslechnut, potřeba vyjádřit se, potřeba náležet ke skupině

Potřeba autonomie – potřeba uznání, respektu, sebeúcty, důstojné oslovování, užitečnost

Příloha 11: Záznamový list z rozhovoru

Záznamový list z rozhovoru
Pro uživatele zařízení Náš svět, p. o. Pržno

Dobrý den, jmenuji se Květoslava Pavlisková, pracuji na Domově U Slunečnice a jsem studentkou Ostravské univerzity v Ostravě. V současné době zpracovávám bakalářskou práci (úkol do školy) a potřebuji při tom Vaši pomoc. Klíčový pracovník s Vámi provede rozhovor a výsledky rozhovoru bude zapisovat do tohoto záznamového listu. Některé odpovědi bude získávat také z Vašich individuálních plánů a osobních složek. Výsledky rozhovoru budou použity pouze v rámci této bakalářské práce (tohoto úkolu). Žádám Vás o spolupráci a pravdivé odpovědi.

A. Otázky, na které se budou odpovědi získány pozorováním, nebo studiem dokumentace (individuální plány, osobní složky)

- | | |
|-------------------------------------|------------------------|
| 1. Pohlaví | <u>Metoda zjištění</u> |
| a) Žena | Pozorování |
| b) Muž | |
| 2. Stupeň postižení | <u>Metoda zjištění</u> |
| a) Lehká mentální retardace | Studium dokumentace |
| b) Středně těžká mentální retardace | |
| c) Těžká mentální retardace | |
| d) Hluboká mentální retardace | |
| 3. Věk | <u>Metoda zjištění</u> |
| a) 15 – 18 let | Studium dokumentace |
| b) 19 – 30 let | |
| c) 31 – 50 let | |
| d) 51 a více let | |

4. Jak dlouho žijete v zařízení Náš svět, příspěvková organizace Pržno (dříve ÚSPM Ostravice)?

- a) Méně než 5 let
- b) 6 – 10 let
- c) 11 – 20 let
- d) 21 a více let

Metoda zjištění

Studium dokumentace

5. Pobyt před nástupem do zařízení Náš svět, příspěvková organizace Pržno (dříve ÚSPM Ostravice)?

- a) Doma
- b) V jiném zařízení

Metoda zjištění

Studium dokumentace

6. Komunikace uživatele s klíčovým pracovníkem při sestavování individuálních plánů.

- a) Rozhovor
- b) AAK
- c) Pozorování
- d) Empatická fantazie
- e) Imaginativní rozhovor
- f) Analýza potřeb
- g) Rozhovor s referujícími osobami
- h) Studium dokumentace

Metoda zjištění

Studium dokumentace

7. Daří se plnit vytyčené cíle?

- a) Ano
- b) Částečně
- c) Ne

Metoda zjištění

Studium dokumentace

B. Otázky, na které budou odpovědi získány rozhovorem, pozorováním, nebo studiem dokumentace (individuální plány, osobní složky)

1. Víte, kdo je Váš klíčový pracovník?

- | | |
|---------------------|------------------------|
| a) Ano | <u>Metoda zjištění</u> |
| b) Ne | a) Rozhovor |
| c) Neumím odpovědět | b) Pozorování |

2. Když máte problém, svěříte se svému klíčovému pracovníkovi?

- | | |
|---------------------|------------------------|
| a) Ano | <u>Metoda zjištění</u> |
| b) Ne | a) Rozhovor |
| c) Neumím odpovědět | b) Pozorování |
| | c) Studium dokumentace |

3. Je klíčový pracovník ochoten s vámi problémy řešit?

- | | |
|--------|------------------------|
| a) Ano | <u>Metoda zjištění</u> |
| b) Ne | a) Rozhovor |
| | b) Pozorování |
| | c) Studium dokumentace |

4. Jak jste spojený/á se svým klíčovým pracovníkem?

- | | |
|-------------------------|------------------------|
| a) Spokojený/á | <u>Metoda zjištění</u> |
| b) Částečně spokojený/á | a) Rozhovor |
| c) Nespokojený/á | b) Pozorování |
| | c) Studium dokumentace |

**5. Jste spokojený/á se způsobem komunikace při sestavování individuálních plánů?
(Je komunikace s klíčovým pracovníkem dobrá?)**

- | | |
|-------------------------|------------------------|
| a) Spokojený/á | <u>Metoda zjištění</u> |
| b) Částečně spokojený/á | a) Rozhovor |
| c) Nespokojený/ | b) Pozorování |
| | c) Studium dokumentace |

6. Domlouvá s vámi klíčový pracovník předem dobu rozhovoru?

- | | |
|--------|------------------------|
| a) Ano | <u>Metoda zjištění</u> |
| b) Ne | a) Rozhovor |
| | b) Pozorování |
| | c) Studium dokumentace |

7. Domlouvá s Vámi klíčový pracovník předem místo rozhovoru?

- | | |
|--------|------------------------|
| a) Ano | <u>Metoda zjištění</u> |
| b) Ne | a) Rozhovor |
| | b) Pozorování |
| | c) Studium dokumentace |

8. Spolupracujete při plánování s rodinou?

- | | |
|-------------------------|------------------------|
| a) Ano | <u>Metoda zjištění</u> |
| b) Ne, ale chtěl/a bych | a) Rozhovor |
| c) Ne | b) Pozorování |
| | c) Studium dokumentace |

9. Učíte se samostatnosti?

- a) Ano
- b) Ne, ale chtěl/a bych
- c) Ne

Metoda zjištění

- a) Rozhovor
- b) Pozorování
- c) Studium dokumentace

10. Zvládáte samostatně osobní hygienu?

- a) Nezvládám a nechci se učit
- b) Učím se samostatnosti
- c) Jsem samostatný/á

Metoda zjištění

- a) Rozhovor
- b) Pozorování
- c) Studium dokumentace

11. Zapojujete se do přípravy jídla?

- a) Ne, nechci se zapojovat do přípravy jídla
- b) V některých činnostech pomáhám personálu
- c) Ano, učím se samostatnosti při přípravě jídla
- d) Jsem samostatný

Metoda zjištění

- a) Rozhovor
- b) Pozorování
- c) Studium dokumentace

12. Učíte se práci se spotřebiči?

- a) Ne, nechci se učit ovládat spotřebiče
- b) Ano, učím se ovládat spotřebiče
- c) Umím samostatně ovládat (Jsem samostatný)

Metoda zjištění

- a) Rozhovor
- b) Pozorování
- c) Studium dokumentace

13. Pohybujete se samostatně po areálu?

- | | |
|--|------------------------|
| a) Samostatně nezvládám (s doprovodem) | <u>Metoda zjištění</u> |
| b) Ano, učím se chodit na samostatné procházky | a) Rozhovor |
| c) Chodím samostatně | b) Pozorování |
| | c) Studium dokumentace |

14. Chodíte samostatně mimo areál?

- | | |
|--|------------------------|
| a) Samostatně nezvládám (s doprovodem) | <u>Metoda zjištění</u> |
| b) Ano, učím se chodit na samostatné procházky | a) Rozhovor |
| c) Chodím samostatně | b) Pozorování |
| | c) Studium dokumentace |

15. Vyberte nejvíce tři aktivity, které vás baví.

- | | |
|-------------------------|------------------------|
| a) Hudba | <u>Metoda zjištění</u> |
| b) TV | a) Rozhovor |
| c) Zpěv | b) Pozorování |
| d) Tanec | c) Studium dokumentace |
| e) Sport | |
| f) Procházky do přírody | |
| g) Výlety | |
| h) Výtvarné činnosti | |
| i) Práce na zahradě | |
| j) Jiné | |

16. Jste spokojený/á se zapojováním do volnočasových aktivit?

- | | |
|--|------------------------|
| a) Spokojený/á | <u>Metoda zjištění</u> |
| b) Částečně spokojený/á (chtěl/a bych se více zapojovat) | a) Rozhovor |
| c) Nespokojený/á | b) Pozorování |
| | c) Studium dokumentace |

17. Zapojujete se do práce v sociálně terapeutických dílnách?

- | | |
|-------------------------|------------------------|
| a) Ano | <u>Metoda zjištění</u> |
| b) Ne, ale chtěl/a bych | a) Rozhovor |
| c) Ne | b) Pozorování |
| | c) Studium dokumentace |

18. V případě odpovědi ano vyberte, do kterých dílen chodíte?

- | | |
|-----------------------|------------------------|
| a) Výtvarná dílna | <u>Metoda zjištění</u> |
| b) Košíkářská dílna | a) Rozhovor |
| c) Výroba svící | b) Pozorování |
| d) Keramická dílna | c) Studium dokumentace |
| e) Zemědělská terapie | |
| f) Muzikoterapie | |

19. Vadí Vám něco na současném bydlení? (Cítíte se na domově dobře?)

- | | |
|-------------------------|------------------------|
| a) Vadí mi spolubydlící | <u>Metoda zjištění</u> |
| b) Vadí mi personál | a) Rozhovor |
| c) Jsem spokojený | b) Pozorování |
| | c) Studium dokumentace |

20. Znáte svá práva?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Neumím odpovědět

Metoda zjištění

- a) Rozhovor
- b) Pozorování
- c) Studium dokumentace

21. Víte, kde si můžete stěžovat?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Neumím odpovědět

Metoda zjištění

- a) Rozhovor
- b) Pozorování
- c) Studium dokumentace

22. Víte, jak si můžete stěžovat?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Neumím odpovědět

Metoda zjištění

- a) Rozhovor
- b) Pozorování
- c) Studium dokumentace

23. Je pro vás individuální plánování srozumitelné? (Je individuální plánování dobré/OK?)

- a) Ano, rozumím
- b) Částečně rozumím
- c) Ne, nerozumím
- d) Neumím odpovědět

Metoda zjištění

- a) Rozhovor
- b) Pozorování
- c) Studium dokumentace

24. Jste s individuálním plánováním spokojený/á?

- a) Ano, spokojený
- b) Částečně spokojený
- c) Nespokojený
- d) Neumím odpovědět

Metoda zjištění

- a) Rozhovor
- b) Pozorování
- c) Studium dokumentace

25. Způsob komunikace při vyplňování dotazníku (Tazatel zapíše ke každé metodě čísla otázek, které byly touto metodou zodpovězeny)

- a) Rozhovor

.....

- b) Pozorování

.....

- c) Studium dokumentace

.....

Příloha 12: Záznamový list z rozhovoru s piktogramy
Záznamový list z rozhovoru
Pro uživatele zařízení Náš svět, p. o. Pržno

Dobrý den, jmenuji se Květoslava Pavlisková, pracuji na Domově U Slunečnice a jsem studentkou Ostravské univerzity v Ostravě. V současné době zpracovávám bakalářskou práci (úkol do školy) a potřebuji při tom Vaši pomoc. Klíčový pracovník s Vámi provede rozhovor a výsledky rozhovoru bude zapisovat do tohoto záznamového listu. Některé odpovědi bude získávat také z Vašich individuálních plánů a osobních složek. Výsledky rozhovoru budou použity pouze v rámci této bakalářské práce (tohoto úkolu). Žádám Vás o spolupráci a pravdivé odpovědi.

A. Otázky, na které se budou odpovědi získány pozorováním, nebo studiem dokumentace (individuální plány, osobní složky)

- | | |
|-------------------------------------|------------------------|
| 1. Pohlaví | <u>Metoda zjištění</u> |
| a) Žena | Pozorování |
| b) Muž | |
| 2. Stupeň postižení | <u>Metoda zjištění</u> |
| a) Lehká mentální retardace | Studium dokumentace |
| b) Středně těžká mentální retardace | |
| c) Těžká mentální retardace | |
| d) Hluboká mentální retardace | |
| 3. Věk | <u>Metoda zjištění</u> |
| a) 15 – 18 let | Studium dokumentace |
| b) 19 – 30 let | |
| c) 31 – 50 let | |
| d) 51 a více let | |

4. Jak dlouho žijete v zařízení Náš svět, příspěvková organizace Pržno (dříve ÚSPM Ostravice)?

- | | |
|-------------------|------------------------|
| a) Méně než 5 let | <u>Metoda zjištění</u> |
| b) 6 – 10 let | Studium dokumentace |
| c) 11 – 20 let | |
| d) 21 a více let | |

5. Pobyt před nástupem do zařízení Náš svět, příspěvková organizace Pržno (dříve ÚSPM Ostravice)?

- | | |
|---------------------|------------------------|
| a) Doma | <u>Metoda zjištění</u> |
| b) V jiném zařízení | Studium dokumentace |

6. Komunikace uživatele s klíčovým pracovníkem při sestavování individuálních plánů. (Uveďte tři nejpoužívanější metody komunikace).

- | | |
|------------------------------------|------------------------|
| a) Rozhovor | <u>Metoda zjištění</u> |
| b) AAK | Studium dokumentace |
| c) Pozorování | |
| d) Empatická fantazie | |
| e) Imaginativní rozhovor | |
| f) Analýza potřeb | |
| g) Rozhovor s referujícími osobami | |
| h) Studium dokumentace | |

7. Daří se plnit vytyčené cíle?

- | | |
|-------------|------------------------|
| a) Ano | <u>Metoda zjištění</u> |
| b) Částečně | Studium dokumentace |
| c) Ne | |

B. Otázky, na které budou odpovědi získány rozhovorem, pozorováním, nebo studiem dokumentace (individuální plány, osobní složky)

1. Víte, kdo je Váš klíčový pracovník?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Neumím odpovědět



KLÍČOVÝ PRACOVNÍK

Metoda zjištění

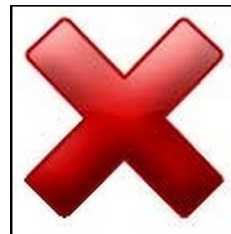
- a) Rozhovor
- b) Pozorování



**NEUMÍM
ODPOVĚDĚT**



ANO



NE

2. Když máte problém, svěříte se svému klíčovému pracovníkovi?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Neumím odpovědět



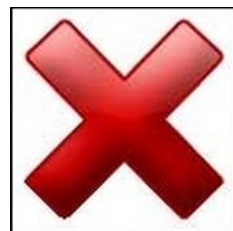
PROBLÉM



**NEUMÍM
ODPOVĚDĚT**



ANO



NE

Metoda zjištění

- a) Rozhovor
- b) Pozorování
- c) Studium dokumentace

3. Je klíčový pracovník ochoten s vámi problémy řešit?

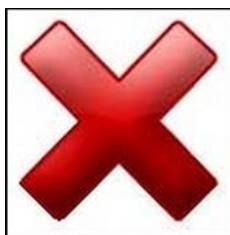


PROBLÉM

- a) Ano
- b) Ne



ANO



NE

Metoda zjištění

- a) Rozhovor
- b) Pozorování
- c) Studium dokumentace

4. Jak jste spojený/á se svým klíčovým pracovníkem?

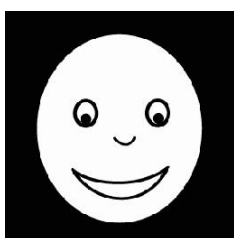


KLÍČOVÝ PRACOVNÍK

- a) Spokojený/á
- b) Částečně spokojený/á
- c) Nespokojený/á

Metoda zjištění

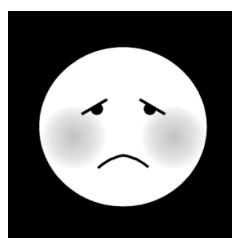
- a) Rozhovor
- b) Pozorování
- c) Studium dokumentace



SPOKOJENÝ



**ČÁSTEČNĚ
SPOKOJENÝ**



NESSPOKOJENÝ

**5. Jste spokojený/á se způsobem komunikace při sestavování individuálních plánů?
(Je komunikace s klíčovým pracovníkem dobrá?)**

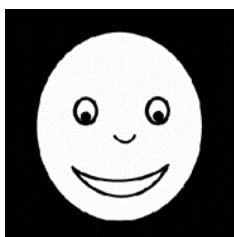


KOMUNIKACE

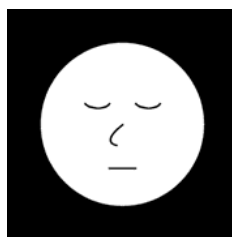
- a) Spokojený/á
- b) Částečně spokojený/á
- c) Nespokojený/á

Metoda zjištění

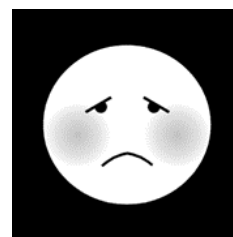
- a) Rozhovor
- b) Pozorování
- c) Studium dokumentace



SPOKOJENÝ



ČÁSTEČNĚ SPOKOJENÝ



NESPOKOJENÝ

6. Domlouvá s vámi klíčový pracovník předem dobu rozhovoru?



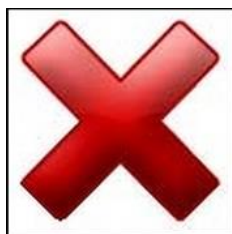
DOMLUVIT SCHŮZKU

a) Ano

b) Ne



ANO



NE



KDY?

Metoda zjištění

a) Rozhovor

b) Pozorování

c) Studium dokumentace

7. Domlouvá s Vámi klíčový pracovník předem místo rozhovoru?



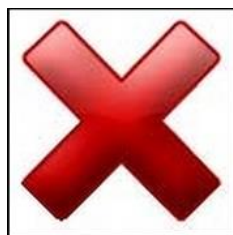
DOMLUVIT SCHŮZKU

a) Ano

b) Ne



ANO



NE



KDE

Metoda zjištění

a) Rozhovor

b) Pozorování

c) Studium dokumentace

8. Spolupracujete při plánování s rodinou?



RODINA

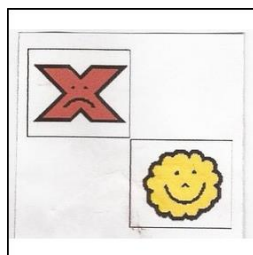
- a) Ano
- b) Ne, ale chtěl/a bych
- c) Ne

Metoda zjištění

- a) Rozhovor
- b) Pozorování
- c) Studium dokumentace



ANO



NE, ALE CHTĚL BYCH



NE

9. Učíte se samostatnosti?



UČENÍ SAMOSTATNOSTI

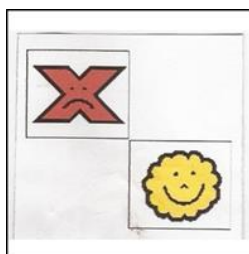
- a) Ano
- b) Ne, ale chtěl/a bych
- c) Ne

Metoda zjištění

- a) Rozhovor
- b) Pozorování
- c) Studium dokumentace



ANO



NE, ALE CHTĚL BYCH



NE

10. Zvládáte samostatně osobní hygienu?

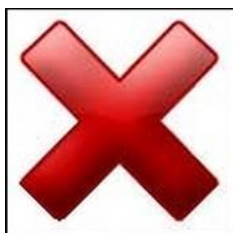


OSOBNÍ HYGIENA

- a) Nevládám a nechci se učit
- b) Učím se samostatnosti
- c) Jsem samostatný/á

Metoda zjištění

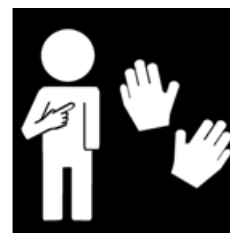
- a) Rozhovor
- b) Pozorování
- c) Studium dokumentace



NE, NECHCI SE UČIT



**UČÍM SE
SAMOSTATNOSTI**



JSEM SAMOSTATNÝ

11. Zapojujete se do přípravy jídla?



VAŘENÍ

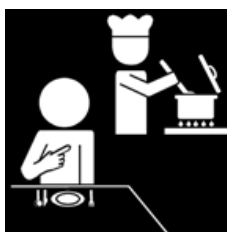
- a) Ne, nechci se zapojovat do přípravy jídla
- b) V některých činnostech pomáhám personálu
- c) Ano, učím se samostatnosti při přípravě jídla
- d) Jsem samostatný

Metoda zjištění

- a) Rozhovor
- b) Pozorování
- c) Studium dokumentace



**NE, NECHCI SE
ZAPOJOVAT**



**V NĚKTERÝCH ČINNOSTECH
POMÁHÁM PERSONÁLU**



**ANO, UČÍM SE
SAMOSTATNOSTI**



JSEM SAMOSTATNÝ

12. Učíte se práci se spotřebiči?



SPOTŘEBIČE

- a) Ne, nechci se učit ovládat spotřebiče
- b) Ano, učím se ovládat spotřebiče
- c) Umím samostatně ovládat (Jsem samostatný)

Metoda zjištění

- a) Rozhovor
- b) Pozorování
- c) Studium dokumentace



NE, NECHCI SE UČIT



ANO, UČÍM SE



JSEM SAMOSTATNÝ

13. Pohybujete se samostatně po areálu?



**SAMOSTATNÁ PROCHÁZKA PO
AREÁLU**

a) Samostatně nezvládám (s doprovodem)

b) Ano, učím se chodit na samostatné procházky

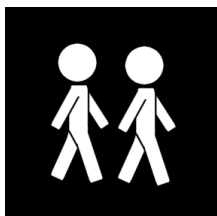
c) Chodím samostatně

Metoda zjištění

a) Rozhovor

b) Pozorování

c) Studium dokumentace



S DOPROVODEM



S DOPROVODEM

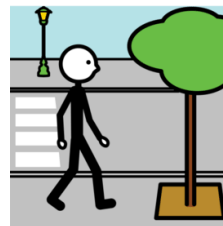


ANO, UČÍM SE



CHODÍM SAMOSTATNĚ

14. Chodíte samostatně mimo areál?

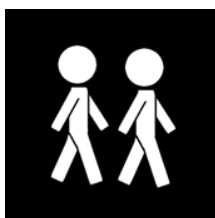


SAMOSTATNÁ PROCHÁZKA MIMO AREÁL

- a) Samostatně nezvládám (s doprovodem)
- b) Ano, učím se chodit na samostatné procházky
- c) Chodím samostatně

Metoda zjištění

- a) Rozhovor
- b) Pozorování
- c) Studium dokumentace



S DOPROVODEM



S DOPROVODEM

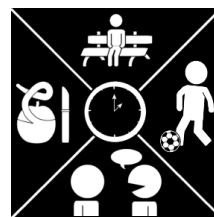


ANO, UČÍM SE



CHODÍM SAMOSTATNĚ

15. Vyberte nejvíce tři aktivity, které vás baví.



VOLNOČASOVÉ AKTIVITY

- a) Hudba
- b) TV
- c) Zpěv
- d) Tanec
- e) Sport
- f) Procházky do přírody
- g) Výlety
- h) Výtvarné činnosti
- i) Práce na zahradě
- j) Jiné

Metoda zjištění

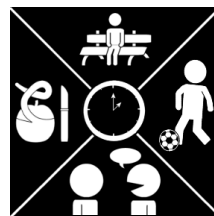
- a) Rozhovor
- b) Pozorování
- c) Studium dokumentace

<p>poslech rádia</p>	<p>dívat se na TV</p>	<p>zpěv</p>	<p>tančit</p>
<p>sparty</p>	<p>PROCHÁZKA</p>	<p>jít na výlet</p>	<p>malovat</p>

+

PRÁCE NA ZAHRÁDCE

16. Jste spokojený/á se zapojováním do volnočasových aktivit?

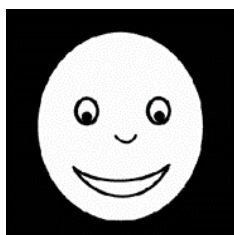


VOLNOČASOVÉ AKTIVITY

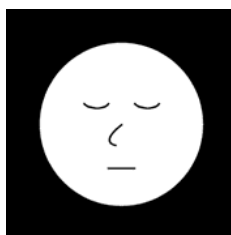
- a) Spokojený/á
- b) Částečně spokojený/á (chtěl/a bych se více zapojovat)
- c) Nespokojený/á

Metoda zjištění

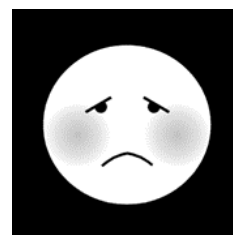
- a) Rozhovor
- b) Pozorování
- c) Studium dokumentace



SPOKOJENÝ



ČÁSTEČNĚ SPOKOJENÝ



NESPOKOJENÝ

17. Zapojujete se do práce v sociálně terapeutických dílnách?



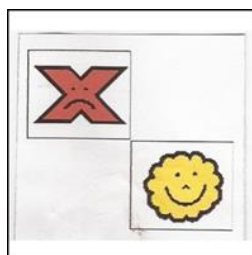
- a) Ano
- b) Ne, ale chtěl/a bych
- c) Ne

Metoda zjištění

- a) Rozhovor
- b) Pozorování
- c) Studium dokumentace



ANO



NE, ALE CHTĚL BYCH



NE

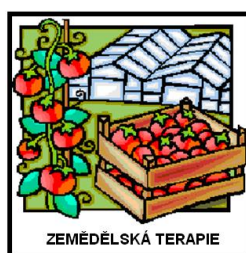
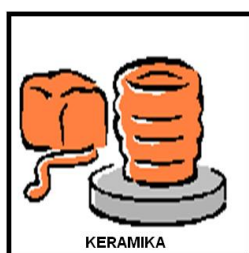
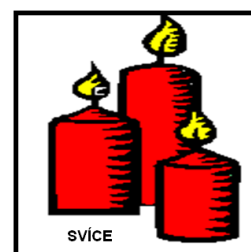
18. V případě odpovědi ano vyberte, do kterých dílen chodíte.



- a) Výtvarná dílna
- b) Košíkářská dílna
- c) Výroba svící
- d) Keramická dílna
- e) Zemědělská terapie
- f) Muzikoterapie

Metoda zjištění

- a) Rozhovor
- b) Pozorování
- c) Studium dokumentace



19. Vadí Vám něco na současném bydlení? (Cítíte se na domově dobře?)



DOMOV

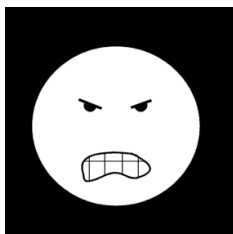


BEZPEČNĚ, DOBŘE, OK

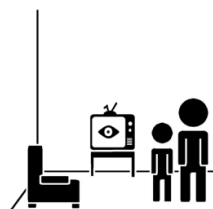
- a) Vadí mi spolubydlíci
- b) Vadí mi personál
- c) Jsem spokojený (Nic mi nevadí)

Metoda zjištění

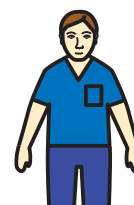
- a) Rozhovor
- b) Pozorování
- c) Studium dokumentace



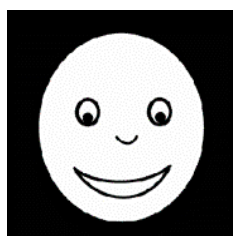
VADÍ MI



SPOLUBYDLÍCI



PERSONÁL

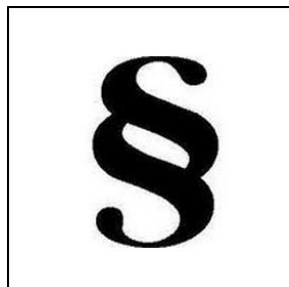


JSEM SPOKOJENÝ

20. Znáte svá práva?



PRÁVNÍK, OBHÁJCE



PRÁVO

- a) Ano
- b) Ne
- c) Neumím odpovědět

Metoda zjištění

- a) Rozhovor
- b) Pozorování
- c) Studium dokumentace



ANO

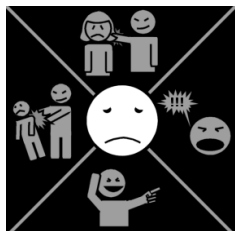


NE



**NEUMÍM
ODPOVĚDĚT**

21. Víte, kde si můžete stěžovat?



UBLIŽOVÁNÍ



STĚŽOVAT SI



**SCHRÁNKA NA
STÍŽNOSTI**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Neumím odpovědět

Metoda zjištění

- a) Rozhovor
- b) Pozorování
- c) Studium dokumentace



ANO

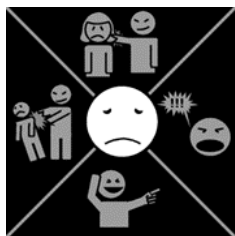


NE



**NEUMÍM
ODPOVĚDĚT**

22. Víte, jak si můžete stěžovat?



UBLIŽOVÁNÍ



STĚŽOVAT SI



JAK

- a) Ano
- b) Ne
- c) Neumím odpovědět

Metoda zjištění

- a) Rozhovor
- b) Pozorování
- c) Studium dokumentace



ANO

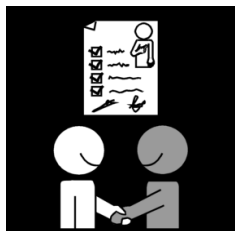


NE



**NEUMÍM
ODPOVĚDĚT**

23. Je pro vás individuální plánování srozumitelné? (Je individuální plánování dobré/OK?)



INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ



DOBRÝ/OK

- a) Ano, rozumím
- b) Částečně rozumím
- c) Ne, nerozumím
- d) Neumím odpovědět

Metoda zjištění

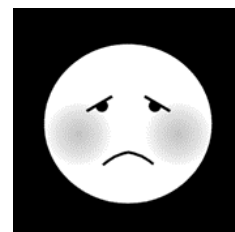
- a) Rozhovor
- b) Pozorování
- c) Studium dokumentace



ANO, ROZUMÍM



ČÁSTEČNĚ ROZUMÍM

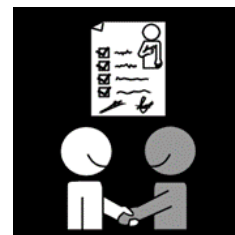


NE, NEROZUMÍM



**NEUMÍM
ODPOVĚDĚT**

24. Jste s individuálním plánováním spokojený/á?



INDIVIDUÁLNÍ PLÁN

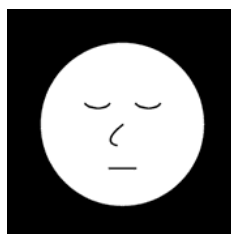
- a) Ano, spokojený
- b) Částečně spokojený
- c) Nespokojený
- d) Neumím odpovědět

Metoda zjištění

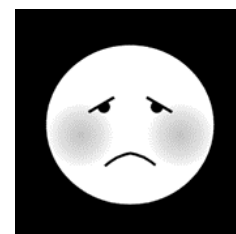
- a) Rozhovor
- b) Pozorování
- c) Studium dokumentace



ANO, SPOKOJENÝ



**ČÁSTEČNĚ
SPOKOJENÝ**



NEŠPOKOJENÝ



**NEUMÍM
ODPOVĚDĚT**

25. Způsob komunikace při vyplňování dotazníku (Tazatel zapíše ke každé metodě čísla otázek, které byly touto metodou zodpovězeny)

a) Rozhovor

.....

b) Pozorování

.....

c) Studium dokumentace

.....