

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2017-2018

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Dominika Ježková

**Vliv individuálního plánování na kvalitu života osob
s mentálním postižením v pobytové službě**

Praha 2018

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Helena Layerová

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED (PART TIME) STUDIES

2017-2018

BACHELOR THESIS

Dominika Ježková

**The impact of individual planning on the quality of life of
people with mental disabilities in residential care**

Prague 2018

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Mgr. Helena Layerová

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 15. 2. 2018

Dominika Ježková

Poděkování

Děkuji vedoucí bakalářské práce, paní Mgr. Heleně Layerové, za odborné vedení, konzultace a cenné připomínky při vypracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat klíčovým pracovníkům za poskytnuté informace k praktické části bakalářské práce.

Anotace

Bakalářská práce se zaměřuje na vliv individuálního plánování na kvalitu života osob s mentálním postižením v pobytové službě.

Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část práce stručně uvádí do problematiky mentálního postižení, kvality života, individuálního plánování a významnost klíčového pracovníka v této oblasti.

V praktické části práce bylo cílem kvalitativního výzkumu zjistit, jak individuální plánování ovlivňuje kvalitu života osob s mentálním postižením a také jak individuální plánování napomáhá klíčovým pracovníkům při práci s uživateli služby. Součástí praktické části je i ukázka individuálního plánu, který je umístěn v přílohách.

Klíčová slova

Individuální plán, individuální plánování, klíčový pracovník, kvalita života, mentální postižení, sociální služby.

Annotation

This bachelor thesis focuses on the impact of individual planning on the quality of life of people with mental disabilities in residential care.

It is divided into theoretical part and practical part. The theoretical part briefly introduces the issue of mental disability, quality of life, individual planning and the importance of a key worker in this field.

The aim of the practical part was to find out how individual planning influences the quality of life of people with mental disabilities, as well as how individual planning helps key workers to work with service users. One section of the practical part is devoted to an example of an individual plan.

Keywords

Quality of life, individual plan, individual planning, key worker, mental disability, social services.

ÚVOD.....	8
1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ.....	10
1.1 Vymezení pojmu mentální postižení	10
1.2 Etiologie mentálního postižení	12
1.3 Klasifikace mentální retardace.....	14
2 KVALITA ŽIVOTA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	19
2.1 Kvalita života.....	19
2.2 Komunikace s osobou s mentálním postižením.....	21
2.2.1 Zásady pro komunikaci s osobou s mentálním postižením.....	22
2.3 Společnost a osoba s mentálním postižením.....	23
2.4 Historie péče o osoby s postižením.....	24
3 INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ	26
3.1 Význam individuálního plánování	26
3.2 Tvorba individuálního plánu.....	27
3.2.1 Přehodnocení individuálního plánu.....	28
3.3 Role klíčového pracovníka	29
3.4 Lidská práva v kontextu individuálního plánu	31
3.5 Kvalita sociálních služeb	32
3.6 Sociální služby pro osoby s mentálním postižením.....	33
4 METODOLOGIE VÝZKUMU	37
4.1 Cíl výzkumu.....	37
4.2 Průběh výzkumu	38
4.3 Otázky standardizovaného rozhovoru	38
4.4 Výzkumný vzorek.....	39
4.5 Zpracovaná data výzkumu	40
4.6 Analýza výsledků rozhovorů	49
ZÁVĚR	53
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	54
SEZNAM TABULEK.....	57
SEZNAM PŘÍLOH.....	58

ÚVOD

V dnešní době společnost usiluje o to, aby člověk s mentálním postižením prožil svůj život co nejlhodnotněji a v co nejvíce přirozeném prostředí, pokud z nějakého důvodu nemůže žít v kruhu svých nejbližších. Proto je důležité se v sociálních službách zaměřit především na individuální potřeby uživatele a individuální plánování s tím spojené.

S pojmem individuální plánování jsem se setkala poprvé během pracovní zkušenosti, kdy jsem vykonávala práci na pozici pracovníka v sociálních službách v přímé péči s osobami s mentálním postižením. Během této pracovní zkušenosti jsem se seznámila s důležitostí individuálního plánování a se standardy kvality v sociálních službách. Téma práce „*Vliv individuální plánování na kvalitu života osob s mentálním postižením v pobytové službě*“ jsem si zvolila, protože v současnosti pracuji čtvrtým rokem v oblasti sociálních služeb a k problematice mám blízko.

Cílem práce je popsat kvalitu života osob s mentálním postižením a zhodnotit působení individuálního plánování na kvalitu života jedince s mentálním postižením v pobytové službě. Cílem je také zjistit, v čem individuální plánování pomáhá klíčovým pracovníkům při práci s osobou s mentálním postižením.

Bakalářská práce se skládá z části teoretické a z části praktické. V teoretické části v první kapitole se zaměřuji na mentální postižení, příčiny mentálního postižení a klasifikaci mentálního postižení. Druhá kapitola se věnuje kvalitě života, historii péče o osoby s postižením a tomu, jak společnost vnímá osobu s mentálním postižením v současnosti a komunikaci s osobou s mentálním postižením. Ve třetí a závěrečné kapitole teoretické části se věnuji pojmu individuálního plánování. Především významu a tvorbě individuálního plánování. Zmiňuji důležitost klíčového pracovníka v procesu individuálního plánování. Uvádím sociální služby pro osoby s mentálním postižením, které mohou využívat i se zaměřením na kvalitu.

Stěžejní část práce tvoří část praktická, která představuje výsledky kvalitativního výzkumu. Výzkum proběhl v zařízení, které poskytuje pobytové služby pro dospělé osoby s mentálním postižením a osobám s poruchou autistického spektra. Cílem

praktické části bylo pomocí kvalitativního výzkumu (metodou strukturovaných rozhovorů s klíčovými pracovníky vybrané pobytové služby, kteří individuální plány vytvářejí), zjistit, jak individuální plánování ovlivňuje kvalitu života osob s mentálním postižením v pobytové službě.

1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

Sociální práce provází lidstvo v různých formách od samého vzniku společnosti. Každý člověk má v sobě zakořeněnou potřebu pomáhat druhým, zvláště pak těm lidem, kteří potřebují pomoc a podporu nejvíce.

1.1 VYMEZENÍ POJMU MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

Mentální postižení není časové opoždění vývoje, ale jedná se o vývojové změny. Postižení může být vrozené, nebo částečně získané do dvou let věku dítěte, je trvalé a nelze léčit. Při zvolení správných přístupů můžeme pozorovat zlepšení stavu. Mentální postižení lze charakterizovat jako snížení intelektu, které se projevuje zejména v kognitivní, motorické, schopnosti řeči a sociální vrstvě osobnosti osoby s mentálním postižením. Při diagnostice mentálního postižení se vychází z hodnoty IQ a dalších faktorů, které jsou složkou celé osobnosti osoby s mentálním postižením (Bazalová, 2014, s. 15).

Rozlišujeme termín osoba s mentálním postižením a osoba s mentální retardací. Mentální postižení je zastřešující název pro sníženou inteligenci z variabilních příčin a důvodů. Termín oligofrenie označuje mentální retardaci diagnostikovanou od narození člověka. Demence je pojem, při kterém došlo u osoby, která měla dosaženou intelektovou úroveň ke snížení a úbytku intelektu v průběhu pozdějšího života, např. v důsledku úrazu nebo závažné nemoci v pozdějším období (Černá, 2008, s. 75).

„Mentální postižení se projevuje sníženou schopností adaptace, učení myšlení, orientace a je definováno jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně vývoje (méně než 70 % normy). Patrné jsou odlišnosti v oblasti řeči, motivace a emocionality, volných vlastností a motoriky“ (Matoušek, Křišťan, 2013, s. 393).

Mentální postižení tedy není postižení, které postihuje jen mentální schopnosti osoby, ale také ovlivňuje celou jeho osobnost. Týká se tedy i toho, jak se osoby cítí, co prožívají, jejich komunikačních dovednostech, uplatnění ve společnosti a na poli práce.

V minulosti se pro označení snížených rozumových schopností uplatňovali termíny, které mají dnes již skoro hanlivý význam jako např. debilita, imbecilita, idiocie (Matoušek, Křišťan, 2013, s. 393).

V návaznosti na přijetí nového paradigma v souvislosti s osobami s postižením se od druhé poloviny 20. století dbá na pomoc a podporu v individuálních potřebách těchto osob. Osoby s postižením mají práva na plnohodnotný život ve společnosti a co nejvyšší kvalitu života. Označení termínem „osoba s mentálním postižením“ se tedy vyjadřuje skutečnost, že mentálně postižení jsou zejména individuální lidské bytosti s vlastní osobností a až na druhém místě, mají tyto osoby postižení. Populace osob s mentálním postižením je velice různorodá. Definovat tuto populaci jako celek je nemožné, protože každý jedinec je jedinečný. Lidé se od sebe liší, mají svůj charakter osobnosti (Černá, 2008, s. 75-76).

Pro označení těchto osob se doporučuje označení osoba, jedinec, žák, dítě, dospělý s mentálním postižením nežli mentálně postižený, toto označení se v současné době považuje za nekorektní neetické. Na prvním místě se jedná o osobu a na druhém se přidává další charakteristika. Termín mentálně retardovaný je taktéž považován za nevhodný, stejně jako termíny užívané v historii – duševně úchylní, duševně opoždění, rozumově zaostalí, slabomyslní a mentálně defektní (Bazalová, 2014, s. 14).

Definovat mentální postižení můžeme z různých přístupů. Nejčastěji dle přístupů biologického, psychologického, sociálního, pedagogického a právního.

- **Biologický** – mentální postižení vzniklo na základě organického nebo funkčního poškození mozku. Biologický přístup je podmíněný chorobnými procesy v mozku.
- **Psychologický** – prvotní je snížená úroveň rozumových schopností, která se dá změřit IQ testy.
- **Sociální** – osoba s mentálním postižením se neorientuje ve společnosti, osoba nejedná samostatně, potřebuje pomoc nebo podporu druhé osoby.
- **Pedagogický** – přes využití specifických vzdělávacích metod, individuálních osnov a postupů má osoba s mentálním postižením sníženou schopnost učení.

Právní – pokud má osoba s mentálním postižením sníženou způsobilost k právním úkonům za účelem provádění složitých právních úkonů a rozhodnutí nebo je zbavena svéprávnosti (Slowík, 2007, s. 110).

1.2 ETIOLOGIE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ

Faktory, které jsou prokazatelně příčinou postižení vad a poruch u jedinců, vyvolávají velkou paletu následných projevů. Vznik vývojových vad a poruch je propojený s určitým obdobím (Slowík, 2007, s. 46-47).

Tabulka 1 - Přehled příčin vzniku vad a poruch

Exogenní faktory	
<i>Prenatální</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Fyzikální – (úraz, škodlivé záření) • Chemické – (jedy, některé léky, alkohol, drogy) • Nutriční – (nesprávná výživa plod) • Biologické – (bakteriální a virové infekce) • Psychické a sociální – (špatné prostředí, stres)
<i>Perinatální</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Mechanické poškození plodu • Nedostatek kyslíku – (hypoxie) • Infekce • Možnost jiných komplikací
<i>Postnatální</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Jedná se o stejné negativní vlivy působící v prenatálním období s rozdílem působení na dítě přímo, ne prostřednictvím matky.
Endogenní faktory	
<i>Genetické</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Chromozomální aberace – (poškození chromozomální výbavy) • Genové mutace – (dědičně přenositelná změna v genetické informaci, mohou být vázané na pohlaví dítěte)
<i>Ostatní</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Dispozice – (většinou jsou dědičné a projevují se na základě spouštěcího vlivu)

	<ul style="list-style-type: none"> • Změněná reaktivita – (citlivost na podněty – alergie, astma) • Problémy imunity – (snížená schopnost obrany organismu)
--	---

„Mentální postižení může být způsobeno vnitřními (vlivy endogenní) nebo vnějšími (vlivy exogenní) příčinami, přičemž obě složky mohou působit ve vzájemné interakci“ (Matoušek, Křišťan, 2013, s. 393).

Vnitřními vlivy se rozumí porucha či vada ve funkci genetického aparátu, patří mezi ně mentální postižení, které je způsobeno chromozomálními aberacemi (Downův syndrom, Turnerův syndrom), poruchami počtu pohlavních chromozomů, poruchami metabolismu a polygenní dědičností. Pokud poškození vzniká po druhém roce dítěte, nemluvíme o mentálním postižení, ale o demenci. Příčiny vnější dělíme dle období, ve kterém působí:

Prenatální (období od doby početí po narození) – vlivy biologické (bakterie, viry), vlivy chemické (alkohol, drogy, nikotin), vlivy fyzikální (rentgenové záření, úraz matky, předčasný porod).

Perinatální (období těsně před narozením, období během a hned po porodu) – poškození mozku vlivem nedostatku kyslíku, poranění hlavy plodu při komplikovaném porodu.

Postnatální (období po porodu do dvou let věku dítěte) – poškození mozku v důsledku zánětu mozku (Matoušek, Křišťan, 2013, s. 393).

Během období postnatálního jsou faktory ovlivňující mentální postižení genetické, infekční onemocnění vedoucí k zánětu mozku, špatná a nedostatečná výživa novorozence anebo úraz. Etiologie mentálního postižení je rozmanitá, u některých případů se příčina vzniku mentálního postižení nezjistí anebo jsou příčiny kombinované (Bazalová, 2014, s. 15-16).

U každé osoby s mentálním postižením nelze jednoznačně určit, pokud jeho mentální postižení bylo způsobeno pouze biologickými vlivy a do jaké míry vlivy sociálními. Postižení může být kladně i záporně ovlivněno podnětným či nepodnětným

prostředím a dalšími zkušenostmi. Součástí je i období kdy a v jakých souvislostech mentální postižení nastalo (Černá, 2008, s. 84).

1.3 KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE

Pojem „inteligence“ a jeho definice je složitou záležitostí, při snaze o rozbor se nabízí mnoho náročných otázek. Inteligence se dá pojmout z různých úhlů pohledu. Můžeme se zaměřovat na biologickou a fyziologickou stránku, jinak budeme chápat tento pojem ze strany psychometrické perspektivy, která se zaměřuje na testování a porovnávání osob ve smyslu výkonového charakteru (Valenta, Michalík, Lečbých, 2012, s. 20).

Průměrný IQ se pohybuje kolem hodnoty 100. Mentální věk odpovídá věku chronologickému. Inteligence se vyvíjí pod vlivem dvou faktorů prostředí a každý faktor má dvě stránky pohledu.

Vnější prostředí

- Výchova v širším slova smyslu – záměrné působení na jedince.
- Prvky, které ovlivňují osobu a ovlivňují formování inteligence – vybavení prostoru, kulturní úroveň prostředí, ekonomické a sociální postavení rodiny a jejich zájmy.

Vnitřní prostředí

- Individuální genetická informace.
- V průběhu prenatálního vývoje plodu – úraz matky, zdravotní stav matky, škodlivé látky a vystavení radiaci, nedostatečná výživa (Šnýdrová, 2008, s. 40).

Výskyt mentálního postižení celosvětově stoupá. Tento přírůstek osob s mentálním postižením, lze chápat i jako důsledek lékařské péče, která je velice pokroková. V současné době je pediatrická péče o novorozence v takovém stádiu, že mohou zachránit děti, které by dříve bez náročné a intenzivní lékařské péče nepřežili. Další možný důvod stoupajícího výskytu osob s mentálním postižením je lepší celková

evidence osob. Nejvyšší procento v celkové populaci osob s mentálním postižením z celkových 3 % populace je asi 2,5 % populace osob s lehkým mentálním postižením (Matoušek, Kříšťan, 2013, s. 393).

Světová organizace (WHO) v pravidelných periodách a v souznění s vývojem ve vědě reviduje klasifikaci nemocí a duševních poruch. Zkratka (MKN) je tedy označení pro Mezinárodní klasifikaci nemocí. Od roku 1992 platí desátá revize této klasifikace (u nás o rok později). Stupeň mentální retardace se stanovuje na základě posouzení inteligence, posouzení schopnosti adaptačního chování a také mírou zvládnutí obvyklých společenských nároků na osobu (Valenta, Michalík, Lečbych, 2012, s. 31).

Koncept MKN – 10 udává i důležitá diagnostická vodítka, která složí k rozhodování o klasifikaci:

- Intelligenci musíme chápat jako velký počet specifických dovedností a schopností.
- Jednotlivé funkce vývoje inteligence se mohou u těchto osob vyvíjet nerovnoměrně.
- Pro stanovení klasifikace je nutné se opírat o všechny zdroje (anamnéza, klinické nálezy, rozhovor, psychometrické testy inteligence, testy přizpůsobivosti, rozhovor s okolím jedince).
- U konečné diagnózy musí být průkazné snížení úrovně rozumových schopností, které má za následek, že vede ke snížené schopnosti přizpůsobit se požadavkům společnosti.
- Úrovně IQ stanovené v klasifikaci nemají být používány nekompromisně a přesně (Procházka, 2014, s. 170-171).

Tabulka 2 - Klasifikace mentálního postižení (WHO, 2014).

Lehká mentální retardace (F70), IQ mezi 50-69	Vyznačuje se obtížemi se školní výukou. Většina osob je v dospělosti práce schopná, vedou hodnotný sociální život a ve společnosti jsou prospěšnými.
--	--

	<p>Do této kategorie zahrnujeme lehkou slabomyslnost a lehkou mentální subnormalitu.</p>
<p>Středně těžká mentální retardace (F71), IQ 35-49</p>	<p>Vyznačuje se opožděným vývojem dětství. V dospělosti většina osob dosahuje v určité míře samostatnosti v sebeobsluze. Mohou adekvátně komunikovat a získají přiměřené vzdělání. Potřebují různou míru podpory v osobním životě a práci.</p> <p>Do této kategorie zahrnujeme středně těžkou mentální subnormalitu.</p>
<p>Těžká mentální retardace (F72), IQ 20-34</p>	<p>Jedinec s těžkým mentálním postižením potřebuje soustavnou pomoc a podporu v celkové péči o svou osobu.</p> <p>Do této kategorie zahrnujeme těžkou mentální subnormalitu, těžkou slabomyslnost.</p>
<p>Hluboká mentální retardace (F73), IQ nižší než 20</p>	<p>Vyznačuje se zejména výraznou nesamostatností v sebeobsluze, mobilitě, komunikaci a hygienické péči.</p> <p>Do této kategorie zahrnujeme těžkou mentální subnormalitu, hlubokou slabomyslnost.</p>
<p>Jiná mentální retardace (F78)</p>	<p>Využívá se tehdy, když stanovení stupně mentální retardace není možné z důvodu dalšího přidruženého postižení. Může se</p>

	například jednat o sobu se somatickým postižením, osobu těžce tělesně postiženou, osobu s autismem.
Nespecifikovaná mentální retardace (F79)	Využívá se tehdy, když o osobě s mentální retardací není dostatek informací tak, aby byla zařazena do jedné z kategorií.

Ke klasifikaci stupně mentálního postižení MKN – 10 se rozlišuje i chování těchto osob (mohou to být časté ataky vzteku, sebepoškozování...). V tomto případě se přidává další číslice za tečku s číslicí vyjadřující stupeň postiženého chování.

0 – označuje žádné nebo minimálně postižené chování

1 – označuje výrazně postižené chování, které vyžaduje intervenci

8 – označuje jiná postižení chování

9 – bez zmínky o postižení chování (Valenta, Michalík, Lečbych, 2012, s. 31).

Osoba s lehkou mentální retardací se naučí mluvit s opožděným vývojem. Převážná většina osob dosáhne v dospělosti nezávislosti v péči o vlastní osobu a praktických věcech týkajících se domácnosti (jídlo, hygiena, úklid). Během teoretické výuce ve škole nastávají potíže. Jedinec má problém se čtením a psaním. Osoby s touto klasifikací převážně vykonávají praktickou manuální práci spíše než práci teoretickou. V případě, že je osoba emočně či sociálně nezralá obtížně se přizpůsobuje ke společenským tradicím a očekáváním, např. manželství a výchova dětí.

Osoba se středně těžkou mentální retardací v dospělosti požívá řeč jen omezeně, pomaleji rozvíjí chápání. Osoba má opožděný vývoj péče o vlastní osobu a zručnost. Často tito jedinci potřebují pomoc a podporu druhé osoby po celý svůj život. Vzdělání jim poskytuje rozvoj omezeného základu pro rozvoj svých dovedností a schopností. Některé osoby se středně těžkou retardací si osvojí i základy čtení, psaní a počítání.

Osoba s těžkou mentální retardací má úroveň poškození a porucha výraznější než u osoby se středně těžkou mentální retardací. Většina těchto osob má i nějakou poruchu motoriky.

Osoba s hlubokou mentální retardací je těžce omezena ve schopnostech rozumět svému okolí a požadavkům kladených na svou osobu. Většina těchto osob je výrazně omezena v pohybování či může být i imobilní, jsou inkontinentní. Komunikují v lepších případech pomocí neverbální komunikace. Tyto osoby nemají většinou žádnou schopnost nebo dovednost jak o sebe pečovat, potřebují nepřetržitou pomoc, dohled a podporu druhé osoby (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 88-89).

Klasifikace jiné mentální retardace se využívá u osob, které mají prokazatelně snížený intelekt, avšak kvůli kombinovanému postižení, poruchám autistického spektra, poruchám chování není možné určit stupeň mentální retardace. Nespecifikovaná mentální retardace je to tehdy, když je prokazatelně snížený intelekt a schopnosti, ale pro nedostatek informací není možné danou osobu zařadit do stupně mentální retardace (Bendová, Zíkl, 2011, s. 10).

2 KVALITA ŽIVOTA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Pod pojmem dobrá kvalita života si každý člověk může představit rozdílné věci. Všichni se ale shodneme, že dobrá kvalita života je důležitým aspektem pro spokojené žití a naplnění svých potřeb.

2.1 KVALITA ŽIVOTA

„Kvalita života je vícerozměrný, subjektivní a měřitelný konstrukt, který vyjadřuje, jak člověk sám hodnotí svou životní situaci. Využívá se ke sledování účinnosti komplexně zaměřených psychosociálních a zdravotnických intervencí“ (Matoušek, Kříšťan, 2013, s. 223).

Kvalita života jedince je určována objektivními a subjektivními determinanty. Není tedy možné jasně stanovit definici kvality života. Kvalita zdůrazňuje náplň hodnoty a důležitosti či jakosti, jde ji měřit pomocí nástrojů, které byly vytvořené na teoretickém podkladě. Tyto nástroje umožňují stanovit kvalitu života jedince pomocí kvantifikace a přiřazením hodnot pro dané ukazatele v rámci skupiny populace. Kvalita života je u každého jedince individuální, tudíž je vždy sporná spolehlivost získaných výsledků (Ludíková, 2013, s. 228).

Člověk v sociálních souvislostech života prožívá, utváří a přetváří skutečnosti, se kterými se smiřuje a aktivně v nich vystupuje. Jsou čtyři základní uvědomění, které udávají život člověka: pobýváme mezi lidmi, nacházíme se ve společensko-politických a ekonomických poměrech, sdílíme s lidmi ve společnosti kolem nás kulturu a jsme vystaveni působení médií. S ostatními lidmi vzájemně komunikujeme (Helus, 2007, s. 15).

Kvalita života se řeší a proniká do mnoha vědních disciplín, např. psychologie, sociologie, ekonomii. Každý z vědních oborů vystihuje a akceptuje odlišný pohled na kvalitu života jedince. Existuje řada pojmů, které jsou s pojmem kvalita života ekvivalentní: štěstí, spokojenost, sociální blahobyt, sociální pohoda (Ludíková, 2013, s. 9-10).

Hlavním objektem hodnocení je lidský život. Lidský život v pojetí kvality života chápeme jako komplexní pojem, který obsahuje všechny stránky lidského života. Zahrnujeme život rodinný, společenský, pracovní a citový. Můžeme hodnotit kvalitu života jednotlivce anebo i skupiny, tedy soubor jedinců (kvalita života národa, kvalita života osob s mentálním postižením...). Hodnocení kvality života, závisí na porovnání se žádoucí a očekávanou úrovní existence a nedá se definovat jako všeobecný pojem, ale jako pojem s individuálním obsahem (Gurková, 2011, s. 21-22).

Tabulka 3 - Model kvalit života (Heřmanová, 2012, s. 416).

<i>Kvality života</i>	Vnější kvality <i>prostředí a společnost</i>	Vnitřní kvality <i>individuální charakteristika</i>
Předpoklady <i>životní šance</i>	Vhodnost prostředí životní prostředí, sociální kapitál, životní úroveň a prosperita	Životaschopnost jedince psychologický kapitál, adaptivní potenciál, zdraví a způsobilost
Výsledky <i>životní výsledky</i>	Užitečnost života vyšší hodnoty než přežití, cena morálního vývoje	Vlastní hodnocení života subjektivní pohoda, štěstí, smysluplnost a naplnění

Vhodnost prostředí zahrnuje celkové ekologické, sociální, ekonomické a kulturní podmínky. Užitečnost života zahrnuje užitečnost jedince pro své okolí, společnost a celkově lidstvo. Životaschopnost jedince prezentuje jeho fyzické a duševní zdraví. Znalosti a dovednosti jedince. Vlastní hodnocení života je pojetí kvality života jedince a jeho hodnocení spokojenosti s jeho životními oblastmi a spokojenosti se životem, který vede. Kvalita života se tedy prvotně zabývá tím, jak osoba svůj život prožívá a hodnotí, dále se zajímá o životní podmínky, ve kterých osoba žije. (Heřmanová, 2012, s. 416).

2.2 KOMUNIKACE S OSOBOU S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

„Člověk se liší od ostatních živých organismů třemi vlastnostmi: vzpřímenou chůzí, obratností rukou a řečí. Všem těmto věcem se musí každé dítě učit, musí k nim být výchovou přivedeno. Na jeho okolí pak bude záležet, jak brzy a jak dokonale tyto úkoly zvládne“ (Pavlová-Zahálková, Ohnesorg, Kantor, 1976, s. 13).

Řeč je vlastnost lidská. Pomocí této vlastnosti člověk sděluje své pocity, tužby a nápady druhým osobám a také vnímá, co komunikují osoby druhé. Takto vzniká proces komunikační. Osoba přijímá řečové podměty, které zpracovává a reaguje na ně odpovědí. Řeč je i schopnost, kdy využíváme našich sdělovacích prostředků, kdy můžeme využívat i řeč psanou a neverbální (Sovák, Neveklovský, Ohnesorg, Pavlová-Zahálková, Svačina, Šrom, Veselý, 1974, s. 7).

Komunikace má mnoho významů, nejdůležitější význam je vzájemné dorozumívání a sdělování. Ve společenských podmínkách se tato schopnost udržuje a rozvíjí. V komunikaci s druhou osobou a ve vzájemném sdělovacím styku daná osoba ve správném čase, místě a ve vhodné formě myšlenku pronáší, vnímá a také chápe komunikaci druhých osob. Řeč je proto hlavní mezilidskou složkou. Výkonost jedince i kolektivu závisí na zvládnutí všech složek ve sdělovacím procesu a v návaznosti na udržování jeho společenských vztahů. Porušením sdělovacího procesu dochází k omezení člověka v jeho společenských vztazích. Toto omezení může dojít až do extrému společenské izolace, kdy může dojít i k jinému narušení chování, povahy jedince. Omezen by byl v tomto případě i proces vzdělávání či proces pracovní. Další důležitý význam je i význam zdravotnický, kdy v komunikaci je porucha řeči často prvním znakem duševní nebo nervové poruchy. Takovéto poruchy sdělování v důsledku fyziologických či funkčních příčin mají za následek možný vznik druhotných příčin a zhoršenou psychiku člověka (Sovák, Neveklovský, Ohnesorg, Pavlová-Zahálková, Svačina, Šrom, Veselý, 1974, s. 10-12).

Komunikace obsahuje mnoho složek. U osob s mentálním postižením je porucha řeči průvodním jevem tohoto postižení, pokud je vyloučeno u dětí sluchové postižení. Osoby s mentálním postižením mívají problémy s osvojováním řeči a komunikačních dovedností, problémem je také abstraktní vyjádření komunikace a delší souvětí či

výslovnost určitých slov. Kvalita komunikace závisí na stupni postižení. Mnohdy může neschopnost vyjádřit své pocity a přání deprimující a vést tak k problémům s chováním či jinému aktu (Bazalová, 2014, s. 65).

Osoby s mentálním postižením procházejí různými prostředím a v rámci těchto prostředí reagují. Osoba, která vyrůstala v nějakém druhu instituce, nebude mít problém kladně reagovat na zaměstnance tohoto zařízení. Osoba, která vyrůstala pouze v rodině a neměla možnost rozvíjet své sociální dovednosti, na ostatní osoby popřípadě při hospitalizaci reagují citlivě na navázání komunikace (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 99).

„Je třeba pozorně a trpělivě naslouchat a pozorovat neverbální projevy, poskytnout čas na reakci. Člověk s mentálním postižením potřebuje čas, potom pokračuje. Je třeba být trpělivý a nebát se ticha“ (Matoušek, Křišťan, s. 394).

2.2.1 ZÁSADY PRO KOMUNIKACI S OSOBOU S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Při komunikaci je důležité respektovat osobnost člověka. Během komunikace být empatický a trpělivý. Respektovat slovní tempo jedince. Poskytovat jedinci zpětnou vazbu verbální i neverbální. Brát ohled na deficity v oblasti artikulace řeči a v oblasti porozumění řeči. Mluvíme jasně, srozumitelně a jednoduše. Nepoužíváme cizí slova či dlouhá souvětí a abstraktní pojmy. Více používáme mimiku a řeč těla, která znázorňuje řeč verbální. Zohledňujeme komunikační potřeby – využíváme popřípadě i alternativní komunikační systémy. V určitých časových intervalech si dle náročnosti komunikace ověřujeme, zda osoba obsahu sdělení rozuměla. Nepoužíváme sugestivní otázky, které by měli za následek ovlivňování komunikace osoby. Při komunikaci necháváme prostor a čas na adekvátní odpověď. S osobou s mentálním postižením komunikujeme a jednáme s úctou, tak jak bychom chtěli, aby bylo jednáno s námi (Bendová, Zikl, 2011, s. 17-18).

Zachováváme pravidla společenského chování. Komunikujeme přímo s osobou s mentálním postižením, pro doplňující informace se obracíme na doprovod až na závěr rozhovoru. Naši komunikaci přizpůsobujeme mentální úrovni osoby, reflektujeme

vyjádření osoby. K dospělé osobě s mentálním postižením se chováme přiměřeně k jeho věku, partnersky. Nechováme se k němu jako k dítěti (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 100).

Při komunikaci s osobou s mentálním postižením si druhé osoby vážíme a chováme k ní úctu. Při kontaktu se snažíme být důvěryhodní, tak abychom osobu přesvědčili, že jsme hodni důvěry. Osobě pozorně nasloucháme. Rozhovor je oboustranná záležitost. Pokud se při komunikaci nemůžeme dorozumět s osobou, tak s taktem nalézt příčinu a nebát se jí překonat. Dále je důležité navodit přátelskou atmosféru. K neúspěšnosti komunikace mohou přispět pochybnosti o sobě i druhých, snaha druhého ovládnout, odlišné chápání zvolených slov, nepřiměřené očekávání, nedostatek času a spěch při komunikaci (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 29).

2.3 SPOLEČNOST A OSOBA S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Předsudky vůči osobám s mentálním postižením ve společnosti stále přetrvávají. Část společnosti má představu o osobách s mentálním postižením dosti mylnou. Představují si, že tyto osoby jsou nešťastníci, nemohou mít smysl pro humor, bavit se a mít radost nebo být v něčem úspěšní. Lišit se nějakým způsobem od společnosti vždy vzbuzovalo v lidech strach nebo odpor a nejistotu. Výrazná odlišnost poutá pozornost okolí, čím více je mentální postižení zřetelné, tím víc se lidé otáčejí, sledují nebo nenápadně pozorují (Slowík, 2007, s. 21).

Osoba s mentálním postižením se často setkává se znevýhodněním prostřednictvím negativních stigmat, předsudků a pověr. Tyto negativní předsudky přispívají k jejich sociálnímu vyloučení. Ve společnosti jsou lidé s mentálním postižením stále někdy bez příčiny vnímáni jako sociálně deviantní. Společnost vnímá mentální postižení jako stálý a neměnný stav, i když je stav osoby ovlivnitelný k lepšímu vhodným způsobem při zvolení správných postupů a s odpovídající pomocí a podporou (Matoušek, Kříšťan, s. 394).

Lidé s mentálním postižením mají stejné potřeby jako ostatní lidé. Velká skupina osob s mentálním postižením žije relativně samostatným a plnohodnotným způsobem života. Tyto osoby pracují, navazují vztahy, mají své záliby a koníčky. Mezi touto

skupinou lidí najdeme hudební, výtvarné nebo sportovní talenty, kteří jsou srovnatelní s nadaností jedinců bez mentálního postižení (Slowík, 2007, s. 118).

Chovat se k osobám s mentálním postižením rovnocenně neznamená opomíjet jejich postižení, ale brát je takový jací jsou i s jejich postižením. Důležitý je postoj nejbližšího okolí osoby s mentálním postižením. Postoj okolí často ovlivňuje samu osobu v náhledu na svůj život. Osoba s mentálním postižením může akceptovat a přijmout své postižení za předpokladu, pokud bude zakoušet i pozitivní stránky, toho jací jsou. V tomto případě je důležitá podpora nejbližšího okolí osoby. Osoby s těžší klasifikací postižení to mají v tomto ohledu o něco lehčí. Často si tyto osoby nejsou svého postižení vědomí, ale i oni citlivě vnímají reakce na svou osobu z okolí. Je nutné rozlišovat mezi různými formami mentálního postižení. Osoby s mentálním postižením jsou vystaveny nálepkování trvale. Stává se, že osoby s lehčí formou mentálního postižení na základě nálepkování zařazují jiné osoby s postižením do jakési hierarchie, v níž sebe sami vidí vysoko. Pro vzájemné vztahy osob s mentálním postižením není toto smýšlení nic kladného. (Pörtner, 2009, s. 71-72).

2.4 HISTORIE PÉČE O OSOBY S POSTIŽENÍM

V průběhu různých dob a společností se nachází různé způsoby péče a zacházení osob s mentálním a jiným postižením. Každá doba a společnost se od sebe liší s různými formami pomoci a zacházení se sekáváme odnepaměti. Potřeba pomoci člověku s postižením je stará jako nemoc a postižení samo, v různých obdobích se však přístup velice liší a v dnešní době nepřipustné. Když léčba nemoci nebo náprava nebyla možná, tak se společnost snažila zabránit zhoršování stavu a zajistit mu ve stanovených podmínkách co nejlepší kvalitu života (Slowík, 2007, s. 11-12).

Represivní přístup – datuje se do období nejstarších civilizací ve starověku. Toto období je spjato se zbavováním a usmrcováním postižených členů dané společnosti a těžce nemocných. Velmi rozšířeným jevem v tomto období bylo zneužívání a zotročování osob s postižením. Lékařská péče v té době byla velmi málo dostupná a špatné zacházení s těmito osobami bylo velmi rozšířené. Ve Spartě zabíjeli slabé děti a naopak ve starověké Mezopotámii se z dochovaných dokumentů prokazatelně stanovovali opatření, která měla zaručit povinnou ochranu postižených jedinců ze strany

rodiny či společnosti. Archeologické nálezy dokazují, že i těžce postižení jedinci ve starověku přežívali.

Charitativní přístup – s vývojem společnosti, společenských paradigmat a filozofických názorů se mění i přístup k lidem s postižením. Ve středověku je tento přístup úzce spjat s křesťanstvím. V této společnosti pohled na člověk s postižením byl s milosrdenstvím. Pomoc a podpora je spjata s církví. Vznikali řeholní řády, které se starali o osoby s postižením, zakládali klášterní špitály a hospice.

Humanistický přístup – v období humanismu se společnost soustředí na člověka jako na osobu v komplexní složení fyzické stránky, psychické stránky, duchovní a sociální stránky. Přispěl k tomu velký pokrok technického poznání a medicíny. Nestačila jen poskytnout pomoc osobě s postižením, tak aby osoba přežívala, ale aby i zlepšil její život. V tomto období zaznamenáváme velký rozvoj institucí zaměřených na péči o osoby s různým druhem postižení.

Rehabilitační přístup – datujeme do období přelomu 19. a 20. století. Období se vyznačuje snahou o rehabilitaci osoby s postižením do života v běžném prostředí. Osoba, která není schopna rehabilitace v očekávané míře a v očekávaném čase je v tomto období často zařazena do instituce (ústavního zařízení). Během 2. poloviny 20. století je tato skupina lidí výrazně segregována od majoritní společnosti.

Preventivně-integrační přístup – po 2. světové válce se společnost zaměřovala na prevenci vzniku postižení, dále se hledají cesty k co nejvíce možné integraci osob s postižením do majoritní společnosti. V tomto období vystávají etické otázky z oblasti genetického inženýrství, interrupce a připravenosti společnosti přijmout v maximální míře osoby s postižením.

Inkluzivní přístup – začleňování osob s postižením do běžné společnosti. Pokud to není nutné, nejsou preferovány nestandardní prostředky, ale běžné postupy. To záleží také na schopnostech osoby s postižením a dané situaci, ve které se nachází (Slowik, 2007, s. 12-14, dle Titzl, 2000).

3 INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ

Individuální plánování je nedílnou součástí sociálních služeb. Souží především k zvyšování kvality poskytování těchto služeb a k rozvoji schopností a dovedností uživatele služby.

3.1 VÝZNAM INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNOVÁNÍ

Individuální plánování je jeden z nástrojů zvyšování kvality poskytování sociálních služeb. Záměrem individuálního plánování je nabízet sociální službu v největším zájmu klienta a jeho rozvoje. Zařídí se dle klientových osobních cílů, specifických podmínek a klientových schopnostem. Cíl individuálního plánu stanovuje klient s pracovníkem služby, tak aby přispěl ke změně nepříznivé životní situace klienta a napomáhal k co největší samostatnosti a nezávislosti. Dále společně naplánují postup, jak cíle dosáhnout. Začátkem individuálního plánování je jednání se zájemcem o službu, poté se sepíše smlouva o poskytování sociální služby a se stanovuje individuální plán (Hauke, 2011, s. 16-17).

Během vztahu klienta se sociální službou, potažmo individuálním plánováním je nutná podpora partnerství a spolupráce, respektování specifických potřeb klienta, ochrana práv klientů, důstojnost a nezávislost klienta v oblastech, kde nepotřebuje pomoc nebo podporu druhé osoby (Bicková, 2011, s. 23).

Význam individuálního plánování je jiný pro klienta a jiný pro poskytovatele služeb. Pro klienta znamená individuální plán bezpečí, protože ví, na čem se s poskytovatelem služby dohodl, ví, jak plán bude probíhat. Klient zná svá práva a také povinnosti. Klient vzájemně spolupracuje s poskytovatelem služby a má možnost větší zodpovědnosti ve svém životě za účelem splnění cílů. Pro pracovníky v sociální službě je individuální plánování přínosem, všichni zaměstnanci přistupují ke klientovi stejným způsobem v souladu s individuálním plánem. Individuální plánování je také prostředníkem pro stanovení míry kapacity sociální služby, prostředkem pro kontrolu využívání pracovní doby pracovníků a prostředkem pro zvyšování kvality poskytované služby, slouží také k rozvoji plánů služby. Nevýhodou individuálního plánování jsou především zdroje. Plánování je náročné na časové, personální a finanční zdroje (Hauke, 2011, s. 18).

3.2 TVORBA INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNU

Individuální plán tvoří klíčový pracovník klienta ve spolupráci s klientem. U osob s mentálním postižením, které jsou závislé na pomoci druhé osoby - individuální plán tvoří s pomocí dalších pracovníků služby či osob klientovi blízkých. Cílem je vytvořit individuální plán, který bude co nejvíce ku prospěchu klientovi, bude v souladu s jeho očekáváním (Hauke, 2011, s. 103).

Existují čtyři modely individuálního plánování poskytování sociálních služeb. Model zaměřený na dosahování cílů, model zaměřený na dialog a uživatele služby, model vycházející ze schémat počítačové podpory a model expertní.

1. Model zaměřený na dosahování cílů

Model se zaměřuje na klientovi stanovené cíle, kterých chce dosáhnout. Klíčový pracovník ve spolupráci s klientem stanovuje i postupy jak cílů dosáhnout. Výsledkem individuálního plánu je stanovení dlouhodobého cíle.

2. Model zaměřený na dialog a uživatele služby

Model se zaměřuje na klienta a jeho potřeby. Základem tohoto modelu je, že se klíčový pracovník během dialogu s klientem snaží, aby si klient určil své potřeby. Motivací klienta si klient určí z potřeby svůj cíl. Klíčový pracovník je oporou klientovi při formulování a stanovení jeho potřeb.

3. Model vycházející se schémat počítačové podpory

Tento model využívá postupů softwarových firem, které navrhují programy pro poskytovatele sociálních služeb. Náplní tohoto modelu je, že pracovní zadá do programu určité parametry o klientovi a softwarový program zvolí vhodné možnosti pro podporu klienta.

4. Model expertní

Tento model pramení z medicínského pohledu sociální práce. Hlavním znakem modelu expertního je, že pracovník si udržuje odstup a expertní postavení. Znakem

expertního modelu je čerpání z osobních anamnéz a ze sociálních anamnéz. Kladení důrazu na práci s dokumenty klienta (Bicková, 2011, s. 27-30).

Do individuálního plánu patří:

- klientovi identifikační údaje
- osobní cíl klienta
- jméno klíčového pracovníka a jména dalších osob nebo zařízení, které se podílejí na plnění individuálního plánu
- postup k dosažení cíle – jednotlivé kroky a body, způsob provedení
- časový rámec jednotlivých kroků
- datum, kdy bude uskutečněno další přehodnocení individuálního plánu
- podpis klienta
- datum vypracování individuálního plánu a podpis klíčového pracovníka.

Do individuálního plánu se také zaznamenávají další informace, například: používání klíčů, kdy nechce být klient rušen, zvířata v domácnosti, specifická komunikace, poskytování obědů (Hauke, 2011, s. 105).

3.2.1 PŘEHODNOCENÍ INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNU

Sociální služba má stanovené pravidla pro četnost, kdy dochází k přehodnocení individuálního plánu, kdo přehodnocení vykonává a jak přehodnocení probíhá. Přehodnocuje se pravidelně v určených termínech dle poskytovatele sociální služby (jednou za měsíc, jednou za půl roku či jednou za rok). Také se může individuální plán přehodnocovat kvůli mimořádným změnám (požádá o to sám klient, změna klíčového pracovníka, přehodnocení smlouvy o poskytování sociální služby, změna v poskytování úkonu). Během přehodnocování individuálního plánu se klíčový pracovník a klient snaží společně projít individuální plán. Porovnávají stav nynější se stavem v dokumentu. Kladou si otázku, zda klientovi vyhovuje poskytovaná péče a podpora a co hlavního se událo od posledního přehodnocení. Zda i nadále se jednotlivé úkony budou provádět stejně a jestli osobní cíl je stejný. Zda se nezměnila klientova situace a jeho potřeby. Ověření osobních údajů a kontaktů. Klíčový pracovník upozorňuje klienta na jeho práva a povinnosti a možnost podat stížnost (Hauke, 2011, s. 110).

3.3 ROLE KLÍČOVÉHO PRACOVNÍKA

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

Klientem je osoba, která využívá sociální službu. Problém klienta u sociálních služeb může vzniknout na základě dostupnosti. Často služba může být pro klienta nedostupná vzdálenostně nebo je pro klienta finančně nákladná (Matoušek, Křišťan, 2013, s. 215).

Klíčový pracovník je osoba, která zastává funkci pracovníka v sociálních službách anebo funkci sociálního pracovníka. Klíčový pracovník je přidělen vedoucí osobou k určitému klientovi, který využívá sociální službu. Klient je na svého klíčového pracovníka vázaný více, než na jiné pracovníky sociální služby. Ve standardech poskytování dané sociální služby, by měli být uvedené informace ohledně klíčového pracovníka daného klienta. Tyto informace by měli zahrnovat kdo je klíčový pracovník a jaké má taková osoba kompetence, práva a povinnosti. Kdo a na základě jakých kritérií klíčového pracovníka stanovuje a jak lze postupovat v případě požadování změny klíčového pracovníka jak ze strany klienta, tak ze strany pracovníka. Klíčový pracovník by měl splňovat určité podmínky a dovednosti pro svou pozici. Pracovník má vhodné charakterové vlastnosti, zkušenosti z praxe a odborné znalosti, dovednosti dosažené vzděláním (minimálně střední vzdělání s výučním listem a kvalifikační kurz pracovníka v sociálních službách). Pracovník je dobře seznámen se standardy kvality sociálních služeb a dále se vzdělává ve své odbornosti. Ke klientovi přistupuje s úctou a rovnocenností. Dbá klientových práv a svobod. Vytváří si s klientem vztah založený na vzájemné důvěře a uvědomění. Pracovník aktivně naslouchá klientovi, řídí se etickým kodexem a ovládá administrativu spojenou s individuálním plánováním klienta (Hauke, 2011, s. 75-76).

Schopnosti klíčových pracovníků by měli být především:

- Znalost lidských práv a respekt k nim – klienta především podporovat.

- Zajištění individuality ke klientovi – vycházet z individuálních a specifických potřeb klienta.
- Podpora soběstačnosti – pomoc v těch úkonech, které není klient schopný vykonat sám.
- Pracovat s přáními a potřebami uživatelů.
- Kooperace pracovníků za účelem individuálního plánu.
- Rozbor práce na supervizi – slouží k ověření správnosti vykonané práce a v jiných pracovních situacích (Bicková, 2011, s. 129).

Práva a povinnosti klíčového pracovníka jsou rozmanitá. Klíčový pracovník vytváří, uskutečňuje a koordinuje ve spolupráci s klientem a dalšími osobami individuální plán klienta. Klíčový pracovník zodpovídá za údaje v individuálním plánu. Klíčový pracovník seznamuje s klientovým individuálním plánem ostatní pracovníky sociální služby, kteří se budou na individuálním plánu také podílet. Pracovník má právo na konzultaci individuálního plánu s metodickým vedením sociální služby. Klíčový pracovník má také právo na vyhrazený čas, který stráví přípravou a realizací individuálního plánu (Hauke, 2011, s. 78).

Klíčový pracovník může mít někdy i obavy z individuálního plánu. V praxi se setkávají klíčoví pracovníci zejména s obavou ohledně individuálních plánů, protože mají práce hodně a nejsou si jistí, jak jí mají kvalitně stíhat. Mají pocit, že jim administrativa ubírá až moc času na úkor péče. Když zvládnou administrativní stránku věci, tak se administrativa změní a musejí se učit znovu něco jiného. Klient nebude chtít individuální plán vykonávat. Často klíčoví pracovníci nevědí, jak pojem individuální plán vysvětlit klientům. Pracovníci nevědí jak na individuálním plánu spolupracovat s klientem, který je nekomunikativní. Klíčoví pracovníci, si v mnoha případech nechávají své obavy o sebe, myslí si, že vedoucí by obavy hodnotil negativně (Bicková, 2011, s. 128-129).

Práce sociálního pracovníka je různorodá, záleží na typu poskytované služby. Sociální pracovník může vykonávat terénní sociální práci, vyhledávání klientů, poradenské služby, spolupracuje s rodinou klienta, spolupracuje s dalšími institucemi a odborníky. Sociální pracovník také řeší sociálně-právní a sociálně-zdravotní problémy

klientů, může zastupovat klienta při správních a soudních řízeních (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 121).

3.4 LIDSKÁ PRÁVA V KONTEXTU INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNU

Lidská práva se dělí dle povahy a předmětu ochrany. Práva jsou občanská, politická, ekonomická, sociální a kulturní. Lidskými právy označujeme soubor práv občanů. Práva občanů zaručuje ústava demokratického státu, mezinárodní smlouvy a to bez ohledu na rasu, pohlaví, náboženské vyznání nebo jiné diskriminující označení (Matoušek, Křišťan, 2013, s. 158-159).

Lidská práva všech občanů České republiky jsou obsažena v mnoha právních předpisech. Jedná se především o Listinu základních práv a svobod a o řadu mezinárodních smluv, které jsou pro Českou republiku závazné. Osoby s mentálním postižením nejsou vždy schopny svá práva uplatňovat a realizovat bez pomoci druhé osoby. Zprostředkovatel sociální služby má vyhodnocovat, jaká práva a úkony zvládne klient sám naplňovat a kdy při uplatňování svých práv potřebuje pomoc, také by měl vědět, v jakém případě může dojít k ohrožení či porušení klientových práv. Standardy kvality sociálních služeb obsahují práva klientů sociálních služeb. Má v nich být stanovená hranice, co je ještě klientovo právo a co ne. Je dáno, že klientovo právo končí tam, kde právo jiného začíná. To vše by mělo být popsáno v metodice poskytování sociální služby. Během poskytování služby dbát na vlastní vůli uživatelů, i když by byl zbavený způsobilosti, klient stále může rozhodovat o jiných věcech (kdy půjde spát). V případě, že klient ohrožuje svým chováním zdraví jiných klientů či druhých osob, může poskytovatel sociální služby bránit klientovi v tomto počínání. Využívá se pro tyto případy takzvané – restriktivní opatření, kdy poskytovatel může bránit klientovi v jeho vůli, však za vhodných podmínek popsaných v metodických pokynech dané sociální služby (Bicková, 2011, s. 47-49).

Zbavení způsobilosti k právním úkonům se týká osob, které jsou neschopny samostatného jednání k právním úkonům. V naplnění práva napomáhá osobě soudem stanovený opatrovník. Opatrovník jedná v nejlepší zájmu osoby. Smyslem zbavení způsobilosti k právním úkonům je předcházet zneužití a náhlému jednání osoby, která není schopna samostatnému právnímu jednání. (Slowík, 2007, s. 41).

3.5 KVALITA SOCIÁLNCH SLUŽEB

Způsob posuzování kvality sociální služby souvisí s tím, jak je služba poskytována a se standardy kvality. Standardy kvality mohou být soustavou kritérií uplatňujících se na rozmanitý sortiment sociálních služeb anebo jsou specifické, kde se standardy kvality vztahují k určitému specifickému druhu služby. Kvalita služeb může být zvyšována zapojováním pracovníků do organizačních změn (Matoušek, 2007, s. 151).

Znění kritérií Standardů je obsahem vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., přílohy č. 2, provádějícího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Standardů je celkem patnáct:

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

Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb – sociální služba má určeno cílovou skupinu, poslání sociální služby, cíle a zásady poskytování sociální služby. Klient musí spadat do cílové skupiny sociální služby (Chloupková, 2013, s. 14).

Individuální plánování průběhu sociální služby – základem je jednání se zájemcem o službu. Během jednání zjišťujeme informace o klientovi, které slouží jako podklady

pro individuální plánování. Informace pomáhají pracovníkům služby poznat zájemce a jeho specifika (Chloupková, 2013. s. 21).

Každý standard má za úkol splňovat několik kritérií v oblasti poskytované služby. Nedodržení nějakého ze stanovených obecných kritérií, tak může mít za následek odebrání registrace k poskytování dané sociální služby (Valenta, Michalík, Lečbých, s. 112).

Standardy jsou obecné vzhledem k různorodosti sociálních služeb. Standardy si každá sociální služba vytváří sama a to s ohledem na cílovou skupinu, na kterou je sociální služba zaměřena. Standardy mají za úkol zaručovat určitou úroveň poskytování sociální služby (Malík Holasová, 2014, s. 55).

Spokojenost s kvalitou služby je nejdůležitějším ukazatelem v hodnocení kvality. Hodnocení klientů může mít za výsledek odhalení špatného zacházení s klienty nebo nedodržování jejich práv. Je možné, že určitý pracovník sociální služby bude negativně hodnocen od více klientů – hodnocení tedy může dát podněty k dalšímu zkoumání kvality poskytování péče u pracovníka a vést k vyřešení problému (Matoušek, 2007, s. 154).

3.6 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Lidé s mentálním postižením mohou využívat různorodé služby, které svou náplní a posláním jsou uzpůsobeny tak, aby vyhovovali potřebám klienta co nejvíce. Tyto služby mají různou formu. Služby mohou klienti využívat formou ambulantní, pobytovou nebo také formu terénní (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 118).

U nás jsou převážně činnosti, které rozvíjí vzdělání dospělých osob s mentálním postižením závislé na aktivitě nestátních neziskových organizací, kterých se účastní dobrovolníci, rodiče a přátelé osob s mentálním postižením.

Osoba s mentálním postižením, dle hloubky postižení potřebuje určitou míru pomoci a podpory. Některé osoby neovládají schopnost se samostatně rozhodovat v běžných životních situacích. V domovech pro osoby se zdravotní postižením se

zvyšuje kvalita poskytování sociálních služeb v souvislosti se zavedením standardů kvality sociálních služeb. Největší zastoupení v populaci osob s mentálním postižením jsou osoby s lehkou formou, tedy osoby s lehkou mentální retardací, kteří se většinou integrují do společnosti bez větších potíží. Tyto osoby jsou v dospělosti samostatné nebo jen s minimální podporou samostatné. Pokud potřebují osoby s lehkou mentální retardací podporu nebo pomoc jsou pro ně v dospělosti vhodné sociální služby v podobě chráněného bydlení nebo podporovaného bydlení či zaměstnání. Osoby s těžší formou mentálního postižení jsou ohroženy rizikem sociální exkluze. Tyto osoby mají problém při běžném sociálním kontaktu. Sociální síť těchto osob je velmi malá, někdy se stýkají jen v kruhu rodiny (Slowík, 2007, s. 116 a 119).

Cílem sociální práce je inkluze osob s mentálním postižením do běžné společnosti. Cílem je i rozvoj schopností a dovedností těchto osob, tak aby se mohly vzdělávat a zapojit do společnosti. Dalším cílem v kontextu sociální práce je postupné zmenšování podpory a pomoci, aby byl klient co nejvíce samostatný (Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2005, s. 113-114).

Sociální poradenství – rozděluje se na základní a odborné. Poradenství má poskytnout každý poskytovatel sociálních služeb. Klient přijde s problémem za poskytovatelem sociální služby, ten mu poskytne základní poradenství, následně může i osobu nasměrovat na jinou službu, která je vhodnější či poskytne odbornější informace k řešení problému (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 119).

„Poradenská pomoc může být také zaměřena na eliminaci klientova informačního deficitu nebo na to, aby klient přijal určitá omezení, která plynou z jeho postižení, našel v životě jinou kvalitu a nové perspektivy, tuto situaci akceptoval a dokázal se co nejlépe adaptovat v dimenzi svého osobního i sociálního fungování“ (Matoušek, 2013, s. 423).

Osobní asistence - míra podpory a pomoci osobního asistenta je u každého klienta velice individuální. Hledí se na potřeby klienta. Osobní asistence spočívá v tom, že umožňuje osobě s mentálním postižením žít v přirozeném prostředí a za pomoci druhé osoby zvládat běžné činnosti.

Pečovatelská služba - může být poskytována v přirozeném prostředí klienta anebo v domovech s pečovatelskou službou. Lidé s mentálním postižením mohou službu využívat i případě úmrtí osoby blízké, která jim pomáhala s péčí místo ústavního zařízení.

Průvodcovské a předčitatelské služby - cílem této služby je pomoc člověku, který je nějak omezen v komunikaci či orientaci. Klient si například potřebuje vyřídit záležitost na úřadě nebo jinou institucí. Služba obsahuje doprovod a pomoc s komunikací i na různých zájmových a volnočasové aktivitách či doprovod do školy.

Podpora samostatného bydlení - službu využívají klienti, kteří využívali službu chráněného bydlení a nadále nepotřebují takovou pomoc. Osoby jsou samostatné a bydlí ve vlastní domácnosti, v některých případech však potřebují pomoc druhé osoby.

Odlehčovací služby - služba je poskytována v domácnosti klienta nebo v prostorách poskytovatele služby. Využívají ji většinou klienti, o které se stará rodina a kteří potřebují pomoc druhé osoby. Rodina si pak může po dobu klientova pobytu v odlehčovací službě odpočinout a nabrat nové síly.

Denní a týdenní stacionáře - služba je pro klienty, kteří potřebují větší míru podpory a pomoci. Náplní této služby je rozvíjení osobnosti a schopností klienta, smysluplné a podnětné trávení volného času, upevňování návyků, zlepšování komunikace a socializace (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 119 - 120).

Domovy pro osoby se zdravotním postižením – služba je dlouhodobá pobytová. Jejím účelem je podpora soběstačnosti osoby s mentálním postižením a zajištění podmínek pro důstojný a aktivní život. Služba je pro osoby, které si dle jejich zdravotního stavu a schopností nemohou zajišťovat všechny své potřeby a jejich situace nelze řešit pomocí rodiny nebo využitím terénních sociálních služeb. V jaké míře a jakým způsobem je rozsah poskytovaných služeb vychází z individuálních potřeb klienta. Služba má pomáhat co nejvíce napomáhat k samostatnosti osoby (Matoušek, Kříšťan, 2013, s. 417).

Chráněné bydlení - služba je určena klientům, kteří potřebují podporu a pomoc druhé osoby k osamostatnění. Chráněná bydlení mají různou formu. Převážně bydlí

klienti samostatně v bytě společně s dalším klientem či klienty nebo bydlí v rodinné domě, kde každý obývá svůj pokoj a k užívání má i prostory společné. S klientem se provádí nácvik praktických a sociálních dovedností, které klient k samostatnosti potřebuje.

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče - služby jsou poskytované osobám s mentálním postižením, které byli propuštěni ze zdravotnického zařízení a z důvodu snížené soběstačnosti je nutná pomoc druhé osoby a pomoc nelze zajistit jiným způsobem (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 120).

Raná péče – služba poskytuje odborné poradenství rodičům dětí s mentálním postižením. Služba nabízí rodině vzdělávací aktivity, informace a podporu. Hlavním cílem služby je poskytnutí podpory celé rodině.

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením - služba pomáhá k navázání nových kontaktů klienta s osobami s podobným postižením. Rozšiřuje klientovi každodenní aktivity, napomáhá ke kvalitnímu trávení volného času, účastnění se kulturních akcí. Klient má možnost zde rozvíjet své zájmy a koníčky.

Sociálně terapeutické dílny - služba je určena osobám s mentálním postižením, které nemají uplatnění v chráněných dílnách a ani na trhu práce v rámci podporovaného zaměstnání. Služba poskytuje dlouhodobou a pravidelnou podporu v nácviku praktických pracovních činností a v sociální rovině. Klienti tu získávají pracovní návyky, zdokonalují zde svou sebeobsluhu a soběstačnost a komunikaci s ostatními klienty socializace.

Sociální rehabilitace - podporuje schopnosti osoby s mentálním postižením a rozvíjí jeho specifické dovednosti a schopnosti. Cílem služby je podpora samostatnosti a soběstačnosti člověka, tak aby mohla osoba s mentálním postižením žít běžným způsobem života.

Dostupnost sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením je různá. Stává se, že klient musí, pokud chce využívat konkrétní službu nebo konkrétního poskytovatele služby, dojíždět či dokonce změnit své bydliště (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 121).

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Struktura výzkumu je soubor etap, které na sebe následně navazují. První etapa či fáze je příprava, poté následuje fáze realizace a konečná fáze vyhodnocení. Výzkumná strategie je obecný metodologický přístup k řešení stanovené výzkumné otázky. Ve společenských vědách celkově se nejvíce využívají dvě kategorie výzkumných strategií, tedy kvalitativní a kvantitativní (Reichel, 2009, s. 38).

Metodologický postup v této práci byl zvolen prostřednictvím kvalitativního přístupu, především kvůli cíli výzkumu a povaze zkoumání. K dosažení cíle byla využita metoda standardizovaného rozhovoru. Hlavní výzkumnou otázkou bylo, jak individuální plánování ovlivňuje kvalitu života osob s mentálním postižením v pobytové službě.

4.1 CÍL VÝZKUMU

Cílem kvalitativního výzkumu je zhodnotit působení individuálního plánování na kvalitu života osob s mentálním postižením v pobytové službě z pohledu klíčového pracovníka. Cílem je také zjistit, jak individuální plánování pomáhá klíčovým pracovníkům při práci s klienty. Cílem výzkumu jsou i dílčí výzkumné cíle:

- Zjistit jakou kvalifikaci mají nejčastěji klíčový pracovníci.
- Zjistit, jaké by měl mít klíčový pracovník vlastnosti a jaká je jeho vytíženost.
- Zjistit, zda se klíčoví pracovníci mohou vyjádřit ke standardům kvality sociální služby.
- Zjistit, s kým klíčový pracovník spolupracuje při tvorbě individuálního plánu.
- Zjistit, v jakých intervalech klíčový pracovník tvoří individuální plán, jak často se individuální plán vyhodnocuje a v jaké formě se uchovává.
- Zjistit, jak klíčový pracovník postupuje při tvorbě individuálního plánu a jak se mu příprava jeví náročná.
- Zjistit, zda je vždy individuální plán naplněn.

4.2 PRŮBĚH VÝZKUMU

Výzkumnou metodou byl zvolen kvalitativní výzkum. Metodou sběru dat je standardizovaný rozhovor s klíčovými pracovníky pobytové sociální služby. Výzkum proběhl v zařízení, které poskytuje pobytové služby pro dospělé osoby s mentálním postižením a osobám s poruchou autistického spektra. Na přání je zachována anonymita služby i anonymita klíčových pracovníků. Zařízení se skládá ze čtyř dílčích domů. Každý dům je specifický pro určitou věkovou skupinu klientů a povaze jejich postižení.

Rozhovory probíhaly v průběhu měsíce února roku 2018. Probíhaly v příjemném a klidném prostředí zasedací místnosti pracovníků, která byla pro tento účel vyčleněná. Rozhovoru se vždy účastnil jen jeden pracovník. Po domluvě s vedením zařízení jsem měla s každým klíčovým pracovníkem určených čtyřicet minut na rozhovor během jeho pracovní doby, tak aby byla zajištěna plynulost služby. Před započítím rozhovoru bylo klíčovým pracovníkům sděleno, k čemu standardizovaný rozhovor slouží a byla připomenuta anonymita. Každý pracovník souhlasil s nahráváním na hlasový záznam pro účely zpracování rozhovorů. Jeden rozhovor trval průměrně třicet minut. Po skončení rozhovoru jsem každému pracovníkovi poděkovala za spolupráci a popřála hodně dalších pracovních úspěchů ve sféře sociálních služeb.

4.3 OTÁZKY STANDARDIZOVANÉHO ROZHOVORU

Klíčovým pracovníkům byly v průběhu rozhovoru položeny následující otázky:

1. Jak dlouho pracujete v oblasti sociálních služeb se zaměřením na osoby s mentálním postižením?
2. Jaké máte nejvyšší dosavadní dosažené vzdělání? Jaký obor? Máte kurz pracovníka v sociálních službách?
3. Jak dlouho pracujete jako klíčový pracovník?
4. Jaká byla vaše příprava na roli klíčového pracovníka?
5. V případě, že jste byl/a školena na pozici klíčového pracovníka, bylo školení jednorázové?
6. Kolik klientů máte na starost jako klíčový pracovník?
7. Jaká je Vaše pracovní pozice v této sociální službě?

8. Jaké vlastnosti má podle Vás klíčový pracovník splňovat?
9. Vnímáte přínos individuálního plánování, nebo je to pro Vás administrativní práce navíc?
10. Je pro Vás přidělený počet klientů na vytváření individuálních plánů přijatelný? Zvládl/a byste vytvořit individuální plán pro více či méně klientů?
11. Máte v pracovní době vyhraněný čas na tvorbu individuálního plánu?
12. Kdo má ve vaší službě na starosti standardy kvality sociálních služeb?
13. Máte možnost se k těmto standardům vyjádřit?
14. Jakou formou individuální plánování zaznamenáváte a uchováváte?
15. Tvoříte individuální plán samostatně nebo ve spolupráci s dalšími pracovníky služby?
16. Má možnost se podílet na tvorbě individuálního plánu rodina klienta? Pokud možnost mají, podílejí se?
17. Spolupracujete při individuálním plánu s jinými odborníky či lékaři?
18. Jak často tvoříte individuální plán?
19. Vyhodnocujete naplnění individuálního plánu? Jak Často?
20. Jakým způsobem, z pohledu klíčového pracovníka, ovlivňuje individuální plánování kvalitu života klientka s mentálním postižením?
21. Jak si myslíte, že individuální plánování napomáhá k rozvoji schopností a dovedností klientka? V čem je individuální plánování přínosem?
22. Jaký je postup při tvorbě individuálního plánu?
23. Jak tvoříte individuální plán s nekomunikujícím klientem?
24. Je pro Vás náročné tvořit individuální plán pro osobu s mentálním postižením? Pokud ano, proč?
25. Zažil/a jste někdy situaci, že se Vám nepodařil naplnit individuální plán? Pokud ano, proč?

4.4 VÝZKUMNÝ VZOREK

V zařízení je celkem patnáct klíčových pracovníků. Z osmi oslovených jich pět souhlasilo se spoluprací na standardizovaném rozhovoru. Se třemi osobami se rozhovor nepodařilo uskutečnit pro odmítnutí.

Tabulka 4 - Vzorek respondentů standardizovaného rozhovoru

<i>respondent</i>	<i>praxe s osobami s mentálním postižením</i>	<i>vzdělání</i>	<i>praxe jako klíčový pracovník</i>	<i>počet klientů</i>
a) žena	3 roky	střední s maturitou	2,5 roku	2
b) žena	3 roky	odborné vyučení	2 roky	1
c) žena	10 roků	střední bez maturity	10 roků	4
d) žena	3 roky	střední s maturitou	2 roky	1
e) žena	3 roky	střední s maturitou	3 roky	2

4.5 ZPRACOVANÁ DATA VÝZKUMU

Získaná data jsou rozdělena do dvaceti pěti skupin dle kladených otázek v průběhu rozhovoru. Respondenti jsou dle tabulky uvedené výše označeni: a) – e) dle jejich odpovědí. Jedná se o zaznamenaný přepis rozhovorů.

Otázka č. 1: „Jak dlouho pracujete v oblasti sociálních služeb se zaměřením na osoby s mentálním postižením?“

- a) V sociálních službách pro osoby s mentálním postižením pracuji tři roky.
- b) Tři roky.
- c) Přes deset let.
- d) Letos to budou tři roky.
- e) Pracuji v této oblasti tři roky.

Otázka č. 2: „Jaké máte nejvyšší dosavadní dosažené vzdělání? Jaký obor? Máte kurz pracovníka v sociálních službách?“

a) Mám nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské s maturitou Obor ekonomika a zemědělství. Kurz mám.

b) Mám střední odborné učiliště. Obor dámská krejčová. Mám doplnění kurz pracovníka v sociálních službách.

c) Střední bez maturity a obor švadlena. Kurz jsem si musela dodělat.

d) Já mám středoškolské s maturitou, obor vychovatelství. Teď si dodělávám speciální pedagogiku. Kurz jsem si nemusela absolvovat.

e) Střední průmyslová škola obor ekologie, mám maturitu. Kurz na pracovníka v sociálních službách si plánuji udělat co nejdříve.

Otázka č. 3: „*Jak dlouho pracujete jako klíčový pracovník?*“

a) Jako klíčový pracovník pracuji asi dva a půl roku.

b) Asi dva roky.

c) Taký deset let.

d) Já bych řekla, že to tak bude druhým rokem.

e) Jako klíčový pracovník pracuji tři roky.

Otázka č. 4: „*Jaká byla vaše příprava na roli klíčového pracovníka?*“

a) Příprava nebyla nějaká velká. Získávala jsem zkušenosti prakticky za pochodu.

b) Kolegyně mě zasvěcovala do role klíčového pracovníka a pak jsem měla i kurz individuálního plánování.

c) Zaškolovaly mě kolegyně.

d) Já jsem prošla kurzem a spíš jsem si potom povídala s paní sociální pracovnící, která mi hodně pomáhala.

e) Na klíčového pracovníka mě zaučovala vedoucí domácnosti.

Otázka č. 5: „*V případě, že jste byl/a školena na pozici klíčového pracovníka, bylo školení jednorázové?*“

a) Nebyla.

b) Ne nebylo to školení jednorázové. Bylo to školení na dvacet čtyři hodin dohromady.

c) Nebyla jsem na školení klíčových pracovníků.

d) Ano, měla jsem ho jeden den.

e) Nebyla jsem na žádném kurzu.

Otázka č. 6: „Kolik klientů máte na starost jako klíčový pracovník?“

a) V současné době dva klienty.

b) Mám jednoho klienta.

c) Čtyři.

d) Já mám jenom jednoho.

e) Mám na starosti dva klienty.

Otázka č. 7: „Jaká je Vaše pracovní pozice v této sociální službě?“

a) Pracovnice v přímé péči na domácnosti číslo tři.

b) Pracovnice v sociálních službách.

c) Pracovník v sociálních službách.

d) Pracovník v sociálních službách, přímá péče.

e) Má pracovní pozice je pracovník v sociálních službách.

Otázka č. 8: „Jaké vlastnosti má podle Vás klíčový pracovník splňovat?“

a) No, měli bychom klienty dobře znát, abychom se mohli vcítit do jejich potřeb a pomoci jim nějakou nejschůdnější cestou se zdokonalovat a zlepšovat svůj dosavadní zdravotní stav a psychický.

b) Já si myslím, že by měl být empatický a odolný proti stresu.

c) Klíčový pracovník by měl hlavně vyhovovat klientovy.

d) Řekla bych, že by měl být hlavně pravdomluvný, byl empatický, aby se uměl vžít do role klientů, potom aby jim pomáhal a měl smysl pro humor.

e) Měl by být empatický a vstřícný hlavně k uživatelům.

Otázka č. 9: „Vnímáte přínos individuálního plánování, nebo je to pro Vás administrativní práce navíc?“

a) Myslím si že, někdy to má opodstatnění smysl. Někdy se bohužel i ten plán mine účinkem. Klienti nechtějí spolupracovat.

b) Určitě vidím přínos v individuálním plánování, myslím si, že to jsou i důležité informace pro zaměstnance, kteří nejsou klíčovým pracovníkem klienta a měli by vědět, na čem se s klientem pracuje.

c) Rozhodně je to administrativní práce navíc, zvláště když nemáme na to žádný vyhraněný čas. Přínos to rozhodně je, je vidět jak klient pracuje na sobě během let.

d) Řekla bych, že je to určitě přínos a hlavně nejenom pro mě, ale i pro nové pracovníky co jsou tady a že se můžeme posunovat s klienty dál.

e) Určitě vnímám přínos, protože se s nimi snažme něco dělat a rozvíjet je.

Otázka č. 10: „Je pro Vás přidělený počet klientů na vytváření individuálních plánů přijatelný? Zvládl/a byste vytvořit individuální plán pro více či méně klientů?“

a) Ano, je přijatelný už jsem měla i tři klienty a bylo to bez problému.

b) Ano je pro mě přidělený počet klientů přijatelný. Myslím si, že je to pro mě ideální stav, kdy jeden klient spadá pod jednoho klíčového pracovníka. Zvládla bych i dva.

c) V žádném případě, protože na jednoho pracovníka by měli být dva klienti a pokud to jsou autisti, tak dva.

d) Ano a teď i pomáhám ostatním kolegyním, aby se víc zapojovali. Myslím si, že dva bych určitě zvládla.

e) Mám dva klienty a je to pro mě přijatelné, už jsem mněla i tři.

Otázka č. 11: „Máte v pracovní době vyhraněný čas na tvorbu individuálního plánu?“

a) Bohužel tento čas tady moc nemáme. Když děláme individuální plány, nemůžeme se věnovat klientům, čas navíc na individuální plánování zde není.

b) Ano, mám v pracovní době vyhranění čas na tvorbu individuálního plánu, kdy je to každý den hodina nepřímé péče.

c) Ne, nemám vyhraněný čas na tvorbu individuálního plánu.

d) Většinou to děláme v době nepřímé péče.

e) Většinou to dělám ve volnějších chvílích během přímé péče.

Otázka č. 12: „Kdo má ve vaší službě na starosti standardy kvality sociálních služeb?“

a) Standardy má na starosti u nás vedení. Vedoucí domova s koordinátorkou.

b) Standardy má na starosti koordinátor.

c) Kvality sociálních služeb má na starosti určitě sociální pracovnice.

d) Já bych řekla, že vedoucí zařízení.

e) Na starosti to má vedoucí domova.

Otázka č. 13: „Máte možnost se k těmto standardům vyjádřit?“

a) No, doposud se nás nikdo neptal.

b) Ano.

c) No kdysi dávno jsme se k tomu vyjadřovali, teď o tom nevím, že bych měla možnost.

d) Ano.

e) Myslím, že ne.

Otázka č. 14: „Jakou formou individuální plánování zaznamenáváte a uchováváte?“

a) Individuální plány tvoříme v počítači a uchováváme je pouze tam. V případě nutnosti můžeme vytisknout.

b) Zaznamenáváme a uchováváme individuální plánování elektronicky a popřípadě i písemně.

c) V písemné i elektronické.

d) Zaznamenáváme a uchováváme to na počítači. Můžeme si to i vytisknout a dát to do karty jednotlivých klientů.

e) Individuální plán zaznamenáváme v elektronické formě a tiskneme je do karet uživatelů.

Otázka č. 15: „Tvoříte individuální plán samostatně nebo ve spolupráci s dalšími pracovníky služby?“

a) Plán tvoříme samostatně, když si nejsme jisti, tak se poradíme s kolegyní nebo se sociální pracovníci.

b) Ano vytváříme individuální plán většinou ve spolupráci s dalšími kolegy.

c) Někdy samostatně a pak to konzultujeme s dalšími pracovníky a s vedoucími.

d) Spíš dohromady s ostatními pracovníky, protože každý má na to jiný pohled a každý zná klienta jinak. Hlavně spolupráce.

e) Individuální plán tvoříme v kolektivu, ale když ho chce někdo dělat sám, tak může.

Otázka č. 16: „Má možnost se podílet na tvorbě individuálního plánu rodina klienta? Pokud možnost mají, podílejí se?“

a) Na tvorbě individuálního plánu se může podílet rodina, ale jelikož zde máme klienty, kteří moc rodinných příslušníků nemají, tak toho nevyužívají.

b) Ano, určitě se rodič, pokud má tedy rodiče nebo opatrovníka, tak se podílejí na tvorbě individuálního plánování.

c) Rozhodně je přínosem, když se podílí rodina klienta na individuálním plánu. Někteří to ale nepovažují za vůbec nutné.

d) Určitě má možnost a podílí se.

e) Samozřejmě, že mají možnost se podílet, ale moc se podílet nechtějí.

Otázka č. 17: *„Spolupracujete při individuálním plánu s jinými odborníky či lékaři?“*

- a) Většinou jen v případě toho, když by byl nějaký problém.
- b) Ano, ve výjimečných případech spolupracujeme s odborníky.
- c) Určitě se spolupracuje s odborníky a lékaři, když je potřeba.
- d) Zatím ne, jen s kolegyněmi z práce a s vedoucí.
- e) Ne.

Otázka č. 18: *„Jak často tvoříte individuální plán?“*

- a) Dvakrát do roka.
- b) Tvoříme ho každý půl rok, kdy se dávají nové cíle.
- c) Jednou za půl roku.
- d) Dvakrát do roka sepisujeme individuální plán.
- e) Dvakrát ročně.

Otázka č. 19: *„Vyhodnocujete naplnění individuálního plánu? Jak často?“*

- a) Rovněž dvakrát do roka.
- b) Po půl roce se individuální plán hodnotí.
- c) Taky jednou za půl roku.
- d) Dvakrát do roka vyhodnocujeme.
- e) Ano vyhodnocujeme naplnění individuálního plánu po půl roce.

Otázka č. 20: *„Jakým způsobem, z pohledu klíčového pracovníka, ovlivňuje individuální plánování kvalitu života klientka s mentálním postižením?“*

- a) Ovlivňuje kvalitu v tom smyslu, že klienta motivujeme, aby udržovat své schopnosti na takové míře jaké má doposud a pokud možno si je ještě zlepšil.

b) Určitě se snažíme zachovávat u klienta věci, které zná a snažíme se samozřejmě i rozvíjet a pořád pracujeme na tom, aby se zachovali věci, které umí a aby se klient trošku někam posunul.

c) Já rozhodně si myslím, že někteří nevnímají, to co je s nimi děláno, ale rozhodně to vnímají pozitivně. Většinou se snažíme je něčemu naučit nebo v něčem zdokonalit.

d) Já bych řekla, že se více zapojují do života tady, hlavně se snaží spolupracovat a být více samostatní.

e) Zlepšuje se mu tím kvalita života. Dokáže věci, které by předtím nedokázal.

Otázka č. 21: „*Jak si myslíte, že individuální plánování napomáhá k rozvoji schopností a dovedností klientka? V čem je individuální plánování přínosem?*“

a) Snažíme se u klientů rozlišit na, co mají vlohy a tím směrem je vést a zaměstnat, někdo třeba je zručnější při práci v kuchyni, tak se ho snažíme využít při drobných domácích pracích někdo vyloženě má rád odpadky, tak toho využijeme při pomoci v domácnosti.

b) Pomáhá nám v rozvoji schopností, že se dokáže sám nějak zapojit do běžných věcí, jako je hygiena a oblékání. Schopnější uživatele zapojujeme i do domácích prací, takže přínosem určitě je, že ten člověk neustrne a sám na sobě může pracovat.

c) Schopnosti a dovednosti opravdu jsou přínosem a je jediné dobře, když se sami chtějí rozšířit a zdokonalit. Je to přínos i pro službu, když víme, že to klient zvládne. Snažíme se o to, aby každý dělal co má rád a co ho baví.

d) Víme, co už zvládne, takže pokračujeme, aby se ještě zlepšoval.

e) Individuální plánování je přínosem, zlepšuje schopnosti klientů a rozvíjí to, co je baví.

Otázka č. 22: „*Jaký je postup při tvorbě individuálního plánu?*“

a) Je to prakticky téměř každodenní sledování klienta. Případně poznámky si píšu na papír a přihlédnu k tomu nebo se ptám kolegyně, co by doporučili a zahrnu to do plánu.

b) Postup je takový, že se kolegyněmi bavíme o klientovi, co by jeho mohlo někam posunout, co je třeba zachovat, protože jsou věci, ve kterých už se neposune.

c) Základ si píšu na papír a potom se nepřímo načrtne v elektronické podobě a dodělává se, vylepšuje.

d) Většinou se kouknu, jak se naplnil předchozí individuální plán a poté jestli na něj jde navázat a ještě rozvinout.

e) Sedneme si s naším týmem a řekneme si, co je dobré pro našeho uživatele a podle toho to zkusíme.

Otázka č. 23: „*Jak tvoříte individuální plán s nekomunikujícím klientem?*“

a) Zrovna nekomunikujícího klienta na domácnosti nemáme, ale jinak podle zkušenosti s tím jak ho vycítíme jeho chování. Sledováním jeho návyků a pozitivních a negativních reakcí.

b) Hodně pozorujeme uživatele, vnímáme to, jak se chovají a to co jim jde. Snažíme se jim nabízet aktivity

c) Určitě podle pozorování, co by se mu líbilo, co by chtěl.

d) Tak většinou známe jeho zájmy, co se mu líbí a co má rád a zkusíme to. Spolupracujeme i s rodinou.

e) Snažím se pochopit jeho potřeby a individuální plán tvořím tak, aby mu vyhovoval.

Otázka č. 24: „*Je pro Vás náročné tvořit individuální plán pro osobu s mentálním postižením? Pokud ano, proč?*“

a) Někdy je to velice složité, protože postižení velice těžko spolupracují. Každý den mají jinou náladu i věci, které někdy dělají s oblibou, tak jsou dny, kdy prostě stagnují a tuhle činnost odmítají.

b) Jak se to vezme, jestli je to náročné. Je to o tom, že my tady s nimi žijeme, takže je známe a je to o tom, že to i zkusíme. To co máme vypořádáno a jak na to klient reaguje.

c) Náročné to vždycky je, je těžké najít něco dalšího, co by je bavilo a zajímalo.

d) Řekla bych, že ano. Asi nejhorší pro mě bylo, než jsem klienty poznala a pak už bych řekla, že je to o něco lehčí. Náročné je to v tom, že ne vždy se s nimi dohodnete na tom, co by chtěli, pokud nekomunikují.

e) Je to pro mě složité, protože ne vždy klienti spolupracují.

Otázka č. 25: „Zažil/a jste někdy situaci, že se Vám nepodařil naplnit individuální plán? Pokud ano, proč?“

a) Úspěšnost naplňování individuálních plánů zdaleka není sto procentní. Velké problémy jsou s osobní hygienou, některé klienty nedokážeme namotivovat žádným způsobem aby tu osobní hygienu dodržovali. Pak máme tady plány, které se daří naplňovat, které se podařilo uskutečnit a za to jsem rádi.

b) Určitě se mi již nepodařilo naplnit individuální plán a bylo to z důvodu, kdy uživatel prostě na splnění plánu neměl buď psychicky, nebo fyzicky.

c) Určitě, když to pravdu nejde i když se snažíme o něco rok a klient to nezvládá, tak ne že bych od toho úplně ustoupila, dělám to dál, ale zároveň začínáme s něčím novým.

d) Zatím se mi to nestalo, ale myslím, že je to z důvodu toho, že do individuálního plánu zapojuji, co už uměl a snažím se to zdokonalit. Když začínáme něco nového, tak to děláme postupně.

e) Samozřejmě, že jsem zažila situaci, že se mi nepodařil naplnit individuální plán, protože klient nechtěl, odmítal danou aktivitu.

4.6 ANALÝZA VÝSLEDKŮ ROZHovorŮ

Zhodnocení výsledků dosažených prostřednictvím standardizovaného rozhovoru s prezentací dosaženého cíle výzkumu. Uvedení výsledků výzkumných otázek v kvalitativním výzkumu.

Cílem kvalitativního výzkumu bylo zhodnotit působení individuálního plánování na kvalitu života osob s mentálním postižením v pobytové službě z pohledu klíčového pracovníka, a zhodnotit jak individuální plánování pomáhá klíčovým pracovníkům při práci s klienty.

Pracovníci se snaží klienta motivovat tak, aby si udržoval své stávající schopnosti a dále se rozvíjel. Klientovi se tím zlepšuje kvalita života. Má schopnosti nebo dovednosti, které předtím neměl nebo je nedokázal. Klient může být více samostatný a to je přínosem pro celou službu. Z pohledu klíčového pracovníka ovlivňuje individuální plánování kvalitu života osoby s mentálním postižením kladně. Napomáhá k rozvoji a seberealizaci. Prostřednictvím individuálního plánu osoba rozvíjí své schopnosti, dovednosti a své vloh. Klient se poté pokud chce, dokáže více aktivně zapojit do chodu domácnosti.

Cílem výzkumu bylo i prostřednictvím tázaných otázek odpovědět na tyto dílčí výzkumné cíle:

- **Zjistit jakou kvalifikaci mají nejčastěji klíčový pracovníci.**

Nejčastěji respondenti pracují v oblasti sociálních služeb se zaměřením na osoby s mentálním postižením po dobu tří let. Většinou se jedná o pracovníky, kteří mají ukončené vzdělání střední s maturitou nebo ukončené výučním listem v jiném oboru, než jsou sociální služby a mají nebo si plánují dodělat kurz pracovníka v sociálních službách.

- **Jaké by měl mít klíčový pracovník vlastnosti a jaká je jeho vytíženost.**

Respondent pracuje přibližně stejně dlouhou dobu v přímé péči na pozici pracovníka v sociálních službách i jako klíčový pracovník. Školení na roli klíčového pracovníka proběhlo jen u dvou respondentů. Zkušenosti získávají nejčastěji v průběhu času. Kolegyně se je snaží uvádět do problematiky individuálního plánování a s plány si většinou i navzájem pomáhají. Průměrně má jeden klíčový pracovník na starosti dva klienty. Jeden respondent uvedl, že má čtyři klienty a tato situace je již pro něj velice náročná. Klíčový pracovník má být hlavně empatický, aby se mohl vcítit do klientových potřeb, odolný vůči stresu, být ke klientovi vstřícný a dobře klienta znát.

- **Zjistit zdali se klíčový pracovníci mohou vyjádřit ke standardům kvality sociální služby.**

V zařízení má dle respondentů standardy kvality sociálních služeb na starost vedení a koordinátorka zařízení. Dva respondenti z dotazovaných uvedli, že se mohou ke standardům vyjádřit. Tři respondenti z pěti uvedli, že si myslí, že tuto možnost nemají nebo o ní neví.

- **Zjistit s kým klíčový pracovník spolupracuje při tvorbě individuálního plánu.**

Individuální plán tvoří většinou společně za pomoci dalších pracovníků, kteří jsou v častém kontaktu s klientem. Kdo chce individuální plán vytvářet samostatně bez konzultace a spolupráce kolegů, tak také může. Pokud má klient rodinu, která se chce podílet na individuálním plánu, tak zajisté může a podílí se. Při individuálním plánování spolupracují klíčoví pracovníci s jinými odborníky jen ve výjimečných případech, pokud by to bylo potřeba z důvodu nějakého problému.

- **Zjistit v jakých intervalech klíčový pracovník tvoří individuální plán, jak často se individuální plán vyhodnocuje a v jaké formě se uchovává.**

Individuální plán se u každého klienta tvoří i vyhodnocuje dvakrát ročně. Vyhodnocuje se s pomocí nadřízeného pracovníka nebo sociální pracovnice. Zpracovává a uchovává se v elektronické podobě, dále se i v některých případech uchovává v papírové formě ve složkách klientů tak, aby k nim měl přístup každý zaměstnanec.

- **Zjistit jak klíčový pracovník postupuje při tvorbě individuálního plánu a jak se mu příprava jeví náročná.**

Pro tvorbu individuálního plánu je důležitá spolupráce pracovníků, kdy diskutují o klientovi a jeho možném posunu a o tom, co ho baví a naplňuje. Roli při přípravě hraje i sledování klienta a jeho reakce na aktivity. První fáze je přípravná, kdy si pracovník udělá náčrt individuálního plánu a poté ho formuje do elektronické podoby. Tvorba individuálního plánu s nekomunikujícím uživatelem je především o pozorování klienta a snažení se mu přizpůsobit individuální plán tak, aby mu vyhovoval. Sledují pozitivní a negativní reakce klienta. Klíčoví pracovníci vnímají přínos individuálního plánování. Bohužel pracovníci nemají vyloženě vyhraněný čas na tvorbu individuálního plánu.

Plán tvoří většinou při hodině nepřímé péče, kdy jsou v místnosti s klienty, kteří mají na programu odpočinek po obědě. Během nepřímé péče musí stihnout vykonat jiné administrativní úkony a být stále nablízku pro klienta a jeho potřeby.

- **Zjistit, zdali je vždy individuální plán naplněn.**

Individuální plán není vždy naplněn. Často se stává, že klient odmítá plnění individuálního plánu z různých situačních důvodů, kdy se mu plán plnit nechce a klíčový pracovník ho k vykonávání úkonu nenutí. Chybí zde motivovanost klienta. Individuální plány se ale také daří naplňovat a klient i pracovníci jsou za to rádi a dále postupují v rozvoji dovednosti. Respondenti uvádějí, že je náročné tvořit individuální plány, protože osoby s mentálním postižením jako každé jiné mohou dle nálady stagnovat a danou činnost odmítat. Náročnost spatřují i v tom, najít vhodnou činnost, kterou by klient zvládl, a zároveň ho činnost bavila a měl o ní zájem.

ZÁVĚR

Teoretická část práce se pokouší o stručné uvedení do problematiky mentálního postižení, včetně vymezení pojmu mentální postižení, etiologii mentálního postižení a klasifikaci. Dále v teoretické části práce zmiňuji pojem kvalita života. Zabývám se komunikací s osobou s mentálním postižením a historií péče o osoby s postižením. Teoretická část obsahuje mimo jiné také význam individuálního plánování, lidská práva v kontextu individuálního plánování, sociální služby pro osoby s mentálním postižením a důležitou roli klíčového pracovníka v procesu individuálního plánování.

V praktické části práce bylo cílem kvalitativního výzkumu zhodnotit působení individuálního plánování na kvalitu života osob s mentálním postižením v pobytové službě z pohledu klíčového pracovníka a zjistit, jak individuální plánování pomáhá klíčovým pracovníkům při práci s klienty. Praktická část bakalářské práce je proveden pomocí metody strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Respondenty strukturovaného rozhovoru bylo pět klíčových pracovníků, kteří jsou pracovníky v sociálních službách. Jednalo se o pět žen. Rozhovory se uskutečnili v domově pro osoby s postižením, kde poskytují pobytové služby dospělým osobám s mentálním postižením a dospělým osobám s poruchou autistického spektra. Praktická část zodpovídá na výzkumný cíl práce a na stanovené dílčí výzkumné cíle.

Z výzkumu vyplynulo, že klíčový pracovníci hodnotí individuální plánování kladně a přínosně pro klienty a službu zároveň. Prostřednictvím individuálního plánu může klient rozvíjet své schopnosti, učit se novým dovednostem a uplatňovat vlohy jaké daný klient má. Na klíčovými pracovníci je úprava individuálního plánu tak, aby klientovi co nejvíce vyhovoval a byl mu největším přínosem. Klient se poté může více zapojit do chodu služby a být více samostatný.

Tato bakalářská práce by mohla být podnětná pro pracovníky v sociálních službách, kteří zastávají i roli klíčového pracovníka. Práce by jim mohla přinést nové informace z oblasti teorie i praxe, které by pak mohli využít v přímé práci s klienty či při tvorbě individuálního plánu. Lze tedy říci, že cíl praktické části práce se podařilo naplnit.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

1. BAZALOVÁ, Barbora. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0693-4.
2. BENDOVIČ, Petra a Pavel ZIKL. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3854-3.
3. BICKOVÁ, Lucie. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. ISBN 978-80-904668-1-4.
4. ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.
5. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.
6. HAUKE, Marcela. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3849-9.
7. HELUS, Zdeněk. *Sociální psychologie pro pedagogy*. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1168-3.
8. HEŘMANOVÁ, Eva., 2012. *Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu*. *Sociológia* [online]. Roč. 44, č. 4, s. 416 [cit. 2017-11-26]. ISSN 1336-8613. Dostupné z: <http://www.sav.sk/journals/uploads/09101219Hermanova%20-%20OK%20upravena%20studia.pdf>.
9. CHLOUPKOVÁ, Soňa. *Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4678-4.
10. LUDÍKOVÁ, Libuše. *Kvalita života osob se speciálními potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3827-6.
11. MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

12. MALÍK HOLASOVÁ, Věra. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4315-8.
13. MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
14. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-x.
15. MATOUŠEK, Oldřich, KŘIŠŤAN, Alois, ed. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.
16. PAVLOVÁ-ZAHÁLKOVÁ, Anna, Karel OHNESORG a Milan KANTOR. *Prevence poruch řeči*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1976. Knižnice speciální pedagogiky.
17. PÖRTNER, Marlis. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-582-0.
18. PROCHÁZKA, Roman. *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4451-3.
19. REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.
20. SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1733-3.
21. SOVÁK, Miloš, Ladislav NEVEKLOVSKÝ, Karel OHNESORG, Anna PAVLOVÁ-ZAHÁLKOVÁ, Stanislav SVAČINA, František ŠROM a Eduard VESELÝ. *Logopedie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1974.
22. ŠNÝDROVÁ, Ivana. *Psychodiagnostika*. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2165-1.
23. VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3829-1.
24. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.

Seznam použitých internetových zdrojů

1. *PORUCHY DUŠEVNÍ A PORUCHY CHOVÁNÍ* [online]. c2014. [cit. 2017-11-12] Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/F70-F79.html>
2. *MPSV* [online]. c2009. [cit. 2017-11-20] Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/5963>

SEZNAM TABULEK

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Přehled příčin vzniku vad a poruch	12
Tabulka 2 - Klasifikace mentálního postižení (WHO, 2014).	15
Tabulka 3 - Model kvalit života (Heřmanová, 2012, s. 416).	20
Tabulka 4 - Vzorek respondentů standardizovaného rozhovoru.....	40

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Individuální plán	I
--	----------

Příloha A – Individuální plán

Individuální (adaptační) plán

Jméno klienta: Jan

Jméno a pracovní pozice zaměstnance: (klíčový pracovník), ... (sociální pracovník)

Jméno a role dalších osob, které se plánování účastnily: ... (matka)

Datum sjednání individuálního plánu: 1. 3. 2017

Popis nepříznivé sociální situace klienta:

Jan je osoba s těžkým zdravotním postižením. Bydlí střídavě s matkou a v domově pro osoby s postižením.

Je plně závislý na pomoci druhé osoby. Jan pobírá invalidní důchod a příspěvek na péči 4 stupně. S matkou bylo dohodnuto tykání a oslovování jménem Jan.

Jan má špatnou koordinaci pohybu a **málo vyvinutou jemnou motoriku**. Verbálně nekomunikuje, pokud něco chce, tak si to vezme. Pokud se mu něco nelíbí, tak to dá najevo zrychleným dechem. **Jan není schopen si sám připravit stravu**, při jídle používá pouze lžičku a **potřebuje dopomoc druhé osoby**.

Není schopen si sám zajistit čisté prádlo, sám se obléci a při oblékání nespolupracuje, má ruce plné předmětů, které odmítá odložit.

Nedokáže se sám umýt, nepoužívá toaletu (používá inkontinenční pomůcky), projevuje se u něj problémové chování, pokud hygienu provádí cizí osoba.

Nedokáže si zajistit úklid svého pokoje, je odkázán na pomoc personálu.

Ve známých vnitřních prostorech se orientuje dobře, mimo domov potřebuje neustálý dohled.

Nedokáže si sám vyřídit úřední záležitosti.

Jan má rád společnost, když se kolem něho něco děje, návštěvy, výlety, jízdu autem, četbu knih, hudbu, rytmické hry. Rád nosí kolíčky na prádlo, kliky, hadříky. Rád věší prádlo na šňůry. Rád jí.

Vadí mu, když je na domácnosti veliký hluk. Má oblíbené pracovnice a dokáže být velmi žárlivý. Nedokáže rozeznat nebezpečí, je důležité, aby měl neustálý dohled.

Dlouhodobý cíl: Uspokojení základních životních potřeb, zachování a rozvoj schopností, začleňování do běžného chodu domácnosti, procvičování jemné motoriky. Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Nepříznivá situace: nedokáže se sám umýt.

Potřeba: potřebuje pomoc s hygienou.

Krátkodobý cíl: bude postaráno o jeho osobní hygienu.

Rozsah: každé ráno bude přebalen, umyt, dle potřeby vysprchován. Vyčištěné zuby, učesan. Odpoledne přebalen. Večer osprchován, 3x týdně mu bude umožněna koupel.

Postup: Jana odvedeme do koupelny, je naučen předklonit se přes vanu. Umyjeme ho a dáme čistou plenu. Při čištění zubů sedí na židli vedle vany. Při večerní hygieně, dbáme na to, aby nový personál měl pouze dohled a Jan si na něj mohl zvyknout.

Nepříznivá situace: nedokáže sám uklidit, vyprat.

Potřeba: potřebuje pomoc s úklidem a zajištěním čistého prádla.

Krátkodobý cíl: bude mít uklizený pokoj a čisté prádlo.

Rozsah: každé ráno bude mít ustlanou postel, vytřený pokoj. Bude mít vyprané prádlo, dle potřeby bude během dne převlečen.

Postup: dle pracovního postupu.

Nepříznivá situace: nedokáže se sám obléci, při oblékání nespolupracuje.

Potřeba: je potřeba zajistit bezpečné oblékání.

Krátkodobý cíl: Jan při oblékání a vysvlékání předměty odloží, aby bylo oblékání snadné a bezpečné.

Rozsah: při oblékání.

Postup: personál mu předměty vezme a položí na klín a vysvětlí mu, že si po oblečení opět předměty vezme.

Nepříznivá situace: nedokáže uvařit, sám se stravovat.

Potřeba: potřebuje pomoc se zajištěním stravy a pomoc při stravování.

Krátkodobý cíl: bude mu zajištěna strava a pomoc při stravování.

Rozsah: bude mu podávána snídaně, svačina, oběd, svačina, večeře. Bude mu pomoženo při stravování. Sociálně terapeutická činnost - asistovaný nácvik přijímání potravy lžící.

Postup: dle pracovního postupu. Janovi doneseme jídlo na stůl. Vložíme mu do ruky lžící, společnými silami nabereme jídlo na lžící a necháme Jana, aby jídlo vložil sám do úst. Po skončení je třeba Jana motivovat pochvalou.

Nepříznivá situace: má špatně vyvinutou jemnou motoriku.

Potřeba: potřebuje procvičovat jemné pohyby rukama.

Krátkodobý cíl: budou se s ním procvičovat úchopy a manipulace s drobnými předměty.

Rozsah: činnosti vedoucí k procvičení jemné motoriky - bude se využívat různých stavebnic a pomůcek, při jejich užívání se musí soustředit na přesnost pohybu.

Postup: Jan bude posazen k pracovnímu stolu na svém pokoji a bude se věnovat dané činnosti, alespoň 10 minut denně. Pracovnice mu názorně ukáže postup a slovně navádí k provedení úkonu. Po skončení je třeba Jana motivovat pochvalou.

Nepříznivá situace: nedokáže si sám vyřídit úřední záležitosti.

Potřeba: Jan potřebuje, aby se někdo postaral o jeho úřední záležitosti.

Krátkodobý cíl: Jonáš bude mít jeho úřední záležitosti.

Rozsah: pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování a oprávněných zájmů.

Postup: za spolupráce opatrovníka a sociální pracovnice, bude mít Jan zajištěné všechny potřebné úřední záležitosti.

Rizikový plán – oblasti rizik

- 1. Agresivní chování (vůči jiným i sobě) - ANO**
- 2. Samostatný pohyb mimo zařízení (dopravní nehoda, bloudění) - ANO**
- 3. Hygiena - ANO**
- 4. Stravování (příjem potravin, tekutin) - NE**
- 5. Manipulace s ostrými předměty, nářadím - ANO**
- 6. Manipulace s elektrospotřebiči - ANO**
- 7. Pohyb (pády, uklouznutí, chůze po schodech, manipulace s vozíkem apod.) - ANO**
- 8. Plavání - ANO**
- 9. Poškození majetku, krádeže cizího majetku - ANO**

10. Zdravotní stav (dekubity, epilepsie) - NE

11. Manipulace s ohněm (cigarety, svíčky apod.) - NE

12. A jiné (další rizika, které nepatří ani do jedné z výše uvedených oblastí) – NE

Agresivní chování (vůči jiným i sobě)

1. Popis rizikové situace:

Při koupání a oblékání se Jan kouše do rukou.

Napadá a kouše ostatní i uživatele.

2. Příčiny, spouštěče rizikové situace:

Janovi vadí, při hygieně a oblékání přítomnost cizích lidí.

Pokud je na domácnosti veliký hluk, nebo pokud jiný klient drží v ruce předmět, který on chce

3. Jak snížit pravděpodobnost rizika:

Dopřát mu soukromí při hygieně a oblékání. Postupné zvykání na přítomnost nového personálu.

Snažit se zamezit nadměrnému hluku na domácnosti. Dohlížet, aby Jan ostatním věci nebral. Upozorňovat, že to nesmí brát.

Samostatný pohyb mimo zařízení

1. Popis rizikové situace:

Není schopen rozeznat rizika, neorientuje se ve venkovním prostoru. Mohl by se ztratit, mohlo by ho srazit auto.

2. Příčiny, spouštěče rizikové situace:

Zdravotní a mentální stav Jana.

3. Jak snížit pravděpodobnost rizika:

Bude pod neustálým dohledem.

Postup v případě krize (nastala riziková situace):

Pokud by se ztratil, personál ihned začne Jana hledat a pokud ho nenajde ve stanovené době, požádá se pomoc PČR.

Hygiena

1. Popis rizikové situace:

Jan má špatnou koordinaci těla, špatně se dostává do vany, je zde riziko uklouznutí.

2. Příčiny, spouštěče rizikové situace:

Kluzká podlaha, zdravotní stav.

3. Jak snížit pravděpodobnost rizika:

Personál přidržuje Jana za ruku, aby neuklouzl a při vstupu do vany, pomáhají Janovi dvě pracovnice. Při hygieně jsou používány protiskluzové podložky.

4. Postup v případě krize (nastala riziková situace):

Jestliže by Jan uklouzl na podlaze, personál zkontroluje, zda nedošlo ke zranění. Pokud ano, ošetří ho, popřípadě vyhledá lékařské ošetření.

Manipulace s ostrými předměty, náradím

1. Popis rizikové situace:

Není schopen rozeznat rizika, mohl by se zranit.

2. Příčiny, spouštěče rizikové situace:

Zdravotní a mentální stav Jana.

3. Jak snížit pravděpodobnost rizika:

Z dosahu Jana budou odstraněny ostré předměty.

3. Postup v případě krize (nastala riziková situace):

Pokud by se Janovi dostal do rukou ostrý předmět, bude mu co nejšetrněji odebrán.

Pohyb (pády, uklouznutí, chůze po schodech, manipulace s vozíkem apod.)

1. Popis rizikové situace:

Jan má špatnou koordinaci těla, mohl by uklouznout na mokřém povrchu. Velmi špatně se pohybuje na schodech. Hrozí pád.

2. Příčiny, spouštěče rizikové situace:

Špatná koordinace těla.

3. Jak snížit pravděpodobnost rizika:

Pracovnice v takových situacích Jana doprovází a při chůzi ho drží za ruku.

4. Postup v případě krize (nastala riziková situace):

Pokud dojde k pádu, pracovnice zjistí, zda nedošlo ke zranění. Pokud ano, ošetří ho, popřípadě vyhledá lékařské ošetření.

Plavání

1. Popis rizikové situace:

Jan neumí plavat, hrozí utonutí.

2. Příčiny, spouštěče rizikové situace:

Zdravotní a mentální stav Jana.

3. Jak snížit pravděpodobnost rizika:

Jan bude pod neustálým dohledem a pouze s plavacím kruhem.

4. Postup v případě krize (nastala riziková situace):

Pokud dojde k tonutí, pracovník si přivolá na pomoc kolegyni a vytáhnou Jana z vody (Jan v krizových situacích reaguje prudkými pohyby), jeli třeba, zahájí úkony první pomoci a přivolá RZP.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Dominika Ježková

Obor: 7506R002 - Speciální pedagogika - vychovatelství (Bc. SPPGV Voš)

Forma studia: Kombinované studium

Název práce: Vliv individuálního plánování na kvalitu života osob s mentálním postižením v pobytové službě

Rok: 2018

Počet stran textu bez příloh: 46

Celkový počet stran příloh: 6

Počet titulů českých použitých zdrojů: 24

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 2

Vedoucí práce: Mgr. Helena Layerová