



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní
a pedagogická



INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ V PÉČI O OSOBY S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM

Bakalářská práce

Studijní program: B7506 – Speciální pedagogika
Studijní obor: 7506R029 – Speciální pedagogika pro vychovatele
Autor práce: **Veronika Dufková**
Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Meier, Ph.D.



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická
Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Veronika Dufková**
Osobní číslo: **P12000464**
Studijní program: **B7506 Speciální pedagogika**
Studijní obor: **Speciální pedagogika pro vychovatele**
Název tématu: **Individuální plánování v péči o osoby s kombinovaným postižením**
Zadávací katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

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

Cíl bakalářské práce: Charakterizovat problematiku individuálního plánování v péči o osoby s kombinovaným postižením a zjistit, jak hodnotí efektivitu individuálního plánování v péči o osoby s kombinovaným postižením pracovníci ústavu, kteří s osobami s kombinovaným postižením pracují.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Dotazník.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

LUDÍKOVÁ, L., et al., 2005. **Kombinované vady**. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-1154-7.

MATOUŠEK, O., 1999. **Ústavní péče**. 2. rozš. a přepr. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-85850-76-1.

NOVOSAD, L., 2011. **Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení**. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-873-9.

PIPEKOVÁ, J., et al., 2010. **Kapitoly ze speciální pedagogiky**. 3. přepr. a rozš. vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-198-0.

RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L., et al., 2006. **Speciální pedagogika**. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-1475-9.

VÍTKOVÁ, M., 2006. **Somatopedické aspekty**. 2. rozš. a přepr. vyd. Brno: Paido. ISBN 80-7315-134-0.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Miroslav Meier, Ph.D.

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce:

23. dubna 2014

Termín odevzdání bakalářské práce:

24. dubna 2015



doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.
děkan

L.S.



PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Th.D, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 23. dubna 2014

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 20.4.2015

Podpis:



PODĚKOVÁNÍ

Poděkování patří v první řadě vedoucímu bakalářské práce Mgr. Miroslavu Meierovi, Ph.D. za odborné vedení při tvorbě práce, podnětné a užitečné rady, doporučení a vstřícný přístup. Dále děkuji svému partnerovi, všem přátelům a rodině za podporu, pochopení časové náročnosti studia a trpělivost.

Název bakalářské práce: Individuální plánování v péči o osoby s kombinovaným postižením

Jméno a příjmení autora: Veronika Dufková

Akademický rok odevzdání bakalářské práce: 2014/2015

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Miroslav Meier, Ph.D.

Anotace:

Bakalářská práce se zabývá problematikou individuálního plánování v péči o osoby s kombinovaným postižením. Cílem bylo charakterizovat problematiku individuálního plánování v péči o osoby s kombinovaným postižením a zjistit, jak hodnotí efektivitu individuálního plánování v péči o osoby s kombinovaným postižením pracovníci ústavu, kteří s osobami s kombinovaným postižením pracují. Potřebné údaje byly zjišťovány s ohledem na nejvyšší dosaženou kvalifikaci a délku praxe pracovníků. Práce se skládá ze dvou hlavních částí. Teoretická část popisuje a definuje základní pojmy v oblasti individuálního plánování a pojmů souvisejících za použití odborných zdrojů. Empirická část přináší výsledky průzkumu, který byl realizován pomocí dotazníků pro pracovníky v péči o osoby s kombinovaným postižením v ústavním zařízení. Zjišťováno mj. bylo, jaký názor mají pracovníci na individuální plánování a jak hodnotí jeho efektivitu. Výsledky dokládají, že pracovníci nejsou zcela spokojeni se spoluprací s dalšími odborníky. Toto a další zjištění vedlo k sestavení navrhovaných opatření, kterými jsou nutnost posílit spolupráci pracovníků s odborníky a zvýšení informovanosti pracovníků prostřednictvím dalšího vzdělávání.

Klíčová slova: individuální plán, individuální plánování, klíčový pracovník, kombinované postižení, osoba s kombinovaným postižením, tělesné postižení, ústavní zařízení.

Title of Bachelor Thesis: Individual Planning in the Care of People with Multiple Disabilities

First and last name of the author: Veronika Dufková

Academic year of thesis submission: 2014/2015

Supervisor of the bachelor thesis: Mgr. Miroslav Meier, Ph.D.

Summary:

Bachelor thesis deals with individual planning in the care of people with multiple disabilities. Its aim was to characterize the issue of individual planning in the care of people with multiple disabilities and learn how persons who work with people with multiple disabilities at the institute evaluate the effectiveness of individual planning. These data were examined with regard to the highest level of qualifications and experience of these workers. The work consists of two main areas. The theoretical part describes and defines the basic concepts of individual planning and related concepts using expert sources. The empirical part presents the results of the research, which was conducted using questionnaires for workers in the care of people with multiple disabilities at the institution. Surveys among others was, what kind of opinion employees of the institute have about individual planning and how to evaluate its effectiveness. The results show that workers are not completely satisfied with the cooperation with other professionals. This and other findings led to the establishment of the proposed measures, which are the need to strengthen cooperation with experts and increasing staff knowledge through further education.

Keywords: individual plan, individual planning, key worker, multiple disabilities, a person with multiple disabilities, physical disabilities, institutional facilities.

Obsah

Seznam grafů.....	9
Seznam tabulek.....	10
Úvod.....	11
TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1 Ústavní zařízení.....	13
1.1 Obecná charakteristika.....	13
2 Rizika ústavní výchovy u osob s kombinovaným postižením.....	16
3 Identita člověka s postižením.....	17
4 Individuální plánování.....	19
4.1 Definice pojmu individuální plánování.....	19
4.2 Legislativa a individuální plánování.....	20
4.3 Proces individuálního plánování.....	21
4.3.1 Principy a metody tvorby individuálního plánu.....	21
4.3.2 Struktura a obsah individuálního plánu.....	22
4.3.3 Realizace individuálního plánu a jeho revidování.....	24
4.4 Význam a přínos individuálního plánování pro ústav a klienty.....	25
5 Pracovník v péči o osoby s kombinovaným postižením.....	26
5.1 Definice pojmu pracovník v péči o osoby s kombinovaným postižením.....	26
5.2 Klíčový pracovník.....	27
5.2.1 Role a funkce klíčového pracovníka, odpovědnost za individuální plánování.....	28
6 Osoby s kombinovaným postižením.....	30
6.1 Vymezení pojmu osoba s kombinovaným postižením.....	30
6.2 Kategorizace osob s kombinovaným postižením.....	31
6.3 Etiologie kombinovaného postižení.....	32
6.4 Mentální postižení a mentální retardace v kontextu kombinovaného postižení.....	32
6.4.1 Vymezení pojmu mentální retardace, výskyt.....	33
6.4.2 Etiologie mentální retardace.....	34
6.4.3 Klasifikace a charakteristika osob s mentální retardací.....	34
6.4.4 Psychické zvláštnosti u osob s mentální retardací.....	37
6.5 Tělesné postižení v kontextu kombinovaného postižení.....	38
6.5.1 Vymezení pojmu tělesné postižení.....	38

6.5.2 Etiologie tělesného postižení.....	39
6.5.3 Klasifikace tělesného postižení.....	39
6.5.4 Dětská mozková obrna.....	40
EMPIRICKÁ ČÁST.....	41
7 Cíl bakalářské práce.....	41
7.1 Formulované hypotézy.....	41
8 Použité metody.....	42
9 Popis zkoumaného vzorku.....	42
10 Průběh průzkumu.....	45
11 Výsledky a interpretace.....	45
11.1 Vyhodnocení položek dotazníku.....	45
11.2 Ověření hypotéz.....	58
11.3 Shrnutí výsledků empirické části.....	62
Závěr.....	64
Návrh opatření.....	66
Seznam použitých zdrojů.....	67
Seznam příloh.....	69

Seznam grafů

Graf 1: Přínosnost individuálního plánování.....	46
Graf 2: Možnost pracovníků při tvorbě individuálního plánu spolupracovat s dalšími odborníky v zařízení.....	47
Graf 3: Hodnocení pracovníků spolupráce s odborníky v zařízení.....	47
Graf 4: Podíl rodiny klientů na tvorbě individuálního plánování.....	50
Graf 5: Četnost výskytu problémů během individuálního plánování.....	51
Graf 6: Individuální plánování jako důležitá součást poskytované služby.....	52
Graf 7: Tendence zdokonalovat tvorbu individuálního plánování v zařízení.....	52
Graf 8: Pozornost zaškolení nových pracovníků v tvorbě individuálního plánování.....	53
Graf 9: Pořádání školení nebo seminářů v zařízení o individuálním plánování.....	54
Graf 10: Věnování času a prostoru naplňování cílů individuálního plánu.....	54
Graf 11: Věnování podpory při tvorbě individuálního plánování.....	55
Graf 12: Nastavení ideálních podmínek v zařízení k vypracování individuálního plánu pro všechny klienty.....	57

Seznam tabulek

Tabulka 1: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.....	43
Tabulka 2: Specifikace oboru vzdělání.....	43
Tabulka 3: Délka praxe respondentů v péči o osoby s kombinovaným postižením.....	44
Tabulka 4: Efektivita individuálního plánování.....	45
Tabulka 5: Zdůvodnění neefektivitý individuálního plánování.....	46
Tabulka 6: Podíl odborného personálu zařízení na individuálním plánování.....	48
Tabulka 7: Participace odborníků na individuálním plánování.....	48
Tabulka 8: Důvody neúčasti odborného personálu zařízení na individuálním plánování.....	49
Tabulka 9: Problémy vyskytující se během tvorby individuálního plánování.....	51
Tabulka 10: Podíl odborníků v zařízení na kontrole naplňování cílů v individuálním plánu.....	56
Tabulka 11: Důvody neparticipace odborníků na kontrole cílů v individuálním plánu.....	56
Tabulka 12: Délka praxe pracovníků.....	58
Tabulka 13: Přínos individuálního plánování dle pracovníků s nadprůměrnou délkou praxe.....	58
Tabulka 14: Přínos individuálního plánování dle pracovníků s podprůměrnou délkou praxe.....	59
Tabulka 15: Přínos individuálního plánování dle pracovníků s vyšší kvalifikací.....	60
Tabulka 16: Přínos individuálního plánování dle pracovníků s nižší kvalifikací.....	60
Tabulka 17: Podpora odborníků v zařízení dle pracovníků s nadprůměrnou délkou praxe.....	61
Tabulka 18: Podpora odborníků v zařízení dle pracovníků s podprůměrnou délkou praxe.....	61

Úvod

Tématem bakalářské práce je individuální plánování v péči o osoby s kombinovaným postižením. Tématu se věnujeme s ohledem na tu skutečnost, že práce s lidmi právě s kombinovaným postižením je náročná a „vytyčit“ u nich vhodné cíle, může představovat nelehký úkol pro pracovníky, kteří o tyto jedince pečují.

Obecně je zastáván a prosazován názor, že každý má právo prožít svůj život důstojně a dle svých představ, přání. Jak ale mohou takto svůj život prožít lidé, kterým okolí a intaktní společnost v řadě případů „nerozumí“? Lidé, kteří se nedobrovolně ocitli ve ztížené životní situaci?

Cílem bakalářské práce je charakterizovat problematiku individuálního plánování v péči o osoby s kombinovaným postižením a zjistit, jak hodnotí efektivitu individuálního plánování v péči o osoby s kombinovaným postižením pracovníci ústavu, kteří s osobami s kombinovaným postižením pracují. Důvodem k formulování tohoto cíle je, že, přestože se domníváme, že informovanost o této problematice je sice na poměrně dobré úrovni, bývá ale velmi neodborně aplikována tam, kde má být přínosem.

Smyslem této práce je nastínit a seznámit čtenáře s teorií dané problematiky. V teoretické části se proto věnujeme individuálnímu plánování jako takovému, včetně legislativy a bližšímu seznámení s funkcí klíčového pracovníka. Charakterizujeme cílovou skupinu osob s kombinovaným postižením, včetně etiologie, samostatně také mentální retardaci a tělesné postižení, jakožto podtémata, která se vztahují k lidem s kombinovaným postižením. Poukážeme na rizika spojená s individuálním plánováním, která hrozí v ústavních zařízeních.

Bakalářská práce upozorňuje na nutnost důkladného a pečlivého studia této oblasti především u těch pracovníků, kteří se podílejí na péči o osoby s kombinovaným postižením. V zařízeních takového typu, kde probíhal průzkum, totiž stále mnohdy převládá mylný názor, že individuální plánování je nezbytná, ale současně zbytečná formalita. Tento přístup považujeme za nežádoucí, a proto se autorka bakalářské práce rozhodla poukázat na fakta, která dokládají opak tohoto tvrzení.

Odborníci, mnohdy ve své „profesní slepotě“ a nedostatku času, opomíjejí spolupráci s pracovníky přímé péče, kteří jsou s klienty s kombinovaným postižením v denním kontaktu a setkávají se s různými situacemi, k jejichž řešení někteří nemají dostatečné zkušenosti a odborné znalosti.

V empirické části bakalářské práce jsme se zaměřili na sběr informací a názorů různě zkušených pracovníků, kteří pracují s osobami s kombinovaným postižením v jednom libereckém ústavním zařízení. Vzorek respondentů tvořilo 30 osob.

V empirické části bakalářské práce jsou uvedeny formulované hypotézy, které mj. vyplynuly ze zkušeností autorky z praxe s lidmi s kombinovaným postižením a také z názoru autorky, která se domnívá, že zpracování tématu individuálního plánování není u nás dostatečné. V hypotézách jsme předpokládali, že pracovníci, kteří pracují s lidmi s kombinovaným postižením déle a mají vyšší kvalifikaci, vnímají individuální plánování jako přínosnější a to, že pracovníci s delší praxí vnímají častěji nedostatečnou podporu od odborníků působících v zařízení. Pro získání dat jsme vybrali metodu dotazníku.

Smyslem bakalářské práce je poukázat na problematiku spojovanou převážně s poskytováním pečovatelské péče ve specializovaných zařízeních. Věříme, že individuální plánování se úzce pojí i s činností speciálního pedagoga a dalších pracovníků. Chceme poukázat na nutnost úzké spolupráce v týmu osob kompetentních se podílet na výchově, vzdělávání a sociální integraci osob s kombinovaným postižením.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Ústavní zařízení

1.1 Obecná charakteristika

Ústavní zařízení je služba určená osobám (nejen) s kombinovaným postižením, které nejsou schopny samostatného života a naplňování svých potřeb bez značné podpory druhé osoby či okolí (resp. pobyt v ústavním zařízení pro ně představuje jedinou možnost těchto hodnot dosáhnout). Často se jedná o osoby, u kterých je péče o ně tak mimořádně náročná, že není v silách rodiny ji uspokojivě zabezpečit (např. v důsledku špatné dostupnosti služeb, psychické a finanční náročnosti péče). V České republice jsou pro tyto osoby zřizovány (státem, kraji či obcemi, okresními úřady, MPSV a nestátními neziskovými organizacemi, příspěvkovými organizacemi aj.) především tzv. domovy pro osoby se zdravotním postižením (dále DOZP). Tato zařízení nabízejí možnost celoročního nebo týdenního pobytu. Dlouhodobé pobytové služby nabízí komplexní péči v potřebném rozsahu a kvalitě často v jednom místě (např. rehabilitační nebo zdravotní úsek, škola v rámci jednoho zařízení) (Matoušek, et al. 2013, s. 417).

Vedle DOZP poskytuje dlouhodobou pobytovou službu také chráněné bydlení, kde je míra podpory menší. Realizuje se formou individuálního nebo skupinového bydlení a dle potřeby zahrnuje i podporu osobního asistenta. U osob, které přechází z DOZP do chráněného bydlení, je důležité nepodcenit přípravu (trénink, zprostředkování informací apod.) na tuto změnu, věnovat jí dostatek času a prostoru (Matoušek, et al. 2013, s. 417). Z praxe vyplývá, že i osoby s poměrně těžkým kombinovaným postižením mohou být, při dostatečné přípravě a organizaci péče, schopny spokojeně žít v chráněném bydlení, které jim přináší víc soukromí i svobodného rozhodování.

Dalším typem zařízení jsou tzv. stacionáře, které poskytují péči na část dne či týdne. Představují nejvhodnější formu ústavní péče, jelikož je zde péče rozdělena mezi menší počet osob. Využívají je ty osoby, jejichž rodinné zázemí je funkční a spolupracující. Pobyt v tomto typu zařízení umožňuje pečujícím osobám úlevu a odpočinek, mohou se v době pobytu osob s kombinovaným postižením v zařízení věnovat zaměstnání a ekonomicky tak zabezpečit

rodinu, přičemž nemusí být pod tlakem, zda a jak je zajištěna péče o jejich potomky či svěřence (Novosad in Matoušek, et al. 2013, s. 417).

Ústavní zařízení mají podle Matouška (1999, s. 124) v maximální možné míře podporovat, rozvíjet a zvyšovat kvalitu života osob v nich žijících. Ovšem právě kvalitu života posuzujeme každý subjektivně. Co je pro jednoho vyhovující, pro druhého může být nedostačující, nesnesitelné, a naopak. Kvalitu života osoby s kombinovaným postižením v ústavním zařízení by tedy neměl posuzovat primárně personál. Ten může pouze odhadnout či poradit v případě, kdy je to pro něj žádoucí. Vystává tedy otázka: Jak docílit a umožnit v těchto zařízeních klientům prožití smysluplnějšího (nebo dle slov Matouška „méně strastiplného“) trávení času a života?

Pokud hovoříme o osobách, které žijí v ústavních zařízeních (ale i o osobách, kterým jsou poskytovány sociální služby obecně), můžeme se setkat s různou terminologií. Literatura nejčastěji uvádí termíny *klient* a *uživatel* (popř. některé instituce používají také termín *pacient* a *zákazník*). V bakalářské práci se přikláníme k definici termínu *klient* podle Matouška, et al. (2013, s. 215), která říká, že klientem je někdo, kdo může vyjednávat „o zakázce“. Termín *klient* byl u nás v sociálních službách používán už v době před II. světovou válkou (má tak poměrně dlouhou tradici, ač může některým současným autorům připadat zastaralý). Zásadním faktem pro rozhodnutí používat tento termín v textu bakalářské práce je návaznost na její téma (individuální plánování v péči o osoby s kombinovaným postižením, které je ve své podstatě specifickým druhem „vyjednávání“ určitých podmínek, za kterých je poskytována služba). Termín *uživatel*, jehož používání se rozšiřuje, vnímáme jako příliš obecný a ve vztahu k přístupu k tématu tohoto textu definuje klienta jako pouhého „odběratele“ služby.

Vrátíme-li se zpět k charakteristice ústavního zařízení, zavádění tzv. aktivizačních programů (jakožto formy organizace aktivit klientů) v ústavních zařízeních představuje snahu o zprostředkování možností prožívání aktivnějšího způsobu života klientů. A to nejen očima odborného personálu, ale především samotného klienta – cílem je užší propojení s individuálním plánem péče (Matoušek, et al. 2007, s. 97).

Je nutné klientům žijícím v ústavních zařízeních poskytovat určitý životní rozhled, ubezpečovat je, že někam směřují – a to i prostřednictvím individuálního plánování, resp. stanovování osobních cílů, které je posouvají v jejich životě kupředu a dávají jim určitý řád a smysl. Snažit se zabránit, či alespoň omezit stagnaci ve vnímání jejich životního vývoje.

Pipeková, et al. (2006, s. 304) se zmiňuje o trendu ústavní zařízení zmenšovat, čili přibližovat život v nich životu vícečetné rodiny. Jedná se o ústavy tzv. rodinného typu. Při menším počtu klientů v zařízení vznikají kvalitnější podmínky pro poskytování komplexních služeb, udržování vzájemných vztahů nejen mezi klienty, ale také mezi klienty a personálem. To může mít pozitivní dopad i na individuální plánování služby, míru kooperace mezi klientem a pracovníkem a tím pádem může napomáhat zvýšení kvality života klientů.

Matějček (1994, s. 29, 30) ve své publikaci uvádí, že rodina je místem, kde je dítěti skrze hluboké a trvalé citové vztahy uspokojována základní potřeba – potřeba životní jistoty. Ve srovnání s tím hovoří také o tom, že v kolektivních zařízeních (jako jsou právě ústavní zařízení), bývají tyto vztahy mělké a povrchní. Základní potřeby klientů tedy nebývají dostatečně pokryty, jak tomu bývá běžně v rodinách. Personál zpravidla musí rozdělovat svou pozornost mezi hned několik klientů.

Ústav je místem, kde je klient nucen své projevy chování a jednání usměrňovat mnohem více a častěji než v rodině. Musí neustále brát ohledy na jiné klienty, na jejich potřeby a životní způsob, přizpůsobovat se většině, a to ať už se jedná i o základní požadavky jako např. výběr rozhlasové stanice. V ústavu tak bývá z důvodu co nejsnazšího soužití klientů různých osobností s rozdílnými potřebami omezen v uvolněném a svobodném rozhodování, působí na něj tlak okolí, aby po většinu času zachovával určitou společenskou roli. Klient tak nemůže být tím, kým doopravdy je, nebo by byl, kdyby žil v rodinném prostředí (Matoušek 1999, s. 122).

Abychom dokázali klientovi optimalizovat podmínky, v nichž žije a co nejvíce je připodobnit podmínkám, v kterých by pravděpodobně žil v rodině, je třeba klienta co nejvíce poznat a naslouchat mu. Měli bychom si uvědomit, že každý člověk – tzn. i člověk s kombinovaným postižením – má právo na kvalitní životní rozvoj. Cílem ústavních zařízení by proto mělo být pomoci klientovi zvládat důsledky jeho handicapu a zaměřit se na zvyšování kvality komplexní péče, a to z hlediska dovedností, schopností, individuálních potřeb a zájmů klienta a snažit se vytvořit ideální podmínky pro integraci klienta do společnosti. Do komplexní péče zahrnujeme bydlení, zdravotní péči, rehabilitaci, kulturní a výchovnou péči a zaopatření klienta (Pipeková 2006, s. 129–135).

Klient je často postaven do situace, kdy si musí zvykat a spoléhat se na většinou často se střídající personál zařízení a jednat tak pro něj s cizími lidmi. Domníváme se, že je to příčinou nízkého finančního ohodnocení a vysoké (psychické a mnohdy i fyzické)

náročnosti práce. Důsledkem toho bývá i zaměstnávání personálu s nedostatečnou kvalifikací, což se projevuje v poskytovaných službách. Vzhledem k tomuto faktu může být pro klienta stresující to, jak se mnohdy liší u jednotlivých pracovníků styl a individuální způsob péče o něj. To přímo souvisí i s poměrně často se měnícím personálem ústavů. Neustálé sdělování svých potřeb, osobních cílů a představ o jejich způsobu dosahování a realizace novým a novým pracovníkům ústavu může pro klienta představovat zátěž. Klient nemá možnost si utvořit pevný, trvalý a emočně laděný vztah ke konkrétním osobám, který mu dá pocit, že je tu někdo „pouze“ pro něj.

2 Rizika ústavní výchovy u osob s kombinovaným postižením

Dlouhodobý pobyt osob s kombinovaným postižením v ústavním prostředí může ohrožovat jev zvaný *hospitalismus*. Považujeme ho za závažné riziko ústavní péče. Jedná se o stav, kdy klient je dobře adaptován na „umělé“ podmínky ústavu a snižují se tak jeho schopnosti adaptace na život mimo zařízení.

V zařízení mívá klient dopředu naplánovaný denní program, je mu obstarána strava, úklid, spravování financí, veškeré záležitosti kolem jeho osoby má na starost buď přímo klíčový pracovník, nebo jeho kolegové, kteří o klienta pečují, popř. další pracovníci týmu kolem klienta. Klient přijímá tento systém a často se snižuje jeho iniciativa a samostatnost, vůle dokázat něco sám a sám si určité záležitosti (které by i byl schopen si sám zajistit) obstarat.

V prostředí ústavu se má klient možnost rychleji zorientovat a bývají zde redukována nebezpečí vnějšího světa. Problém může nastat v případě, kdy klient opouští ústavní péči (např. při přechodu do samostatného života mimo zařízení) a v neústavním světě na něj najednou dopadá velké množství povinností, starostí, je vystaven mnohem větším rizikům, která jsou spojena se situacemi, které třeba ještě ani v dosavadním životě nezažil a neřešil, musí se spoléhat v první řadě sám na sebe a na svá rozhodnutí (Matoušek 1999, s. 118).

Osoby s kombinovaným postižením, které časem upustí ústavní zařízení, se mohou začít izolovat od okolí, mohou se prohlubovat jejich psychické problémy spojené s pocitem neúspěchu, dezorientace v prostředí i sociálních vztazích, mohou trpět pocitem samoty, může

docházet k regresivnímu vývoji, zhoršení komunikace a úpadku schopností (a to i schopností dříve nabytých) (Matoušek 1999, s. 118).

Jak s tím souvisí individuální plánování v ústavním zařízení? Domníváme se, že vzhledem k zdravotním omezením a mnohdy snížené intelektové vybavenosti osob s kombinovaným postižením, právě hospitalismus může znesnadňovat proces individuálního plánování hned z několika důvodů. U některých klientů je obtížné vyjádřit jejich osobní cíle z důvodů narušených komunikačních schopností. Zde velmi záleží na přístupu personálu, jehož úkolem je najít cestu, jak se s klientem dorozumět a domluvit (např. využít i alternativní a augmentativní komunikaci), popř. plánovat ve spolupráci s klientovi blízkými, kteří ho dobře znají a mohou se tak co nejvíce přiblížit jeho představám, tlumočit, dovysvětlit apod.

Dalším důvodem je přístup samotného klienta, který právě vlivem hospitalismu spoléhá na to, že i individuální plánování za něj někdo obstará. Má pocit, že se toho nemusí zúčastnit, nevidí v tom smysl, nebo se účastní jen okrajově, protože má tu zkušenost, že tento úkon (stejně jako většinu ostatních) za něj personál zařídí. Klient tak může být v procesu individuálního plánování spíše pasivním pozorovatelem než aktivním účastníkem. Z praxe jsou známy i případy, kdy klient individuální plánování zcela odmítá. Je otázka, zda i negativní postoj k individuálnímu plánování a nezájem o individuální plánování můžeme považovat za určitou uvědomělou pohnutku klienta svobodněji se rozhodujícího o svém životě. Samotný fakt, že se klient nechce podílet na individuálním plánování ovšem neznamená, že by ve svém životě nic neplánoval.

Nelze opomenout i problémovou oblast komunikace s rodinou (popř. opatrovníky) klienta umístěného v zařízení. Někteří nejeví o postižené dítě (popř. dospělého) zájem, někdy je zájem pouze důsledkem touhy po finančních výhodách (Pipeková 2006, s. 139). Někteří rodiče zase trpí pocitem vlastního selhání, a tak si leckteří „vybíjí“ své emoce na personálu. Spolupráce je tak mnohdy složitá.

3 Identita člověka s postižením

Tímto tématem se v krátkosti budeme zabývat, abychom navázali na myšlenku předchozí kapitoly – zda i rozhodnutí neplánovat v životě člověka s postižením, může být akceptovatelné a uznatelné za pečlivě zvážené? Zda i člověk s vážnějším postižením může být kompetentní v rozhodování o záležitostech, které se ho bezprostředně týkají, a zda (a nakolik)

je žádoucí mu poskytovat prostor pro vyvíjení vlastní iniciativy a vyjádření přání, potřeb a tužeb.

Vlastní identitu si uvědomují jak lidé intaktní, tak lidé s postižením. Mnohdy ji nacházejí a uvědomují si ji prostřednictvím negativních reakcí společnosti a odmítáním společností. Lidé s mentálním postižením si svou identitu nemusí uvědomovat plně, přesto nelze říct, že by si ji neuvědomovali vůbec. Proto je třeba dbát na tzv. právo na sebeurčení a samostatné rozhodování. Jestliže umožníme člověku s postižením samostatnou volbu a rozhodnutí, může se tím zvýšit jeho sebevědomí, motivace a iniciativa, rozšiřuje tím své zkušenosti, redukuje nadměrnou péči a stereotypy.

Ze strany okolí je lidem s postižením často znemožňováno vlastní rozhodování a automaticky se omezuje pro domnělou nezodpovědnost a neschopnost klienta posoudit vlastní přirozený vývoj své osobnosti. Schopnost vlastního rozhodování bychom mohli rozdělit do 3 úrovní, které, když jsou v souladu, není třeba klienta omezovat a stanovovat mu umělé překážky, podceňovat jeho autonomii. Úrovněmi jsou: věk člověka, životní podmínky, ve kterých žije, možnosti, které má a psychická stabilita osobnosti (Šelner 2012, s. 79).

Šelner (2012, s. 88) uvádí, že jedinci s těžkým mentálním, popř. kombinovaným postižením významně zvyšuje pocit nezávislosti možnost rozhodnout se a moct si vybrat např. co si dá k snídani. Tato „maličkost“, jak by se mohlo jevit jinému, je důležitá z toho hlediska, že personál se vůbec ptá a poskytuje klientovi možnost uskutečnit vlastní seberozhodování. Ze zkušeností v péči o osoby s kombinovaným postižením nám jasně vyplývá, že je důležité klientovi dát určitou možnost volby, ať už se jedná o sebemenší (pro intaktního člověka samozřejmý) aspekt denního života. Např. aby si sám zvolil, jakou barvu zubního kartáčku chce používat. Klient vnímá pracovníka, který s ním jedná takto rovnocenně, vlídněji a lépe s ním navazuje spolupráci při dalších interakcích. Přestože se může jednat o na první pohled „banality“, klient takto může nabývat důstojnosti.

Musíme si uvědomit, že „každý člověk se mění svou vlastní činností a vlivem vlastních výtvorů. Přitom probouzí, stupňuje a zdokonaluje své síly a spojuje je s úsilím ostatních“ (Novosad 2011, s. 19, 20). Socializace osob nejen s kombinovaným postižením je nezbytná, protože jen tehdy, pokud poznáme osobní filozofii každého člověka s postižením, můžeme měnit povědomí, postoje a činy celé společnosti (Novosad 2011, s. 22).

4 Individuální plánování

4.1 Definice pojmu individuální plánování

Jedním z možných nástrojů pro zvyšování kvality života klientů je tzv. individuální plánování, kterému se budeme blíže věnovat v této kapitole. Bicková, et al. (2011, s. 26) charakterizují individuální plánování služby jako proces „kontaktování“, kdy jej dělí na 2 prvky, a to:

- plán – uvědomělý postup,
- dojednávání – zapojení klienta do procesu individuálního plánování, reflektování jeho názorů, domněnek, snaha o kompromis, udržení rovnoprávného vztahu s klientem.

Na plánování se podílí spolu s klientem jeho klíčový pracovník (pracovník odpovědný za plánování služby), který na klientovy potřeby pohlíží nejen v aktuálním okamžiku, ale zvažuje i širší kontext poskytování služby do budoucna. Stává se tak určitým „průvodcem“ klienta, jež reaguje na jeho momentální i dlouhodobé podněty (Bicková, et al. 2011, s. 26).

Individuální plánování je proces, v němž se společně hledají cíle, kterých bude klient, za pomoci poskytovatele, dosahovat. Od cíle se odvíjí smluvený postup jeho dosažení. Ten je sestavován individuálně, na míru konkrétnímu klientovi, vychází totiž z jeho možností a schopností. Celý proces začíná jednáním se zájemcem o službu, přes sepsání smlouvy o poskytování pečovatelské služby a vrcholí samotným individuálním plánováním, jehož výsledkem je kvalitně zpracovaný individuální plán (Hauke 2011, s. 16, 17).

Jak uvádí Bicková, et al. (2011, s. 73, 74), individuální plánování považujeme za důležitější než jen konstruování individuálního plánu. Proces tvorby individuálního plánu s veškerými jeho aspekty totiž předurčuje, zda bude individuální plán funkční a nakolik. Ze zákona totiž jasně vyplývá, že do individuálního plánování má být zapojen sám klient, popř. jeho zákonný zástupce. Individuální plán *nemá být* jen diagnostika, hodnocení stavu klienta, popis problémů a situací, ošetrovatelský či výchovný plán a formálně vytvořený, zákonem povinný „list papíru“.

4.2 Legislativa a individuální plánování

V České republice v roce 2007 vešel v účinnost zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, který přijal pojem „plánování služby“ (Bicková, et al. 2011, s. 23).

Legislativa (Zákon č. 108/2006 Sb., § 88, písm. f, ve znění pozdějších předpisů) určuje povinnost poskytovatelům „plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, kterým poskytují sociální služby, vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování sociální služby a hodnotit průběh poskytování sociální služby za účasti těchto osob, je-li to možné s ohledem na jejich zdravotní stav a druh poskytované sociální služby, nebo za účasti jejich zákonných zástupců nebo opatrovníků a zapisovat hodnocení a jeho výstupy do písemných individuálních záznamů“ (Zákon č. 108/2006 Sb., § 88, písm. f, ve znění pozdějších předpisů).

Dále vyhláška č. 391/2012 Sb., kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., která upravuje a provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v příloze č. 2 uvádí obsah standardů kvality sociálních služeb. Pro nás je důležitý standard č. 5 – Individuální plánování průběhu sociální služby. Jeho kritéria jsou:

a) „Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

b) Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby.

c) Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány její osobní cíle.

d) Poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu učeného zaměstnance“ (Vyhláška č. 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů).

Odpovídající znalost těchto zákonných požadavků a seznámení se s nimi má být nedílnou součástí profesní náplně všech zaměstnanců poskytovatele, kteří se podílí na tvorbě či naplňování individuálního plánu klienta.

4.3 Proces individuálního plánování

4.3.1 Principy a metody tvorby individuálního plánu

Základním principem při tvorbě individuálního plánu, který by měli mít na paměti především pracovníci, kteří pracují s klienty v přímé péči, je, že klienta bychom se měli snažit, pokud možno, neustále udržovat v aktivitě a sjednávat osobní cíle, které odpovídají reálnému stavu. Někdy v praxi nastává problém, že klient odmítá podporu a namísto toho vyžaduje po pracovníkovi provedení úkonu bez vlastního přičinění. To už ale neplní funkci optimální podpory (Hauke 2011, s. 21).

Volba konkrétních metod a technik při plánování a tvorbě individuálního plánu se může lišit podle přístupů dané organizace a klíčového pracovníka (ad klíčový pracovník viz část 5.2). Nejčastěji se jedná o tyto: různé formy rozhovoru, pozorování, empatická fantazie, analýza uspokojení potřeb.

Rozhovor – představuje základní metodu plánování u klientů, kteří adekvátně komunikují, a jsou schopni hovořit o svých potřebách nebo cílech a hodnotit průběh služby. Probíhá v klidném prostředí po předchozí domluvě. U klientů, kteří mají problémy v percepční nebo expresivní složce řeči, lze využít prostředky alternativní či augmentativní komunikace (piktogramy, symboly, zástupné předmět apod.).

U klientů, kteří nemohou komunikovat, nebo nemohou převzít zodpovědnost za svá sdělení (u klientů s hlubokou mentální retardací, autismem apod.) se přistupuje na vyvážení hypotéz o potřebách klienta. Je to disciplína vyžadující především rozvinuté schopnosti všímavosti a empatie pracovníků. Vytváří se pomocí většinou kombinace následujících metod a je vždy nutné je konzultovat v rámci pracovního týmu (Bicková, et al. 2011, s. 151–156):

pozorování – sledujeme klienta v určité reálné situaci, do které nezasahujeme. Za pomoci vlastního uvědomování a prožívání v průběhu pozorování a uvědomění si klientovi aktivity, výběru činností, reakcí apod. můžeme utvářet hypotézy o jeho potřebách.

Empatická fantazie – technika, kdy se snažíme vcítit do situace klienta. Poznatky z této techniky můžeme dále zpracovat do hypotéz či námětů o tom, co klient upřednostnil, preferoval, chtěl.

Modelový rozhovor pracovník – pracovník empatik – tato technika se často využívá v supervizní praxi.

Imaginativní rozhovor – technika podobná empatické fantazii, kdy pracovník vede vnitřní dialog s klientem a představuje si odpovědi na otázky, kterými by nejspíš odpovídal, pokud by se vyjádřit mohl.

Analýza uspokojení potřeb – technika vychází z předpokladu, že lidské potřeby se příliš nemění. Klíčový pracovník se zamyslí nad jednotlivými potřebami a zhodnotí, na kolik jsou či nejsou uspokojeny u daného klienta.

Rozhovor s referujícími osobami a studium dokumentace – tato technika nám může poskytnout také množství důležitých informací – především rozhovor s rodinnými příslušníky, blízkými osobami či přáteli klienta (např. u klienta po úraze, který trpí ztrátou paměti) (Bicková, et al. 2011, s. 151–156).

4.3.2 Struktura a obsah individuálního plánu

Individuální plán je zpracováván většinou do písemné podoby klíčovým pracovníkem klienta a vychází ze společné práce s klientem. V praxi se ale můžeme také setkat s alternativní podobou individuálního plánu (např. pro klienty vyžadující alternativní způsob komunikace – individuální plán složený z piktogramů). I tyto alternativní individuální plány vychází ze stejných obsahových bodů jako plány běžné. V odborné literatuře se dočítáme o určité bodové osnově metodiky individuálního plánu. Jedná se o určitý návrh metodického postupu a je rozdělen do jednotlivých kroků:

1. sběr dat (práce s informacemi, získávání faktů, zjišťování míry soběstačnosti klienta z ní plynoucí nutná míra podpory a péče v oblastech sebeobsluhy, zvládání osobní péče, péče o domácnost, komunikace, sociálních dovedností atd.),
2. mapování (získávání a záznam dalších informací podstatných pro klienta – napomáhá v další práci s klientem, odhadování jeho individuálních potřeb a přání),
3. přání (jejich registrování pracovníkem – a to nejen těch verbálně vyslovených – dává klientovi zpětnou vazbu, navazuje na prohlubování interpersonálních vztahů a další spolupráci),
4. potřeby (snažit se o uspokojování nejen biologických potřeb, ale také psychologických, sociálních a spirituálních a zapracovat je do individuálního plánu),
5. zdroje (souvisí s potřebami, zdroje rozlišujeme na vnitřní – motivace a vnější – vychází z okolí klienta – pokud korespondují vnitřní zdroje s vnějšími, výrazně to napomáhá k pojmenování osobního cíle klienta a určení způsobu práce s ním),

6. rizika (definování rizik a určení prevence, opatření či krizových plánů, čímž chrání klíčový pracovník klienta i sám sebe),
7. osobní cíle (jsou realizovány konkrétními činnostmi a aktivitami, musí být přiměřené, dosažitelné a měřitelné, měly by být stanoveny jednotlivé kroky vedoucí k jejich dosažení, podoba formy spolupráce s dalšími subjekty, její četnost a časové vymezení),
8. hodnocení míry dosažení konkrétního cíle (nejedná se pouze o hodnocení konkrétního cíle, nýbrž o hodnocení všech jednotlivých bodů individuálního plánu, správnosti určení a úspěšnosti naplňování cílů (Bicková, et al. 2011, s. 135–143).

Při plánování osobních cílů v individuálním plánu by měly být zodpovězeny i otázky kdo, kdy, jak, popř. kde a proč bude zajišťovat jejich naplňování (Hauke 2011, s. 101, 102).

Podoba individuálního plánu se liší u každého poskytovatele. Nemá předepsanou žádnou konkrétní podobu. Asi těžko bychom hledali dva totožné formuláře. Jsou však určité náležitosti, které musí každý individuální plán obsahovat (k nim patří osobní údaje, údaj o klíčovém pracovníkovi, zmapování schopností a dovedností klienta, míra potřebné podpory v jednotlivých oblastech, samotné stanovení osobních cílů atd.). Vzhledem k tomu, že individuální plán klienta obsahuje osobní a citlivé údaje a přístup k němu mají pouze zaměstnanci, kteří se podílejí na péči o klienta a jím označené a zplnomocněné osoby, mělo by být jasně vymezeno, kde bude uložen a po jaký čas může klient a další osoby do něj nahlížet (Hauke 2011, s. 102–104).

Důležitým bodem je případ, kdy se klient sám nechce podílet na tvorbě individuálního plánu a odmítá jej podepsat. V tomto případě klíčový pracovník sepíše s klientem dohodu o tom, že si nepřeje písemné plánování. Klíčový pracovník bude i nadále plánovat služby obvyklým způsobem a povede písemné zpracování individuálního plánu, ale nebude předávat klientovi plány a přehodnocení a vyžadovat jejich podpis (Hauke 2011, s. 108).

Pro vyplňování individuálního plánu má každá organizace vypracovaný formulář spolu s metodickým materiálem s pokyny pro vyplňování. Hauke (2011, s. 105, 106) uvádí, které údaje se do individuálního plánu zpracovávají: identifikační údaje klienta, osobní cíl klienta, jméno klíčového pracovníka a telefonní kontakt na něj, další osoby a instituce podílející se na plnění osobního cíle, osoby, které mohou do osobního plánu a kterým lze poskytovat informace, úkony a způsob naplnění osobního cíle včetně jednotlivých kroků, rozsah, čas a způsob provádění jednotlivých úkonů, datum dalšího přehodnocení plánu, u změn v plánu

odůvodnění, časové vymezení a způsob změn, podpis klienta, popř. rodinného příslušníka, datum a podpis klíčového pracovníka. Uvádí také další údaje a okolnosti, které je možné do plánu zaznamenat (zvířata v domácnosti, použití klíčů, zvláštnosti při komunikaci apod.). Do individuálního plánu dle autorky nepatří diagnózy, vlastní názory klíčového pracovníka a údaje nepotřebné k bezpečnému poskytnutí služeb.

V příloze č. 1 je k nahlédnutí formulář individuálního plánu konkrétní organizace pečující o osoby s kombinovaným postižením.

4.3.3 Realizace individuálního plánu a jeho revidování

Realizace individuálního plánu stojí v propojení individuálního plánu s praxí a měla by z něj vycházet (např. pokud má klient v plánu určen cíl naučit se samostatně krájet nožem, nelze akceptovat, když kolega v nepřítomnosti klíčového pracovníka tento úkon vykoná za klienta). Všechny aktivity by měly směřovat k usilovné, systematické práci na stanovených osobních cílech klienta. S tím souvisí nutnost přenechat klíčovému pracovníkovi určitou pravomoc a podporovat ho ve vyvíjení iniciativy svou roli provádět důsledně, přenášet požadavky na dodržování metodických postupů i na další pracovníky, kteří s klientem pracují, aby nedocházelo k narušování průběhu naplňování osobních cílů.

Kontrola individuálního plánu by měla probíhat dle předem jasně stanovených a jednotných pravidel. Vedoucí pracovník jejím prostřednictvím získává přehled o podobě a frekvenci zaznamenávání praxe do písemné podoby a o dodržování dané metodiky a předepsaných postupů. Zohlednit by měl rovněž propojování praxe s těmito záznamy (Bicková, et al. 2011, s. 103).

Tzv. metodiku individuálního plánování (neboli soubor popisu způsobů a pravidel plánování) vytváří (v ideálním případě) pracovní tým. Má popisovat skutečný, současný stav, být autentická, v průběhu času se může měnit dle potřeb a aktuálních změn v organizaci. Součástí metodiky by měl být postup plánování služby jak s klientem komunikujícím, tak s klientem, který má obtíže v komunikaci (Bicková, et al. 2011, s. 78–80).

4.4 Význam a přínos individuálního plánování pro ústav a klienty

Význam individuálního plánování je (při správném přístupu k němu a kvalitním zpracování) velmi významnou součástí práce s klientem a přináší pro obě strany mnoho dobrého. Přestože samotné plánování představuje určitý nárok na časovou investici

a zainteresovanost personálu, který se na plánování podílí, tvoří důležitou součást práce, která má své klady. Ústav je povinen poskytnout zaměstnanci dostatek času nutného pro plánování.

Výhodami pro klienta je bezesporu možnost vystupovat jako rovnocenný partner a možnost rozhodnout se, zda mu služba pomáhá naplňovat jeho představy o poskytované pomoci. Je informován o svých právech a povinnostech, plánování pro něj představuje jakousi jistotu – zná časové rozmezí poskytované služby, je si vědom, na čem se během plánování domluvil, popř. ví, u koho si tyto informace připomenout. Snad největší přínos nacházíme v prohlubování kompetencí klienta v oblasti rozhodování za sebe sama a přijímání zodpovědnosti za tato rozhodnutí. Klient vstupuje do aktivní role. Pro ústav je výhodné plánování hned z několika hledisek. V první řadě i poskytovatel získává určitou jistotu – má v písemně zpracované cíle a požadavky klienta a může snáze oponovat v případě jakýchkoliv problémů, které nevyplývají z plánu (Hauke 2011, s. 17–21).

Všichni zaměstnanci, kteří do individuálního plánu nahlédnou, jsou rychleji seznámeni s pracovními postupy u konkrétního klienta. Odpadá tak zdlouhavé zjišťování principů, na základě kterých je mu služba poskytována u nových nebo zastupujících pracovníků. Na základě individuálních plánů může organizace tvořit a upravovat své rozvojové plány, zvyšovat kvalitu služby, popř. upravovat nabídku služeb a stanovovat kapacitu služby (Hauke 2011, s. 17–21).

Individuální plánování napomáhá k efektivitě a účinnosti služby. Funkční individuální plánování předchází tzv. plošnému poskytování jednotlivých činností (tj. všem bez ohledu na jejich skutečné potřeby a přání). Přináší určitý systém pravidel, norem, směrnic a metodik, můžeme jej považovat za nástroj kontroly vně ústavní zařízení (včetně kontroly zda skutečně služba koná, co veřejně oznamuje). Ideálně má směřovat ke snižování závislosti klientů a jejich vyšší aktivizaci při zapojování se do běžného života. Není jeho účelem provádět za klienta úkony, které zvládá sám, či by jich mohl samostatně dosáhnout. V neposlední řadě poskytuje klientovi individuální pozornost, protože ne všichni se o ni umí přihlásit (Bicková, et al. 2011, s. 89, 90).

Jak již bylo zmíněno, individuální plánování může být prospěšné pouze v případě, kdy se na jeho průběhu aktivně podílí osoby, které nevidí v této „zákonem vyžadované“ nutnosti jen formální „zbytečnost“. Je na organizaci, aby se věnovala kvalitnímu zaškolení svých pracovníků, poskytla jim otázky na všechny jejich odpovědi, naučila je efektivním metodám vedení rozhovoru, na základě kterého mohou s klienty konstruktivně plán utvořit. Někdy

je náročné, obzvlášť pokud jeden klíčový pracovník zastává tuto funkci hned pro několik klientů, zajistit opravdu smysluplné a cílevědomé jednání s klienty, pokud vezmeme v úvahu často finančně velmi stíženou situaci organizace. Je také na organizaci, aby správně odhadla a vybalancovala mnohdy tenkou hranici mezi přepečováním a zanedbáváním klienta (Hauke 2011, s. 17–21).

5 Pracovník v péči o osoby s kombinovaným postižením

5.1 Definice pojmu pracovník v péči o osoby s kombinovaným postižením

Každý odborník zaujímající pracovní pozici v různých profesích se ztotožňuje s určitou rolí. I v pozici personálu pečujícího o klienty s kombinovaným postižením se denně ocitá v situacích, kdy se zapojuje do dění kolem klientů, přizpůsobuje mu podmínky a rozhoduje v různých záležitostech. Existují určité psané i nepsané požadavky a předpoklad, že svou roli přijme profesionálně a vypořádá se s nároky na něj kladenými. Někdy tyto nároky mohou zasahovat i do mimopracovní oblasti pracovníka života (etická dilemata, nápor na psychiku) – je nutné, aby na ně byl připraven a akceptoval je, znal možnosti psychohygieny, relaxace.

Chceme-li jít do podstaty věci, musíme si uvědomit, že nejen klíčový pracovník, ale všichni pracovníci starající se o klienty, poskytující jim nějaký dohled, péči, výchovu, rady, či kontrolu, jsou stavěni a přicházejí do situací, kdy jsou konfrontováni s mocí. S mocí nad klientem, v rozhodování za klienta, zodpovědností za klienta apod. Faktem zůstává, že nebezpečí zneužití moci je vysoké, a to zejména u klientů s vysokou mírou pečovatelské nebo ošetřovatelské péče. Pracovník by měl pěstovat svůj vztah ke klientovi a dbát, aby zamezil oboustrannému vzniku závislostního vztahu (Šelner 2012, s. 121–123). Určitou moc nad klientem, vzhledem k jeho omezením (ať už tělesným, mentálním, či jiným) má pracovník použít vždy ku prospěchu klienta, ne k pěstování si vlastní nadřazené pozice a umělé autority!

Pracovník v péči o osoby s kombinovaným postižením má mít na paměti, že jeho jednání s konkrétním klientem je specifické. Funguje na základě určitých jedinečných sdělovacích komunikačních systémů (i těch neverbálních) a je prostředkem k navázání vztahu s klientem, při němž by měl pracovník nalézt pozitivní hodnoty osobnosti klienta. Pracovník bývá

osobou, která zná klienta (resp. jeho každodenní rituály, potřeby, zvyklosti) mnohdy důkladněji než blízké příbuzenstvo, a proto může představovat velmi důležitou osobu v klientově životě. Pracovník by měl být především profesionál a snažit se vždy upřednostňovat zájmy, práva a přání klienta.

Za základní předpoklad pro výkon profese pracovníka v péči o osoby s kombinovaným postižením považujeme, vzhledem k prostudované literatuře a osobním zkušenostem, nutnost neustálého vzdělávání ve všech oblastech speciální pedagogiky (jednotlivé speciálněpedagogické obory). Podstatná je ale také vlastní psychohygiena, prevence syndromu vyhoření a kvalitní (pravidelné) supervize. Nutné jsou určité kvalifikační předpoklady, které předepisuje Zákon č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů (Šelner 2012, s. 121–123).

5.2 Klíčový pracovník

Klíčový pracovník je funkce osoby v týmu pracovníků přímé péče, jejímž úkolem je navázat bližší vztah s klientem a během adaptačního období (obvykle 3 kalendářní měsíce) zahájit užší spolupráci. Někde se hovoří o tzv. adaptačním klíčovém pracovníkovi. Ze zkušeností většinou připadá na jednoho klíčového pracovníka více klientů (2–3 klienti). Klíčový pracovník by měl hájit zájmy klienta, zjišťovat jeho další přání, rozvíjet a podporovat jeho možnosti, obstarávat či dopomáhat zajišťování záležitostí klienta, být oporou či obstarávat komunikaci s dalšími „orgány“. Stává se klientovým blízkým „spojencem“ po dobu poskytování služeb. Povinností klíčového pracovníka je vypracování individuálního plánu klienta, společně pak s klientem i týmem pracovníků pracují na naplňování formulovaných cílů plánu.

Klíčovým pracovníkem by měla být osoba, která pracuje v přímé péči, a je tudíž s klientem v přímém denním kontaktu. Může se jednat o tyto pozice: sociální pracovník, pracovník v sociálních službách, zdravotní sestra, vychovatel, terapeut aj. Klíčový pracovník je po zvážení přidělen ke klientovi, avšak v situaci, kdy dvojice klíčový pracovník – klient není schopna partnerské komunikace a spolupráce (vzájemné nesympatie), je vhodné (a obě strany na to mají právo) změnit klíčového pracovníka (Vítková 2006, s. 115, 116).

Klíčový pracovník plní funkci koordinátora péče a podpory konkrétního klienta. Jsou na něj kladeny určité požadavky (viz dále), které by měl splňovat, aby mohl být pro klienta skutečnou oporou, rovnocenným a přínosným partnerem. Jeho místo je v systému

poskytování služby opodstatněné a mnohdy velmi určující. Ze zkušeností je zřejmé, jak může nešetrně zvolený výběr klíčového pracovníka zkomplikovat průběh služby, a to nejen s ohledem na daného klienta (např. nesympatie klienta k pracovníkovi znesnadňují spolupráci s celou skupinou klientů). Klíčový pracovník by měl v systému, kdy se o klienta stará hned několik pracovníků (např. směny), předávat informace o jeho fyzickém i psychickém stavu, dlouhodobých cílech i aktuálních problémech.

Jak jsme již zmínili, role klíčového pracovníka obnáší určité požadavky a povinnosti. Vzhledem k tomu, že je jeho úkolem podporovat klienta a pomáhat mu žít dle jeho představ a v případě potřeby nabídnout radu, pomoc či pozornost, předepisuje zákon o sociálních službách podmínky odborné způsobilosti k výkonu pracovníka v péči o osoby s kombinovaným postižením. Tou je základní vzdělání, střední vzdělání, střední vzdělání s výučním listem, střední vzdělání s maturitou nebo vyšší odborné vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu Hauke (2011, s. 76, 77).

Hauke (2011, s. 76, 77) také zmiňuje nevhodnost vykonávání této pozice lidmi s nižším vzděláním než se středoškolským s maturitou. Za hlavní důvod označuje náročnost této funkce a nutnost kvalitního naplňování všech kompetencí. S tímto názorem se ztotožňujeme, přestože praxe je aktuálně jiná.

5.2.1 Role a funkce klíčového pracovníka, odpovědnost za individuální plánování

Klíčový pracovník je první odpovědnou osobou za individuální plán klienta, odpovídá za správnost a aktuálnost údajů v něm uvedených. Jeho úkolem je individuální plán tvořit a přehodnocovat spolu s klientem a dalšími zúčastněnými osobami podle potřeby a zajistit i rozhovory s osobami, které se do individuálního plánování také zapojují. Jak již bylo zmíněno, je jeho úkolem s plánem seznámit i své kolegy, kteří s klientem pracují. Je povinen si zajistit dostatek času na povinnosti, které vyplývají z jeho funkce. Neměl by však zasahovat do záležitostí, které mu bezprostředně nenáleží, a z jeho kompetencí nevycházejí (Hauke 2011, s. 76–82).

Mezi primární podmínky pro funkci klíčové pracovníka patří znalosti, dovednosti, návyky a předpoklady – morální a charakterové, které získal zkušenostmi, vzděláním a celkovou osobnostní vyzrálostí. Dalším předpokladem pro jeho práci je znalost standardů kvality v sociálních službách a s nimi souvisejících dokumentů, další sebevzdělávání

a zvládnutí administrativní činnosti spojené s individuálním plánováním. Jeho přístup ke klientovi by měl být rovnocenný a empatický. Měl by umět vést rozhovor, naslouchat a zvládat techniky práce s klientem (Hauke 2011, s. 76, 77).

Ústředními povinnostmi klíčového pracovníka je pomáhat klientovi s formulací jeho osobních cílů, potřeb a priorit, podporovat ho a motivovat ke zmobilizování vlastních sil vedoucích k jejich dosažení. Prostřednictvím dialogu má zjišťovat míru spokojenosti klienta a potřebnost podpory, navrhnout flexibilně jiná řešení v situacích, které to vyžadují. S klientem dojednává konkrétní podobu a rozsah poskytované služby, informuje o jejím personálním zajištění a způsobech její realizace. Stejně tak o způsobu ověření a naplňování osobních cílů. Jeho další důležitou funkcí je koordinace realizačního týmu pro plánování služby, kdy do týmu přináší a projednává informace podstatné pro průběh plánování. Spolupráci navazuje nejen s kolegy na různých pracovních pozicích a stupních řízení, ale často i s rodinnými příslušníky či opatrovníky (Hauke 2011, s. 76–82).

Za týmovou spolupráci zodpovídá největším podílem vedoucí týmu. Jeho úkolem je nastavit pravidla, požadavky i provádět kontrolu. V týmu by měl dbát na zastoupení všech pracovních pozic, které jsou potřebné k uspokojování potřeb klienta zohledněných v individuálním plánu (a to nejen z řad „vlastního“ týmu, ale i dalších odborných pracovníků, jako jsou sociální pracovník, logoped, psycholog, terapeut, popř. další i jiní externí pracovníci) (Bicková, et al. 2011, s. 102).

Klíčový pracovník by měl znát lidské potřeby, cílovou skupinu a její specifika, principy plánování služby, metody, postupy a proces plánování, způsoby zjišťování potřeb a osobních cílů, povinnosti poskytovatele atd. Měl by být schopen vést rozhovor, aktivně naslouchat a tzv. „číst mezi řádky“, empaticky vnímat klienta a zvládat rizikové situace.

Neméně důležité schopnosti klíčového pracovníka jsou sebereflexe, přizpůsobení komunikace, organizační schopnosti, schopnost týmové spolupráce aj. Má dbát na doplňování vzdělání v oblastech dotýkajících se jeho práce. Naprosto nepřijatelné jsou profesní pochybení, kterých by se klíčový pracovník (a pracovník v péči o osoby s kombinovaným postižením obecně) neměl v žádném případě dopouštět: manipulace s klientem, využívání jeho oslabení, vytváření závislostního vztahu, „nálepkování“, nerespektování soukromí, infantilizace, moralizování apod. (Bicková, et al. 2011, s. 116–123).

6 Osoby s kombinovaným postižením

6.1 Vymezení pojmu osoba s kombinovaným postižením

Postižení obecně je spojeno s určitou (fyzickou, mentální, komunikační, sociální) odlišností a rozdílností oproti ostatní většině. Osoba s kombinovaným postižením je ta, u které se v určité míře spojují různá postižení a potřebuje tudíž speciální péči.

Šelner (2012, s. 46) definuje postižení jako situaci, kdy se člověk v důsledku různých mentálních faktorů a sociální interakce přizpůsobuje společnosti jinak, než společnost očekává. Dále poukazuje na to, že pokud je u lidí s postižením ztížen sociálně-pedagogický proces, měla by být soběstačnost jedince, za využití jeho vlastních zdrojů a schopností, kompenzována. Nejinak je tomu i u lidí s kombinovaným postižením.

Ludíková, et al. (2005, s. 8–13) konstatuje, že kategorie kombinované postižení (nebo také vícenásobné postižení či kombinované vady) není pouhým výčtem jednotlivých postižení, nýbrž představuje specifickou, novou „kvalitu“, která vyžaduje změnu od dosavadního pojetí a tvorbu dalších obsahových i metodických struktur. Jedná se o kategorii, která představuje nejsložitější skupinu lidí s postižením, která je nejméně propracovanou oblastí speciální pedagogiky.

Osoba s kombinovaným postižením může mít zcela specifické symptomy, které se u druhého jedince s podobnou kombinací nemusí vyskytovat. Kombinovat se mohou nejen závažnější stupně postižení, poruch či narušení s lehčími, ale i lehčí stupně navzájem nebo těžké stupně. Dokonce nelze vyloučit ani kombinaci postižení s talentem i nadáním (Ludíková, et al. 2005, s. 303).

Kombinace několika druhů postižení bývá následkem genetických anomálií a někdy se projevují v mnoha příznacích (v tzv. syndromech – souborech příznaků, např. Downův syndrom, Turnerův syndrom). Primární postižení bývá leckdy obtížné stanovit, můžeme se setkat s nejrůznějšími kombinacemi vad (Slowík 2007, s. 147).

Předmětem speciální pedagogiky vícenásobně postižených je „edukace jedinců, u kterých jsou nedostatky v kognitivní, motorické, komunikační nebo psychosociální sféře takového rozsahu, že vyžadují zvýšenou speciálněpedagogickou péči ve směru individuálního přístupu, speciálních metod a modifikací obsahu vzdělávání, a to i ve vztahu k jedincům s jediným postižením. Uvedený deficit – nedostatky jsou vždy spojené s aktuálním výskytem minimálně dvou rozdílných postižení, narušení či jejich kombinací“ (Renotírová, Ludíková, et al. 2006,

s. 303). Pojetí ucelené rehabilitace těchto osob klade důraz na speciální edukaci, jejímž výsledkem má být socializace jedince s kombinovaným postižením a jeho zapojení se do společnosti (integrace). Při samotné edukaci je třeba dbát na náležitosti jako vytvoření individuálního vzdělávacího plánu, dodržování speciálněpedagogických zásad (a to především zásad individuálního přístupu, přiměřenosti, názornosti, komplexnosti, trvalosti aj.) a výběr speciálních metod. Stěžejní je však vytvoření adekvátních podmínek pro komunikační možnosti každého jednotlivce s kombinovaným postižením. Uvedené se však dotýká nejen edukace školní, ale i mimoškolní, a to i v ústavních zařízeních v péči o osoby s kombinovaným postižením, kde také dochází k naplňování edukačních cílů klienta (Ludíková, et al. 2005, s. 8–13).

6.2 Kategorizace osob s kombinovaným postižením

Dělení osob s kombinovaným postižením z hlediska jednotlivých druhů postižení je poměrně složité a obtížně uplatnitelné. Skupina je složena z tak široké škály variant kombinací postižení (včetně stupňů a hloubky postižení), že rozhodnout, zda se jedná o lehký, nebo těžký stupeň postižení může být prakticky velmi obtížné až nemožné a dost subjektivní. Určení jednotlivých skupin je problematické, protože některé symptomy nejsou dostatečně popsatelné, jiné přináší určité překrytí apod. Ludíková, et al. (2005, s. 11) se domnívá, že i v budoucnu se definování a kategorizace osob s kombinovaným postižením bude odklánět od konstatování druhu a míry postižení a jejich zavádění do terminologie, nýbrž bude směřovat k popisu charakteristických projevů a jejich specifík.

Mezi nejčastější varianty kombinací patří dle Slowíka (2007, s. 147–150):

- kombinace s mentálním postižením (často se vyskytující kombinace mentálního postižení s tělesným, příp. smyslovými vadami, u dětské mozkové obrny, autismu),
- hluchoslepota (kombinace zrakové a sluchové vady),
- kombinace s poruchami chování (snížená sociální přizpůsobivost a poruchy chování se mohou vyskytovat paralelně s kterýmkoliv jiným druhem postižení, nejčastěji se jedná o sníženou úroveň rozumových schopností, mentální postižení aj.).

Výskyt osob s kombinovaným postižením se zvyšuje, vzhledem k variabilitě a heterogenosti příznaků a projevů ovšem nelze přesně určit četnost a výskyt v rámci populace (Renotiérová, Ludíková, et al. 2006, s. 303).

6.3 Etiologie kombinovaného postižení

Etiologie kombinovaného postižení je velmi rozmanitá. Příčiny nelze vždy jednoznačně určit, ovšem lze se shodnout na tom, že se mohou objevit v celé škále údobí lidského života. Za obvykle nejtěžší případy považuje Ludíková, et al. (2005, s. 11) ty, jež mají příčiny v prenatálním stádiu vývoje jedince. Za nejčastější etiologické faktory jsou považovány genetické vlivy, chromozomální aberace, infekce, intoxikace, vývojové poruchy, poškození mozku a centrální nervové soustavy (dále jen CNS), metabolické a nutriční činitele, mechanická poškození, vlivy sociálního a materiálního prostředí, psychické faktory, traumata apod. Faktorů je tedy velké množství.

V dalších kapitolách se budeme v rámci problematiky lidí s kombinovaným postižením blíže věnovat charakteristice, etiologii, klasifikaci a zvláštnostem u lidí s tělesným a mentálním postižením a mentální retardací. Jak již bylo zmíněno výše, výskyt a zastoupení kombinovaného postižení u osob má vzestupnou tendenci. Vycházíme-li ze zkušeností z praxe v péči o lidi s kombinovaným postižením, máme za to, že abychom mohli efektivně individuálně plánovat s klienty s kombinovaným postižením a zohlednit různorodá specifika práce s nimi, je třeba se důkladně seznámit i s jednotlivými druhy postižení, která z nich bývají nejčastější – tělesné a mentální, je třeba brát v potaz a ovládat teoretické poznatky z těchto oblastí, respektovat vhodné zásady.

6.4 Mentální postižení a mentální retardace v kontextu kombinovaného postižení

Samotný pojem mentální retardace je postupně čím dál častěji ve společnosti vnímán (vlivem humanizace vědních oborů) jako hanlivý. Postupně se proto veřejnost přiklání ke „zjemnění“ jeho významu používáním pojmu mentální postižení. Pojem mentální postižení je (především ve školství) používán jako širší pojem, ačkoliv zdravotnická oblast jej používá jako synonymum mentální retardace. Pojem mentální postižení zahrnuje i mentální retardaci, která je diagnostikována do 2 let věku dítěte (později se jedná o demenci) (Valenta, et al. 2012 s. 28, 29).

Valenta, et al. (2012, s. 30) dále uvádí, že „mentální postižení je širší a zastřešující pojem zahrnující kromě mentální retardace i takové hraniční pásmo kognitivně-sociální disability,

kteře znevýhodňuje klienta především při vzdělávání na běžném typu škol a indikuje vyrovnávací či podpůrná opatření edukativního (popř. psychosociálního) charakteru“.

S ohledem na přehlednost budeme dále v textu užívat jednotný termín *mentální retardace*.

6.4.1 Vymezení pojmu mentální retardace, výskyt

Švarcová (2000, s. 24, 25) definuje člověka s mentální retardací jako osobu, u které „dochází k zaostání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování“. Míra a hloubka postižení je individuálně odlišná. Příčinou postižení je vždy poškození mozku (na rozdíl od pseudooligofrenie). Důležitým znakem mentálního postižení je jeho trvalost. Nejedná se o nemoc, nýbrž o trvalý stav.

Pojem mentální retardace by v doslovném překladu zněl „opoždění mysli“. Postihuje celou osobnost jedince a všechny její složky (vývoj a úroveň rozumových schopností, emocí, komunikačních schopností, sociálních vztahů, možností společenského a pracovního uplatnění aj.) (Slowík 2012, s. 109).

Ludíková, et al. (2005, s. 29) uvádí, že při vymezování mentální retardace se nejedná o pouhé časové opožďování, ale o hluboké strukturální změny kvalitativního charakteru. Ačkoliv je projev mentální retardace u každého jedince ovlivněn individuálně, objevují se určité společné znaky (v percepci, myšlení, pozornosti, vůli, řeči aj.).

„Mentální retardace je stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností (schopnosti myslet, učit se a přizpůsobovat se okolí), k němuž dochází v průběhu vývoje jedince. Jde o trvalý stav, který je buď vrozený, nebo časně získaný (do 2 let života dítěte). Zastaralý název pro mentální retardaci je oligofrenie nebo slabomyslnost“ (Ludíková, et al. 2005, s. 269).

Renotiérová, Ludíková, et al. (2006, s. 167) dodává, že jednotlivé příznaky nemusí být vždy přítomny u každého člověka s mentální retardací. Ovšem je např. 3x vyšší riziko přítomnosti výskytu řady duševních poruch u osob s mentální retardací než u běžné (intaktní) populace. Autorka dále uvádí, že výskyt mentální retardace v populaci se odhaduje na 3 až 4 %.

6.4.2 Etiologie mentální retardace

Určení příčin vzniku mentální retardace není vždy snadné. Může se jednat o endogenní (vnitřní) nebo exogenní (vnější) faktory. Vnitřní příčiny jsou genetické. Informace vedoucí k jejímu vzniku je zakódována v systému pohlavních buněk. Zatímco vnější příčiny mohou (ale nemusí) znamenat bezprostřední příčinu poškození mozku plodu dítěte. Mohou představovat určitého „spouštěče“ projevů zakódovaných patologických projevů nebo modifikovat jejich průběh (Švarcová 2000, s. 51, 52).

Ludíková, et al. (2005, s. 271) dělí příčiny vzniku mentální retardace na:

- prenatalní (před narozením dítěte – především infekce matky v těhotenství, její špatná výživa, působení záření a toxických látek, úrazy matky),
- perinatální (v období porodu a bezprostředně po něm – hypoxie plodu, protahovaný porod aj.),
- postnatální (po porodu až do 2 let věku dítěte – infekce, záněty mozku, úrazy, špatná výživa; důsledek poškození mozku v průběhu života po uplynutí 2 let již nepovažujeme za mentální retardaci, nýbrž za demenci).

Ludíková, et al. (2005, s. 271) ovšem také zmiňuje úlohu dědičnosti – lehká mentální retardace vzniká většinou důsledkem zděděné inteligence v kombinaci vlivu rodinného prostředí, a specifické genetické příčiny (chromozomální aberace).

Renotiérová, Ludíková, et al. (2006, s. 161) uvádí jako nejčastější příčiny mentální retardace: následky infekcí a intoxikací, následky úrazů nebo fyzikálních vlivů, poruchy výměny látek, růstu, výživy, makroskopické léze mozku, nemoci a stavy způsobené jinými a nespecifickými prenatalními vlivy, anomálie chromozomů, nezralost, vážné duševní poruchy, psychosociální deprivace, jiné a nespecifické etiologie.

6.4.3 Klasifikace a charakteristika osob s mentální retardací

V literatuře se můžeme setkat s dělením mentální retardace podle typu chování – eretické (versatilní neboli neklidné), torpidní (apatické) a nevyhraněné. Avšak nejpoužívanější klasifikací je třídění osob na základě stupně mentální retardace, které se určuje orientačně na základě posouzení inteligenčního kvocientu (IQ). Dělíme je na tyto kategorie:

- lehká mentální retardace (50–69 IQ, u dospělé osoby odpovídá mentálnímu věku 9–12 let),

- střední mentální retardace (35–49 IQ, u dospělé osoby odpovídá mentálnímu věku 6–9 let),
- těžká mentální retardace (20–34 IQ, u dospělé osoby odpovídá mentálnímu věku 3–6 let),
- hluboká mentální retardace (IQ dosahuje max. 20, u dospělé osoby odpovídá mentálnímu věku do 3 let),
- jiná mentální retardace (nelze přesně určit pro přidružená smyslová a tělesná postižení, poruchy chování a autismus),
- nespecifikovaná mentální retardace (leč kvalifikovat jako mentální retardaci, ale pro nedostatek znaků nelze přesně určit, o jakou mentální retardaci se jedná) (Pipeková, et al. 2006, s. 61–64).

Přejdeme-li k samotné charakteristice kategorií mentální retardace, budeme se opírat především o pojetí Švarcové (2000, s. 27–31).

Lehká mentální retardace – tito jedinci jsou většinou schopni užívat řeč účelně v každodenním životě, jsou zcela nezávislí v osobní péči a v praktických domácích dovednostech (leč jsou oproti normě pomalejší). Největší obtíže jim činí teoretická práce ve škole – mnozí z nich mají specifické problémy se čtením a psaním.

Na trhu práce mohou být snadno uplatnitelní na praktických, spíš méně kvalifikovaných místech s manuální náplní práce. V případě, že je jedinec emočně nestabilní a sociálně nezralý, mohou se objevovat další obtíže ve formě neschopnosti vyrovnat se s kulturními tradicemi, normami, požadavky manželství či výchovy potomků a další problémy spojené s aktivním samostatným životem (zajištění zdravotní péče, hospodaření s financemi, udržení zaměstnání apod.) (Švarcová 2000, s. 27–31).

Renotierová, Ludíková, et al. (2006, s. 168) dodává, že pro jedince této kategorie jsou charakteristické emoční a volní poruchy (afektivní labilita, impulzivnost, úzkostnost, zvýšená sugestibilita). Z psychiky je patrná snížená aktivita psychických procesů s převládajícími konkrétními, názornými a mechanickými schopnostmi.

Střední mentální retardace – lidé se střední mentální retardací se vyznačují výrazným opožděním v rozvoji chápání a řeči. Schopnosti sebeobsluhy a zručnost jsou také značně omezeny. Ve školním vzdělávání jsou někteří jedinci schopni osvojit si základy trivie (čtení, psaní, počítání), avšak musí se vzdělávat podle speciálních vzdělávacích programů. V dospělosti jsou schopni vykonávat jednoduchou manuální činnost s dohledem. I když

se v této skupině podstatně liší míra schopností u každého člověka individuálně, můžeme říct, že bývají mobilní a fyzicky aktivní, avšak samostatného života jsou schopni jen sporadicky. Jsou však schopni podílet se na jednoduchých sociálních aktivitách. Někteří jedinci se nikdy nenaučí mluvit, jiní porozumí alespoň základním verbálním instrukcím, další se vyjadřují pomocí nonverbálních forem komunikace (Švarcová 2000, s. 27–31).

Často se můžeme setkat se somatickými postiženími, častá je epilepsie. Komunikace je agramatická se špatnou artikulací (Ludíková, et al. 2005, s. 27).

Těžká mentální retardace – klinický obraz těžké mentální retardace je v mnohém podobný předchozí kategorii, avšak snížená úroveň schopností je v této kategorii mnohem výraznější. Naprostá většina jedinců z této kategorie trpí značně narušenou motorikou nebo přidruženými vadami prokazujícími příznačné poškození či špatný vývoj ústředního nervového systému. Přestože jsou možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob značně omezené, včasnou a systematickou rehabilitační, výchovnou a vzdělávací péčí můžeme podpořit a přispět k rozvoji v oblastech motoriky, komunikačních a rozumových schopností, včetně schopností sebeobsluhy a zvýšení kvality jejich života (Švarcová 2000, s. 27–31).

Do charakteristiky těžké mentální retardace můžeme zahrnout často i sebepoškození (např. škrábání se v obličeji, trhání si vlasů, bití si do stehů). Obzvláště v ústavních zařízeních to může znamenat problémy a komplikace – klient si může způsobovat i podlitiny, a proto je na personálu zařízení, aby se chránil před možnými domněnkami zákonných zástupců a dalších osob pohybujících se v blízkosti takového klienta. Formy poškození u konkrétního klienta by měly být vždy zaznamenány v individuálním plánu klienta (Švarcová 2000, s. 27–31).

Hluboká mentální retardace – lidé s hlubokou mentální retardací mají značně ztíženou schopnost porozumět požadavkům a instrukcím. Často se dorozumívají pouze pomocí základní neverbální komunikace (někdy pouze pomocí neartikulovaných výkřiků), bývají imobilní a inkontinentní. Často se můžeme setkat se stereotypními mimovolnými pohyby těla. Jejich schopnosti sebeobsluhy jsou nepatrné či žádné a vyžadují neustálý dohled a plnou asistenci (Švarcová 2000, s. 27–31).

Jiná mentální retardace – této kategorii by mělo být použito pouze v případech, kdy stanovení stupně intelektové úrovně pomocí obvyklých metod je obzvláště znesnadněno nebo znemožněno pro somatické či přidružené senzorní poškození.

Nespecifikovaná mentální retardace – této kategorie se užívá v případech, kdy je jasně prokázána mentální retardace, avšak chybí dostatek informací k přesnému zařazení jedince do shora uvedených kategorií (Švarcová 2000, s. 27–31).

6.4.4 Psychické zvláštnosti u osob s mentální retardací

Abychom mohli efektivně pracovat s lidmi s kombinovaným postižením, u kterých je jedním z postižení postižení mentální, je zapotřebí vyjasnit si některá základní specifika psychických procesů u těchto osob. Z nich vyplývá nutnost přizpůsobení postoje, požadavků a jednání s těmito osobami. Tato specifika zahrnují jak bezprostřední poznání (smyslové), tak poznání zprostředkované (myšlení, řeč). Atypické projevy mentální retardace spočívají v:

- percepci – jedná se o pomalejší proces utváření zkušeností s odchylkami. Ludíková, et al. (2005, s. 28) také uvádí zpomalenost a snížený rozsah zrakové a hmatové percepcie, nediferencovanost počítků a vjemů, inaktivitu vnímání, poruchy prostorového vnímání a vnímání času, špatnou koordinaci pohybu, opožděnou a zkreslenou diferenciaci fonémů.
- Myšlení – je konkrétní s neschopností vyšší abstrakce a generalizace. Dochází k chybovosti v analýze a syntéze, úsudky jsou nepřesné, ztížené je i utváření pojmů. Typická je určitá nepromyšlenost jednání a nepředvídatost výsledků a následků.
- Paměť – proces osvojení je pomalejší a vyžaduje mnohočetné opakování. Naopak proces zapomínání je rychlejší, vybavování je nepřesné. Poznatky neumí včas uplatnit v praxi, převažuje mechanická paměť. Paměťové stopy jsou nekvalitně utříděné a nedostatečně zafixované.
- Vůle – typickým rysem je dysbulie – porucha vůle a abulie – nerozhodnost, neschopnost zaktivizovat se, nedostatek či ztráta volných činností.
- Pozornost – je nestálá, kolísavá, vykazuje snazší unavitelnost. Maximální doba udržení záměrné pozornosti je 15–20 minut. Je často spojena s motivací. Objevuje se vyšší chybovost při nárůstu požadavků na výkon.
- Aspirace – sebehodnocení vykazuje výkyvy – buď formou přeceňování se nebo podceňování se.
- Řeč – bývá agramatická s chybami, hlasový projev tichý nebo naopak extrémně hlučný. Setkáváme se s špatnou tvorbou slov i vět a nesprávným používáním významu slov ve větě, popř. neporozumění, ostýchavost (Ludíková, et al. 2005, s. 28).

Renotiérová, Ludíková, et al. (2006, s. 167) dále charakterizují tato specifika psychologických odlišností:

- infantilní chování (příliš dětské, důvěřivé),
- zvýšená závislost na rodičích a druhých lidech obecně,
- sugestibilní a rigidní chování,
- labilita nálad a výrazná citová vzrušivost,
- porucha pohybové koordinace a vizuomotoriky,
- opožděný psychosexuální vývoj,
- poruchy v meziosobních vztazích,
- pasivita chování a neurotické dětské reakce,
- zvýšená úzkostnost,
- nedostatečný vývoj osobní identifikace („já“),
- snížená sociální přizpůsobivost a nedostačivost školních požadavků,
- impulzivní, hyperaktivní či celkové zpomalení chování aj.

6.5 Tělesné postižení v kontextu kombinovaného postižení

6.5.1 Vymezení pojmu tělesné postižení

Obor zabývající se výchovou a vzděláváním jedinců s tělesným a zdravotním postižením se nazývá somatopedie (Vítková 2006, s. 167, 168). Jedinci s tělesným postižením představují heterogenní skupinu, jejímž hlavním společným znakem je omezení pohybové schopnosti a změna klinického obrazu. Jedná se o dlouhodobý nebo trvalý stav. Postižení však postihuje nejen pohybovou schopnost, nýbrž celou osobnost člověka (jeho motoriku, vnímání, ale i kognici a emoce).

Tělesné postižení jsou vady pohybového a nosného ústrojí, včetně poruch nervového ústrojí, jestliže je poškozena hybnost. Tato omezení působí na celý komplex osobnosti. U lidí s tělesným postižením je primární dílčí součástí zmírnění důsledků jejich poškození užívání medikace, zajištění odpovídajících ortopedických a kompenzačních pomůcek, úprava bariérovosti, vytváření pracovních míst uzpůsobených pro podmínky zaměstnávání lidí s tělesným postižením aj. (Vítková 2006, s. 39–50).

6.5.2 Etiologie tělesného postižení

Příčiny tělesných postižení se liší dle doby vzniku postižení. Při vrozeném postižení bývají často poruchy spojeny s dětskou mozkovou obrnou (zde jsou příčiny uváděny jako poškození CNS v prenatálním nebo perinatálním období). Méně časté jsou vrozené vývojové vady. Dále rozlišujeme poruchy primární a sekundární – primární poruchy jsou následkem přímého poškození pohybového ústrojí, zatímco sekundární vznikají v důsledku jiné nemoci či poruchy. Významnou příčinou získaných tělesných postižení jsou úrazy a následky závažných onemocnění (Slowík 2007, s. 98).

Ludíková, et al. (2005, s. 81) definuje jako základní příčiny kombinovaných vad z pohledu somatopedie: dědičnost, chromozomální a vývojové poruchy, metabolické a nutriční činitele, fyzikální faktory, intoxikaci plodu, psychické poruchy matky v těhotenství, mechanická poškození v době pre-, peri- a raně postnatálním, onemocnění CNS, vlivy materiálního a sociálního prostředí, popř. kombinace několika příčin.

6.5.3 Klasifikace tělesného postižení

I u tělesného postižení je klasifikace bohatá. Všechna tělesná postižení mohou být různého stupně a dle postižené části je Vítková (2006, s. 169–177) dělí na:

- obrny centrální a periferní dělíme na parézy – částečné ochrnutí a plegie – úplné ochrnutí. Centrální obrna zasahuje míchu a mozek, periferní jen obvodové nervstvo.
- Deformace – do této kategorie patří skoliózy, kyfózy a další deformity.
- Malformace – jedná se o patologické vyvinutí různých částí těla – vrozenou vývojovou poruchu.
- Amputace je umělé odnětí končetiny od trupu. Obvykle se jedná o důsledek úrazu či cévního onemocnění a zhoubných nádorů na končetinách.

Ludíková, et al. (2005, s. 82, 83) dělí tělesné postižení na vrozené a získané. Dále zmiňuje i dělení na základě tělních systémů (např. onemocnění nervového systému a jeho zástupce epilepsie, která je často v kombinaci s mentální retardací).

6.5.4 Dětská mozková obrna

Kudláček (2013, s. 151, 152) uvádí, že dětská mozková obrna (dále jen DMO) spadá do kategorie tzv. neurovývojových onemocnění. Období vzniku člení na prenatální, perinatální a postnatální, přičemž postnatální období ohraničuje do 1 roku věku dítěte, kdy

došlo k poškození centrální nervové soustavy. DMO bývá často provázena dalšími zdravotními komplikacemi jako epilepsií, mentální retardací, poruchami percepce aj. Postižení se v závislosti na typu DMO projevuje spasticitou (ztuhlostí svalů), poruchami pohybové koordinace (diskinéza) nebo ochablým svalstvem (hypotonie), příp. kombinací těchto vad (smíšené formy DMO).

Vítková (2006, s. 42, 43) uvádí tyto formy DMO:

- diparetická forma – nejpočetněji zastoupená forma, vyskytující se převážně u předčasně narozených dětí s nízkou porodní hmotností, charakteristická spastickou paraparérou (částečné ochrnutí) dolních končetin bez poruchy čítí s minimálním či absentujícím postižením horních končetin. Typické je tzn. „nůžkovité“ držení, semiflexe (částečné ohnutí) dolních končetin. Intelekt se pohybuje v normě, příp. v její dolní hranici.
- Hemiparetická forma – častěji se vyskytuje jako spastická hemiparéza horních končetin bez poruchy čítí a bývá doprovázena epilepsií. Pevážná část takto postižených dětí navštěvuje běžné školy. Postižení postihuje levou nebo pravou polovinu těla.
- Kvadruparetická forma – forma DMO, která znamená oboustrannou hemiparézu (čili postižení obou horních i dolních končetin), kdy jsou výrazně postiženy i horní končetiny. I zde se můžeme často setkat s přidruženou epilepsií a mentálním postižením.
- Diskineticko-dystonická forma – častější varianta (lze se setkat i s „čistou“ dystonií) spojená se spasticitou. Vágnerová (1999, s. 41) uvádí, že ztížená či chybějící schopnost pro společnost akceptovatelného verbálního projevu někdy spolu se záškuby v obličeji vyvolává v okolí domněnku, že jedinec s touto formou DMO trpí mentálním postižením, přestože inteligence nebývá poškozena a může být i nadprůměrná.

EMPIRICKÁ ČÁST

Tématem bakalářské práce je individuální plánování v péči o osoby s kombinovaným postižením. Teoretické poznatky tvoří první část práce. V textu jsme se mj. zabývali charakteristikou individuálního plánování, důležitou rolí klíčového pracovníka i poznatky z jednotlivých speciálněpedagogických odvětví. Jak již bylo výše zmíněno, počet osob s kombinovaným postižením se zvyšuje, odborné literatury k tomuto tématu není mnoho a dle našeho názoru je tedy nutné se problematice intenzivněji věnovat.

V empirické části budeme vyhodnocovat šetření názorů a zkušeností pracovníků, kteří s osobami s kombinovaným postižením pracují. Průzkum byl proveden v zařízení na území města Liberec, které se věnuje (převážně) osobám s kombinovaným postižením.

7 Cíl bakalářské práce

Cílem bakalářské práce je charakterizovat problematiku individuálního plánování v péči o osoby s kombinovaným postižením a zjistit, jak hodnotí efektivitu individuálního plánování v péči o osoby s kombinovaným postižením pracovníci ústavu, kteří s osobami s kombinovaným postižením pracují.

7.1 Formulované hypotézy

Před samotným šetřením jsme formulovali následující hypotézy, na základě kterých jsme sestavili pro respondenty dotazník zjišťující údaje v jednotlivých oblastech.

H1: Individuální plánování v péči o osoby s kombinovaným postižením hodnotí pracovníci ústavu s delší praxí jako přínosnější pro zvyšování kvality života klientů čteněji než pracovníci s kratší praxí.

H2: Individuální plánování v péči o osoby s kombinovaným postižením hodnotí pracovníci ústavu s vyšší kvalifikací jako přínosnější pro zvyšování kvality života klientů čteněji než pracovníci s nižší kvalifikací.

H3: Podporu z řad odborníků ústavu vnímají jako nedostatečnou pracovníci ústavu, kteří pracují s osobami s kombinovaným postižením, s delší praxí častěji než pracovníci s kratší praxí.

8 Použité metody

Abychom při daném počtu respondentů získali potřebné údaje, vyhodnotili jsme jako nejvhodnější metodu dotazníku. Cílem dotazníku bylo zmapovat názory a zkušenosti pracovníků s individuálním plánováním a otázkami souvisejícími.

Dotazník se skládal z 18 položek, z nichž 11 bylo uzavřených, 6 polouzavřených a 1 otevřená. Zaměřoval se na názory pracovníků v oblasti individuálního plánování. Zjišťovali jsme, zda pracovníci považují individuální plánování za efektivní a přínosné, na možnosti spolupráce s odborníky v zařízení při tvorbě individuálního plánu a její hodnocení očima samotných pracovníků. Dále dotazník zjišťoval, zda se do individuálního plánování zapojuje také rodina klientů a jestli se během individuálního plánování vyskytují nějaké problémy, popř. jak často a které konkrétně. Další položky zjišťovaly bližší informace o mínění respondentů ve směru k zařízení, ve kterém pracují – zda vnímají podporu při sestavování individuálního plánu od odborníků v zařízení, jestli si myslí, že v zařízení je snaha o zdokonalování individuálního plánování a školení nových pracovníků, zda probíhají v zařízení vzdělávací semináře o individuálním plánování a zda se podílí na individuálním plánování další odborníci ze zařízení. Tázali jsme se také na týmovou spolupráci v otázce poskytování dostatečného prostoru pro naplňování cílů klientů a jestli vnímají odpovídající podmínky pro vytváření individuálního plánu pro všechny klienty zařízení. Na závěr respondenti měli uvést své nejvyšší dosažené vzdělání a délku praxe v péči o osoby s kombinovaným postižením. Respondenti měli vždy uvést jednu odpověď, u jedné položky mohli označit více odpovědí.

Metodu dotazníku jsme zvolili proto, abychom vzhledem k obsáhlosti tématu a počtu respondentů zjistili co největší množství informací. Za vhodnou formu jej považujeme také s ohledem na možnost zachování anonymity respondentů. Výsledky dotazníkového šetření jsou zpracovány do tabulek, grafů a slovního shrnutí.

9 Popis zkoumaného vzorku

Šetření se zúčastnilo celkem 30 respondentů, kteří pracovali v libereckém zařízení v péči o osoby s kombinovaným postižením. Respondenti byli vybíráni náhodně. Dotazníkem bylo zjištěno nejvyšší dosažené vzdělání respondentů a obor, který respondenti studovali (viz

tabulky 1 a 2). Zjišťovali jsme také délku praxe respondentů v péči o osoby s kombinovaným postižením (viz tabulka 3).

Tabulka 1: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	Počet odpovědí
Základní	1
Vyučen/a	5
Středoškolské	17
Vysokoškolské	7
Celkem	30

Tabulka 2: Specifikace oboru vzdělání

Doplňte obor.	Počet odpovědí
Základní:	1
Vyučen/a:	
Kuchař/číšník	1
Pečovatelské služby	2
Dámská krejčová	2
Středoškolské:	
SPŠ textilní	3
Gymnázium	3
Obchodní akademie	2
Sociální práce	1
SOŠPg	4
SUPŠS	1
Provoz a ekonomika dopravy	2
Zemědělství	1
Vysokoškolské:	
Speciální pedagogika	3
Sociální pedagogika	1
Sociální práce	2
Sociální patologie a prevence	1
Celkem	30

Tabulka 1 ukazuje, že průzkumu se zúčastnila 1 osoba s nejvyšším dosaženým vzděláním základním, 5 osob vyučených, 17 středoškolsky vzdělaných osob a 7 vysokoškolsky vzdělaných osob.

S ohledem na téma bakalářské práce nás v dotazníku zajímal také obor nejvyššího dosaženého vzdělání osob pracujících s osobami s kombinovaným postižením (viz tabulka 2). Položkou jsme chtěli zjistit, jakého kvalifikačního zaměření jsou pracovníci. Položka č. 17 spolu s položkou č. 18 je důležitá pro vyhodnocení hypotéz (viz podkapitola „Ověření hypotéz“).

Délka praxe je znázorněna v tabulce 3. Zastoupení v kategorii délky praxe s osobami s kombinovaným postižením má poměrně široké rozpětí od 1 roku do 37 let praxe. Průměrná délka praxe respondentů je 7,2 let praxe.

Tabulka 3: Délka praxe respondentů v péči o osoby s kombinovaným postižením

Jak dlouhou praxi máte v péči o osoby s kombinovaným postižením?	Počet odpovědí
1 rok	3
2 roky	3
3 roky	5
4 roky	1
5 let	5
6 let	3
7 let	2
8 let	2
9 let	1
10 let	1
11 let	1
23 let	1
25 let	1
37 let	1
Celkem	30

10 Průběh průzkumu

První fází byla příprava a sestavování dotazníku (viz Příloha č. 2), vycházeli jsme ze zkušeností v práci s lidmi s kombinovaným postižením a mapování oblastí, na které se měl dotazník zaměřit.

Samotný průzkum probíhal zhruba v období od 15. 8. 2014 do 20. 9. 2014. Zpracování a vyhodnocení výsledků, které tvoří následující část bakalářské práce, proběhlo po navrácení všech 30 rozdaných dotazníků od respondentů. Návratnost dotazníku činila celých 100 %. V další části přinášíme výsledky a provedeme ověření hypotéz průzkumu. Dotazníky byly respondentům předávány osobně v tištěné podobě. Vyzvedávány byly od respondentů po jejich vyplnění osobně v týdnu od 15. 9. 2014 do 20. 9. 2014.

11 Výsledky a interpretace

11.1 Vyhodnocení položek dotazníku

Položka dotazníku č. 1: Považujete individuální plánování za efektivní nástroj pro aktivaci a rozvoj samostatnosti klientů?

Tabulka 4: Efektivita individuálního plánování

Považujete individuální plánování za efektivní nástroj pro aktivaci a rozvoj samostatnosti klientů?	Počet odpovědí	V procentech
Ano	27	90 %
Ne	3	10 %
Celkem	30	100 %

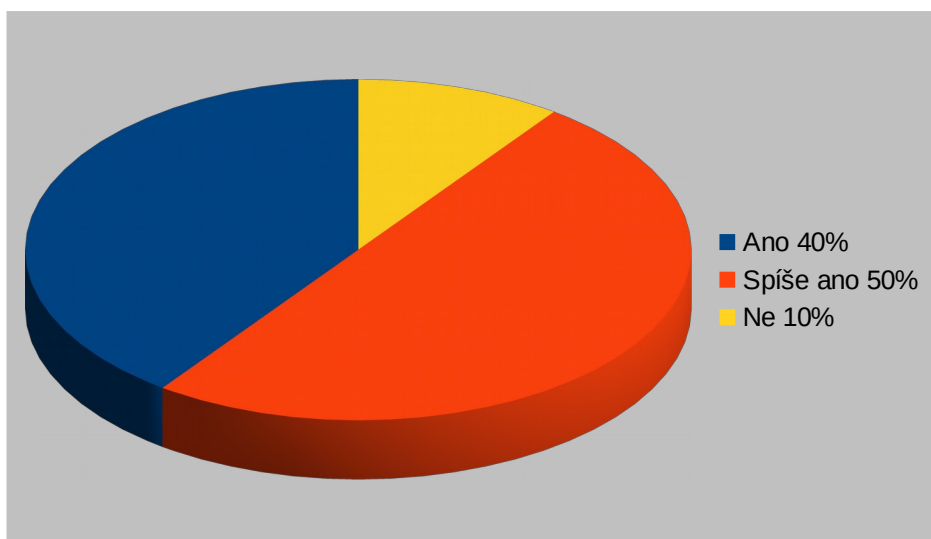
Tabulka 4 znázorňuje, že 90 % respondentů považuje individuální plánování za efektivní a pouze 10 % nikoliv. Součástí položky byla možnost upřesnit, z jakého důvodu se respondenti domnívají, že individuální plánování není efektivní. Celkem 2 respondenti uvedli, že individuální plánování nepovažují za přínosné. Jeden respondent uvedl, že individuální plánování podle něj nemá vypovídající hodnotu (viz tabulka 5).

Tabulka 5: Zdůvodnění neefektivity individuálního plánování

Proč nepovažují respondenti individuální plánování za efektivní nástroj pro aktivaci a rozvoj samostatnosti klientů?	Počet odpovědí
Individuální plánování není přínosné.	2
Individuální plánování nemá vypovídající hodnotu.	1
Celkem	3

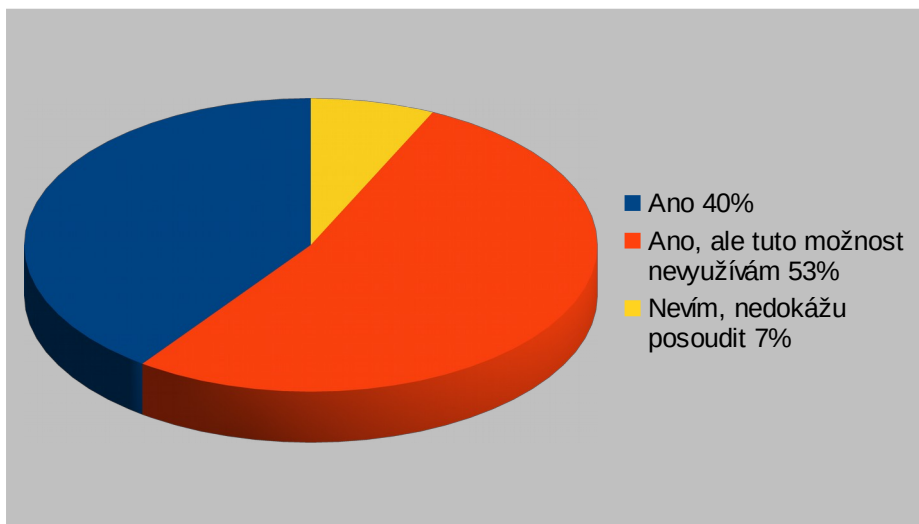
Položka dotazníku č. 2: Je podle Vás individuální plánování přínosné pro zvyšování kvality života klientů?

V grafu 1 můžeme vidět, že z celkem 30 dotazovaných 40 % osob odpovědělo, že individuální plánování považují za přínosné, 50 % osob odpovědělo na tuto otázku „spíše ano“ a pouze 10 % osob odpovědělo, že individuální plánování podle nich přínosné není.



Graf 1: Přínosnost individuálního plánování

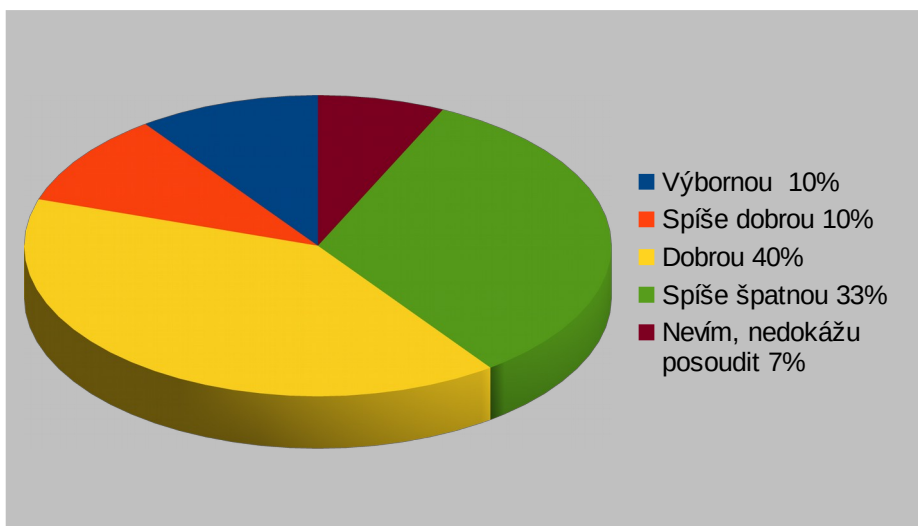
Položka dotazníku č. 3: Máte možnost při tvorbě individuálního plánu spolupracovat s dalšími odborníky v zařízení (např. speciální pedagog, psycholog, lékař, fyzioterapeut)?



Graf 2: Možnost pracovníků při tvorbě individuálního plánu spolupracovat s dalšími odborníky v zařízení

V grafu 2 vidíme, že 40 % tázaných uvedlo, že mají při tvorbě individuálního plánování možnost spolupracovat s různými odborníky v zařízení, kde pracují. Více než polovina tázaných (53 %) uvedlo, že tuto možnost sice mají, ale nevyžívají ji. 7 % tázaných odpovědělo variantou „nevím, nedokážu posoudit“.

Položka dotazníku č. 4: Spolupráci s odborníky v zařízení při tvorbě individuálního plánování hodnotím jako:



Graf 3: Hodnocení pracovníků spolupráce s odborníky v zařízení

Podle grafu 3 jen 10 % respondentů uvádí, že spolupráci s odborníky vnímají jako výbornou nebo spíše dobrou. Dobrá se jeví spolupráce celým 40 % dotázaných. Menší pokles můžeme zaznamenat u odpovědi „spíše špatnou“, která činí 33 %. 7 % respondentů neví, nebo nedokáže posoudit.

Položka dotazníku č. 5: Podílí se na individuálním plánování spolu s klíčovým pracovníkem také odborný personál zařízení?

Tabulka 6: Podíl odborného personálu zařízení na individuálním plánování

Podílí se na individuálním plánování spolu s klíčovým pracovníkem také odborný personál zařízení?	Počet odpovědí	V procentech
Ano	15	50 %
Ne	15	50 %
Celkem	30	100 %

V tabulce 6 vidíme, že polovina respondentů (50 %) uvedla, že se na tvorbě individuálního plánování spolu s klíčovým pracovníkem odborný personál podílí. Stejně tak zbylých 50 % respondentů uvedlo, že nikoliv.

Tabulka 7: Participace odborníků na individuálním plánování

Doplňte kdo.	Počet odpovědí
vedoucí pracovník DOZP	2
kolegové v přímé péči	1
rehabilitační pracovníci	3
sociální pracovník	4
speciální pedagog	13
třídní učitel	3
logoped	1
lékař	1
psycholog	10
Celkem	38

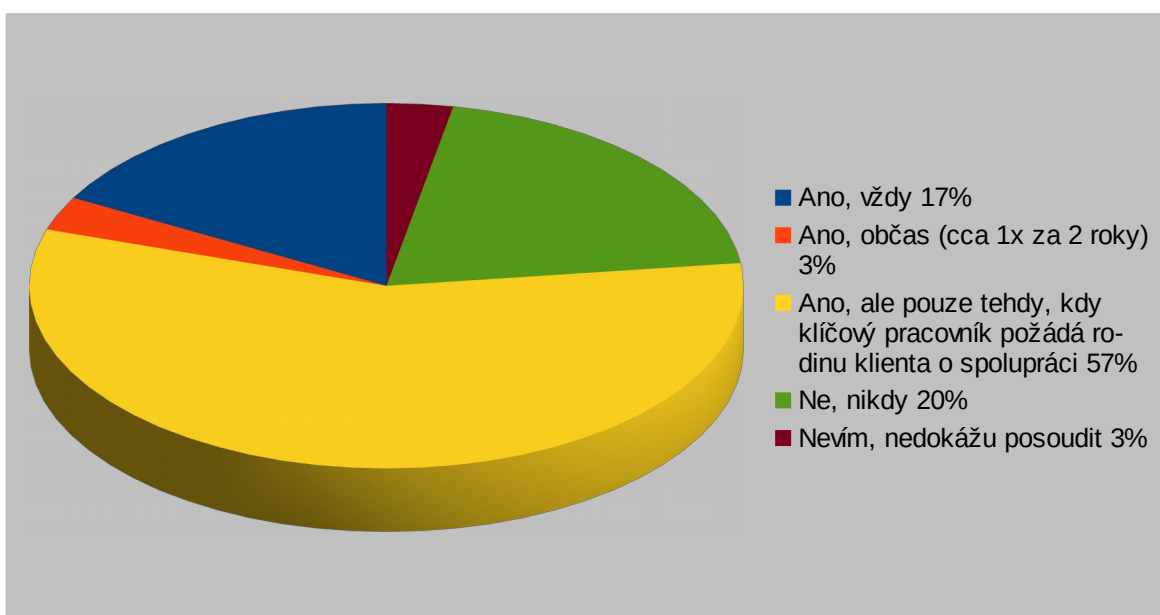
V tabulce 7 respondenti měli uvést, kdo z odborného personálu se podílí spolu s klíčovým pracovníkem na tvorbě individuálního plánování. Jednalo se o polouzavřenou položku. Respondenti nejčastěji uváděli speciálního pedagoga (celkem 13x) a psychologa (10x). Sociální pracovník byl uveden pouze jedním respondentem, rehabilitační pracovníci a třídní učitel třemi. Dva respondenti uvedli, že se na individuálním plánování podílí také vedoucí pracovník DOZP a jen jeden dotazovaný uvedl spolupráci s logopedem, lékařem a kolegy v přímé péči.

Tabulka 8 znázorňuje, z jakých důvodů se respondenti domnívají, že se odborný personál na tvorbě individuálního plánování nepodílí. V dotaznících byla celkem 6x poznamenán názor, že odborný personál není ochoten se na tvorbě individuálního plánování podílet. Čtyři tázaní se domnívají, že důvodem je nedostatek času odborníků se na spoluvytváření individuálního plánování podílet. Dvakrát respondenti uvedli, že o tuto spolupráci nejeví zájem a že jejich spoluúčast není potřeba. Taktéž dvakrát respondenti uvedli, že o této možnosti nevěděli. Jednou bylo uvedeno, že individuální plánování vnímají jako zastaralé, nedostatečně informující a spíše formální; že si myslí, že odborníci podle nich neznají klienty dostatečně a že odborný personál vnímají jako nedůsledný.

Tabulka 8: Důvody neúčasti odborného personálu zařízení na individuálním plánování

Doplňte, proč si myslíte, že tomu tak je.	Počet odpovědí
Individuální plánování je zastaralé, málo informující a je považováno za formalitu.	1
Neochota odborného personálu.	6
Nedůslednost odborného personálu.	1
Nejevím o to zájem, nepovažuji je za skutečné odborníky.	2
Není potřeba, aby se odborný personál na tvorbě individuálního plánování podílel.	2
Jakožto klíčový pracovník o této možnosti nejsem informován.	2
Odborný personál na to nemá dostatek času.	4
Odborníci dostatečně neznají klienty.	1
Celkem	19

Položka dotazníku č. 6: Podílí se na tvorbě individuálního plánování i rodina klientů (pokud ji klient má)?

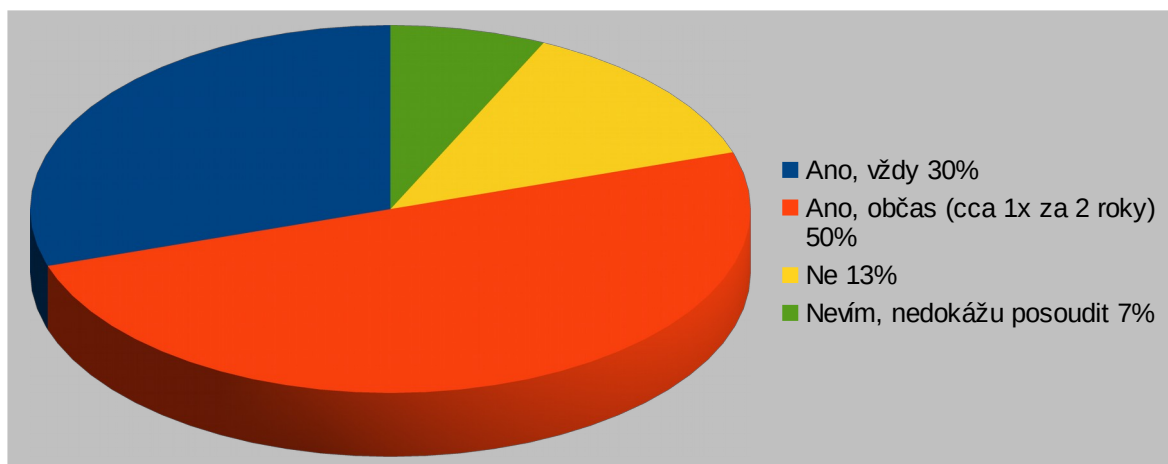


Graf 4: Podíl rodiny klientů na tvorbě individuálního plánování

Další položka dotazníku zjišťovala (graf 4), zda se na tvorbě individuálního plánování podílí také rodina klienta. Dle odpovědí je nejčastější variantou (57 %), že rodina spolupracuje pouze v případě, kdy klíčový pracovník o spolupráci požádá. „Ne, nikdy“ odpovědělo 20 % respondentů. 3 % pracovníků uvedlo, že se rodina podílí občas (tj. cca 1x za 2 roky), stejný podíl pracovníků uvedl, že neví nebo nedokáže posoudit.

Položka dotazníku č. 7: Vyskytují se během tvorby individuálního plánování nějaké problémy?

Z grafu 5 vyplývá, že přesně 50 % všech dotazovaných zaznamenává občas (cca 1x za 2 roky) během tvorby individuálního plánování nějaké problémy. 30 % pracovníků dokonce uvádí, že problémy se při tvorbě individuálního plánování vyskytují vždy. Pouze 13 % dotazovaných neregistruje žádné problémy a 7 % pracovníků neví nebo nedokáže posoudit. Z tohoto grafu je tedy patrné, že tvoření individuálního plánování může představovat pro pracovníky náročný úkol.



Graf 5: Četnost výskytu problémů během individuálního plánování

Položka dotazníku č. 8: Pokud ano, jaké to jsou problémy?

V této položce mohli respondenti, kteří v položce č. 7 odpověděli „ano, vždy“ nebo „ano, občas“, uvést libovolný počet odpovědí.

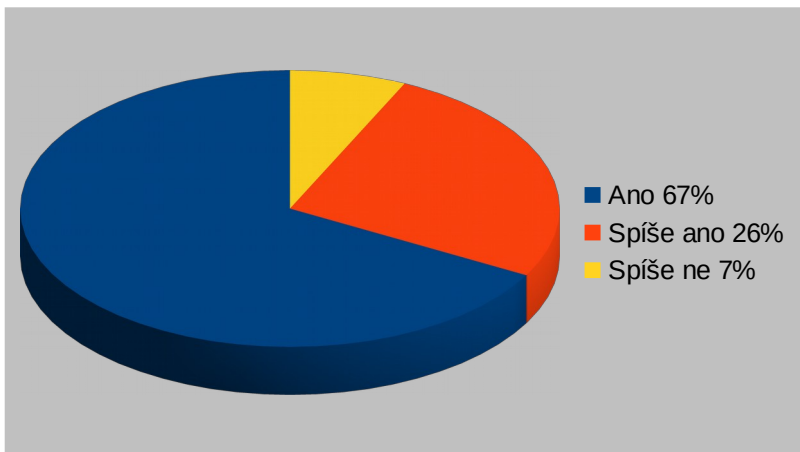
Tabulka 9: Problémy vyskytující se během tvorby individuálního plánování

Pokud ano, jaké to jsou problémy?	Počet odpovědí
Špatná týmová spolupráce	7
Neochota klienta se na tvorbě podílet	8
Nedostatečná podpora odborníků	7
Obtížná komunikace s klientem	14
Umělé vytváření individuálního plánování jen aby formálně existoval	1
Pasivita klienta a jeho nejasná představa o osobních cílech v individuálním plánování	1
Špatně nastavené osobní cíle	1
Neochota klíčových pracovníků se individuálním plánováním důkladně zabývat	1
Celkem	40

Na tuto položku odpovědělo nejvíce respondentů, že za problém považují obtížnou komunikaci s klientem (14x). Také neochota klienta ke spolupráci na tvorbě individuálního plánování se jeví celkem 8 respondentům jako problematická. 7x respondenti uvedli špatnou

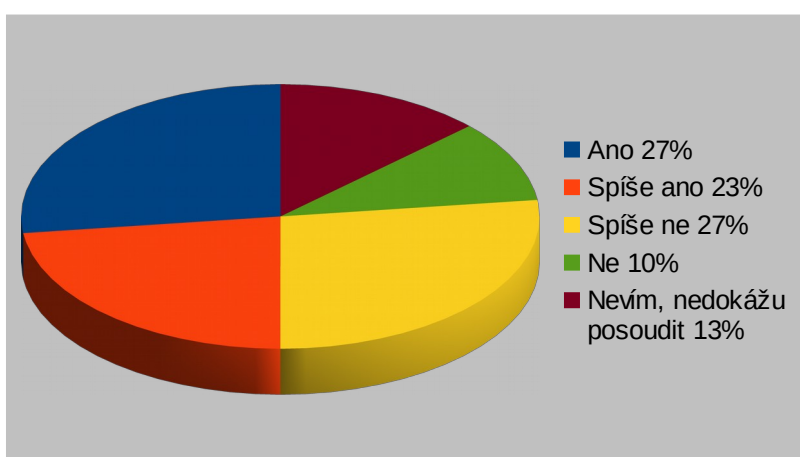
týmovou spolupráci a nedostatečnou podporu od odborníků. Po jedné odpovědi bylo uvedeno umělé vytváření individuálního plánování jen, aby formálně existoval, pasivita klienta a jeho nejasná představa o osobních cílech v individuálním plánování, špatně nastavené osobní cíle a neochota klíčových pracovníků se individuálním plánováním důkladně zabývat (viz tabulka 9).

Položka dotazníku č. 9: Je dle Vašeho názoru individuální plánování důležitou součástí poskytované sociální služby?



Graf 6: Individuální plánování jako důležitá součást poskytované služby

Individuální plánování je důležitá součást poskytované sociální služby pro většinu dotazovaných. 67 % pracovníků uvedlo odpověď „ano“, 26 % uvedlo „spíše ano“. Pouze 7 % se domnívá, že „spíše ne“ (viz graf 6).



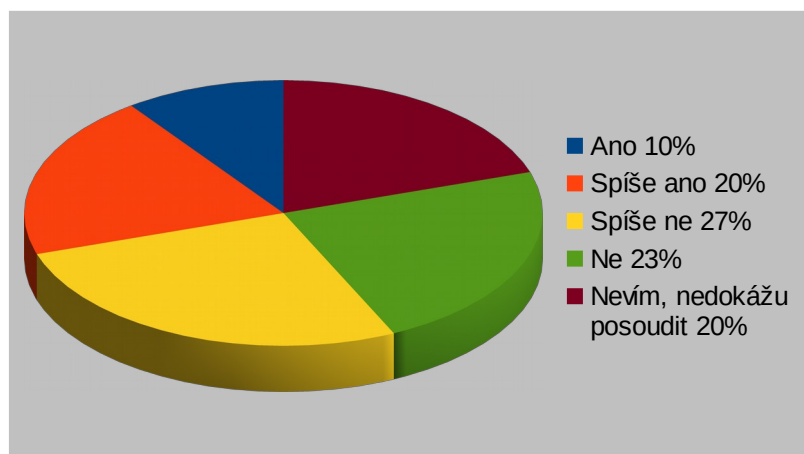
Graf 7: Tendence zdokonalovat tvorbu individuálního plánování v zařízení

Položka dotazníku č. 10: Je dle Vašeho názoru v zařízení, ve kterém pracujete, tendence tvorbu individuálního plánování zdokonalovat?

Výsledky položky jsou poměrně zajímavé. Zjišťuje, zda vnímají pracovníci v zařízení, kde pracují, nějaké inovativní směry ve tvorbě individuálního plánování. V součtu polovina zúčastněných (27 % odpovědělo „ano“, 23 % odpovědělo „spíše ano“) je toho názoru, že jsou vyvíjeny snahy o zdokonalování individuálního plánování v zařízení, ve kterém pracují. Další část respondentů odpověděla spíše negativně (odpověď „ne“ uvedlo 10 % dotazovaných, „spíše ne“ 27 %). 13 % nevědělo, nebo nedokázalo posoudit (viz graf 7).

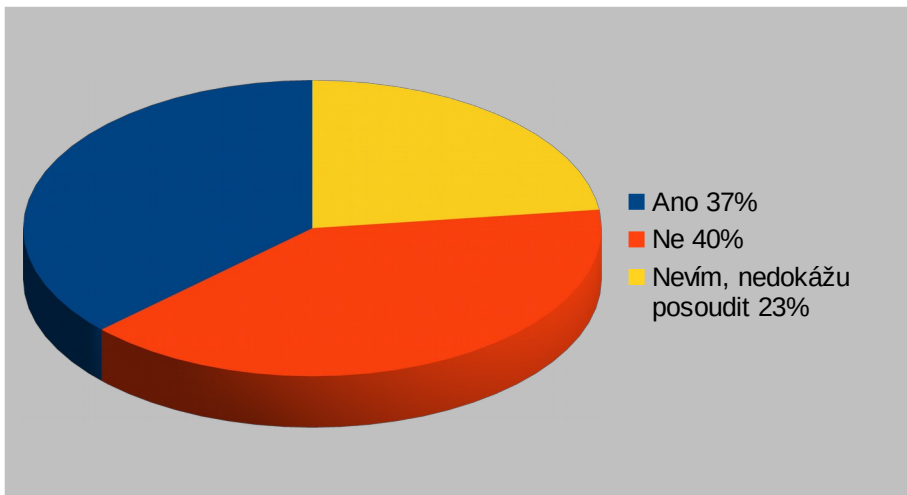
Položka dotazníku č. 11: Věnuje se podle Vás v zařízení, ve kterém pracujete, pozornost zaškolení nových pracovníků ve směru tvorby individuálního plánování?

Z grafu 8 je patrné, že v otázce školení nových pracovníků v tvorbě individuálního plánování (což považujeme za důležitý krok, pokud chceme kvalitně s klienty plánovat) 20 % dotazovaných neví nebo nedokáže posoudit, zda je tomuto věnována pozornost. Pouze 10 % odpovědělo „ano“ a 20 % „spíše ano“. 23 % respondentů se domnívá, že školení není věnován prostor a 27 %, že „spíše ne“.



Graf 8: Pozornost zaškolení nových pracovníků v tvorbě individuálního plánování

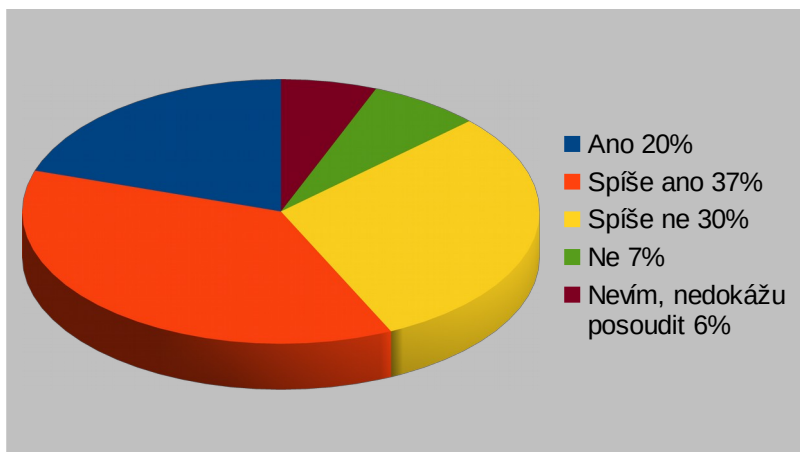
Položka dotazníku č. 12: Pořádají se v zařízení, ve kterém pracujete, nějaká školení, či semináře i pro současné pracovníky s ohledem na nové trendy v oblasti tvorby individuálního plánování?



Graf 9: Pořádání školení nebo seminářů v zařízení o individuálním plánování

Velká část respondentů (přesně 40 %) uvedla, že v zařízení se nekonají žádná školení a semináře o nových trendech v individuálním plánování. 37 % respondentů odpovědělo, že se konají. 23 % dotazovaných neví, nebo nedokáže posoudit (viz graf 9).

Položka dotazníku č. 13: Myslíte si, že je v pracovním týmu, ve kterém pracujete, věnován dostatečný čas a prostor naplňování cílů individuálního plánování klientů?

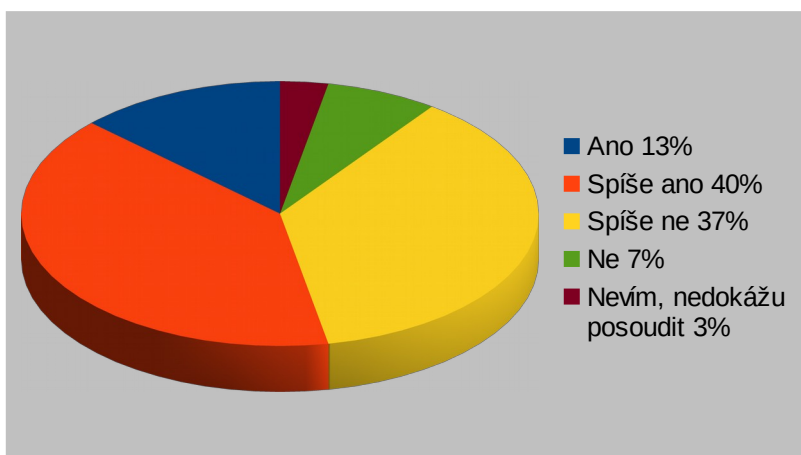


Graf 10: Věnování času a prostoru naplňování cílů individuálního plánu

Graf 10 znázorňuje zajímavé výsledky. V pracovním kolektivu je 20 % pracovníků přesvědčeno a 37 % spíše přesvědčeno, že v pracovním týmu je věnován dostatečný čas a prostor naplňování osobních cílů klienta z individuálního plánování. Není o tom přesvědčeno pouze 7 % pracovníků, kteří odpověděli „ne“ a 30 % pracovníků, kteří odpověděli „spíše ne“. Odpověď na tuto položku nevědělo, nebo nedokázalo posoudit 6 % dotazovaných.

Položka dotazníku č. 14: Vnímáte dostatečnou podporu od odborníků z řad zaměstnanců, příp. spolupracovníků zařízení, ve kterém pracujete, při tvorbě individuálního plánování?

V této položce jsme zjišťovali u respondentů jejich názor na míru podpory od odborníků či spolupracovníků v zařízení. Dostatečnou podporu vnímá 13 % pracovníků, 40 % uvedlo odpověď „spíše ano“. 7 % pracovníků nevnímá dostatečnou podporu a 37 % zvolilo odpověď „spíše ne“. Nevědělo nebo nedokázalo posoudit 3 % dotazovaných (viz graf 11).



Graf 11: Vnímání podpory při tvorbě individuálního plánování

Položka dotazníku č. 15: Podílí se odborníci v zařízení, ve kterém pracujete, na kontrole naplňování cílů v individuálním plánu klientů?

Tabulka 10: Podíl odborníků v zařízení na kontrole naplňování cílů v individuálním plánu

Podílí se odborníci v zařízení, ve kterém pracujete, na kontrole naplňování cílů v individuálním plánu klientů?	Počet odpovědí
Ano	4
Spíše ano	7
Spíše ne	15
Ne	2
Nevím, nedokážu posoudit	2
Celkem	30

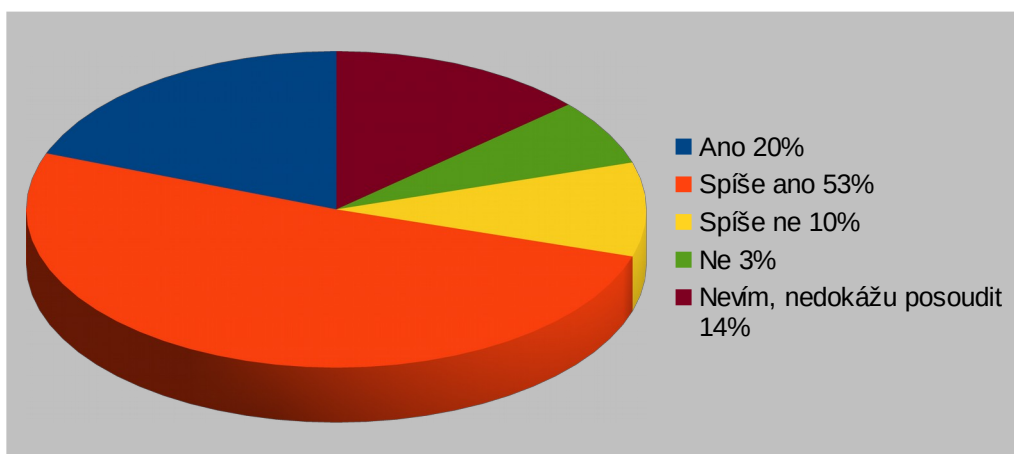
V tabulce 10 vidíme, že 50 % respondentů uvedlo, že se odborníci na kontrole naplňování cílů v individuálním plánu klientů spíše nepodílejí, 7 % uvedlo, že se nepodílejí. Tento fakt považujeme za problematický, protože dle našeho názoru by odborníci, kteří v zařízení pro osoby s kombinovaným postižením rozhodně kontroly provádět měli, aby mohli v případě potíží s individuálním plánem včas metodicky pomoci klíčovým pracovníkům s jejich úpravou a zabránit tak poskytování nevyhovující služby. Pouze 13 % respondentů uvedlo, že se odborníci na této kontrole podílejí a 23 %, že se spíše podílejí. 7 % dotazovaných nevědělo, nebo nedokázalo posoudit.

Tabulka 11: Důvody neparticipace odborníků na kontrole cílů v individuálním plánu

Doplňte, proč si myslíte, že tomu tak je.	Počet odpovědí
Nedostatečná frekvence kontrol	1
Kontrola není potřeba	1
Pracovní vytíženost odborníků	3
Špatná komunikace mezi pracovníky přímé péče a odborníky	2
Nedůslednost odborníků	2
Chybí iniciativa odborníků se na kontrolách podílet	3
Kontrola je pouze formální	3
Žádnou kontrolu jsem zatím nezaznamenal/a	1
Celkem	16

Tabulka 11 uvádí konkrétní důvody, proč se podle 50 % dotazovaných, kteří zvolili odpověď „ne“, odborníci v zařízení na kontrole naplňování cílů v individuálním plánu klientů nepodílejí. Nejčastěji respondenti uváděli důvod pracovní vytíženosti odborníků, chybějící iniciativu odborníků se na kontrolách podílet a kontroly pouze ve formální podobě (všechny tyto důvody po třech výskytech). Dva respondenti v důvodech uvedli, že odborníci jsou nedůslední co se týče kontrol a dvakrát jsme zaznamenali poznámku o špatné komunikaci mezi pracovníky přímé péče a odborníky. Jednou byl zmíněn důvod, že kontroly nejsou potřeba, frekvence kontrol je nedostatečná. Jeden respondent uvedl, že zatím žádnou kontrolu v zařízení nezaznamenal.

Položka dotazníku č. 16: Jsou ve zařízení, ve kterém pracujete, nastaveny takové podmínky, aby bylo možno vypracovat individuální plán pro všechny klienty bez ohledu na druh a stupeň postižení?



Graf 12: Nastavení ideálních podmínek v zařízení k vypracování individuálního plánu pro všechny klienty

Pozitivní výsledky vidíme v grafu 12, který zobrazuje názory pracovníků v otázce, zda jsou v zařízení nastaveny takové podmínky, aby bylo možno vypracovat individuální plán pro všechny klienty bez ohledu na druh a stupeň postižení. 53 % pracovníků uvedlo, že „spíše ano“, 20 % „ano“. 10 % uvedlo odpověď „spíše ne“. Jen 3 % dotazovaných se domnívá, že takové podmínky v zařízení nejsou. 14 % pracovníků neví, nebo nedokáže posoudit.

11.2 Ověření hypotéz

Ověření hypotézy č. 1

H1: Individuální plánování v péči o osoby s kombinovaným postižením hodnotí pracovníci ústavu s delší praxí jako přínosnější pro zvyšování kvality života klientů čteněji než pracovníci s kratší praxí.

K ověření platnosti hypotézy bylo zapotřebí spočítat průměrnou délku praxe. Ta činila 7,2 let (viz položka dotazníku č. 18). Na základě vytvoření tohoto průměru vznikla tabulka 12.

Tabulka 12: Délka praxe pracovníků

Délka praxe	Počet respondentů
Nadprůměrná (vyšší než 7,2 let)	8
Podprůměrná (nižší než 7,2 let)	22
Celkem	30

Dále jsme rozdělili v položce č. 2, která je klíčová pro tuto hypotézu, respondenty na 2 skupiny – respondenti, kteří odpověděli na otázku „ano“ nebo „spíše ano“ považují individuální plánování za přínosné; naproti tomu respondenti, kteří odpověděli „spíše ne“ nebo „ne“ nepovažují individuální plánování za přínosné. Výsledky znázorňují tabulky 13 a 14.

Tabulka 13: Přínos individuálního plánování dle pracovníků s nadprůměrnou délkou praxe

Pracovníci s nadprůměrnou (vyšší) délkou praxe	Počet odpovědí	V procentech
Individuální plánování považují za přínosné.	8	100 %
Individuální plánování nepovažují za přínosné.	0	0 %
Celkem	8	100 %

Tabulka 14: Přínos individuálního plánování dle pracovníků s podprůměrnou délkou praxe

Pracovníci s podprůměrnou (nižší) délkou praxe	Počet odpovědí	V procentech
Individuální plánování považují za přínosné.	19	86 %
Individuální plánování nepovažují za přínosné.	3	14 %
Celkem	22	100 %

Hypotéza byla ověřena jako **platná**. Z tabulek 13 a 14 je možné zjistit, že pracovníci s nadprůměrnou (vyšší) délkou praxe odpověděli častěji (100 %, tedy 8 respondentů z 8), že individuální plánování považují za přínosné než pracovníci s podprůměrnou (nižší) délkou praxe (jen 86 %, tj. 19 respondentů z 22).

Tato hypotéza byla ověřena jako platná dle našeho názoru především z toho důvodu, že pracovníci s nadprůměrnou délkou praxe si dokáží lépe uvědomit, jaký pozitivní dopad na klienty může kvalitně nastavené individuální plánování a individuální plán s adekvátními osobními cíli představovat, dokáží s individuálním plánem dobře pracovat a také lépe vyvodit důsledky nedbalého přístupu k individuálnímu plánování. Je to podle našeho názoru dané zkušenostmi s péčí o osoby s kombinovaným postižením a odpovědnějším přístupem pracovníků.

Ověření hypotézy č. 2

H2: Individuální plánování v péči o osoby s kombinovaným postižením hodnotí pracovníci ústavu s vyšší kvalifikací jako přínosnější pro zvyšování kvality života klientů častěji než pracovníci s nižší kvalifikací.

Abychom mohli provést ověření platnosti této hypotézy, museli jsme nejprve rozdělit respondenty na 2 skupiny – pracovníci s vyšší kvalifikací (vysokoškolsky vzdělaní pracovníci a pracovníci se středoškolským vzděláním v oboru – tzn. obor SOŠPg a sociální práce) a s nižší kvalifikací (základní vzdělání, vyučení pracovníci a pracovníci se středoškolským vzděláním mimo obor – tzn. gymnázium, SPŠ textilní, obchodní akademie, SUPŠS, Provoz a ekonomika dopravy a Zemědělství). Dále jsme se řídili rozdělením respondentů v položce

č. 2, která je klíčová i pro tuto hypotézu, na 2 skupiny – respondenti, kteří odpověděli na otázku „ano“ nebo „spíše ano“, považují individuální plánování za přínosné; naproti tomu respondenti, kteří odpověděli „spíše ne“ nebo „ne“ nepovažují individuální plánování za přínosné. S ohledem na toto rozdělení nám z dotazníků vyplývá následující hodnocení.

Tabulka 15: Přínos individuálního plánování dle pracovníků s vyšší kvalifikací

Pracovníci s vyšší kvalifikací	Počet odpovědí	V procentech
Individuální plánování považují za přínosné.	12	100 %
Individuální plánování nepovažují za přínosné.	0	0 %
Celkem	12	100 %

Tabulka 16: Přínos individuálního plánování dle pracovníků s nižší kvalifikací

Pracovníci s nižší kvalifikací	Počet odpovědí	V procentech
Individuální plánování považují za přínosné.	15	83 %
Individuální plánování nepovažují za přínosné.	3	17 %
Celkem	18	100 %

Hypotéza byla ověřena jako **platná**. Na základě komparace výsledků tabulek 15 a 16 jsme zjistili, že pracovníci s vyšší kvalifikací považují individuální plánování jako přínosné častěji (100 %, tedy 12 respondentů z 12) než pracovníci s nižší kvalifikací (15 respondentů z 18, tedy 83 %).

Máme za to, že důvodem tohoto výsledku je v prvé řadě právě vyšší stupeň dosaženého vzdělání pracovníků a s ním související odbornější přístup ke klientům a tudíž i k odpovědnosti za individuální plánování. Z našich zkušeností vyplývá, že pracovníci s vyšším stupněm vzdělání jsou otevřenější a nakloněnější inovacím v problematice individuálního plánování a lépe rozumí také důvodům, proč je individuální plánování potřebné.

Ověření hypotézy č. 3

H3: Podporu z řad odborníků ústavu vnímají jako nedostatečnou pracovníci ústavu, kteří pracují s osobami s kombinovaným postižením, s delší praxí častěji než pracovníci s kratší praxí.

K ověření hypotézy jsme využili tabulku 12 (která rozděluje respondenty na ty s vyšší a nižší délkou praxe). Dále jsme museli respondenty rozdělit na 2 skupiny podle toho, jak hodnotí podporu (viz položka č. 14). První skupinu tvoří respondenti, kteří odpověděli „ano“ nebo „spíše ano“ (tito respondenti vnímají podporu jako dostatečnou). Druhou skupinu tvoří respondenti, kteří odpověděli „spíše ne“ nebo „ne“.

Tabulka 17: Podpora odborníků v zařízení dle pracovníků s nadprůměrnou délkou praxe

Pracovníci s nadprůměrnou (vyšší) délkou praxe	Počet odpovědí	V procentech
Podporu vnímají jako dostatečnou.	7	88 %
Podporu nevnímají jako dostatečnou.	1	12 %
Celkem	8	100 %

Tabulka 18: Podpora odborníků v zařízení dle pracovníků s podprůměrnou délkou praxe

Pracovníci s podprůměrnou (nižší) délkou praxe	Počet odpovědí	V procentech
Podporu vnímají jako dostatečnou.	9	41 %
Podporu nevnímají jako dostatečnou.	12	55 %
Nevědí, nedokážou posoudit.	1	4%
Celkem	22	100 %

Hypotéza byla ověřena jako **neplatná**. Podporu z řad odborníků ústavu vnímají jako nedostatečnou pracovníci ústavu s podprůměrnou (kratší) praxí častěji (12 respondentů z 22, tedy 55 %), než pracovníci s nadprůměrnou (delší) praxí (1 respondent z 8, tedy 12 %), jak vyplývá z tabulek 17 a 18.

Důvodem výsledku této hypotézy je dle našeho mínění fakt, že pracovníci s kratší praxí v zařízení snadněji vyhodnocují přístup odborníků k pracovníkům přímé péče v otázce poskytované podpory a to proto, že ještě nejsou tolik zatíženi meziosobnostními vztahy

v zařízení a dokážou pracovat s větším entuziasmem. Pokud jsou tedy nespokojeni s přístupem odborníků a necítí od nich požadovanou podporu, dokážou tuto nespokojenost snáze vyjádřit.

11.3 Shrnutí výsledků empirické části

Dotazník, který jsme použili jako metodu pro získání dat, tvořilo celkem 18 položek. Průzkumu se zúčastnilo 30 osob, které pracují s osobami s kombinovaným postižením v libereckém ústavním zařízení pro osoby s kombinovaným postižením. Výběr respondentů byl náhodný. Návratnost dotazníku činila 100 %.

První položka dotazníku zjišťovala, zda respondenti považují individuální plánování za efektivní nástroj pro aktivaci a rozvoj samostatnosti klientů. Většina respondentů odpověděla na tuto položku kladně. Dále nás zajímalo, zda respondenti považují individuální plánování za přínosné pro zvyšování kvality života klientů. I u této otázky jednoznačně převažovalo kladné hodnocení.

Možnost spolupráce s odborníky má podle výsledků dotazníku většina respondentů. 53 % respondentů uvedlo, že tuto možnost nevyužívají.

V další položce veskrze pozitivně zhodnotili respondenti spolupráci s odborníky v zařízení. Ale jen 10 % z nich uvedlo, že spolupráci považují za výbornou.

Nejčastěji uváděli respondenti spolupráci při tvorbě individuálního plánování se speciálním pedagogem a psychologem. 50 % respondentů uvedlo, že se odborný personál na individuálním plánování s klíčovým pracovníkem nepodílí. Nejčastěji zmiňovaným důvodem, proč se odborníci na tvorbě nepodílí, byla neochota odborného personálu.

V rámci dotazníku jsme zjišťovali také aktivní spolupráci rodiny při tvorbě individuálního plánování. 57 % respondentů uvedlo, že se rodina klienta na tvorbě individuálního plánování podílí, ale jen v případě, že si spolupráci vyžádá klíčový pracovník. Tvorbu individuálního plánování jako problematickou vyhodnotilo 80 % respondentů! Nejčastěji uváděnými problémy byla obtížná komunikace s klientem a jeho neochota se na tvorbě podílet. Za důležitou součást poskytované sociální služby považuje individuální plánování přes 90 % respondentů.

Téměř polovina dotazovaných odpověděla, že se v zařízení, kde pracují, nevěnuje pozornost zaškolování nových pracovníků do tvorby individuálního plánování. V otázce, zda

se pořádají v zařízení, kde pracují semináře či školení o tvorbě individuálního plánování odpovědělo 40 % záporně a 37 % kladně.

Více než polovina respondentů uvedla, že v pracovním týmu je věnován dostatek času a prostoru pro naplňování cílů individuálního plánu klientů. Zhodnotili tak poměrně kladně spolupráci uvnitř ústavního zařízení. Na otázku, zda vnímají dostatečnou podporu z řad odborníků (což byla také jedna z hypotéz empirické části), ale odpověděla kladně jen necelá polovina respondentů (43 %).

Negativní odpovědi jsme zaznamenali u položky č. 15. 17 respondentů z 30 uvedlo, že odborníci se nepodílí na kontrole naplňování cílů v individuálním plánu klientů. Nejčastěji uváděli, že je to z toho důvodu, že odborníci nemají o provádění kontrol zájem, nemají na ně ani čas a kontroly jsou v zařízení vnímány spíše jako formalita.

Oproti tomu celkem 73 % respondentů zhodnotilo, že v zařízení kde pracují jsou podmínky pro to, aby bylo možné vypracovat individuální plán pro všechny klienty bez ohledu na druh a stupeň postižení.

Nejvíce respondentů, kteří se průzkumu účastnili, dosáhli nejvyššího vzdělání středoškolského (17 osob z 30). Nejčastěji byl zastoupen obor SOŠPg (4x). Průměrná délka praxe s osobami s kombinovaným postižením všech respondentů činila 7,2 let, přičemž nadprůměrné délky praxe dosáhlo 8 osob.

Závěr

Bakalářská práce pojednávala o tématu individuální plánování v péči o osoby s kombinovaným postižením. V teoretické části jsme se zaměřili na fakta související s individuálním plánováním a aspekty blízké tématu (základní definice pojmů, úvod do problematiky, pojem osoba s kombinovaným postižením, klíčový pracovník apod.). Abychom získali kvalitní informace, které vyplývají ze zkušeností pracovníků, kteří pracují s osobami s kombinovaným postižením a účastní se a realizují individuální plánování, oslovili jsme právě pracovníky přímé péče, kteří pracují s těmito osobami.

Cílem bakalářské práce bylo charakterizovat problematiku individuálního plánování v péči o osoby s kombinovaným postižením a zjistit, jak hodnotí efektivitu individuálního plánování v péči o osoby s kombinovaným postižením pracovníci ústavu, kteří s osobami s kombinovaným postižením pracují. Cíle jsme dosáhli analýzou odborných zdrojů a průzkumem za použití dotazníkového šetření. Respondenty empirické části tvořili pracovníci v péči o osoby s kombinovaným postižením, kteří pracují v libereckém ústavním zařízení. Výzkumný vzorek tvořilo 30 respondentů, návratnost dotazníku byla 100%.

Prostřednictvím dat získaných dotazníkem jsme se snažili zmapovat, co si myslí respondenti o individuálním plánování jako takovém, zda v něm spatřují výhody a jestli ho považují za důležité v poskytované službě. Smyslem dotazníků bylo také zjistit, na jaké úrovni se pohybuje v zařízení spolupráce s odborníky, celkové klima v pracovním týmu a další oblasti.

Informace, které jsme pomocí dotazníku získali, nám ukázaly, že individuální plánování je mezi pracovníky vnímáno jako důležitá a přínosná součást poskytované služby, což uvedlo 90 % dotazovaných. I podpora odborníků je podle 60 % respondentů v zařízení na dobré úrovni.

Více než polovina respondentů (53 %) uvedla, že i když mají možnost spolupracovat na individuálním plánování s odborníky, tuto možnost nevyužívají. Podle 50 % respondentů se odborný personál na individuálním plánování s klíčovým pracovníkem nepodílí. Důvody, proč ke spolupráci klíčového pracovníka a odborníků v zařízení při individuálním vzdělávání nedochází, uvedli respondenti nejčastěji neochotu odborného personálu.

Individuální plánování jakožto proces, při kterém vznikají různé problémy, vnímá až 80 % dotazovaných. Mezi nejčastějšími problémy jsme zjistili obtížnou komunikaci

s klientem, neochotu klientů ke spolupráci, nedostatečnou podporu odborníků a špatnou týmovou spolupráci.

Pracovníci se z 50 % domnívají, že v zařízení je tendence individuální plánování zdokonalovat, avšak na otázku, zda se v zařízení konají vzdělávací semináře nebo školení o individuálním plánování, odpovědělo kladně jen 37 % z nich. Dále jsme zjistili, že 44 % dotazovaných vyjádřilo, že nevnímá dostatečnou podporu od odborníků, příp. spolupracovníků v zařízení.

Mezi nejčastějšími uváděnými důvody, proč se odborníci nepodílí na kontrolách naplňování cílů, byla pracovní vytíženost odborníků, žádná iniciativa odborníků se na kontrolách podílet a vnímání kontrol jako formality. Celkem spokojeni jsou pracovníci s podmínkami v zařízení, které umožňují vypracovat individuální plán pro všechny klienty bez ohledu na typ a stupeň postižení, což zaznamenalo do dotazníku 53 % z nich.

Průzkumu se zúčastnilo 30 osob, z nichž největší zastoupení měli pracovníci s nejvyšším dosaženým vzděláním středoškolským (17 osob). Průměrná délka praxe činila 7,2 let. Rozpětí let praxe pracovníků bylo široké, od 1 roku do 37 let.

Jak plyne z výsledků dotazníkového šetření, hypotéza (H1) potvrdila, že pracovníci s delší praxí považují individuální plánování za přínosné častěji než pracovníci s kratší praxí. Další potvrzenou hypotézou (H2) se potvrdilo, že pracovníci s vyšší kvalifikací považují individuální plánování jako přínosné častěji než pracovníci s nižší kvalifikací. Nepotvrdila se hypotéza (H3), která predikovala, že podporu od odborníků vnímají jako nedostatečnou pracovníci s delší praxí častěji než pracovníci s kratší praxí.

Výsledky nám dokazují, že v této problematice je stále na čem pracovat a že v oblasti pomáhajících profesí je velmi důležitý názor jedince, který má v rukou „život“ někoho druhého. Odpovědi na položky dotazníku nám dokládají, že i když spolupráce je mezi pracovníky považována vesměs za vyhovující, má podle pracovníků i svá slabá místa. Stejně tak individuální plánování, které většina respondentů označila za přínosné.

Názorem autorky je, že v oblasti individuálního plánování a vůbec péče o osoby s kombinovaným postižením je nutný neustálý vývoj (který by měl zohledňovat různorodé obtíže a individualitu klientů), protože v momentě, kdy se vývoj zastaví, začíná stagnace a úpadek.

Návrh opatření

Za prostředek ke zkvalitnění individuálního plánování v péči o osoby s kombinovaným postižením v podmínkách ústavního zařízení sledujeme zvýšení informovanosti pracovníků v přímé péči. Je třeba dbát na přísun nových informací (realizace vzdělávacích bloků, školení, kurzů), podporovat a umožnit další vzdělávání pracovníků, ale také pečlivě vybírat uchazeče o zaměstnání, kteří splňují předpoklady zmiňované v teoretické části. Je velmi důležité kriticky posuzovat budoucího klíčového pracovníka, na něhož budou kladeny velké profesní nároky. Také je nutné se věnovat průběžnému hodnocení pracovníků, protože i jejich život se vyvíjí a úkolem nadřízených pracovníků je sledovat, zda nedošlo k tak zásadním změnám, které by mohly znemožňovat výkon funkce klíčového pracovníka a ohrožovat tak kvalitu poskytované služby.

Taktéž se domníváme, že i klienti (osoby s kombinovaným postižením) by měli být lépe a více seznamováni s procesem individuálního plánování a jeho jednotlivými kroky, měli by znát možnost si informace připomenout, vědět, kde hledat radu, pokud něčemu neporozumí. A hlavně bychom jim měli pomoci pochopit, že individuální plánování je tu především pro ně, ne proti nim (to de facto platí i pro pracovníky).

Dalším doporučením k problematice, které reaguje na výsledky dotazníkového šetření, je neustálé budování a zintenzivnění spolupráce mezi pracovníky přímé péče a dalšími odborníky v zařízení. Budování adekvátních vzájemných vztahů, nezatížených příliš provázanými osobními vazbami, kdy pracovník přímé péče má plnou oporu v odborném pracovníkovi, je krok k fungujícímu systému péče o osoby s kombinovaným postižením. Pracovníci přímé péče by měli mít možnost konzultovat veškeré problémy a komplikace, ale i úspěchy s klienty, měli by si v týmu vzájemně (i s dalšími odborníky) předávat své zkušenosti a vyjadřovat své obavy. K tomuto účelu také doporučujeme pravidelně vyhodnocovat (popř. změnit) supervizora, jehož hodnocení by mělo vycházet především z ohlasů supervidovaných pracovníků.

Problematika individuálního plánování je úzce spojena s etikou a je v ní třeba zohledňovat v první řadě osobu, které má sloužit a pomáhat – klienta.

Seznam použitých zdrojů

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

HAUKE, M., 2011. *Pečovatelská služba a individuální plánování – praktický průvodce*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3849-9.

KUDLÁČEK, M., 2013. Dětská mozková obrna, matky a internet. *Speciální pedagogika*, roč. 23, č. 1, s. 22–29. ISSN 1211-2720.

LUDÍKOVÁ, L., et al., 2005. *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-1154-7.

MATĚJČEK, Z., 1994. *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. Praha: Portál. ISBN 80-85282-83-6.

MATOUŠEK, O., 1999. *Ústavní péče*. 2. roz. a přepr. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-85850-76-1.

MATOUŠEK, O., et al., 2013. *Encyklopedie sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK, O., et al., 2007. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-310-9.

NOVOSAD, L., 2011. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-873-9.

PIPEKOVÁ, J., 2006. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. 1. vyd. Brno: MSD. ISBN 80-86633-40-3.

PIPEKOVÁ, J., et al., 2006. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. roz. a přepr. vyd. Brno: Paido. ISBN 80-7315-120-0.

- RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L., et al., 2006. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-1475-9.
- SLOWÍK, J., 2007. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1733-3.
- ŠELNER, I., 2012. *Fenomén člověk s postižením*. 1. vyd. Olomouc: Caritas. ISBN 978-80-87623-06-0.
- ŠVARCOVÁ, I., 2000. *Mentální retardace*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-506-7.
- VÁGNEROVÁ, M., 1999. Psychologie pro pomáhající profese. In: *Specialnipedagogika.cz* [online]. 1999 [vid. 20. 4. 2014]. Dostupné z: <http://www.specialnipedagogika.cz/socius/data/432.pdf>
- VALENTA, M., et al., 2012. *Metodika práce asistenta pedagoga se žákem s mentálním postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-3380-6.
- VÍTKOVÁ, M., 2006. *Somatopedické aspekty*. 2. rozš. a přepr. vyd. Brno: Paido. ISBN 80-7315-134-0.
- Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 2009 [vid. 5. 1. 2015]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/6196/vyhlaska_505_2006.pdf
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi* [online]. [vid. 5. 1. 2015]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Seznam příloh

Příloha č. 1: Individuální plán – viz s. 24

Příloha č. 1: Dotazník – viz s. 45

Příloha č. 1: Individuální plán

Individuální plán s osobními cíli uživatele na rok

Jméno a příjmení uživatele:

Klíčový pracovník:

Vedoucí Domu:

I. ČÁST – posouzení schopností, dovedností, možností, míry závislosti, míry rizika a event. střetu zájmů v

- oblasti sebeobsluhy, zvládnání osobní péče
- oblasti péče o domácnost
- oblasti komunikace
- oblasti sociálních dovedností
- oblasti sebepřijetí

II. ČÁST – přání, představy a záliby

III. ČÁST – stanovení osobních cílů a hodnocení dosažení cílů

V Liberci:

Klíčový pracovník:

Vedoucí domu:

Zákonný zástupce:

Garant plánování:

Dotazník k bakalářské práci

Dobrý den,

jsm studentkou Technické univerzity v Liberci oboru Speciální pedagogika pro vychovatele. Provádím šetření, které se zabývá problematikou individuálního plánování v zařízení pro osoby s kombinovaným postižením. Výsledky budou využity v mé bakalářské práci. Chtěla bych Vás požádat o spolupráci a vyplnění dotazníku. Dotazník je anonymní a dobrovolný. Zajímá nás např. to, jak jste spokojeni se současnou podobou individuálního plánování v organizaci, ve které pracujete. U každé položky, prosím, nebude-li uvedeno jinak, vyberte jednu z možností, která nejlépe vystihuje Váš názor.

Veronika Dufková

1) Považujete individuální plánování (dále jen IP) za efektivní nástroj pro aktivaci a rozvoj samostatnosti klientů?

- a) ano
- b) ne (prosím, doplňte proč)

2) Je podle Vás IP přínosné pro zvyšování kvality života klientů?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím, nedokážu posoudit

3) Máte možnost při tvorbě IP spolupracovat s dalšími odborníky v zařízení (např. speciální pedagog, psycholog, lékař, fyzioterapeut)?

- a) ano
- b) ano, ale tuto možnost nevyžívám
- c) ne
- d) nevím, nedokážu posoudit

4) Spolupráci s odborníky v zařízení při tvorbě IP hodnotím jako:

- a) výbornou
- b) spíše dobrou
- c) dobrou
- d) spíše špatnou
- e) špatnou
- f) nevím, nedokážu posoudit

5) Podílí se na IP spolu s klíčovým pracovníkem také odborný personál zařízení?
a) ano (prosím, doplňte kdo)

b) ne (prosím, doplňte, proč si myslíte, že tomu tak je)

6) Podílí se na tvorbě IP i rodina klientů (pokud ji klient má)?

a) ano, vždy

b) ano, občas (cca 1x za 2 roky)

c) ano, ale pouze tehdy, kdy klíčový pracovník požádá rodinu klienta o spolupráci

d) ne, nikdy

e) nevím, nedokážu posoudit

f) klient nemá rodinu

7) Vyskytují se během tvorby IP nějaké problémy?

a) ano, vždy

b) ano, občas (cca 1x za 2 roky)

c) ne

d) nevím, nedokážu posoudit

Pokud jste na položku č. 7 odpověděli „ano, vždy“ nebo „ano, občas“, postupujte, prosím, dále položkou č. 8. Pokud jste na položku č. 7 odpověděli „ne“ nebo „nevím, nedokážu posoudit“, pokračujte, prosím, až položkou č. 9.

8) Pokud ano, jaké to jsou problémy? (Uveďte libovolný počet odpovědí.)

a) špatná týmová spolupráce

b) neochota klienta se na tvorbě podílet

c) nedostatečná podpora odborníků

d) obtížná komunikace s klientem

e) jiné (prosím, doplňte jaké)

9) Je dle Vašeho názoru IP důležitou součástí poskytované sociální služby?

a) ano

b) spíše ano

c) spíše ne

d) ne

e) nevím, nedokážu posoudit

10) Je dle Vašeho názoru v zařízení, ve kterém pracujete, tendence tvorbu IP zdokonalovat?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím, nedokážu posoudit

11) Věnuje se podle Vás v zařízení, ve kterém pracujete, pozornost zaškolení nových pracovníků ve směru tvorby IP?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím, nedokážu posoudit

12) Pořádají se v zařízení, ve kterém pracujete, nějaká školení, či semináře i pro současné pracovníky s ohledem na nové trendy v oblasti tvorby IP?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím, nedokážu posoudit

13) Myslíte si, že je v pracovním týmu, ve kterém pracujete, věnován dostatečný čas a prostor naplňování cílů IP klientů?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím, nedokážu posoudit

14) Vnímáte dostatečnou podporu od odborníků z řad zaměstnanců, příp. spolupracovníků zařízení, ve kterém pracujete, při tvorbě IP?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím, nedokážu posoudit
- f) jiná odpověď (prosím, doplňte)

15) Podílí se odborníci v zařízení, ve kterém pracujete, na kontrole naplňování cílů v IP klientů?

a) ano

b) spíše ano

c) spíše ne (prosím, doplňte, proč si myslíte, že tomu tak je)

d) ne (prosím, doplňte, proč si myslíte, že tomu tak je)

e) nevím, nedokážu posoudit

16) Jsou ve zařízení, ve kterém pracujete, nastaveny takové podmínky, aby bylo možno vypracovat IP pro všechny klienty bez ohledu na druh a stupeň postižení?

a) ano

b) spíše ano

c) spíše ne

d) ne

e) nevím, nedokážu posoudit

17) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

a) základní

b) vyučen/a – obor (doplňte)

c) středoškolské – obor (doplňte)

e) vysokoškolské – obor (doplňte)

18) Jak dlouhou praxi máte v péči o osoby s kombinovaným postižením?

Doplňte

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku a za Vaši spolupráci.

Veronika Dufková