

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FILOZOFICKÁ FAKULTA

KATEDRA SOCIOLOGIE, ANDRAGOGIKY A KULTURNÍ

ANTROPOLOGIE

**INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ PRO OSOBY S MENTÁLNÍ
RETARDACÍ Z POHLEDU PRACOVNÍKŮ V SOCIÁLNÍCH
SLUŽBÁCH A JEJICH KLIENTŮ**

Bakalářská diplomová práce

Obor studia: Sociální práce

Autor: Jana Karásková

Vedoucí práce: Mgr. Jakub Havlíček, Ph.D.

Olomouc 2019

Prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma „*Individuální plánování pro osoby s mentální retardací z pohledu pracovníků v sociálních službách a jejich klientů*“ vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Olomouci dne

Podpis

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucímu mé bakalářské práce panu Mgr. Jakobovi Havlíčkovi, Ph.D. za odborné vedení, trpělivost a podporu. Dále děkuji všem vedoucím Domovů pro osoby se zdravotním postižením, kteří mi dovolili výzkumné šetření u nich zrealizovat a také všem respondentům, kteří se ochotně do výzkumu zapojili. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině a přátelům, od kterých se mi dostávala opora.

Anotace

Jméno a příjmení:	Jana Karásková
Katedra:	Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie
Obor studia:	Sociální práce
Obor obhajoby bakalářské práce:	Sociální práce
Vedoucí práce:	Mgr. Jakub Havlíček, Ph.D.
Rok obhajoby:	2019

Název práce:	Individuální plánování pro osoby s mentální retardací z pohledu pracovníků v sociálních službách a jejich klientů
Anotace práce:	<p>Cílem bakalářské práce je zjistit, jak je proces individuálního plánování pro osoby s mentální retardací vnímán ze strany klíčových pracovníků i samotných klientů a je-li na tento povinný proces nahlíženo jako na přínosný. Teoretická část se zabývá terminologií osob s mentální retardací, vymezením pojmů mentální retardace a mentální postižení, etiologií a stupni mentální retardace. Další kapitola pojednává o potřebách těchto jedinců a důsledcích jejich nenaplnění. Následující kapitoly jsou věnovány kvalitě života a individuálnímu plánování průběhu sociální služby. Sběr dat byl proveden na základě kvalitativní metody v Domovech pro osoby se zdravotním postižením v okrese Uherské Hradiště za pomoci polostrukturovaných rozhovorů s klíčovými pracovníky a jejich klienty. Získaná data byla analyzována prostřednictvím zakotvené teorie. Výsledky výzkumu mohou být použity pro zefektivnění procesu individuálního plánování u osob s mentální retardací.</p>

Klíčová slova:	Individuální plánování průběhu sociální služby, osoby s mentální retardací, klíčový pracovník, potřeby, přání, osobní cíl, podpora, pomoc, péče
Title of Thesis:	Individual planning for people with mental retardation from the point of view of workers in social services and also from the point of view of their clients
Annotation:	The aim of this bachelor thesis is to find out how key workers and clients themselves think of the process of individual planning for people with mental retardation and if this compulsory process is taken as beneficial one. The theoretical part is about terminology of people with mental retardation, meaning of the terms mental retardation and mental disablement, etiology and grades of mental retardation. Next chapter is about needs of these individuals and consequences of their underflow. Following chapters focuses on the quality of life and individual planning of social service running. Data collection was done on the base of qualitative method in Houses for people with health disablement in Uherské Hradiště district using half-structured interviews with key workers and their clients. Collected data were analysed by grounded theory. The results of the research can be used for improving of individual planning process for people with mental retardation.
Keywords:	Individual planning of social service running, people with mental retardation, key worker, needs, wishes, individual goal, support, help, care
Názvy příloh vázaných v práci:	Seznam otázek polostrukturovaného rozhovoru pro klíčové pracovníky a klienty
Počet literatury a zdrojů:	36
Rozsah práce:	103 s. (157 083 znaků s mezerami)

Obsah

Úvod.....	8
1 Osoby s mentální retardací	10
1.1 Terminologie osob s mentální retardací.....	10
1.2 Vymezení pojmu mentální retardace a mentální postižení	12
1.3 Etiologie mentální retardace	13
1.4 Klasifikace jednotlivých stupňů mentální retardace.....	15
2 Potřeby jedinců s mentální retardací	19
2.1 Vymezení pojmu potřeba	19
2.2 Dělení potřeb	20
2.3 Důsledky nenaplnění potřeb	23
3 Kvalita života	24
3.1 Vymezení pojmu kvality života	24
3.2 Vnímání objektivní a subjektivní kvality života	25
3.3 Kvalita života osob s mentální retardací.....	26
4 Individuální plánování průběhu sociální služby	28
4.1 Vymezení pojmu individuální plánování.....	29
4.2 Význam individuálního plánování.....	30
4.3 Metodika individuálního plánování.....	31
4.4 Pracovní tým	31
4.5 Individuální plán.....	33
4.6 Osobní cíl	34
4.7 Proces individuálního plánování	35
4.7.1 Mapování situace	35
4.7.2 Plánování podpory	36
4.7.3 Realizace plánu.....	37
4.7.4 Vyhodnocení plánu.....	37
5 Metodologie výzkumu.....	39
5.1 Vymezení výzkumného problému	39
5.2 Vymezení výzkumného cíle, výzkumné otázky a dílčích cílů	40
5.3 Zvolení metody, strategie výzkumu a metody analýzy	40
5.4 Výzkumný soubor a metoda jeho výběru.....	43

5.5	Technika sběru dat	45
5.6	Etika výzkumu.....	47
5.7	Průběh výzkumu	48
6	Analýza dat.....	51
6.1	Otevřené kódování.....	51
6.2	Axiální kódování	82
6.3	Selektivní kódování.....	84
7	Interpretace výsledků.....	88
7.1	Doporučení do praxe	93
	Závěr	95
	Seznam použitých zdrojů	98
	Seznam obrázků a schémat	102
	Seznam tabulek	102
	Seznam příloh	103

Úvod

V každém období lidské společnosti bylo a nadále je pohlíženo na osoby s mentální retardací odlišným způsobem. Již od počátku lidstva mezi námi tito lidé žili, avšak na ně nebylo nahlíženo jako na osoby duševně nemocné, ale jako na méněcenné, plody ďábla nebo blázny. Zdraví lidé se jich báli a označovali jejich duševní stav za Boží trest, a proto byli nuceni žít na okraji společnosti, ba dokonce někteří byli i zabíjeni. Z historického hlediska se postoj k jedincům trpícím mentálními postiženími neustále měnil a vyvíjel. V současné době se společnost snaží o jejich socializaci, právo na jejich plnohodnotný život a k dosažení co nejvyšší kvality života vzhledem k jejich postižení.

O tom vypovídá skutečnost, že s účinností zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb. došlo od 1.1.2007 k mnoha zásadním změnám ze strany poskytovatelů sociálních služeb. Na tyto změny mělo mimo jiné vliv také zavedení standardů kvality sociálních služeb, které jsou obsaženy v příloze č. 2, uváděné vyhlášky, sloužící k hodnocení kvality poskytovaných sociálních služeb.

Ve své práci se budu zabývat konkrétně standardem č. 5, kterým je individuální plánování průběhu sociální služby. Účelem tohoto standardu je poskytování sociální služby na základě individuálních potřeb, přání, schopností a osobních cílů klientů, která vede ke zlepšení jejich kvality života. Na odborných praxích a exkurzích, které jsem měla možnost absolvovat již na střední škole, jsem se setkala s protichůdnými názory na tento povinný proces. Absolvování odborných supervidovaných praxí během bakalářského studia mne jenom utvrdily v zájmu o hlubší poznání této problematiky.

Cílem práce je zjistit, jak je proces individuálního plánování pro osoby s mentální retardací vnímán ze strany klíčových pracovníků i samotných klientů a je-li na tento povinný proces nahlíženo jako na přínosný.

Teoretická část bude zaměřena na terminologii osob s mentální retardací, vymezení pojmů mentální postižení a mentální retardace, etiologii a na jednotlivé stupně mentální retardace. Poté se budu zabývat potřebami a důsledky jejich nenaplnění u osob s mentální retardací a kvalitou života těchto osob. Na závěr teoretické části se budu věnovat stěžejní kapitole individuální plánování průběhu poskytování sociální služby, vymezení pojmů a vysvětlení významu tohoto procesu. Vymezím pojmy metodika, individuální plán, osobní cíl a popíši jednotlivé fáze tohoto procesu.

V praktické části vymezím výzkumný problém, cíl výzkumu a výzkumné otázky. Vzhledem k metodě kvalitativního výzkumu provedu šetření pomocí polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky v sociálních službách, tzv. pracovníky přímé péče, vykonávající roli klíčového pracovníka a jejich klienty, osob s mentálním postižením. Výzkumné šetření provedu v Domovech pro osoby se zdravotním postižením v okrese Uherské Hradiště. Jako strategii výzkumu zvolím zakotvenou teorii, vyznačující se přehledným rozbohem získaných dat a propracovanou analýzou, kterou provedu pomocí trojího kódování a na závěr provedu interpretaci získaných dat.

Výsledky mé práce mohou pomoci k zefektivnění individuálního plánování pro osoby s mentálním postižením a pomoci klíčovým pracovníkům při práci s těmito osobami.

1 Osoby s mentální retardací

Na začátku této kapitoly vymezím pojem psychopedie, zaměřím se na terminologii osob s mentální retardací a vymezím pojem mentální postižení a mentální retardace. Dále se budu věnovat etiologii mentální retardace a na závěr popíši klasifikaci jednotlivých stupňů mentální retardace.

1.1 Terminologie osob s mentální retardací

Problematikou mentální retardace se zabývá řada oborů, mezi které řadíme medicínu, psychologii, speciální pedagogiku, sociální práci, sociologii a mnoho dalších. Každá z těchto disciplín nahlíží na problematiku osob s mentálním postižením odlišným způsobem, vzhledem ke svému profesnímu zaměření.

Ze svého pohledu považuji za jeden z nejdůležitějších oborů, zabývající se osobami s mentálním postižením psychopedii, která se věnuje jedincům z komplexního hlediska. Psychopedie je vědní obor speciální pedagogiky věnující se výchově osob s mentálním nebo jiným duševním postižením a sledováním jejího dopadu na dané jedince, se snahou o rozvoj všech schopností a dovedností a o co nejlepší začlenění do běžné společnosti (Bazalová, 2006, s. 269). Dle Valenty (2014, s. 21) je možno na psychopedii nahlížet nejen z užšího, ale i z širšího kontextu jako na: *„interdisciplinární obor zabývající se prevencí (hlavně terciální), prognostikou mentální retardace (popř. jiných duševních poruch) se zřetelem na edukaci, reedukaci, diagnostiku, terapeuticko-formativní intervenci, kompenzaci, rehabilitaci, inkluzi (integraci) a socializaci či resocializaci klienta s mentálním či jiným duševním postižením.“*

V odborné literatuře se můžeme setkat s diskordancí dané terminologie, která souvisí s multidisciplinaritou daného vědního oboru, který využívá poznatky z různých disciplín. Terminologie pro identifikaci osob s mentálním

postižením se v průběhu historie měnila. Dříve používané termíny idiot, imbecil, debil, dement k označení osob s mentální retardací se staly hanlivými a s celkovou humanizací společensky neakceptovatelnými. Z tohoto důvodu byly tyto pejorativní výrazy nahrazeny pojmy novými.

Na konferenci Světové zdravotnické organizace konané v Miláně roku 1959 se zástupci oborů zabývající se poruchami intelektu shodli na používání termínu mentální retardace (Pipeková, 2006, s. 54). V současné době termín mentálně retardovaný či mentálně postižený nahrazujeme termínem osoba s mentální retardací nebo osoba s mentálním postižením. *„Tímto označením se vyjadřuje skutečnost, že mentálně postižení jsou především lidské bytosti, osoby, osobnosti, individuality a teprve potom, na druhém místě, mají postižení“* (Černá a kol., 2008, s. 76). Každý jedinec lidské společnosti se vyznačuje svými specifickými odlišnostmi a má právo, aby na něj bylo pohlíženo jako na svébytné individuum, ne jinak je tomu i u osob s mentálním postižením.

Již na kongresu Mezinárodní asociace pro vědecké studium mentální retardace konané v Montpellieru v roce 1967, účastníci pohlíží na jedince s mentální retardací v první řadě jako na lidské bytosti a pak teprve jako na osoby s defektem (Valenta, 2012, s. 29).

Ačkoliv byl vývoj této terminologie nezbytný, neměl by přesáhnout určité meze. Právě Valenta (2012, s. 29) ve své publikaci upozorňuje na přemrštěnou humanizaci termínů různých oborů zabývajících se problematikou osob s mentálním postižením. Tato humanizace vede až k nejednotnosti různých pojmů, čímž se tyto pojmy v jednotlivých oborech stávají mnohoznačnými až zavádějícími. *„Stále se hledají nové termíny, které by nahradily ty stávající, jež získaly pejorativní nádech, a to často i tam, kde se na první pohled o žádnou hanlivost nejedná (zvláštní škola –základní škola praktická, Downův syndrom – trizomie 21...). Výsledkem stavu je jistá pojmová nejasnost a někdy až terminologická „schizofrenie“.*

1.2 Vymezení pojmu mentální retardace a mentální postižení

Autoři zabývající se danou problematikou pohlíží na mentální retardaci a mentální postižení často odlišným způsobem. Někteří autoři tyto pojmy ztotožňují, naopak jiní zastávají názor, že mentální postižení je širším pojmem.

Švarcová (2011, s. 29 - 30) pojem mentální retardaci a mentální postižení ve své publikaci považuje za synonyma, kdy: *„Mentálním postižením nebo mentální retardací nazýváme tedy trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku nebo nedostatečné funkce centrální nervové soustavy. Mentální postižení není nemoc, je to trvalý stav, způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku.“* Také Černá a kol. (2008, s. 75) uvádí, že tyto termíny v oboru české psychopedie jsou považovány za identické.

Naproti tomu Valenta (2014, s. 24 - 25) označuje mentální retardaci za takový stav postižení, kdy IQ jedince je nižší než 70 a zároveň se vymezuje svým odlišným sociálním jednáním, které je zapříčiněno snížením řečových, pohybových a sociálních schopností. Mentální postižení vnímá jako nadřazený pojem mentální retardaci, osoby s mentálním postižením považuje za jedince s IQ nižším než 85.

Vágnerová (1999, s. 146) vymezuje mentální retardaci za stav, kdy jedinci nedosahují 70 % rozumových schopností průměrné populace, i když byli vychováni odpovídajícím způsobem, je to vrozená a trvalá porucha vyznačující se zhoršeným myšlením, nedostatečnou schopností vzdělávání a přizpůsobením se životu zdravých jedinců. Mezinárodní klasifikace nemocí v 10. revizi (2018, s. 244) definuje mentální retardaci jako: *„Stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami“*.

1.3 Etiologie mentální retardace

Na úvod této podkapitoly, kde se budu zabývat etiologií mentální retardace, považuji za důležité vymezení samotného pojmu etiologie. Jedná se o nauku o původu a příčinách vzniku nemoci.

„Etiologie mentálního postižení je stejně variabilní a komplikovaná jako jeho symptomatologie. Je to dáno celou řadou faktorů podílejících se na vzniku tohoto specifického psychického stavu, vykazujícího se významně sníženou inteligencí (vyžadujícího společenskou podporu)“ (Valenta, 2012, s. 55).

Mentální retardace může být zapříčiněna poškozením centrálního nervového systému různými příčinami, které mohou být biologického nebo psychosociálního původu a jejich kombinací, projevující se hloubkou a závažností postižení (Fischer, Škoda, Svoboda & Zilcher, 2014, s. 128).

Švarcová (2011, s. 28) uvádí, že hloubka a míra mentální retardace je u těchto jedinců různorodá, vzniká poškozením mozkových buněk nebo abnormálním růstem mozku. Podle období, kdy mentální retardace vzniká rozlišuje oligofrenii a demenci. Oligofrenie je zaostání duševního vývoje, a to v období prenatálním, perinatálním nebo na začátku postnatálního. Demence je zapříčiněna poškozením mozku až v průběhu života po ukončení druhého roku věku. Dochází k ní vlivem nemocí a úrazem mozku, který způsobuje jeho odlišný vývoj.

Valenta (2014, s. 25) označuje oligofrenii jako primární mentální postižení vyznačující se stavem trvalým a neměnným. Za to stav, při kterém dochází k postupnému prohlubování a zhoršování postižení označuje za demenci (tzv. sekundární postižení). *„Demence nepostihuje všechny složky osobnosti najednou, jak je tomu u oligofrenie, ale postupně, některé mechanismy mentálních funkcí jsou poškozeny, jiné zachovány. Nejčastějším projevem demence je porucha paměti, orientace, úsudku, schopnosti abstraktního myšlení, pozornosti,*

motivace, emotivity, chování, komunikace a dochází k celkové degradaci osobnosti. Demence bývá někdy nazývána získaná mentální retardace“ (Bazalová, 2006, s. 270).

Příčiny vedoucí k mentální retardaci rozdělujeme do dvou kategorií, vnitřní (endogenní, vrozené) a vnější (exogenní, získané během života). Dle Švarcové (2011, s. 42) jsou vnitřní příčiny dány genetikou, poškozené geny nebo chromozomy zděděné po předcích mohou vést k postižení. Vnější jsou způsobovány činiteli okolo nás, a to od početí až do raného dětství, a proto je rozdělujeme podle časového horizontu na prenatální, perinatální a postnatální.

Za prenatální období považujeme období, kdy se plod vyvíjí v těle matky. Na vznik mentálního postižení může působit mnoho faktorů, zejména vlivy zděděné po předcích (metabolické poruchy, snížené rozumové schopnosti), genetické faktory (vliv záření, nedostatečná strava, nepříznivé působení chemických látek, mutace genů, aberace, změna počtu chromozomů), environmentální faktory a choroby matky v době těhotenství (zarděnky, syfilis, otravy, alkoholismus) (Valenta, 2014, s. 27 - 28).

V perinatálním období (v průběhu porodu a těsně po něm) způsobuje mentální retardaci nedostatek kyslíku v průběhu porodu, krvácení do mozku způsobené poškozením hlavičky zapříčiněné klešťovým porodem (Fischer et al., 2014, s. 129). Valenta (2014, s. 29) k dalším faktorům přidává předčasné narození dítěte, nízkou hmotnost dítěte při porodu a těžkou novorozeneckou žloutenku.

V postnatálním období (od narození a později) vzniká mentální postižení působením mikroorganismů (klíšťová encefalitida, meningitida), mechanickým poškozením (nádorové choroby, traumata, krvácení do mozku), alkoholovou demencí, nemocemi (Alzheimerova a Parkinsonova choroba) a předávkováním medikamenty (Valenta, 2014, s. 29).

V odborné literatuře se můžeme setkat s další klasifikací příčin vedoucí k mentálnímu postižení podle Penrose, kterou uveřejnila Blehová (Blehová 1978 in Černá a kol., 2008, s. 85). Tato klasifikace byla rozdělena na genetické příčiny (dávne - zapříčiněné mutací v zárodečných buňkách předků a čerstvé - způsobené spontánní mutací) a vzniklé vlivem prostředí, které rozděluje na příčiny v raném těhotenství (způsobující poškození oplozeného vajíčka), příčiny v pozdním těhotenství (způsobené špatnou stravou a různými infekcemi), příčiny intranatální (způsobené nepřirozeným porodem) a postnatální (způsobené nemocemi, úrazy v dětství a špatným vlivem výchovy).

1.4 Klasifikace jednotlivých stupňů mentální retardace

Hloubku mentální retardace určujeme na základě rozsahu rozumových schopností daného jedince, kterou můžeme změřit pomocí inteligenčního kvocientu (IQ), který byl zaveden psychologem Williamem Sternem (Švarcová, 2011, s. 36 - 37).

$$IQ = \text{mentální věk} / \text{chronologický věk} \times 100$$

„Vyjadřuje vztah mezi dosaženým výkonem v úlohách odpovídajících určitému vývojovému stupni (mentálnímu věku) a mezi chronologickým věkem. Kvantitativní hodnocení inteligence poskytuje pouhý obecný odhad schopností, určující pozici mentálně postiženého člověka k populační normě“ (Fischer et al., 2014, s. 130).

V České republice se ke klasifikaci mentální retardace od roku 1993 používá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) vydaná Světovou zdravotnickou organizací (WHO) již v roce 1992 (Valenta, 2012, s. 31).

Podle dané klasifikace se stupeň mentální retardace zjišťuje pomocí stanovených testů inteligence. Přibližný stupeň mentální retardace se dá také zjistit pomocí škál, které zohledňují sociální přizpůsobivost prostředí, ve kterém jedinec žije. Tyto škály zohledňují i zvýšené hodnoty IQ způsobené cvičením a rehabilitací (ÚZIS ČR, 2018).

Klasifikace rozlišuje šest stupňů mentální retardace podle hloubky postižení a velikosti inteligenčního kvocientu na lehkou, středně těžkou, těžkou, hlubokou, jinou a nespécifikovanou. Nyní jednotlivé stupně mentální retardace vymežím.

Lehká mentální retardace

Tento stupeň retardace označovaný jako F70 postihuje většinu osob s mentálním postižením (80 až 85 %). Tito jedinci dosahují IQ 50 až 69 bodů a jejich úroveň rozumových schopností odpovídá 10 až 11 let věku dítěte. Řeč si osvojují od běžné populace později, ale v běžném životě jsou ji schopni používat. Naprostá většina v průběhu života dospěje k samostatnosti, ačkoliv je vývoj jejich schopností od běžné populace výrazně zpomalen. V dětském věku je potřeba výchovu a vzdělání zaměřit na rozvoj dovedností a zmírňování nedostatků. Problémy nastávají až ve škole při teoretické práci, kterou zvládají velmi těžce (Švarcová, 2011, s. 37). Vágnerová dodává, že jsou schopni částečně logicky uvažovat, ale nerozumí abstraktním pojmům (Vágnerová, 1999, s. 148). Osoby s lehkým stupněm mentální retardace jsou emocionálně labilní, impulsivní a úzkostliví. Většina jich ale v dospělosti dokáže vykonávat práci a začlenit se do běžné společnosti (Bazalová, 2006, s. 272).

Středně těžká mentální retardace

Tato forma retardace označená F71 se vyskytuje asi u 10% z celkového počtu osob s mentální retardací. Jedinci dosahují inteligence 35 až 49 bodů,

kteřá odpovídá 4 až 8 letému dítěti. Vývoj řeči a myšlení je opožděn, ale pod dobrým vedením se někteří naučí i číst, psát a počítat (Švarcová, 2011, s. 38). Komunikace je velmi strohá, vyznačuje se tvořivostí jednoduchých vět, při kterých se obvykle objevují problémy s gramatikou, kdy nejsou schopni správně spojovat slova a věty. Motorika je značně zpomalená a projevuje se u těchto jedinců celkovou nemotorností a neschopností jemné práce. Při péči o vlastní osobu je nutná podpora, někteří jedinci však dosáhnou určité nezávislosti a dokáží vykonávat jednoduché pracovní činnosti pod dozorem (Bazalová, 2006, s. 273).

Těžká mentální retardace

Těžká mentální retardace označovaná F72 s inteligenčním kvociemem 20 až 34 bodů postihuje 5% populace osob s mentální retardací. Jejich rozum odpovídá 18. měsícům až 3,5 roku dítěte. Nejsou schopni se naučit čtení, psaní ani počítání, ale dokáží si osvojit pro sebe užitečné úkony. Trpí poruchami hybnosti, ale při kvalitně prováděné rehabilitaci může dojít k značnému zlepšení. Také adekvátní výchova a vzdělávání může přispět k celkovému zlepšení stavu (Švarcová, 2011, s. 39 - 40). Zvládnou se také naučit několik slovních výrazů, většinou jim ale nerozumí, ovšem někteří si řeč neosvojí nikdy. I přes dlouhodobé učení jsou schopni pouze nejnntnější sebeobsluhy (Vágnerová, 1999, s. 148). Bazalová (2006, s. 273 - 274) dodává, že u jedinců s těžkou mentální retardací dochází ke sníženému vnímání, myšlení, citovému projevu a jsou závislí na soustavné péči druhé osoby.

Hluboká mentální retardace

Tento stupeň retardace je označován symbolem F73 s IQ nedosahujícím 20 bodů. Tato forma postihuje asi 1% osob s mentálním postižením, kteří nejsou schopni dosáhnou mentálního věku 18 měsíců. Řeči téměř nerozumí, a proto používají k dorozumívání výrazy tváře (pláč, úsměv, radost). Většinou

jsou omezeni v pohybu, nejsou schopni se o sebe postarat a z tohoto důvodu vyžadují celodenní péči (Švarcová, 2011, s. 40). Dle Bazalové (2006, s. 274) u těchto jedinců dochází ke kombinaci sluchové, zrakové a neurologické poruše, výskytu autismu a k sebezraňování. Jedinci jsou často schopni plnit velmi jednoduché příkazy.

Jiná mentální retardace

Jiná mentální retardace označovaná F78 se používá u jedinců nevidomých, neslyšících, němých, autistů či jinak postižených, u kterých je stupeň retardace těžce stanovitelný (Švarcová, 2011, s. 40).

Nespecifikovaná mentální retardace

Označovaná jako F79 se používá tehdy, pokud jedinec trpí mentální retardací, ale nelze ho zařadit do žádného stupně (Fischer et al., 2014, s. 133).

2 Potřeby jedinců s mentální retardací

V této části se zaměřím na vymezení pojmu potřeba, motiv a motivace. Dále uvedu hierarchii potřeb podle Abrahama Harolda Maslowa a stručně popíši jednotlivé druhy potřeb osob s mentální retardací a důsledky jejich nenaplnění.

Cílem života každého jedince je neustálé uspokojování potřeb. Základní potřeby musí být soustavně uspokojovány k zajištění existence. Vyšší potřeby jsou však u jednotlivých osob ryze individuální, různorodé a proměňující se v průběhu života. Ne jinak je to i u osob s mentálním postižením.

Tito jedinci mají potřeby stejné jako zbytek populace, jen vzhledem ke svému postižení mají problémy s jejich uspokojováním, což u nich vyvolává pocit psychického strádání a deprese. Při naplňování obvyklých lidských potřeb se proto neobejdou bez podpory a pomoci svého okolí. S touto pomocí by jim měly být vytvořeny podmínky pro jejich seberealizaci a začlenění do společnosti (Novosad, 2009, s. 28). Vágnerová (1999, s. 154) udává, že jedinci s mentální retardací mají i psychické potřeby, které jsou přizpůsobeny jejich omezené inteligenci. Míra pomoci okolí v uspokojování potřeb jedince je závislá na hloubce mentálního postižení. Své potřeby chtějí uspokojovat ihned a bez ohledu na okolí.

2.1 Vymezení pojmu potřeba

„Potřeba je projevem určitého nedostatku, deficitu či strádání, jehož odstranění je žádoucí, a je velký předpoklad, že doplnění tohoto deficitu (neboli saturace potřeby) povede ke zlepšení stavu člověka či ke zvýšení jeho spokojenosti.“ (Trachtová 2001 in Malíková, 2011, s. 167).

Nakonečný (1995, s. 125) uvádí, že potřeby jsou „základní formou motivu“, který se vyznačuje nedostatkem v biologické nebo sociální sféře. Vede nás k jednání či činnosti k dosažení požadovaného cíle.

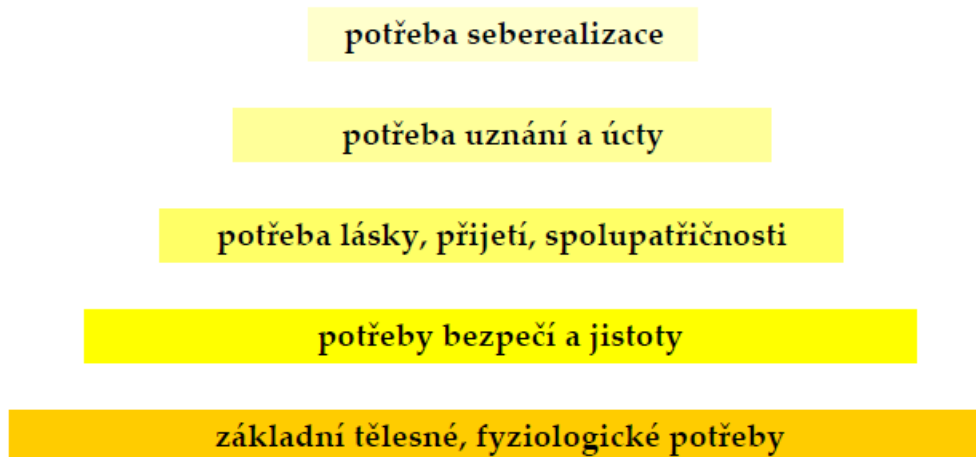
Proces vedoucí k dosažení určitého cíle, ať už vědomě či nevědomě, se nazývá motivace. Naše chování je během života soustavně ovlivňováno motivací. Pohnutky vedoucí jedince k určitému jednání se nazývají motivy. (Tajanovská, 2011, s. 210 - 211).

Hartl a Hartlová (2000, s. 327) definují motiv jako: „*pohnutku, příčinu činnosti, jednání člověka zaměřené na uspokojení určité potřeby; motiv má cíl a směr, intenzitu, trvalost*“.

Potřeby jsou nedílnou součástí našich životů, mnohdy si ovšem neuvědomujeme, že saturace těchto potřeb může být pro mnoho jedinců v naší společnosti velmi složitá a v některých případech bez naší pomoci až nemožná. Řádná znalost a poznání způsobu uspokojování potřeb osob s mentálním postižením, je proto pro pracovníky v sociálních službách velmi důležitá. Díky této znalosti totiž dokáží účinně individuálně plánovat (viz. kapitola č. 4) a zajistit těmto jedincům nejvhodnější péči, která se odráží na kvalitě jejich života.

2.2 Dělení potřeb

Většina autorů zabývajících se lidskými potřebami nejčastěji vychází z hierarchie potřeb amerického psychologa Abrahama Harolda Maslowa (viz. obr. 1), který tyto potřeby popsal a uspořádal do pyramidy dle jejich významu a důležitosti. Tyto potřeby rozdělil do pěti kategorií, které jsou navzájem provázány a spjaty v jeden celek. Člověk se může věnovat uspokojování potřeb ve vyšších kategoriích až poté, co uspokojí své potřeby v kategoriích nižších.



Obrázek č. 1: Maslowova hierarchie potřeb (Šamánková, 2011, s. 26)

„Abychom mohli být skutečnou podporou člověku a plánovat služby, potřebujeme znát jeho potřeby, na jejichž uspokojování se máme podílet“ (Hauke, 2011, s. 45). Dále jednotlivé kategorie potřeb osob s mentální retardací popíši.

Základní tělesné a fyziologické potřeby

Jedná se o nejzákladnější potřeby, bez kterých by lidské tělo nemohlo existovat. Do této skupiny patří potřeba dýchání, příjmu tekutin a potravy, tělesné teploty, spánku, vylučování, pohlavního styku a také jiné tělesné činnosti. Dále sem můžeme zařadit udržování zdraví, tišení bolesti, ale i smích a pláč. Jůn (2007, s. 106) udává, že osobám s mentální retardací, by měla být umožněna saturace uvedených potřeb tehdy, kdy o ně projeví zájem a ne ve stanoveném čase.

Potřeba bezpečí a jistoty

U osob s mentálním postižením je tato potřeba velmi důležitá a je založena na vztahu k blízkému člověku či pečující osobě, která je zdrojem rovnováhy před okolním světem, který je pro tohoto jedince těžko pochopitelný (Vágnerová, 1999, s. 155). Jůn těmto potřebám přisuzuje důležitou roli. Každodenní činnost klienta musí být vedena k tomu, aby věděl

(kdy, kde, s kým) co má vykonávat, měl by mít vždy také přístup k věcem, se kterými se cítí v klidu a bezpečí a personál by se měl při péči chovat stereotypně (Jůn, 2007, s. 106).

Potřeba lásky, přijetí a spolupatříčnosti

Za nejdůležitější součást těchto potřeb můžeme považovat mezilidské vztahy, které se odrážejí v našem každodenním životě. Jedná se o vztahy v kolektivu klientů, v rodině, s personálem, ale také vztahy s lidmi v nejbližším okolí. Tito jedinci také touží mít někoho rádi, být někým milováni a chápáni. Dle Jůna (2007, s. 106) je tato potřeba naplněna i tehdy, kdy personál na klienta neklade žádné požadavky a tráví s ním čas při běžných činnostech (pití kávy, kouření cigarety).

Potřeba uznání a úcty

Uspokojování této potřeby vytváří u klienta snahu získat za své jednání pozornost, pochvalu nebo uznání a tím dochází ke zvýšení sebedůvěry (Malíková, 2011, s. 168). Podle Jůna (2007, s. 106) je tato potřeba naplněna chováním pracovníků sociálních služeb ke klientovi způsobem úměrným k jeho věku. Nikdy nezesměšňuje jeho chování, přání a city, pokud je to možné snaží se mu v rámci možností vyhovět.

Potřeba seberealizace

Osoby s mentální retardací tuto potřebu nemohou plánovat, vzhledem ke svým rozumovým schopnostem. Uspokojování je proto závislé na ostatních lidech, kteří přichází s nimi do styku a rozhodují o realizaci této potřeby pochvalou nebo jiným uznáním (Vágnerová, 1999, s. 155). Podle Jůna (2007, s. 106) je tato potřeba uspokojena i tehdy, kdy jedinec může ovlivnit chování či činnost někoho jiného.

2.3 Důsledky nenaplnění potřeb

„Občané se zdravotním postižením mají nárok na stejná práva jako všichni občané České republiky. Mají také stejná práva na naplnění všech základních životních potřeb jako ostatní občané ČR“ (Jún, 2007, s. 105).

K tomu, aby mohli jedinci s mentální retardací žít ve společnosti, je zapotřebí neustálá saturace jejich základních životních potřeb. Snahou jejich okolí, by mělo být poznání těchto potřeb a jejich neustálé naplňování. Nemělo by docházet k jejich podceňování, protože nenaplnění těchto potřeb se může odrazit na osobnosti daných jedinců.

Šamánková uvádí, že nedostatečná saturace potřeb se projevuje psychickými problémy (úzkostné stavy, podrážděné jednání a nepokoj) a tělesnými problémy (porucha spánku, výživy a vylučování). Trvalé neuspokojování potřeb tak vede ke stresu (reakce jedince na negativní vlivy projevující se špatným chodem organismu), distresu (projevující se intenzivními negativními emocemi - strach, zklamání a jiné) a pocitu frustrace (při trvalé snaze k uspokojování svých potřeb a jejich nenaplnění, dochází k opuštění snahy a až k apatičnosti). Tyto neřešené negativní pocity vedou u jedinců k trvalému napětí až k agresivnímu jednání (slovní i fyzické), které směřují proti nejbližšímu okolí i sobě samému. Při dlouhotrvající frustraci dochází k deprivaci a depresi (Šamánková, 2011, s. 15 - 16).

Dle Freuda je konflikt považován za určitou pohnutku k chování jedince. U osob s defektem je výrazný rozdíl mezi touhou něco uskutečnit a skutečnou realitou, čímž dochází k neadekvátnímu jednání, které závisí na vyspělosti a rozumových schopnostech jednice (Vágnerová, 2000, s. 31).

„Potřeby jsou nutné, užitečné, velmi úzce souvisí se zachováním a s kvalitou našeho života“ (Šamánková, 2011, s. 12), z tohoto důvodu se v následující kapitole budu zabývat kvalitou života osob s mentální retardací.

3 Kvalita života

Mnohoznačný termín kvality života definuji z pohledu různých autorů, následně se zaměřím na objektivní a subjektivní vnímání kvality života, v krátkosti pojednám o kvalitě života osob s mentální retardací a uvedu znaky kvality života podle Ferransové.

3.1 Vymezení pojmu kvality života

„Existence poměrně široké škály definic kvality života, ale i existence řady blízkých a příbuzných pojmů je bezpochyby důsledkem multidimenzionality a interdisciplinarity dané problematiky“ (Heřmanová, 2012, s. 32). Pojem kvality života z tohoto důvodu nelze jednoznačně definovat, neboť každý obor zabývající se zkoumáním kvality života na ni nahlíží ze svého pohledu (medicína, pedagogika, psychologie, sociologie).

Hartl a Hartlová (2000, s. 284) označují *„pocit životního štěstí“* jako kvalitu života. Soběstačnost a pohyblivost považují za základ kvality života. Z psychologického pohledu označují kvalitu života za pocit uspokojení a duševní pohodu, z pohledu sociologického chápou kvalitu života jako výši životní úrovně jednotlivých sociálních skupin. Z medicínského hlediska považují kvalitu života za výši životní úrovně osob s nemocemi a omezeními.

Heřmanová (2012, s. 32) označuje definici zdraví, kterou přijala Světová zdravotnická organizace (WHO) za jednu z nejstarších definic kvality života. Tato definice udává: *„zdraví není jen absence nemoci či poruchy, ale je to komplexní stav tělesné, duševní i sociální pohody (well-being)“*. Nejpublikovanější definicí kvality života zaměřenou na medicínu a ošetřovatelství je definice vytvořená pracovní skupinou WHOQOL, která kvalitu života vyjadřuje: *„jak lidé vnímají svoje místo v životě, v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žijí, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, standardům a zájmům“* (Gurková, 2011, s. 51).

Podle Matouška (2008, s. 92) je kvalita života měřítko používané k hodnocení efektivity sociální práce. Vychází ze zdravotního stavu, sociálního postavení, životní úrovně a spokojenosti posuzovaného jedince. Kvalitu života můžeme posuzovat na základě škál, rozhovorů, dotazníků či posudků a pro relevantní výsledky je důležitá kombinace jmenovaných metod.

3.2 Vnímání objektivní a subjektivní kvality života

Kvalita života je úzce spjata s uspokojováním lidských potřeb. Centrum pro podporu zdraví při univerzitě v Torontu sestavilo komplexní přístup ke kvalitě života. Tento přístup rozlišil tři kategorie potřeb na být (zdraví, pohyb, vzhled, vnímání, cítění, přesvědčení, víra), náležet (domov, sousedé, přátelé, příjem, zdravotní a sociální služby) a realizovat se (domácí práce, školní činnost, koníčky, relaxace, rozvoj znalostí a dovedností) a je charakterizován dvěma pojetími, subjektivním a objektivním. Kvalita života závisí nejen na pocitu tělesné, ale i sociální a psychické pohody (Šamánková, 2011, s. 31).

Objektivní kvalitou života vyjadřujeme měřitelné podmínky a životní úroveň, jak jednotlivců, tak i sociálních skupin obyvatelstva, které následně pozitivně či negativně ovlivňují další rozvoj. Mezi měřitelné životní podmínky patří přístup k sociálním službám, bydlení, vzdělávání, zdravotní péči a pracovnímu uplatnění. Životní úroveň vyjadřujeme výší bohatství nebo chudoby (Heřmanová, 2012, s. 47). Gurková (2011, s. 57) také označuje objektivní kvalitu života za hmotné zabezpečení, sociální jistotu a zdraví jedince.

Subjektivní kvalita života vychází ze subjektivního pohledu a spokojenosti jedince se svou životní situací. Závisí na naplnění svých přání, životních hodnot a nesplněných cílů. V rámci hodnocení kvality života je důležitý vzájemný vztah obou kvalit (Gurková, 2011, s. 57 - 58).

Subjektivní hodnocení kvality života je dle odborníků z různých oborů v současné době považováno za základní měřítko hodnoty kvality života (Vařurová & Mühlpachr, 2005, s. 17).

3.3 Kvalita života osob s mentální retardací

Jesenský ve své publikaci hovoří o kvalitě života handicapovaných osob z pohledu vnitřních a vnějších činitelů, které ovlivňují jejich životy, jak ve společnosti jejich sociální skupiny, tak i ve většinové společnosti. Vnitřními činiteli rozumíme tělesný a psychický stav, ovlivněný jejich specifickým znevýhodněním, který mění kvalitu jejich života. Naproti tomu vnější činitelé jsou podmínky života handicapovaných z oblastí přírodních, společenských, výchovných, ekonomických a materiálních hodnot. Autor vidí význam posuzování kvality života v odhalování vlivu postižení na kvalitu života jedince, ve stanovení cílů vedoucích ke zlepšení kvality jeho života, k zjištění vlivů všech opatření (diagnostických, terapeutických, rehabilitačních, pedagogických, pracovních, sociálních) působících na kvalitu života a také ve vyhodnocení významu uplatněných zásahů na kvalitu života (Jesenský, 2000, s. 81 - 82).

Ferransová (in Gurková, 2011, s. 25 - 26) popsala na základě definic kvality života různých autorů pro oblast ošetřovatelství pět znaků kvality života, kterými jsou:

- „1. schopnost vést normální život,*
- 2. štěstí, spokojenost,*
- 3. dosahování osobních cílů,*
- 4. schopnost vést sociálně „aktivní“ život,*
- 5. jako úroveň potenciální tělesné a mentální kapacity“.*

Z výše uvedeného vyplývá, že jedinci dosahující splnění těchto pěti kritérií prožívají kvalitní život.

„Řada lidí s trvalým postižením nemůže nikdy naplnit požadavek na změnu „nežádoucího stavu“, i kdyby se snažili sebevíc, protože jejich postižení má trvalý a nevratný charakter – přesto jsou schopni a odhodláni prožívat svůj život skutečně plnohodnotně a kvalitně“ (Slowík, 2016, s. 29).

Osoby s mentálním postižením (vzhledem ke svému postižení a rozumovým schopnostem) chápou svou kvalitu života ze svého subjektivního pohledu výrazně lépe než osoby o ně pečující. Je to dáno tím, že každý jedinec je individuální, má jiné potřeby, zájmy, životní cíle a prožívá své životní štěstí odlišným způsobem. Není tak důležité, jak společnost hodnotí kvalitu života těchto jedinců, ale je důležité, jak hodnotí kvalitu svého života oni sami. Zlepšení jejich kvality života docílíme nejen nasloucháním, ale i neustálou motivací, a proto je povinností naší společnosti vytvořit kvalitní podmínky pro jejich život, vycházející z jejich potřeb a přání.

4 Individuální plánování průběhu sociální služby

Daná kapitola bude věnována individuálnímu plánování průběhu sociální služby, kterou považuji za stěžejní téma své práce. Nejprve vymezím samotný pojem individuálního plánování, ukotvím jej v zákoně a zaměřím se na význam tohoto procesu. Dále popíši metodiku a členy pracovního týmu. Vymezím pojem individuální plán, osobní cíl a popíši proces individuálního plánování.

Individuální plánování průběhu sociální služby je jedním z patnácti standardů kvality sociálních služeb, které jsou uvedeny v příloze č. 2 prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb. zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Dle Bickové a Hrdinové (2011, s. 53) za standardy označujeme souhrn stanovených kritérií (tj. zásad a pravidel), kdy je jejich prvotním úkolem zabezpečení kvalitních služeb a teprve následně jsou i měřítkem jejich kontroly. Individuální plánování úzce souvisí se dvěma standardy kvality sociálních služeb. Jedná se o standard č. 3 (jednání se zájemcem o službu) a standard č. 4 (smlouva o poskytování sociální služby). Po uskutečnění těchto dvou kroků můžeme začít s realizací samotného procesu individuálního plánování průběhu sociální služby (standard č. 5).

Individuální plánování je důležitý proces, který má velký význam jak pro poskytovatele, tak i pro samotné klienty. Neměli bychom na něj pohlížet jenom jako na povinnost ze zákona, ale měli bychom si uvědomit, co individuální plánování znamená, co je jeho cílem a jaký je jeho význam. V případě nepochopení pravého významu tohoto procesu může dojít k jeho selhání a jeho podstata se mívá účinkem.

Na základě zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 88 písmene f jsou poskytovatelé sociálních služeb povinni: *„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“. Dále jsou povinni dle písmene h daného paragrafu: *„dodržovat standardy kvality sociálních služeb“* (Česko, 2017).

Pro naplnění tohoto standardu musí být splněna následující kritéria:

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 jeho osobní cíle;
d) Poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného zaměstnance;
e) Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám;

Tabulka č. 1: Individuální plánování průběhu sociální služby (Hauke, 2011, s. 27)

4.1 Vymezení pojmu individuální plánování

„Individuální plánování je proces, ve kterém uživatel a poskytovatel hledají cíle, které bude uživatel ve spolupráci s poskytovatelem dosahovat – budou tedy hledat cíl společné práce“ (Hauke, 2011, s. 16). Dle Bickové a Hrdinové (2001, s. 73) lze považovat individuální plánování za proces, který vzniká, realizuje se, vyvíjí

se a průběžně se hodnotí. Může trvat nadále nebo po naplnění cíle začít znovu. Za podstatu tohoto procesu považujeme jeho sjednanost, kdy obě strany ví, jak bude proces probíhat a čeho budou dosahovat.

Cílem individuálního plánování je zajistit kvalitní službu ve prospěch samotného klienta, nacházet vhodná řešení odpovídající jeho přáním, nárokům, tělesným možnostem a schopnostem a k dosažení osobních cílů. Nedílnou součástí při plánování a realizaci služby je také úzká spolupráce s klientem (Hauke, 2011, s. 16).

4.2 Význam individuálního plánování

Při procesu individuálního plánování je klient rovnocenný partnerem, rozhoduje o výběru sociální služby, která by mu měla pomoci dle jeho přání a představ, má jistotu a cítí se bezpečněji, protože průběh služby je realizován dle dohodnutých pravidel a v předem stanoveném časovém horizontu. Poskytovatel musí seznámit klienta s jeho právy a povinnostmi. Při stanovování osobních cílů je klient aktivní a nese spoluodpovědnost za realizaci dané sociální služby (Hauke, 2011, s. 17 - 18). Malíková (2011, s. 158 - 159) dodává, že individuální plánování umožňuje klientům úpravu denního režimu dle jejich návyků a potřeb. Pracovníci zařízení přistupují individuálně ke každému klientovi, a to s respektem a důstojností, což vede k jejich větší spokojenosti.

Pro poskytovatele má proces individuálního plánování ochranou funkci, neboť má s klientem přesně sjednaný průběh jeho služby a není povinen plnit jeho nesjednané požadavky. Zaměstnanci poskytovatele ke svým klientům přistupují standardně dle sjednaných individuálních plánů, díky čemuž se stává služba více efektivní, dochází k účelnému využití pracovní doby zaměstnanců a k určení kapacity sociálního zařízení. Dle přání a potřeb klientů dochází ke změně nabízených služeb a tím i ke zlepšení jejich

kvality (Hauke, 2011, s. 17 - 18). Díky větší informovanosti všech zaměstnanců o klientech, probíhá kvalitnější spolupráce při poskytování sociální služby a odbourávání konfliktních situací (Malíková, 2011, s. 159).

4.3 Metodika individuálního plánování

Základem fungujícího individuálního plánování je kvalitně zpracovaná metodika, na jejíž tvorbě se podílí celý pracovní tým. Metodika zaznamenává pracovní postup při plánování realizace sociální služby a je základním vodítkem pro práci jednotlivých členů pracovního týmu v sociálních službách.

Metodika není ustálená, ale v průběhu služby se nestále vyvíjí na základě nabytých zkušeností pracovníků z praxe a jejich vyspělosti. Metodika je závislá na sociální skupině, pro kterou je tvořena a také na druhu sociální služby (Bicková & Hrdinová, 2011, s. 78).

4.4 Pracovní tým

Kvalita individuálního plánování je ovlivněna činností celého pracovního týmu, který se podílí na péči a zajišťování sociálních služeb klientů, a proto je důležité, aby mezi pracovníky týmu docházelo k soustavné výměně informací, detailů z postřehů, pozorování a také k předávání zkušeností. Neméně důležitá je vzájemná pomoc a konzultace při složitých a náročných případech (Malíková, 2011, s. 160). Následně popíši jednotlivé členy pracovního týmu a jejich funkce.

Sociální pracovník

Sociální pracovník je první osobou, se kterou přichází žadatel o sociální službu a jeho blízcí do kontaktu a od kterého získají prvotní informace o poskytovaných službách.

„Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb“ (Česko, 2017).

Koordinátor

Funkci koordinátora zastává většinou vedoucí sociální pracovník, vrchní sestra či vedoucí ošetrovatelské péče. Tento pracovník má odpovědnost za průběh individuálního plánování v daném zařízení. Koordinátor přiděluje klíčovým pracovníkům na základě jejich zkušenosti, schopnosti a zodpovědnosti jednotlivé klienty, tak aby byli klíčoví pracovníci podle náročnosti klientů rovnoměrně vytíženi. Dále kontroluje jejich činnost, vytváření individuálních plánů a jejich následné plnění (Malíková, 2011, s. 161).

Klíčový pracovník

Funkci klíčového pracovníka vykonává pracovník přímé péče nebo sociální pracovník, který je organizátorem sociální péče a podpory u klienta, který mu byl přidělen. Stává se pro něj důvěrníkem, kterému klient věří, rozumí si, je pro něj oporou a umí pro něj zajistit potřebnou pomoc (Hauke, 2011, s. 75).

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

Klíčový pracovník zastává více rolí najednou, plní řadu kompetencí a jednou z jeho nejdůležitějších povinností je plánování a realizace sociální

služby. Při procesu individuálního plánování napomáhá klientům s maximálním využitím vlastních schopností při vymezení jejich potřeb a hledání osobních cílů. Konzultuje s nimi průběh sociální služby, podpory a péče, zjišťuje míru jejich spokojenosti, nutnost sjednané podpory a navrhuje jiné varianty spolupráce (Vítová, 2011, s. 115 - 116).

Ve spolupráci s klientem vytváří a přepracovává individuální plán za účasti dalších osob. Nese odpovědnost za pravdivé údaje v plánování a zápisy provádí v přehodnocení individuálního plánu a záznamech o průběhu poskytování služby. Jeho úkolem je seznámit pracovníky, kteří přichází do styku s klientem s jeho individuálním plánem a samotným procesem. Může žádat o konzultaci s metodickým pracovníkem, který jej vede a musí mít dostatek času, aby mohl plnit své kompetence (Hauke, 2011, s. 78). Na závěr bych chtěla dodat, že ačkoli klíčovému pracovníkovi bývá ve většině případů koordinátorem klient přidělen, může nastat situace, kdy vzájemná spolupráce klíčového pracovníka a klienta není možná, z tohoto důvodu mají obě strany právo na řešení situace výměnou klíčového pracovníka (Vítová, 2011, s. 115).

Další osoby podílející se na tomto procesu

Do procesu individuálního plánování je možno zapojit rodinné příslušníky, kamarády, kolegy, lékaře a osoby z klientova okolí, kteří jsou také důležití při realizaci tohoto procesu a začlenění klienta do společnosti (Malíková, 2011, s. 166).

4.5 Individuální plán

Výsledkem individuálního plánování je individuální plán, který zaznamenává přesný popis činností péče a podpory u klienta (Hauke, 2011, s. 124). V individuálním plánu jsou obsaženy veškeré získané informace o klientovi, vymezený osobní cíl a společně vypracovaný plán péče (Malíková,

2011, s. 189). V plánu je dále uvedeno jméno klíčového pracovníka a telefonický kontakt na něj, jména osob, které se podílejí na plnění osobního cíle, a které mohou do individuálního plánu nahlížet. Nedílnou součástí je i popis kroků směřujících k naplnění osobního cíle, datum dalšího přehodnocení individuálního plánu, podpisy klienta a klíčového pracovníka (Hauke, 2011, s. 105). Zápisy musí být psány srozumitelně, čitelně a v časovém sledu, popisují přesný a skutečný stav bez subjektivních pocitů klíčového pracovníka (Malíková, 2011, s. 189).

Vzhledem k citlivosti osobních údajů v plánech a jejich ochraně před neoprávněnou manipulací, musí být uzamčeny ve skříních (Hauke, 2011, s. 104). V dnešní době se již v sociálních službách k tvorbě individuálních plánů využívá program IS Cygnus, ve kterém se plány zpracovávají elektronicky. Využití tohoto programu přináší velkou úsporu času a práce. Proti neoprávněnému užití údajů je program chráněn přístupovým heslem.

4.6 Osobní cíl

Nedílnou součástí individuálního plánování je hledání vhodného osobního cíle klienta. Jedním z nejdůležitějších kroků je zjistit z jakého důvodu klient sociální službu vyhledává, co od ní očekává a čeho díky ní chce dosáhnout (Sobek, 2012, s. 80).

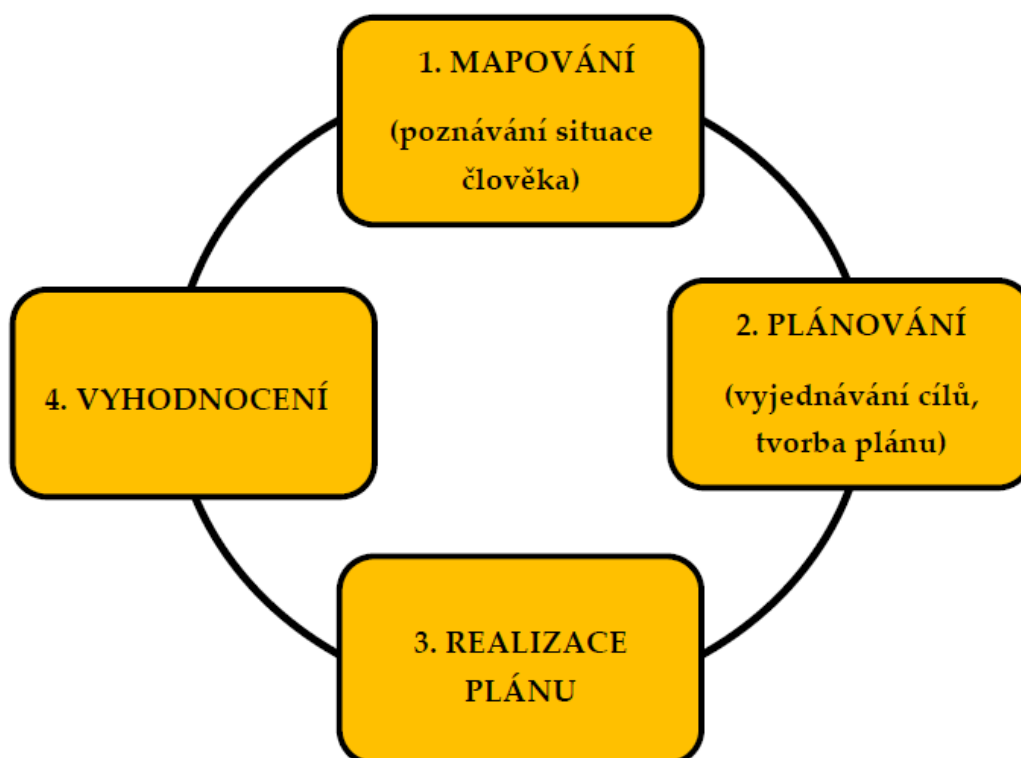
„Osobní cíl vyjadřuje konkrétní individuální přání klienta – cíl, kterého by chtěl během svého pobytu v zařízení a s využitím poskytované sociální služby dosáhnout“ (Malíková, 2011, s. 171). Při hledání osobního cíle nalézáme soulad mezi možnostmi sociální služby a přáními klienta (Sobek, 2012, s. 84).

Dle Hauke (2011, s. 97) musí být osobní cíl specifický (vycházet z potřeb a přání klienta), měřitelný (musí být jasně rozpoznatelné, že bylo cíle dosaženo), akceptovatelný (přijatelný ze zákona), reálný (s ohledem na

možnosti uživatele a sociální služby) a termínovaný (stanovení časového horizontu splnění daného cíle).

4.7 Proces individuálního plánování

Celé individuální plánování je o způsobu vedení rozhovoru a respektu k jedinečnosti každé lidské bytosti (Hauke, 2011, s. 15). Proces individuálního plánování se skládá ze čtyř fází, kdy se cyklus po dosažení požadovaného cíle může neustále opakovat. V následujících podkapitolách popíšeme jednotlivé fáze tohoto procesu.



Obrázek č. 2: Proces individuálního plánování průběhu sociální služby (Sobek, 2012, s. 27)

4.7.1 Mapování situace

V této fázi se snažíme pochopit situaci našeho klienta, ve které se momentálně nachází a co nejlépe ho poznat. Zmapovat jeho potřeby, přání, zájmy, znalosti, schopnosti, dovednosti, co má a nemá rád a zjistit, co je pro

něj důležité a z čeho má strach. Z těchto osobních informací vytváříme tzv. osobní profil, bez kterého nejsme schopni dále individuálně plánovat a nalézat odpovídající osobní cíle (Sobek, 2012, s. 48).

Při individuálním plánování je důležité se soustředit na klientovy silné stránky. Jedná se o jeho znalosti, zručnosti a v čem vyniká. Tyto klientovy kvality se stávají základem pro další plánování a jsou důležitější než jeho omezení (Sobek, 2012, s. 34).

Součástí mapování je vymezení rozsahu potřebné podpory. Jedná se o činnost, při které poskytovatel na základně potřeb klienta zjišťuje, které činnosti klient zvládá sám a při kterých potřebuje pomoci. Podpora by měla být poskytována v jen nezbytně nutném rozsahu. V této části se poskytovatel s klientem domluví na tom, jakou formu, rozsah a frekvenci by podpora měla mít (Sobek, 2012, s. 51).

Pracovníci v sociálních službách by měli dbát co největší soběstačnosti a samostatnosti svých klientů, a měli by proto umět rozlišit, kdy je potřeba poskytnou klientovi podporu, pomoc či péči. Dle Hauke (2011, s. 21) při špatném vyhodnocení míry nutné podpory může dojít k přepečování nebo naopak k zanedbávání klienta. Chloupková (2013, s. 69) dle spoluúčasti pracovníka na činnostech klienta rozlišuje tři formy závislosti klienta. Při podpoře pracovník podporuje slovně klienta, dohlíží na něj nebo ho vede při jeho činnosti. Klient je při činnostech aktivní a pracovník je pasivní. Pomocí rozumíme aktivní pomoc pracovníka na činnostech aktivního klienta (pracují společně). Péči rozumíme aktivní činnost pracovníka při péči o pasivního klienta.

4.7.2 Plánování podpory

V této části ve spolupráci s klientem naplánujeme, jak mu bude služba poskytována, jaký bude mít rozsah, formu, frekvenci a čemu budeme věnovat

zvýšenou pozornost. Je nepřípustné, aby plánovaná podpora byla klientovi vnucována, ale je potřeba ji navrhovat. Nedílnou součástí této fáze není jen stanovení osobního cíle či více cílů a stanovení kroků k jejich dosažení, ale musíme se zaměřit i na drobnosti ze života, které jsou pro klienta podstatné (Sobek, 2012, s. 63). V plánu musí být určeny osoby odpovědné za splnění plánovaných činností i s termínem jejich plnění (Malíková, 2011, s. 183).

V případě dlouhodobých pobytových zařízení by se neměl stanovovat pouze krátkodobý individuální plán, a mělo by se plánovat s dlouhodobou perspektivou a stanovit dlouhodobý osobní cíl (Sobek, 2012, s. 64).

Klíčový pracovník při tvorbě individuálního plánu musí pamatovat na vyhodnocení rizik, které při realizaci plánu mohou nastat. Je potřeba vytvořit plán opatření k jejich snížení. Všechna rizika nemůžeme odstranit, ale můžeme se snažit o minimalizaci jejich dopadu (Malíková, 2011, s. 185).

4.7.3 Realizace plánu

Realizace plánu se uskutečňuje tak, jak se na poskytování služby klient a klíčový pracovník na plánovacích schůzkách dohodli. Dobrá znalost individuálních plánů všech klientů členy pracovního týmu vede k jednotné práci s klienty. Klient i klíčový pracovník nesou společnou odpovědnost za plnění plánu a osobních cílů. Forma záznamu realizace plánu by měla být velmi jednoduchá a zaznamenávat podstatné kroky s ohledem na individuální práci u jednotlivých klientů. Individuální plán nemůžeme chápat jako dogma a za každou cenu se snažit o jeho naplnění, pokud o něj klient ztratí zájem. Klient si může cíl upravit nebo prodloužit dobu jeho plnění (Sobek, 2012, s. 71 - 72).

4.7.4 Vyhodnocení plánu

Vyhodnocení plánu probíhá obvykle jednou za půl roku za účasti klíčového pracovníka a klienta nebo i pracovního týmu. Součástí hodnocení je

naplňování krátkodobých cílů a kroků k jejich dosažení, zda měly cíle smysl pro daného klienta a jestli během plnění nenastaly nějaké potíže. Nedílnou součástí hodnocení musí být i vyhodnocení rizik, kdy zjišťujeme, jestli došlo k ohrožení klienta, co zapříčinilo jeho ohrožení a jaké jsme vyvodili důsledky (Sobek, 2012, s. 72 - 73).

Součástí vyhodnocení může být dále také celkového hodnocení služby, kdy hodnotíme klientovu spokojenost s bydlením, vzděláváním, prací, koníčky, partnerskými vztahy, zdravotním stavem, kvalitou služby a jinými záležitostmi. Při hodnocení nehodnotíme klienta, ale vzájemnou spolupráci za časový úsek (Sobek, 2012, s. 72 – 74).

5 Metodologie výzkumu

Výzkum je plánovaným a systematickým procesem směřujícím k nalezení odpovědí na stanovené otázky a zjišťování nových skutečností vedoucích k rozvoji dané vědní disciplíny (Hendl, 2016, s. 26).

Výzkumná část bude zaměřena na problematiku sociální práce, a proto bych ráda zmínila definici sociálního výzkumu: „sociální výzkumy se zabývají prvky, jevy a procesy a jejich vzájemnými vztahy, což vše jsou součástí sociální skutečnosti a spoluvytvářejí její reálnou podobu“ (Reichel, 2009, s. 21).

V následujících podkapitolách se zaměřím na samotnou metodologii, která se dle Hendla (2016, s. 31) „zabývá systematizací, posuzováním a navrhováním strategií a metod výzkumu“.

V první řadě vymezím výzkumný problém, cíl mé práce a výzkumné otázky, ze kterých následně vyvodím dílčí cíle, na které budu během svého výzkumu nalézat odpovědi. Zvolím si výzkumnou metodu, strategii i metodu analýzy dat a jejich výběr zdůvodním. Vymezím také výzkumný soubor a metodu jeho výběru, techniku sběru dat a na závěr se zaměřím na etiku výzkumu.

5.1 Vymezení výzkumného problému

Jak jsem již uvedla, jedním z patnácti standardů kvality sociálních služeb je individuální plánování průběhu sociální služby, které bylo zavedeno do praxe již před 12 lety a poskytovatelé sociálních služeb mají povinnost se tímto standardem řídit. V praxi se stále můžeme setkávat s různými názory na tento povinný proces, a proto mne zajímá, jak se k individuálnímu plánování pro osoby s mentální retardací staví pracovníci v sociálních službách a klienti samotní v Domovech pro osoby se zdravotním postižením. Jestli je na tento

proces nahlíženo nejen jako na povinnost ze zákona nebo v něm vidí skutečný přínos.

5.2 Vymezení výzkumného cíle, výzkumné otázky a dílčích cílů

Miovský (2006, s. 91) uvádí, že vymezené cíle musí obsahovat strohý a přesný popis toho, co chceme naším výzkumem zjistit. Po stanovení výzkumných cílů jsou konkretizovány výzkumné otázky.

Předmětem mého výzkumu je zjistit, jak je proces individuálního plánování pro osoby s mentální retardací vnímán ze strany klíčových pracovníků i samotných klientů a je-li na tento povinný proces nahlíženo jako na přínosný.

Výzkumné otázky tedy zní: Je individuální plánování pro osoby s mentální retardací vnímáno ze strany klíčových pracovníků a jejich klientů jako přínosné? Jaký názor na tento povinný proces klíčoví pracovníci a klienti mají?

Na základě studia dané problematiky, teoretického ukotvení a úvaze nad daným tématem mi z výzkumných otázek vyplynuly následující dílčí cíle:

- Porozumět smyslu procesu individuálního plánování;
- Zjistit, zda individuální plánování ovlivňuje kvalitu života klienta;
- Zjistit, zda stanovený osobní cíl je přáním, touhou nebo potřebou klienta;
- Zjistit, zda stanovený plán péče vede klienta k jeho soběstačnosti a samostatnosti.

5.3 Zvolení metody, strategie výzkumu a metody analýzy

Vzhledem ke stanovenému cíli výzkumu své práce jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu, jejíž výhodu vidím v autenticitě a velkém množství podrobných informací získaných od omezeného počtu respondentů v jejich

přirozením prostředí, čímž dokážu prozkoumat danou problematiku v celé její hloubce a souvislostech. Mé tvrzení opírám o slova Švaříčka a Šedové (2007, s. 17), při kvalitativním přístupu provádíme výzkum v přirozeném prostředí, snažíme se zkoumaný jev pochopit v jeho celistvosti a vzhledem k vzniku určitého vztahu mezi výzkumníkem a participantem získáváme větší škálu informací. Díky různým metodám a postupům zjišťujeme chápání a prožívání sociální reality zkoumaných respondentů.

Dále uvádím definici Dismana (2000, s. 285), který považuje kvalitativní výzkum za: *„nenumerické šetření a interpretace sociální reality. Cílem tu je odkrýt význam podkládaný sdělovaným informacím“*.

Kvalitativní výzkum dělají badatelé v sociálních a psychologických vědách, stejně jako praktičtí pracovníci v oborech, které se zabývají lidským chováním a fungováním. Tento styl výzkumu se používá při zkoumání organizací, skupin i jednotlivých osob (Strauss & Corbinová, 1999, s. 12)

Tento přístup je založen na induktivní metodě, kdy výzkum zahajujeme zjišťováním dat, následně nalézáme souvislosti mezi nimi a definujeme závěry, na jejich základě vytváříme nové teorie, proto jsem si nezvolila kvantitativní výzkum, který je založen na metodě deduktivní, kdy je nejprve výzkumný problém definován, následně jsou vytvořeny nové hypotézy a pak jsou sbírány informace k testování těchto hypotéz (Disman, 2000, s. 287).

Jako strategii výzkumu jsem zvolila zakotvenou teorii, která je jednou z nejrozšířenějších metod kvalitativního výzkumu. Vybrána byla zejména pro svou přehlednost, jednoduchý rozbor získaných dat a propracované analýze tvořené trojím kódováním.

„Zakotvená teorie je teorie induktivně odvozená ze zkoumání jevu, který reprezentuje“. Tato strategie je založena na tvorbě a provizorním ověření teorie na základě systematického zjišťování dat zkoumaného jevu a jejich

analýzou. Při metodě výzkumu zakotvené teorie začínáme zkoumaným jevem a čekáme na důležité souvislosti, které vyvstanou a teprve pak vytváříme teorii, kterou ověřujeme (Strauss & Corbinová, 1999, s. 14).

Analýzu získaných dat provedu při této strategii tzv. kódováním, kdy budu vycházet z poznatků Strausse a Corbinové, kteří rozlišují tři fáze kódování (otevřené kódování, axiální kódování a selektivní kódování).

Kódování je způsob, při kterém údaje rozebíráme, konceptualizujeme a znovu je složíme jiným způsobem, kdy je nová teorie vytvořena ze získaných dat. Součástí procesu kódování jsou dva analytické postupy, porovnávání a kladení otázek, proto je zakotvená teorie označována za „*neustálé porovnávací metodu analýzy*“. Oba analytické postupy slouží ke konceptualizaci a kategorizaci dat (Strauss & Corbinová, 1999, s. 39, 43).

Otevřené kódování je základní analýza, kterou nelze vynechat. Při studiu získaných dat označujeme a kategorizujeme pojmy. Jejich rozebíráním na jednotlivé části, důkladným studováním a porovnáváním se snažíme nalézt v těchto datech shody a rozdíly. Základem analýzy je rozbor rozhovoru a konceptualizace, jejíž podstatou je přidělení jmen jednotlivým jevům (případ, událost, myšlenka). Při této činnosti se může vyskytnout obrovské množství pojmů, kdy je nutná jejich kategorizace, je to činnost seskupování pojmů kolem příslušných jevů, které označíme abstraktnějším pojmem. Tímto krokem dosáhneme snížení počtu objektů se kterými pracujeme (Strauss & Corbinová, 1999, s. 43 - 45).

Označování kategorií provádí badatel sám, kdy název kategorií musí být abstraktnější vzhledem k pojmům, které jsou v nich obsaženy. Jednotlivé kategorie mají charakteristiky a znaky, jsou to jejich vlastnosti a ty mohou být rozloženy do dimenzí. Dimenze představují umístění vlastností na škále.

Je potřeba poznávat a rozvíjet dimenze, protože vytvářejí vztah mezi kategoriemi (Strauss & Corbinová, 1999, s. 47 - 48).

Axiální kódování nově uspořádá získaná data z otevřeného kódování, díky spojení mezi kategoriemi a subkategoriemi na základě kódovacího paradigmatu, ve kterém jsou obsaženy příčinné podmínky, kontext, intervenující podmínky, strategie jednání a interakce a dále i následky. Na základě těchto blíže upřesňujících charakteristik vytváříme subkategorie. Mezi kategoriemi a subkategoriemi existuje soubor vztahů na základě paradigmatického modelu: (A) PŘÍČINNÉ PODMÍNKY → (B) JEV → (C) KONTEXT → (D) INTERVENUJÍCÍ PODMÍNKY → (E) STRATEGIE JEDNÁNÍ A INTERAKCE → (F) NÁSLEDKY (Strauss & Corbinová, 1999, s. 71 - 72). Axiální kódování je proces, ve kterém zkoumáme vztahy mezi kategoriemi a subkategoriemi na základě kladení otázek a porovnávání. Důležité je nalézt typ vztahu mezi kategoriemi a subkategoriemi (Strauss & Corbinová, 1999, s. 79).

Při selektivním kódování pracujeme ještě více abstraktněji než při axiálním kódování, zvolíme si centrální kategorii (ústřední jev, kostra příběhu), studujeme vztahy k ostatním kategoriím, vztahy ověřujeme a důležité kategorie dále rozvíjíme. V podstatě příběh podrobíme analýze, tzv. konceptualizaci, kterou vytváříme kostru příběhu, což je centrální kategorie (Strauss & Corbinová, 1999, s. 86 - 87).

5.4 Výzkumný soubor a metoda jeho výběru

Ve výzkumu se zaměřím na Domovy pro osoby se zdravotním postižením, jejichž posláním je poskytovat klientům pobytové služby, kvalifikovanou pomoc, umožnit jim žít plnohodnotný život v rámci jejich možností a schopností, se snahou o zachování co největší samostatnosti a soběstačnosti, založeného na vzájemném respektu, důvěře a důstojnosti.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách definuje základní činnosti domovů pro osoby se zdravotním postižením následovně:

- „a) poskytnutí ubytování,*
- b) poskytnutí stravy,*
- c) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,*
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
- e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*
- f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- g) sociálně terapeutické činnosti,*
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“ (Česko, 2017).*

Při výběru zařízení jsem vycházela z registru poskytovatelů sociálních služeb ve Zlínském kraji (okres Uherské Hradiště), kde se ke dni 15. listopadu 2018 nacházelo sedm Domovů pro osoby se zdravotním postižením, které poskytují sociální služby cílové skupině osob s mentálním nebo kombinovaným postižením. Časová náročnost při získávání a zpracování dat mi neumožňuje do výzkumu zařadit všech sedm zařízení, a proto jsem se rozhodla z uvedeného souboru vybrat prostým náhodným výběrem nadpoloviční většinu, což považuji k rozsahu své práce za adekvátní.

Náhodný (pravděpodobnostní) výběr probíhá tak, že: *„každý prvek, každá jednotka základního souboru má stejnou šanci, stejnou pravděpodobnost stát se prvkem výběrového souboru“* (Reichel, 2009, s. 79). Výběr souboru jsem provedla prostým náhodným výběrem dle Reichela (2009, s. 80), kdy jsem do klobouku vložila sedm losů s označením jednotlivých zařízení a losováním jsem čtyři z nich vybrala.

Výzkum bude zaměřen na dvě skupiny respondentů. První skupina respondentů bude tvořena pracovníky v sociálních službách, tzv. pracovníky

přímé péče a druhá skupina jejich klienty trpící mentální retardací. Obě skupiny respondentů budou vybrány metodou prostého záměrného (účelového) výběru, který spočívá v tom, že účastníci výzkumu musí splňovat určitá kritéria a musí s výzkumem souhlasit (Miovský, 2006, s. 136).

První výzkumný soubor bude tvořen pracovníky v přímé péči, pro které byla stanovena následující kritéria: 1) pracovník v přímé péči vykonávající roli klíčového pracovníka, 2) délka praxe v této roli 2 roky a více, 3) je klíčovým pracovníkem klienta s mentální retardací, který je schopen verbální komunikace.

Druhý výzkumný soubor bude tvořen klienty s mentální retardací, pro jejich výběr byla stanovena následující kritéria: 1) klient jehož klíčový pracovník souhlasil s výzkumem, 2) délka pobytu v Domově pro osoby se zdravotním postižením 2 roky a více, 3) jsou schopni verbální komunikace.

5.5 Technika sběru dat

V kvalitativním výzkumu lze pro sběr dat využít různé techniky, mezi které řadíme pozorování, analýzu dokumentů a rozhovor. K povaze mého výzkumného šetření jsem zvolila sběr dat pomocí rozhovorů, kdy si můžeme vybrat z nestrukturovaného, polostrukturovaného nebo strukturovaného. Dle Miovského (2006, s. 155) lze rozhovor považovat za jednu z nevhodnějších, ale zároveň nejobtížnějších technik pro sběr dat v kvalitativním výzkumu.

Pro účely sběru dat se mi jako nejvhodnější jevil polostrukturovaný rozhovor, který eliminuje nevýhody a současně využívá výhody nestrukturovaného i strukturovaného rozhovoru, při kterém máme předem připravené okruhy otázek, můžeme je zčásti přizpůsobit a zaměnit jejich pořadí, ale je nutné se na všechny vždy zeptat (Reichel, 2009, s. 111).

Další výhodou tohoto typu rozhovoru je, že si v jeho průběhu tazatel může od respondentů ověřit, zda správně porozuměl sděleným informacím a může jim položit doplňující otázky, čímž dochází k hlubšímu porozumění jevu. Rozhovor probíhá tak dlouho, dokud nám přináší přínosné informace ke zkoumané problematice (Miovský, 2006, s. 160). Jelikož šetření bude prováděno i s osobami s mentální retardací, které mají omezené rozumové schopnosti, jeví se mi tento rozhovor jako nejvýhodnější.

Nyní uvedu některé z osvědčených zásad pro vedení rozhovoru, dle Hendla (2016, s. 176), kterými se budu řídit. Před samotnou realizací rozhovoru je důležité se dobře připravit, u dotazovaného musíme vzbudit důvěru a zájem a měli bychom být ohleduplní k jeho věku a pohlaví. Otázky klademe vždy po jedné a musí být srozumitelné. Sondážními otázkami si doplňujeme informace (prohlubujeme odpovědi). Respondent by měl mít dostatek času na zodpovězení otázek a měl by cítit, že o něj máme zájem. Po ukončení rozhovoru zkontrolujeme poznámky, záznam a jeho kvalitu. Disman (2000, s. 300) dodává, že výzkumník i respondent musí být rovnocennými partnery.

Pro sběr dat byly připraveny dvě varianty polostrukturovaných rozhovorů. Jeden z nich byl určen pro klíčové pracovníky a druhý pro jejich klienty (viz. příloha).

Před samotným zahájením rozhovoru vždy respondenty ubezpečím o anonymitě, dobrovolnosti a možnosti rozhovor kdykoli, bez udání důvodu přerušit či ukončit. Následně je také seznámím s cíli výzkumu, metodami a technikami, které budou ve výzkumu použity. Průběh rozhovoru bude se souhlasem všech respondentů nahráván na diktafon. Dle Miovského (2006, s. 197) je nejčastější metodou pro fixaci získaných kvalitativních dat audiozáznam, který je pro výzkumníka přínosný nejen pro svou autenticitu, ale i komplexnost. Výzkumník si nemusí z průběhu rozhovoru pořizovat

písemný záznam, čímž získává možnost k zaznamenávání poznámek a chování dotazovaného během rozhovoru.

Získané audiozáznamy od všech respondentů umístím ve svém počítači, zabezpečím je přístupovým heslem a následně je z diktafonu vymažu, abych předešla neoprávněné manipulaci s těmito daty.

Audiozáznamy přepíši do textové podoby, v mém případě použiji program Microsoft Word, čímž získám tzv. přepisy, které mi následně budou sloužit pro analýzu a interpretaci dat. Tato činnost je velmi časově náročná, ale vynaložená námaha se mi vrátí při vizualizaci dat, jejich kódování a následné analýze (srov. Švaříčka & Šedřová 2007, s. 181). Po provedení doslovné transkripce budou audiozáznamy z počítače smazány a získané přepisy pro lepší analýzu budou vytištěny a uloženy do uzamykatelné skříňky a po vyhodnocení dat skartovány.

5.6 Etika výzkumu

Řešení etických otázek je důležitou součástí výzkumné práce a je na každém badateli, jak se s etickými aspekty svého výzkumu vypořádá. Etická pravidla jsou definována v rovině principů, kterými označujeme etické zásady chování (Švaříček & Šedřová, 2007, s. 43 - 44).

Jeden z nejdůležitějších principů je důvěrnost, která znamená: „že nebudou zveřejňována žádná data, jež by umožňovala čtenáři identifikovat účastníky výzkumu“. Výzkumník by měl proto s tímto principem seznámit všechny respondenty a dbát na ochranu soukromí, kdy získaná data nesmí mít volně přístupná (Švaříček & Šedřová a kol., 2007, s. 43 - 44).

Princip důvěrnosti zachovám tak, že ve své práci nebudu uvádět názvy Domovů pro osoby se zdravotním postižením, ve kterých budu šetření realizovat. Anonymita klíčových pracovníků bude zajištěna nahrazením

jména zkratkou KP a číselnou řadou. Stejným způsobem zkratkou K označím klienty s mentální retardací a číselnou řadou. Touto anonymitou chci dosáhnout toho, aby mi respondenti šetření otevřeně sdělovali pravdivé informace o sledovaném jevu a abych zabránila případnému zkreslení získaných dat.

Dalším z principů je „*poučený informovaný souhlas*“, kdy osoba podílející se na výzkumu je předem o jeho průběhu informována a musí s výzkumem souhlasit.

5.7 Průběh výzkumu

V prosinci minulého roku jsem telefonicky oslovila všechny vedoucí vybraných Domovů pro osoby se zdravotním postižením a sjednala jsem si s nimi schůzku, na které jsem se seznámila s tématem mé bakalářské práce, jejím cílem, metodou výzkumu, technikou sběru dat a jejími etickými zásadami. Vedení těchto zařízení bylo velmi vstřícné a poskytlo mi souhlas k provedení výzkumného šetření v jejich zařízení. Pomohli mi prostřednictvím pracovních e-mailů oslovit a seznámit se záměrem mé práce a realizací výzkumu všechny pracovníky v přímé péči dle předem stanovených kritérií (viz kapitola 5.4), kteří poté oslovili své klienty. Vedoucí pracovníci mi zaslali pomocí e-mailové korespondence tabulku se seznamem všech pracovníků v přímé péči a jejich klientů s upřesňujícími informacemi, kteří byli ochotni se do šetření zapojit. Do výzkumného šetření bylo ochotno se zapojit 15 klíčových pracovníků a 24 jejich klientů s mentální retardací.

Před samotnou realizací výzkumu, která probíhala ve dnech od 11. 2. do 3. 3. 2019, jsem si vždy předem telefonicky sjednala s klíčovými pracovníky schůzku, která vždy probíhala u nich v zařízení. Klíčoví pracovníci pro dotazování volili svou kancelář nebo sesternu, kde jsme měli dostatek soukromí. Před každým rozhovorem byli respondenti znovu

seznámení s cílem mé práce, metodou a technikou sběru dat. Byli také poučeni o anonymitě, dobrovolnosti a možnosti od výzkumu kdykoli odstoupit. Získala jsem od nich informovaný souhlas a upozornila jsem je na pořizování záznamu rozhovoru na diktafon, se kterým všichni souhlasili. Rozhovory trvaly od 45 do 80 minut. Každý z respondentů byl ze začátku napjatý, ale po zodpovězení první otázky se napjatá atmosféra uvolnila.

Rozhovory s klienty probíhaly vždy na jejich pokoji, kde se cítí v klidu a bezpečí. S respondenty jsem si nejprve povídala, abych navodila příjemnou a uvolněnou atmosféru. Poté byli stejně, jako klíčoví pracovníci seznámeni s cílem mé práce a technikou sběru dat. Ubezpečeni o anonymitě a dobrovolnosti se výzkumného šetření účastnit, dále jsem od nich získala informovaný souhlas a požádala je o nahrávání rozhovoru na diktafon, se kterým všichni souhlasili. Rozhovory trvaly maximálně 30 minut z důvodu jejich koncentrace. Respondenti během rozhovorů neprojevovali žádné známky neklidu a nervozity, naopak působili velmi uvolněně.

Data jsem sbírala a kódovala postupně, a po osmém rozhovoru s klíčovým pracovníkem jsem dospěla k teoretické nasycenosti dat, kdy další data již nepřinášela nové poznatky, proto byl sběr dat ukončen. Při sběru dat u klientů došlo k podobné situaci, tedy po osmi rozhovorech.

Reprezentativní soubory výzkumu								
Klíčový pracovník	Věk	Role klíčového pracovníka	Délka praxe v sociálních službách		Označení klienta	Věk	Délka pobytu	Stupeň závislosti
KP1 Žena	32	12 let	12 let		K1 Muž	38	8 let	II. (středně těžká)
KP2 Žena	56	5 let	6 let		K2 Muž	78	20 let	IV. (úplná)
KP3 Žena	60	12 let	25 let		K3 Žena	80	17 let	III. (těžká)
KP4 Žena	35	2 roky	3,5 roku		K4 Žena	45	12 let	II. (středně těžká)
KP5 Žena	28	6 let	6 let		K5 Žena	40	13 let	II. (středně těžká)
KP6 Žena	42	10 let	11 let		K6 Muž	24	5 let	I. (lehká)
KP7 Žena	51	12 let	21 let		K7 Muž	42	9 let	II. (středně těžká)
KP8 Žena	55	12 let	18 let		K8 Žena	74	19 let	III. (těžká)

Tabulka č. 2: Reprezentativní soubor výzkumu (vlastní analýza)

6 Analýza dat

V této části prezentuji výsledky analýzy dat získaných z jednotlivých rozhovorů s klíčovými pracovníky a jejich klienty, podle druhu kódování, otevřeného, axiálního a selektivního.

6.1 Otevřené kódování

Při otevřeném kódování jsem přečtené jednotlivé texty neustále pročítala a hledala jednotlivé jevy, kterých jsem našla velké množství a poté jsem je sloučila podle podobnosti do jednotlivých kódů. Tyto kódy jsem několikrát podrobila analýze, díky které jsem některé kódy sloučila a nově pojmenovala. Kódy s podobnými vlastnostmi jsem spojila do jedné kategorie s abstraktnějším názvem, některé kódy byly dokonce přeřazeny do kategorie jiné. Vztahy mezi kategoriemi jsem zjišťovala na základě rozvíjení vlastností a dimenzí na škále jednotlivých kategorií.

Pod jednotlivými tabulkami kategorií jsou prezentovány jednotlivé kódy dané kategorie, podpořené výroky respondentů. Význam těchto výroků nemůžeme vnímat pouze ve vztahu k dané kategorii, jelikož jednotlivé kategorie jsou vzájemně propojeny. Tyto výroky mohou obsahovat jména, které jsem naradila fiktivními jmény z důvodu zachování anonymity.

Soubor kategorií – Klíčový pracovník

Kategorie 1: Postoj k individuálnímu plánování

Postoj klíčových pracovníků k procesu individuálního plánování souvisí se zákonnou povinností poskytovatelů sociálních služeb tuto činnost vykonávat, zkušeností spojenou s délkou praxe a vlastním uvědoměním si užitečnosti tohoto procesu.

Kategorie	Kódy kategorie	Škála (nízká – vysoká)
Postoj k individuálnímu plánování	Délka praxe	Zkušenost
	Zákonná povinnost	Intenzita
	Pracovní nástroj	Užitečnost
	Zdroj informací	Důležitost

Tabulka č. 3: Kategorie 1 - Postoj k individuálnímu plánování (vlastní analýza)

S **délkou praxe** si většina respondentů uvědomuje pozitivní přínos tohoto procesu. KP4: „...už to bude tři a půl roku, co tu pracuji a konečně v tom nacházím smysl...“ KP5: „...s přibývajícím praxí v tomto procesu nalézám pozitiva.“ Pracovnice, které zažily dobu před zavedením standardů příliš nevnímají rozdíl v poskytované službě. KP3: „Doposud jsem se s tím procesem neztotožnila, a to pracuji v sociálních službách již 25 let...já jsem zažila režim před zavedením tohoto standardu, služba se poskytovala bez nějakých individuálních plánů, plánů péče a plnění nejrůznějších cílů a všechno fungovalo, tak jak mělo.“ V jejich postoji se odráží skutečnost, že pracují převážně se staršími lidmi se zhoršujícím se zdravotním stavem a nejsou na nich viditelné téměř žádné pokroky, které by mohli ovlivnit jejich negativní postoj k tomuto procesu.

Většina dotazovaných respondentů se vyjádřila, že tento proces vykonává na základě **zákonné povinnosti**, a proto se k tomuto procesu i tak staví. KP7: „...je to proces, který nám uložil zákon a plnit se to musí...“ KP8: „...nařizuje to zákon, proto to dělám...beru to jako mou náplň práce...“

Ačkoliv se klíčoví pracovníci staví k tomuto procesu jako k pracovní povinnosti, mnohdy v něm vidí i užitečný **pracovní nástroj**, který jim pomáhá při práci s klientem. KP1: „...vodítko, které mi pomáhá při práci a vede mě určitým směrem...“ KP4: „...vím, jak k tomu klientovi přistupovat, vlastně je to jakoby návod, který mi slouží k větší orientaci při poskytování služby.“ Dále jim tento proces

napomáhá k podchycení individuálních přání, potřeb a osobnosti klientů. KP5: „...nám pomáhá poznat člověka takového, jaký je, jaké má možnosti, jaké má potřeby, co ho baví nebo co třeba nemá rád...“ KP6: „...proces mi pomáhá k neustálému poznávání potřeb a přání, které se odráží v jejich individualitě.“

Někteří respondenti považují individuální plány za **zdroj informací** o klientovi, které jsou důležité pro další vzájemnou spolupráci. KP1: „...je pro mě důležité, aby ty informace o klientovi byly někde zaznamenány, já mám pak možnost do toho kdykoli nahlédnout.“ KP4: „...když jedna vypadne, tak se podívám do té dokumentace a vím, jak s tím klientem pracovat a jak k němu přistupovat...“ KP5: „...díky těm plánům máme spoustu informací o klientech a tím můžeme předcházet různým nedorozuměním...“ Starší pracovnice nepřikládají těmto informacím význam, jelikož s klienty pracují řadu let a za tu dobu měly možnost je důkladně poznat. KP7: „Ty informace nepotřebuji, já ty klienty za ty roky znám jako své boty, znám je dvacet let.“ Pracovnice si ale neuvědomují význam těchto informací pro případ jejich nepřítomnosti na pracovišti.

Kategorie 2: Dopad na klienta

Tato kategorie má velký význam na vnímání individuálního plánování klíčovým pracovníkem a je reprezentována změnou stavu klienta, kvalitou jeho života, spokojeností spojenou s životem v zařízení, ale i stresem spojeným s plněním osobních cílů.

Kategorie	Kódy kategorie	Škála (nízká – vysoká)
Dopad na klienta	Změna stavu klienta	Velikost
	Kvalita života	Hodnocení
	Spokojenost	Hodnocení
	Stres	Intenzita

Tabulka č. 4: Kategorie 2 - Dopad na klienta (vlastní analýza)

Respondenti uvedli, že je pro ně důležité sledování pokroků a pozitivních **změn na stavu klienta**. KP1: „Pro mě je důležité, že můžu na těch klientech pozorovat změnu.“ KP4: „...když u nich vidím pokroky, moc mě to potěší a namotivuje do další práce.“ KP5: „...je tu 6 let a ty pokroky jsou opravdu velké.“ KP6: „...člověk může díky tomu pozorovat, jak se stav klienta vyvíjí, někdy jsou ty pokroky výrazné a u některých činností může dojít od pomoci jen ke slovní podpoře, ale to se děje spíše jen u těch mladších a schopnějších.“

Respondenti sdělili, že dělají vše pro zlepšení **kvality života** svých klientů. KP3: „Vždy mi šlo o blaho těch lidí. Snažím se jim zpříjemnit každý den tady v domově, chci, aby se cítili dobře a nic jim nechybělo.“ KP6: „My tu máme být pro ně, abychom jim tu kvalitu toho života zlepšili.“ Dále se všichni respondenti shodli na tom, že kvalitu svého života osoby s mentálním postižením hodnotí znatelně lépe než samotný personál. KP1: „Ti klienti ten svůj život vnímají úplně jinak.“ KP7: „...my jim pořád něco nabízíme a nutíme je k tomu, aby ten život prožili plnohodnotněji, ale jim stačí k radosti opravdu málo.“

Dotazovaní uvedli, že klienti jsou šťastní a spokojení, když se jim personál věnuje a ke štěstí jim stačí i jejich přítomnost. K2: „Moc mě potěší, když se třeba jen usměje“. KP3: „Oni jsou šťastní, když se jim jen věnujeme.“ KP8: „Ta spokojenost je u nich viditelná, když společně něco děláme...“

Respondenti upozornili na to, že zklamání z neúspěchu při plnění osobních cílů může u některých klientů vyvolat i stres. KP3: „Těmi cíli je mnohdy i stresujeme, někteří jsou tací, že se snaží na nich pracovat a chtějí uspět, ale někdy se to nepodaří a ti klienti jsou z toho zklamání.“ KP8: „Já tím ty moje babičky hodně stresuji.“

Kategorie 3: Stav klienta

Proces individuálního plánování je výrazně ovlivněn stavem klienta, který je reprezentován hloubkou mentální retardace, jeho stářím, stupněm soběstačnosti, délkou pobytu v zařízení a také jeho aktuální náladou. Všechny tyto podmínky mají výrazný vliv na způsob a rozsah poskytování služby.

Kategorie	Kódy kategorie	Škála (nízká – vysoká)
Stav klienta	Hloubka mentální retardace	Stupeň
	Stáří	Věk
	Soběstačnost	Stupeň
	Délka pobytu	Doba
	Nálada	Kvalita

Tabulka č. 5: Kategorie 3 - Stav klienta (vlastní analýza)

Ze zkušeností všech klíčových pracovníků vyplynulo, že s **hloubkou mentální retardace** se mění způsob individuálního plánování a klesá efektivita tohoto procesu. KP3: „...plánování mi přijde u mých klientů, nechci říct úplně zbytečné, ale ne tak efektivní...někteří o tomto procesu nemají ani tušení, protože jejich mentalita je opravdu tak nízká...“ KP6: „Individuální plánování mi přijde smysluplnější s klienty, kteří jsou na tom rozumově lépe...“ KP8: „...hodně záleží na hloubce mentální retardace, těm horším klientům stačí, když s nimi trávíte ten čas...“

Proces individuálního plánování je značně ovlivněn i **stářím** klienta, které má vliv na jeho aktivitu a snahu něčeho dosáhnout. KP1: „...mladí mají tu snahu se někam posunou a něco si dokázat...“ KP5: „S těmi mladšími se mi plánuje opravdu líp, protože oni jsou ještě plní energie, mají spoustu představ a celý život před sebou.“ Respondenti dále uvádí, že s rostoucím věkem aktivita i zájem o individuální plánování výrazně klesá. KP2: „Já pracuji na oddělení se staršími

muži a individuální plánování je pro mě složitější...lidé v pokročilém věku již nechtějí nic plánovat.“ KP8: „...když se ale ucítím do jejich kůže, není se čemu divit, mně by se také v jejich letech nechtělo nic plánovat.“

Respondenti upozornili, že u starších klientů dochází ke zhoršování jejich zdravotního stavu a s tím souvisejícího poklesu jejich **soběstačnosti**, který se odrazí na zvětšujícím se rozsahu pomoci a péče. KP3: *„...většina mých klientů je již starých a jejich zdravotní stav se spíše zhoršuje a oni vyžadují, aby bylo o ně pečováno.“* KP8: *„...co si budeme povídat, ti lidé jsou tu převážně staršího věku a v těchto zařízeních tohoto typu žijí již několik desítek let a odjakživa se o ně někdo staral, oni tu péči potřebují...“* Z rozhovorů vyplynulo, že pracovnice pečující o osoby s nízkým stupněm soběstačnosti, nemají dostatek času, aby se klientům během dne věnovali jinak, než mimo poskytovanou péči. KP7: *„...péče o ty starší klienty vyžaduje více času a během té služby nemám tolik prostoru, abych se jim věnovala víc.“*

Podobně jako stáří má vliv na iniciativu klienta při individuálním plánování také **délka pobytu** strávená v zařízení. Dle výpovědí respondentů vyplynulo, že klienti, kteří zažili v zařízení dobu před zavedením tohoto standardu, vyžadují celodenní péči a staví se k tomuto procesu odmítavě. KP3: *„...jsou to většinou starší lidé, kteří jsou tu roky, nyní jsou už za zenitem, takže to silně (individuální plánování) mělo podle mého přijít už někdy v minulosti...dřív byly totiž zvyklí, že se všechno dělalo za ně.“* KP7: *„Já je musím neustále do všeho nutit, oni tu žijí mnoho let a byli zvyklí na určitý standard, myslím tím tu celodenní péči, kterou jsme jim poskytovali...“* Naopak noví klienti se k tomuto procesu lépe přizpůsobí. KP4: *„...záleží na tom postižení, je více než jasné, že ti schopnější jsou přizpůsobivější, takže to plánování jim nedělá takové problémy.“* KP6: *„...když k nám do zařízení přichází noví klienti a jdou z přirozeného prostředí, tak si na ten proces zvyknou poměrně rychle, u těch strašáků je to horší...“*

Velký dopad na práci s klienty má i jejich aktuální **nálada**, která souvisí s mentálním postižením. KP4: „Záleží hodně na náladě, někdy s nimi prostě nepohnu.“ KP5: „...když mají dobrý den, tak se toho dá hodně zvládnout...“ KP8: „Někteří jsou hodně náladoví, ne vždy jsou ochotni spolupracovat.“

Kategorie 4: Nároky

Na klíčové pracovníky jsou kladeny stále větší nároky spojené s časově náročnou administrativou a prací na počítači, při které musí brát zřetel na přání inspekce.

Kategorie	Kódy kategorie	Škála (nízká – vysoká)
Nároky	Názor inspekce	Zátěž
	Administrativa	Zátěž
	Práce na počítači	Zátěž

Tabulka č. 6: Kategorie 4 - Nároky (vlastní analýza)

Respondenti uváděli, že při zpracování a vedení záznamů se bere více zřetel na **názor inspekce**, než na jejich úhel pohledu. KP1: „Ne vždy se tam dá napsat to, co si myslím, protože ta inspekce to vidí jinak.“ KP3: „...to všechno děláme jen pro inspekci, abychom měli nějaký záznam, že s nimi pracujeme...“ Individuální plány slouží klíčovým pracovníkům k poskytování průběhu sociální služby, na kterém se s klientem předem domluvili, a proto by měli být sestavovány v zájmu klientů a klíčových pracovníků. KP2: „Plánovat by se mělo tak, aby to vyhovovalo potřebám, přáním a požadavkům klienta, a ne pro případnou návštěvu inspekce...“ KP4: „My to v dnešní době neděláme pro nás a pro klienty, ale pro inspekci, kdyby náhodou přišla, tak aby byla s těmi záznamy spokojená...“

Z rozhovorů vyplynulo, že tvoření individuálních plánů je náročnou a někdy až příliš zdlouhavou **administrativní činností**. KP2: „...nad tím

strávím spoustu času, protože dlouho přemýšlím, než tam něco zaznamenám...“

KP4: *„Ty záznamy jsou náročné, abych to správně uchopila...“* Zazněly názory, že tato časově náročná činnost je odvádí od práce s klienty. KP7: *„...protože to dělám na úkor práce s klienty a zabírá mi to moc času...“*

Respondenti uvedli, že sestavování individuálních plánů v programu IS Cygnus na **počítači** je hlavně pro starší pracovnice činností náročnou, která jim dělá značné potíže KP1: *„Starší kolegyně s tím zapisováním mají větší problémy než my, protože nejsou tak zběhlé v těch technologiích, a proto nad tím stráví hodně času...“* KP2: *„...nejsem tak zdatná v práci na počítači, než do toho programu něco naukám, tak je to celá věčnost...“* Některé pracovnice uvedly, že jim více vyhovovalo tvořit individuální plány papírovou formou pro autentičnost tohoto záznamu. KP6: *„Já jsem raději tvořila plány papírovou formou, mohla jsem si ty složky vzít s sebou ke klientovi, bylo to hmatatelné a více osobnější, klienti si tam i kreslili.“*

Kategorie 5: Spolupráce

Správně nastavená metodika, podpora ze strany koordinátora, dobrá týmová práce a podpora ze strany rodiny a okolí jsou základními stavebními kameny efektivity individuálního plánování.

Kategorie	Kódy kategorie	Škála (nízká – vysoká)
Spolupráce	Týmová práce	Vztahy
	Podpora koordinátora	Pomoc
	Nastavení metodiky	Složitost
	Rodina a okolí	Pomoc

Tabulka č. 7: Kategorie 5 - Spolupráce (vlastní analýza)

Vztahy v pracovním kolektivu výrazně ovlivňují **týmovou práci**, která se odráží na kvalitě poskytované sociální služby. KP1: *„...ted' nám to tady*

v kolektivu skřípe, těžko se tu pracuje, hlavně ten proces ztrácí smysl...“ KP4: „Ty vztahy na pracovišti jsou základ, proces jinak ztrácí význam...“ Někteří respondenti dokonce upozornili na špatné vztahy na pracovišti, které souvisí se špatnou strategií některých kolegyň. KP4: „Hlavně ten proces ztrácí smysl, když některé mé kolegyně klienty uplácí...poté máme problémy s nimi cokoli udělat, protože oni bez úplatku nic neudělají a nespolupracují...“ Většina respondentů považuje předávání informací o klientech mezi kolegy za důležitý faktor fungování. KP6: „...všechno je to o spolupráci, každý na klienta nahlíží trošku jinak...předávání informací mezi kolegyněmi nám pomáhá zvýšit kvalitu života toho dotyčného.“ KP5: „Některé kolegyně nám nepředávají informace, a to se pak těžko pracuje.“ Někteří respondenti také kladně hodnotí přínos společných porad, kde společně s kolegyněmi přímé péče, aktivizačními pracovníci a zdravotní sestrou hledají řešení situace jednotlivých klientů. KP3: „...každý měsíc máme poradu, kde se všichni z oddělení sejdeme a řešíme jednotlivé klienty. Tento způsob se nám velmi osvědčil, protože každý pracovník nahlíží na klienta z jiného úhlu pohledu a díky této spolupráci jsme schopni klientům nabídnout mnohem víc.“

Ze strany klíčových pracovníků je **podpora koordinátora**, který je zodpovědný za celý průběh procesu individuálního plánování v zařízení, považována za jednu z nejdůležitějších podmínek fungování procesu. KP1: *„Za tu dobu, co tu jsem, tak se nám několikrát vystřídala sociální pracovníce, která byla zároveň i našim koordinátorem a každá to po nás chtěla jinak, bylo to hrozné, když jsme ty plány museli neustále předělávat a upravovat podle nich.“* KP4: *„...dovolím si říct, že je to hodně ovlivněno i tím jeho přístupem.“* Někteří kritizují jeho práci za to, že podléhá názorům inspekce, a nebere ohled na názor klíčových pracovníků a zájmy klientů. KP6: *„...ty plány jsou tvořeny pro nás a my bychom si měli stát za tím, že je to pomůcka při práci s klientem, a ne to přizpůsobovat inspekci. Hodně záleží na přístupu toho koordinátora, jak se k tomu postaví.“* Jedna respondentka uvedla, že práce koordinátora, ovlivněná názorem inspekce,

může mít negativní dopad na klienta. KP8: „Když chceme požádat o změnu klíčového pracovníka, koordinátor s námi nesouhlasí, protože by to v tom programu nevypadalo dobře a inspekci by se to nemuselo líbit. Za touto změnou se snažíme stát a prosadit si ji, protože nemůžeme jednat na úkor klienta...“

Z vyjádření většiny respondentů vyplynulo, že přehledná a dobře **nastavená metodika** individuálního plánování je kvalitním základem realizace tohoto procesu. KP1: „...před čtyřmi lety na pracoviště nastoupila nová vedoucí a díky ní jsme metodiku pro individuální plánování zjednodušili a nyní je našim vodítkem...“ KP4: „Ta metodika mi hodně pomáhá...ale nemusela by být až tak rozsáhlá.“ Je důležité, aby se na navrhování metodiky podíleli svými zkušenostmi všichni členové pracovního kolektivu. KP6: „Na navrhování metodiky jsme se podíleli všichni, ale byl to velmi zdoluhavý proces...nyní už vyhovuje všem a jedeme podle ní.“ KP8: „...hodně jsme ocenili, že jsme mohli přispět svou zkušeností, která se nám při té práci s klientem osvědčila, ty koordinátorky předtím si to dělali jen podle sebe.“

Klíčové pracovníci pozitivně hodnotí zapojení **rodiny a okolí** do procesu individuálního plánování, kdy klient vnímá pomoc blízkých a známých při plnění osobních cílů a má to pro něj velkou váhu. KP4: „Když na nějakém cíli s klientem pracujeme a podílí se na tom i jeho rodina, tak to klient vnímá velmi pozitivně.“ KP5: „...pak je tu ještě ta rodina, která mu pomáhá toho cíle dosáhnout, tak je to podle mě efektivnější.“ KP6: „Když jsou lidé, které má klient rád, součástí tohoto procesu, má to pro něj obrovskou váhu a je schopen ze sebe dostat opravdu maximum.“

Kategorie 6: Potřeby

Všichni respondenti se shodli na tom, že saturace potřeb je jednou z nejdůležitějších činností, a proto je potřebám přikládána v tomto procesu důležitá role.

Kategorie	Kódy kategorie	Škála (nízká – vysoká)
Potřeby	Fyziologické	Důležitost
	Jistota a bezpečí	Důležitost
	Fixace na klíčového pracovníka	Intenzita
	Začlenění do společnosti	Důležitost
	Učení	Důležitost

Tabulka č. 8: Kategorie 6 - Potřeby (vlastní analýza)

S rostoucím věkem a hloubkou mentální retardace roste význam uspokojování **fyziologických** potřeb a tím i související podpora a péče ze strany pracovníků. KP2: „Jsou rádi a stačí jim, když mají zabezpečeny základní potřeby...“ KP5: „U těch klientů, kteří trpí hlubší mentální retardací a mají vyšší věk, tak je základním potřebám přikládána důležitá role.“ KP8: „Jim jde o to, aby jim z naší strany byly poskytnuty základní potřeby. To je ta hygiena, jídlo, teplo a samozřejmě klid. Takže ta péče je tu na prvním místě.“

Většina respondentů upozorňovala na nutnost dodržování denního režimu, zaužívaných praktik a rutin, které jsou pro klienty **jistotou a bezpečím**. KP7: „...někteří klienti mají zaužívané praktiky a my bychom je měli respektovat, narušení rutiny by mohlo ovlivnit změnu jejich chování.“ Pro klienty je také důležitá opora klíčového pracovníka, který je jejich důvěrníkem, většinou i rodinou a člověkem na kterého se mohou kdykoliv obrátit. KP3: „...dělám klíčového pracovníka pěti klientkám, které jsou tu se mnou od začátku a považují mě

za jejich rodinu.“ KP6: „...oni v nás mají oporu a ví, že se na nás můžou kdykoli obrátit.“ KP7: „...jsem pro své klienty velkou oporou a jsem pro ně důležitá. Svěřují se mi se vším.“ V některých případech vztah ke klíčovému pracovníkovi může vést až k fixaci na něj, kdy klient odmítá spolupracovat s ostatními pracovníky. KP1: „Někteří klienti jsou na mě až nezdravě závislí a vyžadují, abych veškeré činnosti s nimi vykonávala jen já. Problém nastává tehdy, když mám třeba delší dovolenou, to pak klienti ostatní pracovnice odmítají.“ KP3: „Některé z nich jsou na mě příliš závislé, u jedné dokonce dochází k žárlivosti, když se věnuji jiné. Je schopna předstírat různé záchvaty, jen aby na sebe upoutala mou pozornost.“

Neméně důležitou potřebou je potřeba **začlenění do společnosti**. Respondenti uvedli radost klientů, když se někdo o ně zajímá, věnuje se jim nebo s nimi tráví čas. KP1: „Oni mají rádi společnost.“ KP2: „...na nich to poznáte, že jim něco schází, taky mě to moc mrzí, že s nimi trávím čas jen při té péči.“ KP3: „...jsou velice rádi, že se jim někdo věnuje teď a tady...pro klienty je ta přítomnost těch pracovníků nebo blízké rodiny velmi důležitá. Oni mají rádi okolo sebe tu společnost...“

Zájem o **učení** je spojen s věkem a hloubkou mentální retardace, mladí a schopnější klienti mají snahu se učit nové věci, protože si chtějí dokázat, že něčeho dosáhnou. KP1: „...oni jsou učenliví a opravdu do toho jdou s vervou, když si něco usmyslí, tak přes to nejede vlak a zkouší a zkouší.“ KP5: „...někteří jsou tu naopak velmi zvědaví a mají zájem o různé dovednosti.“ S rostoucím věkem a hloubkou mentální retardace aktivita a snaha klesá. KP7: „Iniciativa u těch starších je opravdu malá, oni již nechtějí nic dělat, takže je do všeho musíme nutit.“

Kategorie 7: Přání

Přání hrají důležitou roli v zájmu klienta o individuální plánování. Tuto kategorii charakterizuje touha po klidu, zájem klienta o osobní cíl, jeho plány do budoucna a touha po soběstačnosti.

Kategorie	Kódy kategorie	Škála (nízká – vysoká)
Přání	Touha po klidu	Intenzita
	Zájem o osobní cíl	
	Plány do budoucna	
	Touha po samostatnosti	

Tabulka č. 9: Kategorie 7 - Přání (vlastní analýza)

Respondenti uvedli, že s rostoucím věkem a hloubkou mentální retardace se zvyšuje frekvence přání **touhy po klidu** a pohodě. KP1: „...chtějí v klidu dožít.“ KP2: „...převážně ta pohoda je u nich na prvním místě.“ KP7: „...oni chtějí klid a pohodu.“ KP8: „...v takovém věku každý touží už po pohodlí a klidu“

Zájem o osobní cíl souvisí s věkem klientů, ti starší většinou už o plánování zájem nemají. KP4: „U těch starších je to náročnější a problematičtější, oni už si nechtějí nic plánovat.“ KP8: „Ti starší o to moc zájem nemají...“ U mladších je zájem výrazně vyšší, protože mají vize a velkou snahu něčeho dosáhnout. KP5: „Ale u mladých je to lepší, ti mají představy, takže ta snaha se posunovat dál a učit se stále nové a nové věci je u nich velká, takže tam to stanovování cílů význam opravdu má.“

Plány do budoucna také souvisí s věkem a hloubkou postižení. Starší se většinou zajímají o přítomnost a o budoucnost nejeví zájem. KP2: „...jim jde o tu přítomnost, jak se mají právě teď, takže ta budoucnost je ve většině případů nezajímá, i když se může jednat o budoucnost velmi blízkou...“ KP3: „Každý z nich má nějaké tužby, většina z nich ale ten život má už za sebou a nechce se jim nic měnit a plánovat.“ Mladší klienti se naopak o budoucnost zajímají. KP4: „...mladí se chtějí něco naučit a něčeho dosáhnout, ty osobní cíle je k té činnosti motivují...“ KP5: „Někteří naši klienti moc rádi plánují různé akce, pak se na ně totiž pořád ptají a neustále se těší, až přijde ten den a oni to budou moci všechno přichystat.“

Touha po **samostatnosti** je výrazná u mladších klientů. KP1: „...mladí mají tu snahu se někam posunou a něco si dokázat...“ KP6: „...ti mladí jsou velmi šikovní a záleží jim na tom, aby si co nejvíc věcí mohli udělat sami...“ S rostoucím věkem a délkou pobytu v zařízení touha po samostatnosti klesá. KP3: „...většina mých klientů je již starých... a oni vyžadují, aby bylo o ně pečováno.“ KP8: „...my tu máme starší lidi a ta péče je tu na prvním místě...“

Kategorie 8: Plán péče

Klíčový pracovník odpovídá za sestavení, realizaci naplánovaných činností a přehodnocování plánu péče. Většina dotazovaných považuje informace v plánu péče za užitečné a důležité pro další práci s klientem. Tuto kategorii nám prezentuje oblast podpory, podpora k soběstačnosti, zdroje klienta, rizika a přehodnocení.

Kategorie	Kódy kategorie	Škála (nízká – vysoká)
Plán péče	Oblast podpor	Důležitost
	Klientovy zdroje	Důležitost
	Podpora k soběstačnosti	Důležitost
	Rizika	Důležitost
	Přehodnocení	Důležitost

Tabulka č. 10: Kategorie 8 - Plán péče (vlastní analýza)

Respondenti za nejdůležitější část plánu péče považují zmapování jednotlivých **oblastí podpory** a určení jejich rozsahu a frekvence. KP4: „...je důležité, aby ty oblasti, ve kterých potřebuje podporu byly správně stanovené, hlavně ta míra té podpory“ KP7: „...jsou to činnosti, které s klientem každý den děláme, je tam například oblast pro hygienu, stravování, oblékání a taky chůze. U těch jednotlivých

činností pak máme zpracovaný přesný popis toho, co si dělá klient sám a co děláme my.“

Rozsah a frekvence poskytované podpory jsou stanoveny na základě **klientových zdrojů**, které ukazují, co jsou klienti schopni zvládnout sami. KP1: *„ty jeho zdroje musíme samozřejmě nejprve zjistit, ale pak nám dávají na vědomí, co ten klient dokáže.“* KP5: *„určitě bychom se při sestavení plánu péče měli řídit jeho silnými stránkami a využívat je na maximum.“*

Dobře nastavený plán péče slouží k zachování nebo zlepšení klientovi **soběstačnosti**. KP6: *„Plán péče mi ukazuje, co klienti dokáží zvládnout s mou podporou, co s pomocí a při kterých činnostech potřebují už tu péči.“* V každé oblasti podpory si klient může stanovit cíl, na kterém společně s pracovníci budou pracovat, a to přispívá ke zlepšení klientovi soběstačnosti. KP4: *„...vždycky se s klientem na nějaké určité oblasti domluvíme a snažíme se na tom dělat.“* KP5: *„... má to určitě nějaký řád a může díky tomu dojít k rozvoji toho klienta nebo aspoň nějakým způsobem k udržení stávajících schopností a dovedností.“*

Dotazovaní dále upozorňují na důležitost **rizikového plánu**, který jim napomáhá předcházet rizikovým situacím. KP2: *„Ten rizikový plán nám pomáhá nalézat rizikové situace a předcházet jim, my na ně totiž klienty pak upozorňujeme.“* KP1: *„To riziko by mělo být přijatelné, jak pro nás, tak i pro klienta, samozřejmě ho to nemůže ohrožovat na životě, ale na druhou stranu je nemůžeme v něčem pořád omezovat.“* KP6: *„...díky tomu, že ty rizika u nich nějak způsobem mapujeme a taky je s nimi seznamujeme, tak jim podle mého dopřáváme trochu i té volnosti a oni se necítí být tak svázáni.“*

Respondenti dále kladli důraz na pravidelné **přehodnocování** plánu péče, ke kterému dochází dvakrát do roka nebo podle potřeby, protože musí postihovat klientovy zdravotní změny. KP2: *„Plán péče se potom každý půlrok musí přehodnotit, buď vyhovuje současným potřebám nebo se stav může zhoršit a my*

musíme vybrat konkrétní oblast, kterou přehodnotíme nebo musíme dokonce přehodnotit celý plán.“ KP7: „K přehodnocení plánu dochází jednou za půl roku, ale když se u klienta zhorší zdravotní stav a nevyhovuje to podmínkám, tak se to musí přehodnotit hned.“

Kategorie 9: Aktivita klienta

Kategorie aktivita klienta je prezentována snahou klienta o udržování soběstačnosti, iniciativou při plnění osobních cílů, aktivizační činností zařízení a volnočasovými aktivitami klientů. Aktivita klienta úzce souvisí s jeho stavem, který má rozhodující vliv na jeho snahu a vynaloženou aktivitu v tomto procesu.

Kategorie	Kódy kategorie	Škála (nízká – vysoká)
Aktivita klienta	Snaha o udržení soběstačnosti	Intenzita
	Plnění osobních cílů	Intenzita
	Aktivizační činnost	Užitečnost
	Volnočasové aktivity	Užitečnost

Tabulka č. 11: Kategorie 9 - Aktivita klienta (vlastní analýza)

Snaha o udržování soběstačnosti, dle výpovědi respondentů, je výrazná u klientů mladších a s menším stupněm retardace. KP6: *„S klienty mladšími...mají tu snahu, a hlavně si to zapamatují a tu naučenou činnost si pamatují.“* KP 5: *„...hlavně ta jejich kondice je dobrá, zvládnou víc činností“*. U klientů starších a s vyšší hloubkou retardace je situace odlišná. KP2: *„Ta soběstačnost se s věkem vytrácí, hlavně se jim už nechce a my to musíme dělat za ně.“* KP8: *„...protože ta soběstačnost se u nich pomalinku vytrácí.“*

U **plnění osobních cílů** je situace podobná jako u snahy o udržování soběstačnosti. Klienti mladší a s nižším stupněm retardace si sami vyhledávají své osobní cíle a při jejich plnění jsou velmi aktivní a snaživí. KP4: *„...ta chuť se něco naučit a dokázat si, že to zvládnu je u nich velká...“* KP5: *„...mají zájem se to naučit, opakují to neustále, jen aby se to naučili...“* Starší klienti aktivitu při jejich plnění ztrácí, hůře si činnost pamatují a bez opakování ji brzy zapomenou. KP3: *„Když se nám přece jen s klientem podaří nějakého cíle docílit, on to stejně hned zapomene. Snažíme se to nějakým způsobem udržovat, ale ne vždy to jde, protože pak si stanovíme cíl další a pracujeme na něm...“* KP7: *„Oni nic dělat a plnit ve většině případu už nechtějí, ale máme tu i výjimky...“*

Z výpovědí respondentů vyplynulo, že zaměstnanci zařízení se snaží o **aktivizační činnost**, není to jenom o udržování čistoty a pořádku na pokojích, ale snaží se je zapojovat i do chodu domova. KP1: *„...máme tady v posledním patře udělanou kavárnu, kde se klienti učí vařit kávu a obsluhovat ostatní.“* KP5: *„Pomáhají nám prát a rozdělovat prádlo.“* KP8: *„...prostírají, někteří dokonce vydávají stravu nebo sklízí nádoby...“* Někteří respondenti upozornili, že aktivizační činnosti by se měli klientům dostávat v přiměřené míře. KP2: *„Nemůžeme je do těch aktivizačních činností pořád nutit, měli by se sami rozhodnout, jestli se chtějí zúčastnit.“* KP8: *„Měli bychom se vcítit do jejich kůže a brát zřetel na jejich stav, přílišná aktivita by mohla klientům i uškodit.“*

Volnočasové aktivity souvisí se stavem klienta, klienti mladší vyhledávají aktivity více akční. KP4: *„Největší radost jim uděláte, když jim pustíte nahlas rádio, oni to mají jako diskotéku.“* Starší klienti spíše vyhledávají klidnější trávení volného času. KP3: *„...pořád něco vnucovali, brali je na výlety, učili je nové věci a oni při tom chtějí jen tu svou pohodu...“*. Z výpovědí vyplynulo, že klienti jezdí na výlety, kulturní a společenské akce, které jsou pro jejich začlenění do společnosti velmi důležité. KP6: *„Teď jsme zrovna byli na bowlingu a pojedeme i do kina...“* KP7: *„...minulý týden jsme tu měli kytarový koncert.“*

Kategorie 10: Přístup klíčového pracovníka

Nejdůležitější kategorie, která popisuje přístup klíčového pracovníka v procesu individuálního plánování, způsob získávání informací o klientovi, motivace klienta, poskytování přiměřené podpory, způsob plnění osobních cílů a respekt klientovy individuality.

Kategorie	Kódy kategorie	Škála (nízká – vysoká)
Přístup klíčového pracovníka	Získávání informací	Důležitost
	Motivace	Důležitost
	Přiměřená podpora	Důležitost
	Plnění osobních cílů	Důležitost
	Individualita	Důležitost

Tabulka č. 12: Kategorie 10 - Přístup klíčového pracovníka (vlastní analýza)

Respondenti uvedli, že **získávají** základní **informace** o klientovi z prvotního šetření, které vždy provádí sociální pracovnice, která jim následně podklady předá a na základě nich poté sestaví individuální plán, do kterého připisují své poznatky z rozhovorů s klientem a jeho pozorování. Všichni respondenti se zmínili, že by ocenili přítomnost na daném šetření, které by jim pomohlo lépe poznat člověka, se kterým budou následně navazovat spolupráci. KP1: „*Já bych to přivítala, kdybych u toho šetření mohla být, už tím, když poznáte prostředí, ve kterém ten člověk žije, jeho chování v přirozeném prostředí, to všechno Vám hodně napoví.*“ KP4: „*...určitě má i nějaký svůj pokoj, kde má své oblíbené věci, sociální pracovnice se snaží všechno zaznamenávat, ale někdy jí uniknout detaily, které jsou velmi důležité a nám někdy delší dobu trvá, než na to přijdeme.*“ Nejčastěji používanou metodou pro získávání informací od klientů je komunikace, kdy klíčoví pracovníci získávají průběžně informace o jejich přáních, potřebách a jejich aktuálním zdravotním stavu. KP1: „*...hodně je to o*

komunikaci, já si s klienty povídám prakticky pořád.“ Za velmi důležitou metodu, při které se dá spoustu informací zjistit je pozorování klientů při každodenních činnostech. KP8: „Musíme pozorovat a pozorovat a taky zkoušet, co by se jim mohlo líbit nebo co by je potěšilo.“ KP2: „Tím, že s nimi trávíme prakticky celý den, tak už tím sledováním můžete zjistit užitečné informace, jak třeba reagují na určité podmínky, co je potěší, rozesměje nebo naopak rozzlobí.“ Byla zmíněna dobrá znalost klienta, která souvisí s empatií klíčového pracovníka. KP1: „...je pravda, že za ty roky je znám opravdu dobře.“ KP3: „...ti klienti jsou tu od dob, co jsem začala pracovat v sociálních službách...takže už dokáží i odhadnout, co by se jim mohlo líbit, ne všichni Vám řeknou, takže i ta empatie je velmi důležitá.“ KP5: „hodně mi pomáhá, když si představím, že jsem v jejich kůži a snažím si klást otázky, co by mě mohlo potěšit nebo za co bych byla ráda.“

Vzhledem ke stáří a hloubce postižení klientů musí klíčový pracovník přizpůsobit své jednání v procesu individuálního plánování. Respondenti nejčastěji používají **motivaci**. KP2: „...my je k tomu musíme nějakým způsobem motivovat.“ KP6: „...je musíte pořád stimulovat a navrhovat jim nějaké podněty, jinak oni sami od sebe nic dělat nebudou...“ Z některých výpovědí dokonce vyplynulo, že při práci s klienty dochází i k manipulaci. KP3: „Teď s nimi i trošku manipulujeme, aby vůbec něco udělali...“ KP7: „...je to někdy taková manipulace, díky ní něčeho dosáhneme.“

Přiměřená podpora také souvisí s věkem a stavem postižení klienta. Respondenti uvádí, že se snaží podporovat klienty k soběstačnosti, ale u těch starších to moc nejde. KP7: „...Snažíme se, aby si některé věci dělali sami, když jim to síla dovolí, ale u nich je to spíše už o té péči...“ KP8: „Jim už se nechce, oni čekají, co za ně uděláme. My se snažíme, aby si zachovali aspoň tu soběstačnost, ale v některých případech už to není možné.“ U mladých je situace výrazně lepší. KP4: „...chtějí si co nejvíc věcí udělat sami...“ Z výpovědí vyplynulo, že někteří klienti s nižší mírou podpory, závidí ostatním klientům větší rozsah

poskytované péče a vyžadují ji po klíčových pracovnících také, ačkoli ji nepotřebují. KP1: „...máme tu na oddělení pár případů, kteří jsou schopni si spoustu věcí udělat jen pod naším dozorem nebo s malou dopomocí, jenže když vidí, že o některé pečujeme více, tak to hned vyžadují taky.“

Všichni respondenti uvedli, že k dosahování cílů u klientů jim pomáhají stanovené kroky k jejich naplnění. KP2: „plnění cílů rozkládáme na jednotlivé kroky, aby se to vůbec naučili.“ KP3: „...stanovujeme u některých cíle s maličkými krůčky, skutečně s centimetrovými krůčičky.“ Plnění osobních cílů souvisí se stářím a hloubkou mentální retardace klientů. Starší klienti nevyvíjí aktivitu při jejich plnění, trvá jim to delší dobu a naučenou činnost brzy zapomenou. KP8: „Ti starší se nic učit nechtějí, protože jim to moc nejde a dlouho jim to trvá, než se jim podaří cíle dosáhnout, takže je to spíše jen na oko, aby to tam bylo zaznamenané. Když se to stejně intenzivně neopakuje, tak oni to hned zapomenou...“ U mladších je situace vzhledem k jejich aktivitě a snaze výrazně lepší. KP6: „...u těch mladších to má velký význam, protože oni vidí, že se jim díky těm cílům vyřeší nějaký problém.“ Z některých výpovědí vyplynulo, že u klientů s negativním postojem k plnění osobního cíle, jsou záměrně kladeny cíle nižší a tím i lehčeji dosažitelné. KP7: „U některých klientů si záměrně klademe cíle nižší, protože víme, že je plnit nechtějí a nedonutíme je, takže ty jednoduché se plní lépe. Klíčoví pracovníci dále uvedli, že u osob s menším zájmem o plnění osobních cílů jsou cíle plněny i skupinově. KP8: „...u některých máme cíle stejné, plní se při nějakých skupinových činnostech.“ Všichni respondenti dále uvedli, že k přehodnocení stanovených cílů musí docházet jednou za půl roku nebo podle potřeby. KP4: „...když se mu podaří toho cíle dosáhnout dříve než za půl roku, tak to hned vyhodnotíme a následně si stanovíme cíl nový“. Někteří dokonce uvedli, že dosažené cíle nejsou přehodnocovány hned po jejich naplnění, ale nechávají se doběhnout až do stanoveného termínu nebo se v nich dokonce pokračuje. KP1: „...někdy se nám podaří toho cíle dosáhnout i dříve než až za půl roku, ale necháváme ho většinou

plynout dál“. Z rozhovoru vyplynulo, že někteří respondenti si proces individuálního plánování spojují pouze s plněním osobních cílů. K7: *„Je to jenom o těch cílech, co pro ně mám pořád vymýšlet.“* K8: *„Ty cíle, to je začarovaný kruh, pořád dokola, něco vymyslet, stanovit si kroky k jeho naplnění, plnit ho, přehodnocovat a pořád dokola.“*

Všichni respondenti uvedli, že díky tomuto standardu ke klientům přistupují **individuálně**. KP3: *„...se snažíme k těm klientům přistupovat více individuálně.“* KP4: *„...ta individualita klienta je vždy na prvním místě.“* K8: *„Každý klient má jinou osobnost a my bychom na ni měli brát ohled.“* Velké pozitivum spatřují také v tom, že se klient nemusí přizpůsobovat službě, ale služba se přizpůsobí jemu. KP1: *„Snažíme se jim vyjít vstříc, samozřejmě v rámci našich možností.“* K6: *„Je důležité se jim přizpůsobovat...“*

Soubor kategorií – klient:

Kategorie 1: Stav klienta

Kategorii stav klienta charakterizuje hloubka mentální retardace, věk a stupeň soběstačnosti klienta. S rostoucím věkem a hloubkou mentální retardace dochází k zhoršování zdravotního stavu klienta a k snížení stupně jeho soběstačnosti. Mění se nejen způsob a rozsah poskytované podpory, pomoci a péče, ale i klesá aktivita klienta a zájem o proces individuálního plánování.

Kategorie	Kódy kategorie	Škála (nízká – vysoká)
Stav klienta	Mentální retardace	Hloubka
	Věk	Stáří
	Soběstačnost	Stupeň

Tabulka č. 13: Kategorie 1 - Stav klienta (vlastní analýza)

Respondenti si nejsou vědomi toho, že trpí **mentální retardací**, ale někteří si uvědomují, že se od ostatních liší, a proto musí žít v pobytovém zařízení tohoto typu. K2: „Umřela mi maminka a já musel jít sem, sám bych to nezvládl. Brácha je šikovnější, ten tam zůstal.“ K5: „...doma být sama nemůžu, nezvládla bych to. Nejsem tak dobrá...“ K6: „Jsem jiný, jinak bych mohl být doma s mamkou a tatškou, Lucinka je tam taky.“ Někteří během rozhovoru poznamenali, že mají špatnou zkušenost z reakce okolí na své chování čímž si uvědomují svou odlišnost. K1: „...špatně se mi mluví a kluci se mi v obchodě smáli, ale ona, ta prodavačka na mě byla hodná.“ K7: „...jsem hlučný a když jezdím autobusem, dívají se na mě, všichni se divně na mě dívají... “

Věk má vliv na zájem a aktivitu klienta v procesu individuálního plánování. K4: „Učím se chodit na zastávku, aj Ivča se mnou chodí, budeme jezdit do dílny.“ K5: „Když se mi chce, tak chodím za paní a ta mi něco vždycky dá...trhám molitan nebo vyšívám.“ K6: „...chodím do školy, počítám tam, abych mohl nakupovat.“ S přibývajícím věkem zájem a aktivita klesá. K2: „...moc toho už neudělám, nemám tu sílu.“ K3: „...jen se mi někdy už nechce nic dělat, budu mít už osmdesát.“

S rostoucím věkem se zhoršuje zdravotní stav klientů, tím klesá jejich stupeň **soběstačnosti** a následně u nich dochází ke zvýšení podpory a péče. K2: „Já už nic neudělám...“ K3: „Některé věci už si sama neudělám, potřebuju pomoc...Jsem stará a nohy neslouží.“ K8: „...je to pro mě těžké, už nezvládnou věci, co dřív.“

Kategorie 2: Podpora

Podpora ze strany klíčového pracovníka, rodiny, personálu zařízení a lidí v nejbližším okolí příznivě působí na aktivitu klienta v procesu individuálního plánování. Všechny tyto příznivě působící podmínky spadají do kategorie podpora.

Kategorie	Kódy kategorie	Škála (nízká – vysoká)
Podpora	Klíčový pracovník	Pomoc
	Rodina	Pomoc
	Personál	Pomoc
	Okolí	Pomoc

Tabulka č. 14: Kategorie 2 - Podpora (vlastní analýza)

V procesu individuálního plánování a jeho efektivity je podpora od **klíčového pracovníka** považována za jednu z nejdůležitějších rolí. Tato osoba zjišťuje potřeby a přání klientů a zároveň mapuje jejich schopnosti a dovednosti. K4: „Uvaří mi kafičko a povídá si se mnou“, K5: „Barča s námi odpoledne sedí a vykládá si, hodně jak se tu máme.“ Na základě zjištěných skutečností, nastavuje přiměřenou podporu klienta. K4: „Pomáhá mně nachystat oblečení.“ Z některých výpovědí vyplynulo, že může docházet k přepečování klientů. K7: „Dělají toho moc za mě, mají to rychleji. Mně to už dost trvá.“ Motivace k plnění cílů a udržení soběstačnosti klientů je jednou z důležitých činností klíčového pracovníka. K6: „Peťa mně to pořád připomíná a říká mi, co mám dělat.“ K8: „Nechce se mi, ale sestřička říká, že bych se měla snažit.“ Někdy klíčový pracovník použije manipulaci nebo dokonce může dojít k vyhrožování. K1: „Martina mi dá vždy kokino, když ji poslechnu.“ K7: „Když nechci něco udělat, tak mi nedá tatrunku.“

Stimulace ze strany **rodiny** je pro klienty také velmi důležitá a může přispět k zefektivnění tohoto procesu, protože samotní klienti příznivě vnímají jejich angažovanost. K1: „Učím se chodit do kostela, když jsem u babičky, chodí se mnou...“ K5: „Tatínkem mi koupil korálky, trénuju s ním navolékání.“ Klienti důvěřují názorům svých blízkých více než jiným. K6: „S Lucinkou doma cvičím, musím cvičit, jsem tlustý...“

Někteří již svou rodinu nemají, a proto **personál** zařízení považují za svou rodinu. K3: „...tady je aj můj domov, oni jsou moje rodina, já už nikoho nemám, víte.“ K8: „Já jsem tu zůstala sama, mám jen ty sestřičky.“ Neustálá podpora ze strany všech zaměstnanců zařízení je pro ně velmi důležitá. K2: „Oni mi tu se vším pomůžou, jsou na mě hodní“ K8: „Když mi něco nejde, sestřičky mi pomůžou.“ Neméně důležité je zastoupení i mužské role, kdy chlapci a muži projevují zájem při údržbě domova a rádi se zapojují do mužských činností. K1: „V létě seču trávu, pán mi pučí sekačku.“ K6: „Chodí k nám na domeček pán a opravuje tu věci, David a já mu pomáháme.“ K7: „Opravuju kohoutky, pan údržbář mně řekne a já du.“

Klienti oceňují pomoc **okolí** a projevují radost, když se o ně někdo zajímá. K1: „...ta paní v cukrárně, usmívá se na mě, vždy mi taky pomůže přepočítat peníze. Pomůže mi to spočítat, abych věděl, co si můžu koupit.“ K4: „Máme tu obchod, tam nakupujeme, paní prodavačka mně pomáhá najít věci...“ K7: „Někdy du taky do obchodu, na pití nebo čokoládu. Paní prodavačka mi pomůže vybrat peníze.“

Kategorie 3: Přání

Stav klienta má vliv na kategorii přání klienta, kterou charakterizují touha klienta po klidu, zájem o osobní cíl, touha po samostatnosti a volnočasové aktivity. S rostoucím věkem, hloubkou mentální retardace a nižším stupněm soběstačnosti převážně klesá zájem o osobní cíl, touha po samostatnosti a zájem o volnočasové aktivity a roste zájem po klidu.

Kategorie	Kódy kategorie	Škála (nízká – vysoká)
Přání	Klid	Intenzita
	Zájem o osobní cíl	
	Touha po samostatnosti	

Tabulka č. 15: Kategorie 3 - Přání (vlastní analýza)

Přání po klidu se projevilo především u starších klientů, kdy s vyšším věkem klesá aktivita klientů a roste touha po klidu a pohodě. K3: „*Hlavně chci mít klid, už mám osmdesát.*“ K2: „*...už se mi nechce nic dělat, jsem tu dlouho.*“

Zájem o osobní cíl souvisí opět s věkem a hloubkou mentální retardace klienta a tím spojenou aktivitou. U mladších klientů je aktivita i zájem o osobní cíl větší. Naopak u klientů starších se zájem o osobní cíl vytrácí a aktivita při jeho plnění výrazně klesá. K3: „*Jsem stará a nohy neslouží. Nechce se mi...*“

Touha po samostatnosti je výrazná u mladších a schopnější klientů, kteří chtějí dokázat sobě a okolí, že něco zvládnou a něčeho dosáhnou. K1: „*Chtěl bych sám chodit do kostela, teď tam chodím s Věrkou a s babičkou.*“ K6: „*Pojedeme na bowling a zaplatím si to sám, já sám.*“ U starších klientů se touha po samostatnosti vytrácí. K2: „*Ať to dělají za mě, mně už se nechce a ani nemůžu.*“ K8: „*...bych ji chtěla měla jen pro sebe, já už nic nezvládnou.*“

Kategorie 4: Potřeby

S měnícím se stavem klienta, tedy jeho stářím, zdravotním stavem, stupněm soběstačnosti a hloubkou mentální retardace, se mění klientovo vnímání důležitosti jednotlivých potřeb, ale i způsob jejich uspokojování. Při výzkumu vyvstaly následující potřeby: základní, jistoty a bezpečí, vztah ke klíčovému pracovníkovi, sociálního kontaktu, mít někoho rád a učení.

Kategorie	Kódy kategorie	Škála (nízká – vysoká)
Potřeby	Základní	Důležitost
	Přiměřená podpora	Intenzita
	Jistota a bezpečí	Důležitost
	Sociální kontakt	Důležitost
	Mít někoho rád	Intenzita
	Učení	Důležitost

Tabulka č. 16: Kategorie 4 - Potřeby (vlastní analýza)

S rostoucí hloubkou mentální retardace a stářím klienta se výrazně zvyšuje zájem o uspokojování **základních** potřeb. K2: „...stačí mi, když mi dají najíst, okoupou mě a pustí mi rádio.“ K8: „Já už nic nepotřebuju, sestřičky mě ráno přeslečů, nachystají mi snídani a já jsem spokojená.“ Někteří, za dobu svého pobytu v zařízení, si navykli na pravidelnost poskytování základních potřeb a vyžadují jejich plnění v daném čase. K5: „...paní kuchařka ve dvanáct přiveze oběd, já na ni každý den čekám.“ Včasné uspokojování základních potřeb vede k celkové spokojenosti všech klientů.

Potřeba **přiměřené podpory** je důležitá pro všechny klienty, neboť díky ní dochází k udržení soběstačnosti klienta a nezávislosti na službě. K4: „Čistím si ráno zuby, ale s pastou mi pomáhají.“ K5: „Peru si sama, ale prášek tam dává ona.“ U starších klientů dochází k zhoršení zdravotního stavu a tím k poklesu soběstačnosti, což vede k zvětšení rozsahu poskytované podpory a péče. K2: „Když se oblékám, zapíná mi knoflíky, třesou se mi ruce.“ K3: „Některé věci už si sama neudělám, potřebuju pomoci.“ K8: „...já už to nepokoušu, Evička mi to musí pokrátet.“

Jistotu a bezpečí převážně spojují s osobou, která jim pomáhá a pečuje o ně při každodenních činnostech. Touto osobou je klíčový pracovník, který

hraje důležitou roli v životě klientů, je pro ně člověkem, ke kterému mají důvěru, mohou se na něj kdykoli obrátit a požádat ho o pomoc. K5: „...ona je tady jen pro mě, mám ji ráda víc než Davida.“ K7: „...když mi něco nejde, klepu na ni, ona mi poradí.“ K8: „my se na sebe každý den těšíme, je nám spolu dobře.“ Z výpovědí respondentů také vyplynulo, že mají potřebu si osobu klíčového pracovníka přivlastňovat. K1: „Ta moje Věrka...“ K4: „Andrejka, to je moje sluníčko.“ K7: „...moje Katka se zlobí.“ Klienti se také cítí být v klidu a bezpečí, když mají nastavený denní režim a ví co je čeká. K6: „Podívám se na nástěnku a vím, co mám dělat.“ K1: „...v úterý a ve čtvrtek chodím do školy...“ K4: „...každou středu se koupu, v sobotu umýváme vlasy.“ K5: „...po zpívání mi v pátek pomáhají umyt vlasy...“

Jednou z důležitých potřeb osob s mentální retardací je potřeba **sociálního kontaktu**. K3: „Je od maltézských rytířů, chodí za mnou každou středu...jen si povídáme, já si ráda povídám, víte.“ K6: „Chodím tam rád, mám tam další kamarády Ivanku, Danušku a David s Lukášem.“ Někteří respondenti uvedli, že vzhledem ke zhoršení zdravotního stavu tato potřeba není u nich naplněna. K2: „Špatně se mi chodí a nedostanu se ven, chtěl bych se tam podívat.“ K8: „Už nikam nechodím, všechno mě bolí.“

Podobně jako ostatní lidé mají i osoby s mentální retardací potřebu **mít někoho rád**. K1: „Petr je můj kamarád...je mi smutno po Petrovi...“ K6: „Já mám kamarádku Ivanku a chodím za ní do domečku...chodíme spolu na kafe a na zákusek.“ K7: „Chodí za mnou Maruška, mám ji rád.“

Mladší klienti si uvědomují potřebu **učení**, která je důležitá pro jejich další rozvoj. K1: „Já rád chodím do školy, učím se tam počítat a píšeme tam na tabulu.“ K5: „Modelujeme z hlíny, učím se s ní pracovat.“ K6: „Máme tam praxe, kde se učíme vařit. Včera jsme dělali palačinky.“

Kategorie 5: Aktivita klienta

Aktivita klienta je nejdůležitější kategorií v procesu vnímání individuálního plánování klientem a je reprezentována znalostí terminologie klientem, osobním cílem klienta, aktivizační činností, udržením soběstačnosti klienta a pomoc spolubydlícího. Aktivita klienta v procesu individuálního plánování, snaha něčeho dosáhnout něco se naučit vedou k zlepšení jeho stavu.

Kategorie	Kódy kategorie	Škála (nízká – vysoká)
Aktivita klienta	Znalost terminologie	Užitečnost
	Osobní cíl	Důležitost
	Udržování soběstačnosti	Intenzita
	Aktivizační činnosti	Zájem
	Být užitečný	Zájem

Tabulka č. 17: Kategorie 5 - Aktivita klienta (vlastní analýza)

Většina dotazovaných nebyla schopna odpovědět na otázku, co je to individuální plánování. K3: „Ne, to nevím.“ K4: „...to říká Andrejka, ale teď nevím.“ K7: „Ne.“ K8: „To jsem neslyšela.“ Pouze dva respondenti z dotazovaných byli schopni odpovědět na tuto otázku. K1: „Věrka se vyptává, jak se mně tu líbí a co chcu dělat.“ K6: „Jo, to za mnou chodí Peťa a my si povídáme...Ona u toho píše.“ Ostatním respondentům byly položeny doplňující otázky, z kterých vyplynulo, že se účastní individuálního plánování. K3: „...přijde Yvetka, ještě s dalšíma sestřičkama a vyptávají se.“ K4: „Chodí za mnou Andrejka a povídáme si, ptá se mě, co bych chtěla.“ K8: „Sestřičky přijdou za mnou a ptají se mě, co chci dělat a píšou si to.“ Naopak slovní spojení klíčový pracovník bylo všem klientům dobře známé a všichni byli schopni říci, kdo je jejich klíčovým pracovníkem. K2: „Já mám Lenku.“ K4: „Andrejka je moje klíčová

pracovnice.“ Příjemným překvapením bylo zjištění, že mladší respondenti, i přes neznalost pojmu „*osobní cíl*“ si ho dokázali spojit s nějakou činností. K5: „*Já se učím navlékat korálky, chodím do dílny, udělám si náramek.*“ K6: „*Já mám v cíli pračku, chci se naučit prát sám.*“ Znalost těchto pojmů si můžeme vysvětlit tím, že klíčoví pracovníci s klienty individuálně plánují a při tomto procesu používají danou terminologii.

Z výpovědí respondentů vyplynulo, že stanovení **osobních cílů** probíhá za přítomnosti klíčových pracovníků, členů pracovního týmu a v některých případech i rodinných příslušníků. K3: „*Vždycky společně něco vymyslíme...Nějakou věc, kterou pak dělám.*“ K6: „*...mamka s Lucinkou tu byly, byla tu i Peťa a povídali jsme si, co bych chtěl.*“ K7: „*Dojde za mnou a povídáme si a povídáme si, co by se mi líbilo.*“ Plnění osobních cílů souvisí s věkem a aktivitou klienta. Mladí jsou plní optimismu a chtějí se pořád zdokonalovat. K1: „*Učím se chodit do kostela...*“ K7: „*Chci se naučit ovládat myčku, zatím jen vyskládávám, už sem rozbil talíř.*“ U starších klientů se můžeme setkat s negativním postojem při stanovování a plnění osobních cílů. K2: „*Mně se už nic nechce, já chci poslouchal rádio...*“ Z rozhovorů vyplynulo, že u těchto klientů jsou osobní cíle stanovovány klíčovým pracovníkem bez ohledu na přání klienta. Tomuto odpovídá i snaha klientů při jejich plnění, a proto to dělají s donucením. K3: „*...abych nemusela dělat, co nehci.*“

Udržování soběstačnosti souvisí se snahou a aktivitou klienta, která se mění s jeho věkem a hloubkou mentální retardace. Klienti mladší mají snahu si udržovat co největší soběstačnost. K5: „*Snídaně si chystám a čaj si naleju.*“ K7: „*Zvládnou si uvařit kafe a čaj.*“ Naopak s rostoucím věkem snaha o udržení soběstačnosti klesá. K2: „*...dělají to za mě, Lenka to má hned.*“

Aktivizační činnosti slouží k rozvoji osoby s mentálním postižením. Do této oblasti můžeme zařadit různé druhy vzdělávání, volnočasové aktivity a návštěvu zájmových kroužků, které slouží k rozvoji a udržení dovedností a

začlenění klienta do společnosti. K3: „*Ráda recituju, vždycky před všema.*“
 K4: „*Chodíme zpívat, někdy i vystupujeme tady u nás*“ K5: „*Chodíme plést košíky, pak je prodáváme.*“ K6: „*Já chodím do školy, mám ji v úterý a čtvrtek.*“

Z rozhovorů vyplynulo, že klientům se zvedá sebevědomí a pocit užitečnosti, když mohou být komukoli **nápomocní**. K1: „*Rád pomáhám Věrce, když perem, věším jí prádlo.*“ K3: „*Nemůžu někdy spat, tak vytahuju se sestřičkou na noční nádobí z myčky, má radost.*“ K5: „*Pomáhám po obědě utírat stoly.*“ K6: „*Vařím kafe Davidovi, on to neumí.*“

Kategorie 6: Hodnocení služby

Kategorii hodnocení služby charakterizuje hodnocení personálu, zaměstnanců zařízení, kteří se starají o klienty, zlepšení soběstačnosti z jejich pohledu, spokojenost klientů a svoboda rozhodování.

Kategorie	Kódy kategorie	Škála (nízká – vysoká)
Hodnocení služby	Hodnocení personálu	Spokojenost
	Zlepšení soběstačnosti	Hodnocení
	Spokojenost	Hodnocení
	Svoboda rozhodování	Hodnoceni

Tabulka č. 18: Kategorie 6 - Hodnocení služby (vlastní analýza)

Všichni klienti **hodnotí personál**, který se o ně stará velmi pozitivně. K3: „*Hezky, jsou tady hodné sestřičky.*“ K4: „*dobře nám tu vaří.*“ K8: „*...starají se o mě dobře.*“ Většinou hodnotí svého klíčového pracovníka, ke kterému mají nejbližší vztah. K3: „*Je na mě hodná, jsem s ní spokojená, vždy mi pomůže, víte...*“ K2: „*Je moje nejmilejší, vždycky chci jen ji.*“ K6: „*Je na mě hodná, mám ji rád...*“
 Nesetkala jsem se, že by některý klient špatně hodnotil svého klíčového pracovníka, ale někteří upozornili na skutečnost, že klíčoví pracovníci na ně

nemají čas. K6: „Musí dělat ty papíry, nemá na mě čas.“ K8: „Ona je pořád v kanceláři, má tam moc práce...“

Hlavně mladší klienti vnímají **zlepšení soběstačnosti** díky naučeným činnostem, které jim usnadňují každodenní život. K1: „Umím si uvařit horké kapučíno.“ K5: „Barča mě naučila ustýlat postel, už to dělám sama.“ K6: „Naučil jsem se třídit prádlo a ovládat pračku. Ted' už mi Peťa moc nepomáhá.“ I u starších klientů může dojít k částečnému zlepšení soběstačnosti, ale činnost se učí déle a bez opakování ji brzy zapomenou. K2: „...hodně už zapomínám. Musí mi to připomínat.“

Většina klientů jsou v zařízení **spokojení**, pozitivně hodnotí poskytovanou službu i kvalitu svého života. K1: „Bývá tu i sranda, já se rád směju.“ K2: „Dobře, dobře, starají se o mě a mám tu i rádio.“ K4: „...spokojená tu jsem, ale někdy je mi smutno...“ K5: „Líbí se mi tu, mám tu všechno, co chci.“

Respondenti dále uvedli, že kladně hodnotí **svobodu** svého rozhodování o tom, co kdy a kde budou dělat. K4: „...když jsem musela chodit brzo spát, nechtělo se mi. Řekla jsem to Andrejce a ta mi dovolila se v kuchyni dívat na televizi...“ K6: „Můžu si říct, co budu kdy dělat...“

6.2 Axiální kódování

Axiálním kódováním jsem pokračovala po ukončení otevřeného kódování. Během tohoto kódování jsem hledala vztahy a souvislosti mezi kategoriemi a vytvořila paradigmatický model.

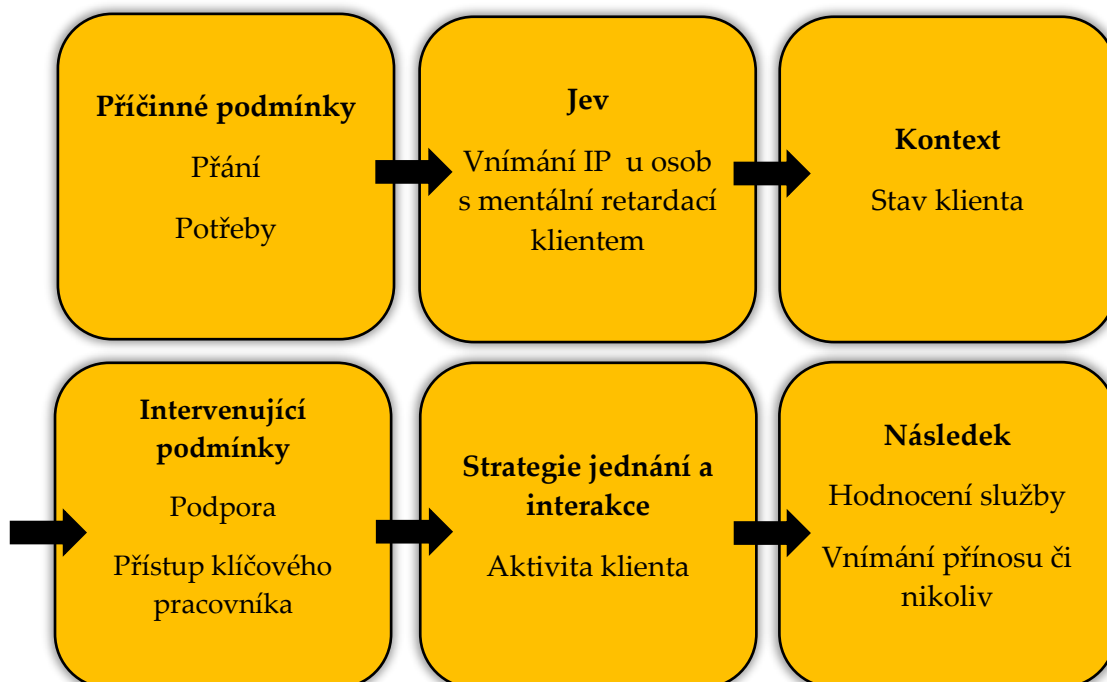
Paradigmatický mode – klíčový pracovník



Jev, ke kterému se vážou všechny kategorie je **vnímání individuálního plánování u osob s mentální retardací klíčovým pracovníkem**. Ke vzniku jevu vedou **příčinné podmínky**, **postoj k individuálnímu plánování klíčovým pracovníkem** a jeho **dopad na klienta**. **Kontext** charakterizuje soubor podmínek, za nichž jsou uplatňovány strategie jednání, čímž je **stav klienta**. Podmínky, které usnadňují nebo znesnadňují strategie jednání, tzv. **intervenující podmínky**, jsou **aktivita klienta**, **spolupráce** týmu pracovníků v zařízení při individuálním plánování, **nároky** na zvládnutí tohoto procesu, **přání**, **potřeby** klienta, **kvalita plánu péče**. **Strategie jednání a interakce**

reprezentuje **přístup klíčového pracovníka**, tedy způsob, jak reaguje na vzniklé podmínky v tomto procesu. **Následkem** je postoj klíčového pracovníka k tomuto procesu, tedy jestli jej vnímá jako přínosný či nikoliv.

Paradigmatický model – klient

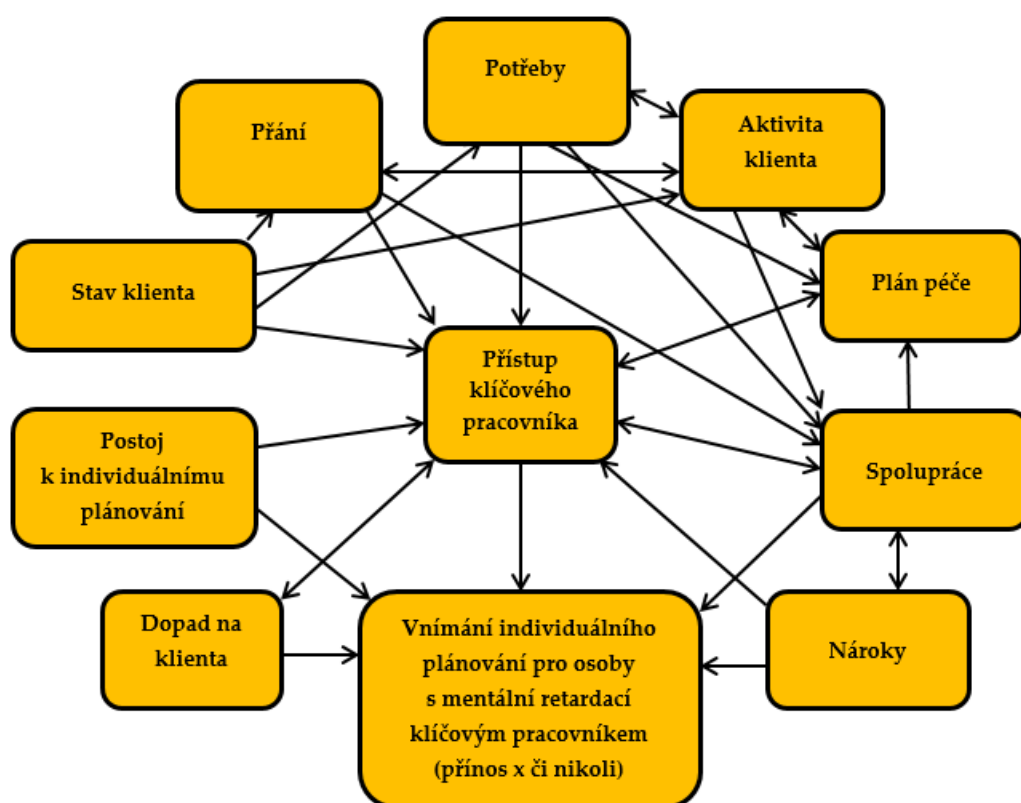


Jev, ke kterému se vážou všechny kategorie je **vnímání individuálního plánování u osob s mentální retardací klientem**. **Příčinné podmínky** vedoucí ke vzniku jevu jsou **přání a potřeby** klienta. **Kontext** charakterizuje soubor podmínek, za nichž jsou uplatňovány strategie jednání, čímž je **stav klienta**. Podmínky usnadňující nebo znesnadňující strategie jednání, tzv. **intervenující podmínky**, jsou **podpora** a **přístup klíčového pracovníka**. **Strategie jednání** reprezentuje **aktivita klienta**, jak reaguje na vzniklé podmínky v tomto procesu. **Následkem** vnímání individuálního plánování u osob s mentální retardací klientem je **hodnocení služby** a jeho postoj k tomuto procesu, tedy jestli je pro něj přínosný či nikoliv.

6.3 Selektivní kódování

Zakotvená teorie – klíčový pracovník

Stanovení centrální kategorie: Kategorie přístup klíčového pracovníka v procesu individuálního plánování je nejenom strategií jednání, ale i centrální kategorií v selektivním kódování. Šipkami jsou znázorněny jednotlivé vazby mezi kategoriemi.



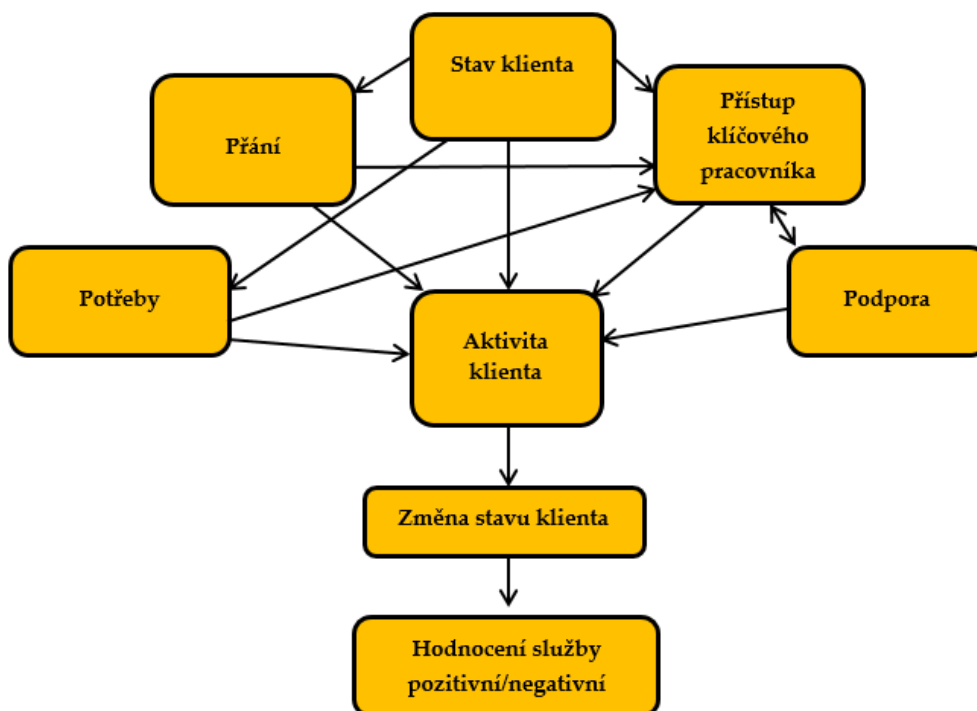
Obrázek č. 3: Zakotvená teorie – klíčový pracovník (vlastní analýza)

Kostra příběhu: Přístup klíčového pracovníka v procesu individuálního plánování je závislý na jeho postoji k tomuto procesu, klíčoví pracovníci individuálně plánují, protože to mají uloženo v náplni své práce. K tomuto povinnému procesu se staví na základě povinností vyplývajících ze zákona, svých zkušeností spojených s délkou praxe a vlastním uvědoměním užitečnosti tohoto procesu. S délkou praxe si většina dotazovaných

uvědomuje přínos a užitečnost tohoto procesu a důležitost zaznamenaných informací v individuálních plánech. Pracovnice, které zažily dobu před zavedením standardů, nevidí rozdíl v poskytované péči a příliš nevnímají přínos tohoto procesu. Na přístup klíčového pracovníka má výrazný vliv také dopad na klienta. Klíčové pracovníky ovlivňuje hlavně změna stavu klienta, kvalita a spokojenost jejich života v zařízení. Klíčový pracovník musí přizpůsobit svůj přístup k poskytované sociální službě v souvislosti se stavem klienta. Rostoucí hloubka mentální retardace, jeho stáří, délka pobytu v zařízení, klesající stupeň soběstačnosti a jeho aktuální nálada podstatnou měrou ovlivňují nejenom způsob a rozsah poskytované podpory, pomoci a péče, ale působí i na pokles aktivity klientů a jejich zájem o proces individuálního plánování. Současně podstatně klesá efektivita tohoto procesu a klíčový pracovník musí tomu přizpůsobit svoji strategii. Centrální kategorie přístup klíčového pracovníka je také ve vztahu s kategorií potřeby a přání klienta, na jejichž základě se stanovuje individuální plán, ve kterém je stanoven osobní cíl a plán péče, jež je vodítkem klíčového pracovníka v poskytování přiměřené podpory. Na základě přání a potřeb klienta se stanovuje osobní cíl, který je ve vztahu ke stavu klienta a jeho zájmu o plánování budoucnosti a zájmu o osobní cíl. Všechny tyto podmínky ovlivňují přístup klíčového pracovníka k tomuto procesu. Dále musí přizpůsobit strategii jednání nejen nárokům individuálního plánování, ale i spolupráci kolektivu na pracovišti. Klíčový pracovník musí neustále získávat aktuální informace o stavu klienta, o jeho přáních a potřebách, klienty motivuje či jinak nutí k plnění osobních cílů, přiměřeně podporuje klienty k soběstačnosti při respektování jejich individuality. Následkem všech jednání klíčového pracovníka je změna stavu klienta, kvalita jeho života a určitá míra spokojenosti. Na základě dopadu na klienta, nároků služby, spolupráce pracovního kolektivu a svého přístupu vnímá klíčový pracovník přínos individuálního plánování u klienta jako přínosný či nikoliv.

Zakotvená teorie – klient

Stanovení centrální kategorie: Kategorie **aktivita klienta** v procesu individuálního plánování je nejenom strategií jednání, ale i centrální kategorií v selektivním kódování. Vazby mezi jednotlivými kategoriemi jsou znázorněny šipkami.



Obrázek č. 4: Zakotvená teorie – klient (vlastní analýza)

Kostra příběhu: Aktivita klienta v procesu individuálního plánování, centrální kategorie je závislá na jeho přáních a potřebách, na jejichž základě se stanovuje plán péče, který je vodítkem pro klíčového pracovníka v procesu přiměřené podpory. Na základě přání se stanovuje osobní cíl, ve vztahu ke stavu klienta, jeho zájmu o plánování budoucnosti, zájmu o osobní cíl a touhy po soběstačnosti. Přání a potřeby ovlivňují přístup klíčového pracovníka k tomuto procesu. Ten musí přizpůsobit jednání nejen stavu klienta, potřebám a přáním klienta, plánu péče. Klíčový pracovník musí neustále získávat aktuální informace o stavu klienta, o jeho přáních a potřebách, klienty

motivuje či jinak nutí k plnění osobních cílů a přiměřeně podporuje klienty k soběstačnosti. S rostoucí hloubkou mentální retardace, stářím, délkou pobytu v zařízení a klesajícím stupněm soběstačnosti se nejenom mění způsob a rozsah poskytování podpory, pomoci a péče, ale i klesá aktivita klientů a zájem o proces individuálního plánování. Následkem všech těchto aktivit je dopad na klienta, změna soběstačnosti, kvalitu jeho života a určitá míra spokojenosti. Na základě těchto následků vnímá klient přínos individuálního plánování jako přínosný či nikoliv.

7 Interpretace výsledků

Ve svém výzkumu jsem se snažila odpovědět na výzkumné otázky: Je individuální plánování pro osoby s mentální retardací vnímáno ze strany klíčových pracovníků a jejich klientů jako přínosné? Jaký názor na tento povinný proces klíčoví pracovníci a klienti mají?

Interpretace výsledků – klíčový pracovník

Všichni klíčoví pracovníci mají v náplni své práce povinnost individuálně plánovat průběh sociální služby s každým klientem. S přibývajícím délkou praxe klíčoví pracovníci tento proces považují za užitečný při práci s klienty a vidí přínos získaných informací během tohoto procesu. Naopak starší pracovnice těmto informacím nepřikládají takový význam, právě z důvodu své dlouhodobé znalosti klientů, ale neuvědomují si jejich důležitost v případě jejich nepřítomnosti. Pracovnice, které zažily dobu před a po zavedení standardů, nevnímají rozdíl v poskytované službě a přínos tohoto procesu. Na jejich postoj má vliv zhoršený zdravotní stav jejich starších klientů, u nichž nevidí pozitivní změnu jejich stavu.

Na pozitivní vnímání tohoto procesu má vliv i stav klienta, kdy s rostoucí hloubkou mentální retardace a klesající soběstačností se mění způsob individuálního plánování a výrazně klesá efektivita tohoto procesu a tím roste i rozsah poskytované péče, klíčové pracovnice se pak nemohou svým klientům tolik věnovat. Dá se říci, že s rostoucím stářím, hloubkou mentální retardace, snižujícím se stupněm soběstačnosti a délkou pobytu v zařízení klesá aktivita klientů a jejich ochota spolupracovat a tím klesá u klíčových pracovníků pozitivní vnímání tohoto procesu.

Tvorba individuálních plánů je činnost časově náročná, spojená převážně s prací na počítači, dělající potíže hlavně starším pracovnícím.

Některé spojují tento proces právě s touto činností, která je podle jejich názoru odvádí od práce s klienty. Při vedení a zpracování záznamů se bere více zřetel na názor inspekce, než na jejich úhel pohledu a zájem klientů. Všechny tyto faktory přispívají k negativnímu vnímání přínosu procesu hlavně u starších pracovníků.

Zjistila jsem, že s rostoucí spoluprací pracovního kolektivu, kvalitně a jednoduše zpracovanou metodikou, správným přístupem koordinátora a spoluprací rodiny, roste efektivita procesu a pozitivní vnímání přínosu procesu klíčovým pracovníkem. Respondenti uváděli důležitost vzájemného předávání informací o klientovi a hledání řešení jeho situace na společných poradách. Zazněla i kritika na nesprávné jednání svých kolegyň, které klienty motivují uplácením a tím jim znesnadňují práci s klienty. Pracovnice uvádějí, že správně zpracovaná metodika, by měla být jednoduchá a přehledná, tak aby jí všichni rozuměli a měli možnost se podílet na její tvorbě. Koordinátor, který hraje důležitou roli při tvorbě individuálních plánů, by měl dát na názor klíčového pracovníka a zájmy klienta a neměl by podléhat názorům inspekce. Přínos rodiny a okolí v tomto procesu je velmi důležitý, klient pozitivně přijímá názor a pomoc blízkých.

Na pozitivní vnímání přínosu tohoto procesu klíčovým pracovníkem má velký význam sledování pokroků a pozitivních změn u klientů, které jsou patrné u klientů mladších a s nižší hloubkou mentální retardace. S rostoucím věkem, hloubkou mentálního postižení, klesající soběstačností a délkou pobytu v zařízení se většinou stav klienta nelepší, mnohdy dojde i ke zhoršení, a proto si pracovníci neuvědomují přínos procesu, i když dělají vše pro zlepšení kvality jejich života a těší je, když jim klienti dávají na vědomí svou spokojenost a štěstí, a to mnohdy jen za jejich přítomnost. V tom by měli vidět přínos tohoto procesu, klienti potřebují sociální kontakt, projevují radost, když se jim někdo věnuje nebo s nimi tráví čas. Dalším důležitým faktem je, že

klíčoví pracovníci jsou oporou a jistotou pro klienty. Někdy může vzniknout až nezdravá fixace na klíčového pracovníka. Přínosem tohoto procesu je respektování individuality klienta a je kladen důraz na jeho důstojnost.

Respondenti uvádí, že dobře nastavený plán péče je užitečný návod pro zlepšení nebo aspoň zachování klientovi soběstačnosti, který nelze sestavit bez zmapování jednotlivých oblastí podpory na základě klientových zdrojů a určení jejího rozsahu a frekvence. S rostoucím věkem a zhoršujícím se zdravotním stavem nedochází ke zlepšení soběstačnosti a samostatnosti klientů, klíčoví pracovníci věnují úsilí k uspokojování základních potřeb, které klienti považují za prioritu a jejich podpora se mění v péči. S nižším věkem a stupněm mentální retardace roste touha a zájem po samostatnosti. U těchto jedinců plán péče skutečně vede k co největší soběstačnosti a samostatnosti. Pravidelné přehodnocování a reagování na aktuální změnu stavu klientů se zamezuje jejich zbytečnému přepečování nebo zanedbávání.

Přání a touhy hrají důležitou roli v zájmu klienta o proces individuálního plánování. Mladší klienti mají zájem o osobní cíl a něčeho dosáhnout. Vzhledem k jejich aktivitě a vizi do budoucna je osobní cíl stanoven na základě jejich přání. S rostoucím věkem a hloubkou defektu se většinou zájem klientů o osobní cíl ztrácí, touží hlavně po klidu a pohodě a jde jim o přítomnost. U těchto klientů klíčoví pracovníci stanovují osobní cíle na základě empatie a svého uvážení. Skutečnost, že stanovené cíle nejsou přáním nebo potřebou klientů, se odráží na jejich nezájmu a aktivitě při jejich plnění. Klíčový pracovník tomu přizpůsobuje svoje jednání. Snaží se klienty motivovat, někdy použije i manipulaci odepřením cigarety, kávy a jiných požitků, někdy klíčoví pracovníci záměrně kladou cíle nižší, tak aby je klienti mohli splnit nebo zavádějí skupinové plnění cílů. Všechny tyto okolnosti se projevují ve vnímání procesu individuálního plánování klíčovým

pracovníkem, který si spojuje tento proces pouze se stanovováním a plněním osobních cílů a nevidí jiné aspekty tohoto procesu.

Interpretace výsledků – klient

Vnímání individuálního plánování pro osoby s mentální retardací klientem je odlišné od vnímání klíčovým pracovníkem, respondenti si neuvědomují, že trpí mentální retardací, ale jsou si vědomi toho, že se od ostatních liší a musí žít v pobytovém zařízení. Během pobytu v zařízení klienti stárnou, zhoršuje se jejich zdravotní stav a snižuje se jejich soběstačnost, nedochází jen ke změně rozsahu a způsobu podpory, pomoci a péče, ale i k poklesu zájmu a aktivitě klienta. Proto je podpora klíčového pracovníka nezbytná, zjišťuje potřeby a přání klientů, jejich schopnosti a dovednosti, na jejichž základě stanovuje přiměřenou podporu klienta, tak aby nedocházelo k jejich přepečování, což se v zařízeních běžně stává a potvrzují to i některé výpovědi hlavně starších respondentů. Klíčový pracovník klienty motivuje k plnění osobních cílů, někdy je nezbytná i manipulace či zvýšení hlasu na klienta. Pomoc rodiny je nezbytná a užitečná, klienti svým blízkým důvěřují a jejich pomoc přijímají. Někteří klienti zaměstnance zařízení považují za svou rodinu, protože už nikoho nemají a jejich podpora je pro ně velmi důležitá. Klienti rádi přijímají zájem a pomoc okolí. Osoby s mentální retardací přikládají uspokojování základních potřeb velký význam a ten se s rostoucí hloubkou mentální retardace a stářím klienta výrazně zvyšuje, vyžadují pravidelnost poskytování základních potřeb a jejich plnění v daném čase. Včasné uspokojování, a to nejen základních potřeb vede k jejich spokojenosti.

Pocit jistoty a bezpečí spojují s osobou klíčového pracovníka, důvěřují mu, žádají ho o pomoc. Z výzkumu vyplynulo, že klienti mají snahu si klíčového pracovníka přivlastňovat pro sebe. Pocit jistoty respondenti spojují

s nastaveným denním režimem, protože vědí, co budou dělat. Další důležitou potřebou osob s mentální retardací je potřeba sociálního kontaktu a mít někoho rád. Vzhledem ke zhoršenému zdravotnímu stavu tato potřeba není u některých naplněna. Potřeba učení, důležitá pro další rozvoj, vyvstala u mladších klientů. Zájem o osobní cíl, touha po samostatnosti a zájem o volnočasové aktivity souvisí s věkem, hloubkou mentální retardace a stupněm soběstačnosti klientů. Touha po samostatnosti, zájmu o osobní cíl a volnočasové aktivity je výrazná u mladších a schopnější klientů, u starších klientů je výrazná touha po pohodě a klidu.

Většina respondentů terminologii spojenou s individuálním plánováním nezná, ale znají slovní spojení klíčový pracovník a dokáží říci, kdo jím je. Respondenti sice neznají pojem „osobní cíl“, ale spojili ho s nějakou činností. Dokládá to, že klíčoví pracovníci s klienty individuálně plánují. Někteří respondenti uvedli, že osobní cíle jsou jejich přáním a plánování probíhá s klíčovým pracovníkem, pracovníky týmu a někdy i členů rodiny. Věk a s ním spojená aktivita klienta má vliv na plnění osobních cílů. S růstem věku klientů roste nezájem o plánování i plnění osobních cílů. Klíčoví pracovníci u těchto klientů stanovují osobní cíle bez ohledu na přání klienta, odhadují, co by se jim mohlo líbit. Klienti pak nevyvíjejí přílišnou snahu u takto stanovených cílů. U mladých je situace opačná, osobní cíle si přejí a snaží se je plnit. Udržování soběstačnosti souvisí se snahou a aktivitou klienta, která se mění s jeho věkem a hloubkou mentální retardace. Situace ve snaze o soběstačnost je obdobná, jako při plnění osobních cílů. K rozvoji klientů a jejich začlenění do společnosti v zařízeních slouží aktivizační činnosti, klienti navštěvují různé zájmové kroužky, vzdělávají se a jsou pro ně připravovány nejrůznější volnočasové aktivity.

Vzhledem k tomu, že osoby s mentální retardací si neuvědomují, že trpí mentální retardací, jejich vnímání individuálního plánování je-li pro ně

přínosné můžeme odvodit z hodnocení personálu, který se o ně stará a kvality života v zařízení. Nesetkala jsem se, že by některý klient hodnotil personál negativně, často ale zazněla výtka, že klíčoví pracovníci na ně nemají čas. Také vyjadřují spokojenost s pobytem v zařízení a kvalitou svého života. Mladší klienti mohou vnímat zlepšení své soběstačnosti, která jim usnadňuje každodenní život. I starší klienti mohou pozorovat zlepšení své soběstačnosti, ale trvá jim déle, než se něco naučí a bohužel brzy naučenou činnost zapomenou. Důležité je kladné hodnocení svobody svého rozhodování jak, kdy, kde a co budou dělat.

7.1 Doporučení do praxe

Na základě výsledků výzkumu vyplynulo, že klíčoví pracovníci, kteří pracují s klienty staršími se zhoršujícím se zdravotním stavem a snižující se soběstačností, nevidí přínos individuálního plánování pro tyto osoby. Klíčoví pracovníci by se měli zúčastnit školení či kurzu, na kterém by byli seznámeni i s ostatními přínosy tohoto procesu a začali ho vnímat jako celek, tak aby v něm neviděli jen stanovování a plnění osobních cílů.

Vzhledem k tomu, že si klíčoví pracovníci stěžovali na práci koordinátora, který při vedení a zpracování záznamů bere více zřetel na názor inspekce, než na jejich úhel pohledu a zájem klientů, je zapotřebí, aby vedoucí zařízení s koordinátorem projednal jeho činnost, tak aby tvorba individuálních plánů nepodléhala názoru inspekce, ale sloužila pro práci klíčovými pracovníkům a zájmům klientů.

Starší pracovnice si stěžovali na náročnou práci na počítači, kterou nezvládají, proto navrhuji absolvování kurzu práce na počítači.

Přílišná administrativa spojená s individuálním plánováním je pro klíčové pracovníky náročná, zabírá jim mnoho času a odvádí je od práce

s klienty. Tato skutečnost byla potvrzena i z výpovědí klientů, kteří upozornili na to, že klíčoví pracovníci se jim dostatečně nevěnují z důvodu velké administrativní zátěže. Navrhovala bych řešení, aby do chodu zařízení zapojili dobrovolníky, kteří by s klienty trávili volný čas, jak v zařízení, tak i mimo něj.

Z výzkumu vyplynulo, že na některých pracovištích jsou špatné vztahy v kolektivu, kdy nedochází k předávání důležitých informací o klientech mezi klíčovými pracovníky a dochází k nešvarům, jako je „uplácení klientů“, jelikož to komplikuje práci ostatním pracovníkům a zhoršuje vztahy v kolektivu, které výrazně ovlivňují kvalitu individuálního plánování. Dobrým řešením je pravidelná supervize, která pomůže vztahům mezi kolegy a utuží jejich kolektiv.

Závěr

Bakalářská práce se zabývá individuálním plánováním pro osoby s mentální retardací z pohledu klíčových pracovníků a jejich klientů. Cílem práce bylo zjistit, jak je proces individuálního plánování pro osoby s mentální retardací vnímán ze strany klíčových pracovníků i samotných klientů a je-li na tento povinný proces nahlíženo jako na přínosný.

Teoretická část se věnuje terminologii osob s mentální retardací, etiologii mentální retardace a klasifikaci stupňů mentální retardace. V další části popisuje potřeby jedinců s mentální retardací a kvalitu života se zaměřením na osoby s mentálním postižením. Nejdůležitější část je věnována individuálnímu plánování průběhu sociální služby, s vymezením pojmů, významu a metodiky tohoto procesu. Na závěr nás seznamuje s individuálním plánem, osobním cílem a procesem individuálního plánování.

Vzhledem ke stanovenému cíli výzkumu byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu s použitím strategie zakotvené teorie. Analýza získaných dat byla provedena tzv. trojím kódováním, kódováním otevřeného, axiálního a selektivního. Výzkumný soubor tvořily čtyři Domovy pro osoby se zdravotním postižením v okrese Uherské Hradiště. Pro účely sběru dat byl vybrán polostrukturovaný rozhovor, který byl proveden s osmi klíčovými pracovníky a jejich osmi klienty, osobami s mentálním postižením. Tento počet vznikl na základě teoretické nasycenosti dat.

Ve výzkumu jsem se snažila nalézt odpověď na výzkumné otázky: Je individuální plánování pro osoby s mentální retardací vnímáno ze strany klíčových pracovníků a jejich klientů jako přínosné? Jaký názor na tento povinný proces klíčoví pracovníci a klienti mají?

Jelikož není možné na výzkumné otázky podat jednoznačnou odpověď, z důvodu vlivu mnoha aspektů působících na vnímání individuálního plánování pro osoby s mentální retardací obou skupin respondentů, podávám širokou škálu výsledků mého šetření.

Výzkumem bylo zjištěno, že na vnímání procesu individuálního plánování pro osoby s mentální retardací ze strany klíčových pracovníků má vliv povinnost klíčových pracovníků individuálně plánovat průběh sociální služby s každým klientem. S délkou praxe proces považují za užitečný a vidí přínos získaných informací. S rostoucím stářím, hloubkou mentální retardace, snižujícím se stupněm soběstačnosti klientů a délkou jejich pobytu v zařízení klesá aktivita klientů a ochota spolupracovat, klesá u klíčových pracovníků pozitivní vnímání tohoto procesu.

K negativnímu vnímání přínosu procesu, a to hlavně u starších pracovníků přispívá časově náročná tvorba individuálních plánů, spojená převážně s prací na počítači. S rostoucí spoluprací pracovního kolektivu, kvalitně a jednoduše zpracovanou metodikou, správným přístupem koordinátora a spoluprací rodiny, roste efektivita procesu individuálního plánování a pozitivní vnímání přínosu procesu klíčovým pracovníkem. Na pozitivní vnímání přínosu procesu klíčovým pracovníkem má velký význam sledování pokroků a pozitivních změn u klientů, které jsou patrné u klientů mladších a s menším postižením. S rostoucím věkem, hloubkou mentálního postižení, klesající soběstačností a délkou pobytu v zařízení se většinou stav klienta nelepší, mnohdy dojde i ke zhoršení, a proto si pracovníci neuvědomují přínos procesu. Klíčoví pracovníci by měli vidět přínos tohoto procesu v tom, že dělají vše pro zlepšení kvality života klientů, klienti potřebují sociální kontakt a jsou spokojeni a šťastní, když se jim věnují nebo s nimi pouze tráví čas, jsou jejich oporou, jistotou a respektují jejich individualitu. V tom vidím největší přínos individuálního plánování.

Vnímání individuálního plánování pro osoby s mentální retardací klientem souvisí s jejich neuvědoměním, že trpí mentální retardací. S rostoucím věkem a hloubkou mentální retardace dochází u nich ke zhoršování zdravotního stavu a k snížení stupně jejich soběstačnosti a tím klesá jejich aktivita a zájem o proces individuálního plánování. V procesu individuálního plánování a jeho efektivity je podpora klíčového pracovníka považována za jednu z nejdůležitějších. Stimulace ze strany rodiny je pro klienty také velmi důležitá. Někteří už rodinu nemají, a proto personál zařízení považují za svou rodinu. Včasné uspokojování základních potřeb vede k celkové spokojenosti klientů. Potřeba přiměřené podpory je důležitá pro všechny klienty, neboť díky ní dochází k udržení soběstačnosti klienta a nezávislosti na službě. Jistotu a bezpečí převážně spojují s osobou, která jim pomáhá a pečuje o ně, a tou osobou je klíčový pracovník.

S rostoucím věkem, hloubkou mentální retardace a nižším stupněm soběstačnosti, převážně klesá zájem o osobní cíl, touha po samostatnosti, zájem o volnočasové aktivity a roste zájem po klidu. Vzhledem k postižení klienti nejsou schopni vnímat přínos individuálního plánování, tento přínos můžeme hodnotit tím, jak hodnotí personál zařízení, zlepšení soběstačnosti, spokojenost spojenou se životem v zařízení a svobodu rozhodování. Všichni klienti hodnotí personál, který se o ně stará velmi pozitivně. Hlavně mladší klienti vnímají zlepšení soběstačnosti, a to díky naučeným činnostem, které jim usnadňují každodenní život. Většina klientů pozitivně hodnotí svůj pobyt v zařízení i kvalitu svého života. Respondenti uvedli, že kladně hodnotí i svobodu svého rozhodování. Proto můžeme hodnotit proces individuálního plánování z pohledu klientů za přínosný.

Výsledky výzkumu mohou být zpětnou vazbou pro Domovy se zdravotním postižením a pomoci jim ke zkvalitnění individuálního plánování, a dále mohou být použity klíčovými pracovníky ke zlepšení práce s klienty.

Seznam použitých zdrojů

Odborná literatura

1. Bazalová, B. (2006). Psychopedie. In Pipeková, J. (Ed.), *Kapitoly ze speciální pedagogiky* (2. vyd.), (s. 269-286). Brno: Paido.
2. Bicková, L., & Hrdinová, D. (2011). Proces individuálního plánování. In Kolektiv autorů, *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách* (s. 71-86). Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky.
3. Bicková, L., & Hrdinová, D. (2011). Standardy kvality a jejich provázanost s individuálním plánováním. In Kolektiv autorů, *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách* (s. 51-70). Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky.
4. Černá, M. a kol. (2008). *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum.
5. Česko. (2017). *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů*. Citováno dne 24. září 2018. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/zakon_c._108_2006__stav_k_1.8.2016.pdf
6. Disman, M. (2000). *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele* (3. vyd). Praha: Karolinum.
7. Fischer, S., Škoda, J., Svoboda, Z., & Zilcher, L. (2014). *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální*. Praha: Triton.
8. Gurková, E. (2011). *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetřovatelský výzkum*. Praha: Grada.
9. Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.

10. Hauke, M. (2011). *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. Praha: Grada.
11. Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace* (4. vyd.). Praha: Portál.
12. Heřmanová, E. (2012). *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
13. Chloupková, S. (2013). *Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z*. Praha: Grada.
14. Jesenský, J. (2000). *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum.
15. Jůn, H. (2007). Co spouští problémové chování klientů v ústavech sociální péče. In Čadilová, V., Jůn, H., Thorová, K. a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem* (s. 105 - 138b). Praha: Portál.
16. Malíková, E. (2011). *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada.
17. Matoušek, O. (2008). *Slovník sociální práce* (2. vyd.). Praha: Portál.
18. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
19. Nakonečný, M. (1995). *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia.
20. Novosad, L. (2009). *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál.
21. Pipeková, J. (2006). *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD.
22. Reichel, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada.
23. Slowík, J. (2016). *Speciální pedagogika* (2. vyd.). Praha: Grada.
24. Strauss, A. L., & Corbin, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce.

25. Šamánková, M. a kol. (2011). *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada.
26. Švarcová, I. (2011). *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče* (4. vyd.). Praha: Portál.
27. Švaříček, R., & Šedřová, K. (2014). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách* (Vyd. 2). Praha: Portál.
28. Tajanovská, A. (2011). Lidské potřeby a jejich naplňování. In kolektiv autorů, *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách* (s. 205-213). Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky.
29. Vaďurová, H., & Mühlpachr, P. (2005). *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita.
30. Vágnerová, M. (1999). *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky* (3. vyd.). Praha: Portál.
31. Vágnerová, M. (2000). Sociální akceptace a charakteristické rysy postojů společnosti k postižení. In Vágnerová, M., Hadj-Mousová, Z., & Štech, S. *Psychologie handicapu* (2. vyd., s. 14 - 32). Praha: Karolinum.
32. Valenta, M. a kol. (2014). *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál.
33. Valenta, M., Michalík, J., Lečbych, M. a kol. (2012). *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada.
34. Vítová, M. (2011). Jsem klíčový pracovník. In Kolektiv autorů, *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách* (s. 113-124). Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky.

Internetové zdroje

1. Česko. (2017). *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů*. Citováno dne 24. září 2018. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/zakon_c._108_2006__stav_k_1.8.2016.pdf
2. ÚZIS ČR (2018) *Mentální retardace (F70-F79)*. Citováno dne 1. května 2018. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F70-F79.html>

Seznam obrázků

Obrázek č. 1: Maslowova hierarchie potřeb (Šamánková, 2011, s. 26).....	21
Obrázek č. 2: Proces individuálního plánování průběhu sociální služby (Sobek, 2012, s. 27).....	35
Obrázek č. 3: Zakotvená teorie – klíčový pracovník.....	84
Obrázek č. 4: Zakotvená teorie – klient.....	86

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Individuální plánování průběhu sociální služby (Hauke, 2011, s. 27)	29
Tabulka č. 2: Reprezentativní soubor výzkumu.....	50
Tabulka č. 3: Kategorie 1 - Postoj k individuálnímu plánování.....	52
Tabulka č. 4: Kategorie 2 - Dopad na klienta	53
Tabulka č. 5: Kategorie 3 - Stav klienta	55
Tabulka č. 6: Kategorie 4 - Nároky	57
Tabulka č. 7: Kategorie 5 - Spolupráce.....	58
Tabulka č. 8: Kategorie 6 - Potřeby	61
Tabulka č. 9: Kategorie 7 - Přání	63
Tabulka č. 10: Kategorie 8 - Plán péče	64
Tabulka č. 11: Kategorie 9 - Aktivita klienta	66
Tabulka č. 12: Kategorie 10 - Přístup klíčového pracovníka.....	68
Tabulka č. 13: Kategorie 1 - Stav klienta	71
Tabulka č. 14: Kategorie 2 - Podpora.....	73
Tabulka č. 15: Kategorie 3 - Přání	74
Tabulka č. 16: Kategorie 4 -Potřeby	76
Tabulka č. 17: Kategorie 5 - Aktivita klienta	78
Tabulka č. 18: Kategorie 6 - Hodnocení služby.....	80

Seznam příloh

Příloha č. 1: Polostrukturovaný rozhovor pro klíčové pracovníky

Příloha č. 2: Polostrukturovaný rozhovor pro klienty

Přílohy

Příloha č. 1: Polostrukturovaný rozhovor pro klíčové pracovníky

- Co se Vám vybaví pod pojmem individuální plánování?
- Jak probíhá individuální plánování ve Vašem zařízení?
- Jak se Vám plánuje s osobami s mentální retardací?
- Co pro Vás znamená individuální plán?
- Podílejí se klienti na stanovení osobních cílů?
- Jak dochází k identifikaci potřeb a přání u Vašich klientů?

Příloha č. 2: Polostrukturovaný rozhovor pro klienty

- Jak se tady v domově cítíte?
- Víte, co je to individuální plánování?
- Říká Vám něco osobní cíl?
- Víte, kdo je to klíčový pracovník?
- Jaký s ním máte vztah?
- V jakých činnostech Vám pomáhá?
- Zapojujete se do chodu domova?
- Probíráte s někým svoje potřeby a přání?