

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

magisterské kombinované studium
2011 – 2013

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Silvia Majtánová

Individuální plánování sociální služby s osobou s Alzheimerovou
demencí

Praha 2013

Vedoucí diplomové práce:
Mgr. Martina Karkošová

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

Master Combined (Part-Time) Studies
2011 - 2013

DIPLOMA THESIS

Silvia Majtánová

Planning of individual social services with Alzheimer patients

Prague 2013

The Diploma Thesis Work Supervisor:
Mgr. Martina Karkošová

Prohlášení

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 7.6.2013

Silvia Majtánová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí diplomové práce Mgr. Martině Karkošové za vedení mé diplomové práce a za milý a vstřícný přístup pracovníkům domova se zvláštním režimem.

Anotace

Diplomová práce podává přehled o procesu individuálního plánování sociální služby s osobami s Alzheimerovou demencí v prostředí konkrétní organizace tak, jak je stanoveno zákonem. Teoretická část práce se zabývá charakteristikou Alzheimerovy demence jako onemocnění, její etiologií, symptomatologií, klasifikací, specifickými aspekty práce s osobami s demencí, poskytovanými sociálními službami a obecně spojitostí tohoto onemocnění vůči nejpočetněji ohrožené skupině – seniorům. Pojednává o pojmech domov se zvláštním režimem, individuální plánování sociální služby, individuální plán a přibližuje standard číslo pět – „Individuální plánování sociální služby“ dle platného zákona o sociálních službách a jeho prováděcí vyhlášky.

Praktická část vychází z dotazníkového šetření, které bylo provedeno v prostředí organizace poskytující sociální služby pro osoby s Alzheimerovou demencí. Průzkum je zaměřený na pracovníky v sociálních službách, kteří dle zákona mají povinnost s uživatelem sociální službu individuálně plánovat.

Cílem diplomové práce je zjistit, v čem individuální plánování sociální služby pomáhá klíčovým pracovníkům při práci s osobou s Alzheimerovou demencí v praxi organizace poskytující sociální služby v souladu se zákonem o sociálních službách a vnitřní metodikou, se zaměřením na standard číslo pět – Individuální plánování sociální služby a využití výsledků šetření pro interní potřeby organizace.

Klíčové pojmy

Alzheimerova demence, domov se zvláštním režimem, individuální plán, individuální plánování sociální služby, klíčový pracovník, poskytovatel, senior, sociální služby, standardy kvality, uživatel, zákon o sociálních službách.

Annotation

This thesis gives an overview of the process involved with individually plans of social services to persons with Alzheimer's disease, within an institution as required by law. The theoretical part of the research paper address the characteristics of Alzheimer's disease, its etiology, symptomatology, classification, as well as the specific aspects of working with such patients, and providing them with social services and all the general effects on the the elder population as the most vulnerable age group. Also some light is shed on the concept of Homes with special regime, deals with the concepts of home with a special regime, individually planned social services, with relation to standard number five - "Individual planning of social services" under applicable law on social services and the process of implementing the regulations.

The practical part of the thesis is based on a questionnaire survey, carried out in an institution that provides social services for persons with Alzheimer's dementia in accordance with the regulations. The survey is targeted those social service workers, who are obliged by law to plan individual social services for the users.

The goal of this thesis is to determine how individual planning of social services helps the key social workers in providing care for persons with Alzheimer's disease in practice, and within organizations providing social services in according with the Act on Social Services as well as the internal methodology, focusing on standard number five - "Individual planning of social services" and usage of the obtained survey results for the internal needs of such organization.

Key words

Alzheimer's dementia, elder, home with a special regime, individual plan, individual planning of social services, key social worker, provider, social services, the Act on Social Services, the user, quality standards.

OBSAH

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	
1.ALZHEIMEROVA DEMENCE.....	9
1.1.Vymezení pojmu demence	9
1.2.Etiologie a symptomy Alzheimerovy demence.....	11
1.3.Klasifikace Alzheimerovy demence.....	12
1.4.Stáří a demence	13
2.SPECIFICKÉ ASPEKTY PŘI PRÁCI S OSOBOU S DEMENCÍ.....	15
2.1.Zákon o sociálních službách, sociální služby	15
2.2.Práce s uživateli s demencí	16
2.3.Domov se zvláštním režimem – vymezení pojmu a související základní terminologie	18
3.INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY	22
3.1.Vymezení pojmu individuální plánování	22
3.2.Individuální plán	23
3.3.Struktura individuálního plánu.....	24
3.4.Klíčový pracovník a realizační tým	26
3.5.Realizace a hodnocení individuálního plánu.....	28
3.6.Standard č. 5 – Individuální plánování sociální služby.....	29
PRAKTICKÁ ČÁST	
4.CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMU	31
4.1.Cíl průzkumu.....	32
4.2.Metody průzkumu	32
4.3.Popis zkoumaného vzorku	33
4.4.Vlastní průběh průzkumu	34
5.VÝSLEDKY PRŮZKUMU	35
6.INTERPRETACE A DISKUZE VÝSLEDKŮ	51
ZÁVĚR	54
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	56
SEZNAM PŘÍLOH.....	59
BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE	69

ÚVOD

Téma diplomové práce bylo zvoleno na základě zkušeností autorky získaných během jejího působení v domově se zvláštním režimem, kde je poskytována komplexní péče o osoby s diagnózou Alzheimerova demence. K výběru tématu vedla autorku i potřeba zmapovat v organizaci současnou situaci procesu individuálního plánování s těmito osobami a jeho naplňování v praktické činnosti prostřednictvím pracovníků v sociálních službách – přímé obslužné péče.

Zákon o sociálních službách, který nabyl účinnosti 01.01.2007 přinesl zásadní změny v poskytování sociálních služeb na území České republiky. Systém péče se více zpřehlednil a vymezil vůči konkrétním potřebám a požadavkům uživatelů. V rámci systému v péči o osoby s Alzheimerovou demencí, v tomto případě seniory, nabízí různé formy pomoci. Společným jmenovatelem všech poskytovaných služeb ovšem nepochybně zůstává přístup orientovaný na klienta. Podle Pörtnera (2009) vychází individuální plánování z konceptu plánování zaměřeného na člověka. V tomto pojetí se jedná především o transformaci ústavní péče, metod práce a normalizaci ústavního prostředí. Zde je potřebné si uvědomit, že navázání kontaktu a komunikace s uživatelem má primární význam při získávání informací o jeho potřebách. Absencí relevantních informací nelze tvořit individuální plány.

V dnešní době je kladen obzvlášť velký důraz na individuální přístup v poskytování sociálních služeb, které směřují k sociálnímu začleňování osob, naplňování jejich svobodné vůle, potřeb a důstojného života.

Zásady a metody individuálního plánování jsou definovány ve standardech kvality obsažených ve vyhlášce Ministerstva práce a sociálních věcí číslo 505/2006 Sb., v platném znění.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části: teoretickou a praktickou část.

Teoretická část se zaměřuje na vymezení pojmu Alzheimerova demence, její etiologii, symptomy a klasifikaci. Dále je zde vymezen prostor pro specifika práce s osobami s demencí a stručný přehled o sociálních službách včetně definice domova se zvláštním režimem. Autorka zde popisuje a charakterizuje standard číslo pět a individuální plánování jako proces zaměřený na člověka v souladu se zákonem o sociálních službách číslo 108/2006 Sb., v platném znění a již výše zmiňované prováděcí vyhlášky.

Praktická část je souhrnně věnována vlastnímu průzkumnému šetření, které je zaměřené na zjištění v čem individuální plánování pomáhá klíčovým pracovníkům. Metodologicky bylo v rámci průzkumného šetření použito dotazníkové techniky.

Cílem diplomové práce je zjistit v čem individuální plánování pomáhá klíčovým pracovníkům v podmínkách konkrétní organizace v souladu se zákonem o sociálních službách a interní metodikou v oblasti standardu číslo pět, který je zaměřen na individuální plánování sociální služby s osobou s Alzheimerovou demencí v konkrétním pobytovém zařízení – domově se zvláštním režimem.

1 ALZHEIMEROVA DEMENCE

1.1 Vymezení pojmu demence

Termínem demence se označují vážná duševní onemocnění, která vznikají v průběhu života až po ukončení rozvoje tzv. kognitivních (poznávacích) funkcí (paměť, intelekt, motivace), tj. po druhém roce života. Primární je podstatný úbytek poznávacích funkcí. Tento úbytek interferuje s veškerými aktivitami postiženého, především se schopnostmi pracovat, samostatně žít, provádět běžné denní činnosti (např. starat se o osobní hygienu, najíst se, oblékat se apod.). Je mnoho autorů, kteří se ve své publikační činnosti tímto onemocněním zabývají. Každý z nich se snaží o vlastní pojetí tohoto „fenoménu“ současné doby. „*Demence je způsobena dysfunkcí mozku. Nemocné jsou nervové buňky v mozku. V počáteční fázi se pacienti chovají docela normálně, protože většina nervových buněk ještě dokáže dobře fungovat. Mozek má také k dispozici úžasné rezervy: když nervové buňky selžou, jiné převzou jejich úkoly; buď částečně nebo jako celek, a mohou v tom pokračovat velmi dlouhou dobu. Čím větší část mozku to ovlivní, tím výraznější změny nastanou v chování pacienta.*“ (Buijssen, 2006, s. 13). V knize autorky Topinkové (1999) je demence definována jako klinický syndrom charakterizovaný poklesem, až ztrátou globálních intelektových schopností v důsledku organického postižení mozku, která je obvykle inverzibilní a trvale progredující a nepříznivě ovlivňuje pracovní a sociální funkce pacienta. Podle Světové zdravotnické organizace je demence postižením paměti, poznávání, řeči, složitých naučených pohybů, citového života a sociálního přizpůsobování.“ (Koukolík, 1995). „*Demence (kódové označení v desáté verzi Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů F00- F03) je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno.*“ (Jirák, Koukolík, 2004, s. 19).

I když každý z výše uvedených autorů používá více či méně odlišnou charakteristiku, lze souhrnně konstatovat, že demence je výsledek postupně se zhoršujícího chronického onemocnění mozku, které nejprve ztěžuje a později i zcela znemožňuje vykonávání běžných každodenních činností. Jedná se tedy o soubor příznaků, k těm základním patří porucha paměti a intelektu. Z jednotlivých složek paměti nejvíce trpí všípivost, zatímco schopnost vybavovat si dávno minulé bývá poměrně dlouho zachována. Charakteristikou demence je vedle zmíněných paměťových a intelektových defektů úpadek celé psychiky. Velmi nápadné jsou poruchy myšlení ve smyslu jeho ochuzení, perseverací, zhoršené schopnosti vybavování, někdy se také objevují obsahové poruchy ve formě bludů, z emočních poruch jsou zpravidla nejdříve postiženy vyšší city, což se projevuje omezováním sociálních kontaktů, ale také nerušením etického schématu a zanedbáváním

hygienických zásad. Dochází ke snížení až vymizení aktivity. Objevují se také poruchy v oblasti pudů. Dochází k celkové degradaci osobnosti v podobě ochuzování a ztráty dřívějších zájmů a citových pout. V pokročilých stádiích demence dochází až ke ztrátě kontinuity osobnosti, případně k jejímu rozpadu. (Raboch, Pavlovský, 1998). Alzheimerova demence je ze všech demencí nejčetnější. Jak uvádí Matoušek (2011, s. 24) „ ... je to silně geneticky determinovaná mozková choroba projevující se ve vyšším věku. Ta postupuje od ztráty paměti na čerstvé události přes ztrátu vzpomínek na události vzdálenější až po neschopnost rozpoznávat předměty i osoby a vykonávat komplexnější úkoly. Alzheimerova demence může být doprovázena změnami nálady a halucinacemi. Specifická léčba Alzheimerovy demence neexistuje. Péče má kompenzovat zvyšující se závislost pacienta a ovlivňovat symptomy Alzheimerovy nemoci projevující se v chování. V jejím pokročilém stádiu bývá nutná ústavní péče. V konečném stádiu nemoci pacient není schopen rozhodovat o svém léčení ani o svých finančních a majetkových záležitostech.“

Alzheimerova demence postihuje všechny skupiny obyvatelstva. Ovšem nejčastěji se vyskytuje u starých lidí. „U nás postihuje několik procent lidí starších 65 let, dle odhadů se jedná o cca 5%.“ (Česká Alzheimerovská společnost, 2003, s. 5). S věkem významně narůstá četnost výskytu. To znamená, že u lidí osmdesátiletých a starších je postižena již téměř třetina. Alzheimer's Disease International odhaduje, že 66% z odhadovaných osmnácti miliónů lidí na celém světě, kteří mají demenci, žije v rozvojových zemích. (Marshall, Tibbs, 1996). Příčina nemoci je neznámá. Neexistují tedy ani léky, které by ji vyléčily. Ovšem je známo mnoho prostředků, které mohou významně zlepšit kvalitu života nemocných a jejich rodin. U Alzheimerovy demence nejprve nastupují poruchy paměti především pro čerstvé události, poruchy abstraktního myšlení, rozhodování, je zhoršená orientace v prostoru, zpomalené tempo myšlení a jednání, pacient má potíže i při řeči a při psaní. Pro počáteční období bývá typické, že nemocný se často opakuje, ztrácí a zapomíná věci, jako jsou např. klíče, které následně nachází na neobvyklých místech. Obtížně hledá slova pro pojmenování zcela běžných předmětů, jako jsou hodinky nebo televize, a jevů či stavů. Jindy je demence ještě nápadnější, projeví se například jako neschopnost řešit problematickou situaci apod. Alzheimerova demence je onemocněním přicházejícím především ve vyšším věku. S prodlužujícím věkem populace narůstá počet osob s touto diagnózou. Hovoří se proto o jakési tiché epidemii. V současnosti je tato nemoc diagnostikována častěji než dříve. Je to dáno především tím, že v současné době je toto onemocnění více známe, a tím, že v minulosti bývalo chybně diagnostikováno.

1.2 Etiologie a symptomy Alzheimerovy demence

Před projevem prvních skutečných a nezpochybnitelných příznaků Alzheimerovy demence může docházet dvacet až třicet let k plíživě pomalé neurodegeneraci. Fungování mozku se postupně

zhoršuje spolu s tím, jak se mění jeho objem a jak v něm odumírají neurony. Tyto patologické procesy probíhají především v těch oblastech mozku, jejichž činnost je zcela zásadní pro kognitivní funkce, například ve frontální kůře mozkové či v hipokampu: to jsou první oběti Alzheimerovy nemoci. (Carperová, 2011). „*Náchylnost k Alzheimerově chorobě a dalším typům demencí je ovlivněna geneticky. Geny však nemají poslední slovo. Genetické předpoklady mohou být rozvinuty nebo potlačeny životním stylem a prostředím. Je také důležité rozlišovat mezi časnou Alzheimerovou chorobou s nástupem před šedesáti lety věku a pozdním Alzheimerem, který se začíná projevovat až po šedesátce. Alzheimerova choroba s časným nástupem je zapříčiněna genetickými mutacemi, a tudíž je silně dědičně podmíněna. Na druhé straně je však poměrně vzácná – na všech případech onemocnění se podílí pěti procenty.*“ (Carperová, 2011, s. 21).

Předzvěsti blížící se demence bývají psychické poruchy, které se často sotva dají odlišovat od deprese. Patří k nim např. všeobecná netečnost a ztráta zájmu o vlastní iniciativu, podrážděnost, pocit vlastního přetěžování požadavky okolí, depresivní rozlady. Nemoc začíná pomalu, plíživě, nenápadně, a v tom je zásadní rozdíl oproti jiným demencím, kde se choroba rozvíjí zpravidla rychle. Někdy si počínajících poruch všimne spíše nejbližší okolí, někdy si pacient začne stěžovat na subjektivní poruchy paměti a psychické výkonnosti. Nemocní zpočátku zapomínají, kam odložili různé předměty, ztrácejí je. Jsou nepozorní; občas se první příznaky dají zaměnit s roztržitostí. Postupně dochází k progresi. Poměrně časně se vyvíjí porucha soudnosti a logického uvažování. V souvislosti s tím ztrácejí postižení dostatečný náhled na onemocnění. Jsou porušeny některé funkce, což se projevuje úbytkem schopností vykonávat běžné aktivity denního života, postižení nejsou schopni vykonávat komplexní úkoly, skládající se z více dílčích jednoduchých úkolů. Přitom je význačně postižena i motivace k činnosti. V pokročilých stádiích Alzheimerovy demence přestávají rozeznávat jednotlivé osoby, nerozeznají tváře, nakonec nepoznávají ani své nejbližší příbuzné. Bývají dezorientováni místem, časem, osobou, prostředím i celkovou situací. Jsou dezorientováni ve svém vlastním bytě, netrefí bez pomoci na toaletu nebo do své postele. (Jirák, Koukolík, 2004). „*V terminálních stádiích se vyskytuje inkontinence moči i stolice, nemocní nejsou schopni základní péče o svou hygienu, ale nejsou také schopni dalších základních úkonů běžné denní rutiny; bez pomoci se nenajedí, neobléknu.*“ (Jirák, Koukolík, 2004, s. 115). Typické je postižení všech tří typů funkcí, a to jak postižení poznávacích funkcí, tak postižení schopnosti vykonávat běžné aktivity denního života, s postižením chování, spánku a emotivity (tzv. behaviorální a psychologické symptomy demence). Demence není jen jedna nemoc, je to syndrom, který zahrnuje různé nemoci. Její průběh je mnohdy ovlivněn vnějšími vlivy, jako jsou různé zátěže tělesné nebo duševní; někdy stačí běžná infekce horních cest dýchacích na podzim nebo v zimě, nebo průjemovitě onemocnění, a stav se může zhoršit. Stav mohou zhoršit i nepříjemné situace v rodině, adaptace na nové prostředí, novou situaci nebo nové podmínky. (Topinková, Jirák, 2002).

1.3 Klasifikace Alzheimerovy demence

Alzheimerova demence se dělí na tzv. formu s časným začátkem (presenilní formu), kdy se příznaky objevují do věku šedesátipěti let, a na formu s pozdním začátkem (senilní), kdy příznaky začínají v šedesátipěti letech života a později. Druhá forma je podstatně častější. Jako velmi pozdní (very late - onset) se toto onemocnění označuje, pokud propukne ve věku osmdesátipěti a více let.

Doba, kdy se objevují první příznaky této choroby, se také velmi často označuje jako **počáteční stádium**. V počátečních stádiích, která mohou trvat i několik let, může být nemoc pro okolí zcela nenápadná. Nemocný se normálně pohybuje, komunikuje, zachovává si mimiku. Nejbližší, ale často pozorují změnu. V této fázi se mění především:

- hodnoty
- reakce
- chování

Ve **středním stádiu** nemoc postupuje, problémy se zvyrazňují a stále více se projevují v každodenním životě. „Nemocný:

- si nepamatuje zejména nedávné události a jména
- není schopen vést bez problémů samostatný život
- není schopen vařit, uklízet, nakupovat – udržovat úklid a chod domácnosti
- zhoršuje se jeho soběstačnost
- zhoršuje se jeho sebeobsluha
- potřebuje pomoc s osobní hygienou, např. s WC, s mytím a oblékáním
- velmi špatně se vyjadřuje – často nenachází pojmenování pro předměty, jevy a situace – delší reakční doba
- bloudí a chová se nepřiměřeně dané situaci, ani doma neví, kde je
- může trpět halucinacemi.“

Pozdní stádium se projevuje stavem nesoběstačnosti. Nemoc způsobuje celkové zhoršení tělesného stavu. Ztráta paměti je velmi pokročilá. „Nemocný například:

- obtížně polyká
- nepoznává příbuzné, přátele ani dobře známé předměty a prostředí
- není schopen porozumět nebo se vyjádřit
- bloudí, ani doma se neorientuje

- špatně chodí
- neudrží moč či stolicí
- zůstane upoután na vozík či lůžko.“ (Česká Alzheimerovská společnost, 2003, s. 7).

Někdy se v této souvislosti mluví o stupních demence – o prvním stupni až čtvrtém stupni demence, který hraje významnou roli při poskytování odpovídající péče a celkovému přístupu o uživatele s demencí.

Kognitivní poruchy a Alzheimerova demence se stávají závažným zdravotním problémem starší populace. Vysoké náklady a sociální důsledky způsobují, že se stávají problémem celospolečenským. Jejich výskyt v seniorském věku je vysoký a s prodlužováním střední délky života budou dále narůstat. S rostoucím počtem seniorů ve vyspělých zemích (včetně České republiky) stoupají i nároky na ekonomické a lidské kapacity, jež by jim zabezpečily přiměřenou úroveň péče. Ve vyspělých zemích je téměř polovina prostředků vynaložených na sociální péči určena starým lidem, kteří tvoří největší podskupinu uživatelů zdravotnických a sociálních služeb. (Matoušek, 2011).

1.4 Stáří a demence

„Onemocnění demencí je dnes problémem globálním, přestává se týkat pouze tzv. vyspělých zemí. Roste skupina nemocných, kteří se nacházejí ve středním a těžkém stádiu demence, a ubývá těch, kteří trpí mírnými formami demence. Velmi důležitým krokem v péči o nemocné trpící demencí bude její včasný záchyt...“ (Pidrman, 2005, s. 10). „Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (dále OECD) odhaduje, že v tzv. západním světě počet lidí starších 50 let vzroste do roku 2050 o 35%. Počet lidí starších 85 let vzroste trojnásobně. V souvislosti s tím OECD předpokládá, že počet lidí žijící v rezidenčních zařízeních v Evropě vzroste o 15-30%. S rostoucí demografickou křivkou tedy do oblasti sociálních služeb míří nejen početná klientela, ale v souvislosti s narůstajícím věkem dožití i klientela specifická: lidé se skupinou duševních poruch, jejichž nejzákladnějším charakteristickým rysem je získaný podstatný úbytek kognitivních funkcí, především paměti a intelektu, jako důsledek určitého onemocnění mozku“. (Ježek, 2011, s. 34). Přestože stárnutí není synonymem demence, s přibývajícím věkem roste pravděpodobnost onemocnění touto chorobou. Prevalence onemocnění mezi staršími nad osmdesát pět let se pohybuje na hranici dvacetipěti procent.

Na poskytovatele sociálních služeb takto postiženým uživatelům jsou kladeny stále nové požadavky v souladu s novými informacemi a zjištěními o tomto onemocnění. Představa o navýšení počtu poskytovatelů sociálních služeb určených uživatelům s onemocněním demencí, je

pravděpodobně vzhledem k hospodářské recesi nerealizovatelná, protože vybavení domovů se zvláštním režimem určených pro poskytování služeb seniorům právě s Alzheimerovou demencí musí zohledňovat specifika chování a prožívání takto nemocných uživatelů. Pro poskytování péče je nezbytné mít zajištěný dostatečný počet pečujícího a kvalifikovaného personálu, který by měl mít zajištěnou podporu ve formě pravidelných školení a kvalitně vedené supervize. Důležitým faktorem je i materiální a technické zázemí poskytovatele, prostorové podmínky, celková vybavenost, prostředí a v neposlední řadě i dostatek času. Nutností je také připravit pro klienty s demencí odlišný režim oproti domovům pro seniory a také specifické terapeutické činnosti. (Francová et al., 2008).

V současnosti „moderní rodiny“ udržují vztahy, ale společné soužití více generací se udržuje především na vesnicích. Tím se následně komplikuje situace, kdy senior potřebuje dlouhodobou nebo trvalou péči. „*Přesto sociologické výzkumy hovoří jasně: u nás stejně jako v ostatních podobně strukturovaných společnostech rodinná a sousedská péče pokrývá 70-80% opodstatněných potřeb starých a nemocných lidí.*“ (Haškovcová, 2004, s. 43). Vzájemný vztah rodinných příslušníků mezi sebou byl považován především za generační symbiózu. Ve vztahu rodiče – děti je za normálních okolností zachován solidární vztah, zodpovědnost dětí vůči rodičům v dnešní době postrádá automatickou samozřejmost, protože dnes se mnohdy všeobecně předpokládá, že náležitosti seniorů spadají především do kompetence státu. Stát je spolu zodpovědný společně s rodinami za své občany, svou zodpovědnost stát postupně generuje na obce společně s kompetencemi a financemi. K tomuto nyní dochází na základě zákona o sociálních službách. Obce by pak pro své občany měly zajišťovat vhodné typy péče a sociální pomoci od finančních podpor pečujícím rodinám po zajišťování ambulantních, terénních nebo rezidenčních služeb. Zjišťováním skutečných potřeb a požadavků stávajících i budoucích uživatelů sociálních služeb, a také plánování sociálních služeb je důležitým faktorem při jejich dlouhodobém plánování. (Šelner, 2004).

2 SPECIFICKÉ ASPEKTY PŘI PRÁCI S OSOBOU S DEMENCÍ

2.1 Zákon o sociálních službách, sociální služby

Počátkem roku 2007 nabyl účinnosti zákon číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách, který do systému sociální péče v České republice přinesl tak dlouho očekávané změny. Tyto změny, jakoli předpokládané, diskutované a avizované, přinesly něco, co bychom mohli nazvat revolucí v systému sociální péče v naší zemi. Jejich smyslem bylo srovnat krok se zeměmi Evropské unie, vytrhnout nás z prostředí direktivně řízených, neefektivních a mnohdy i základní lidská práva nerespektujících poměrů v oblasti sociální péče v České republice. Změny spočívají jak v novém pojetí samotných sociálních služeb, jejich forem, druhů a podmínek poskytování, tak i v novém přístupu k finančnímu zajištění osob, které pomoc v nepříznivé sociální situaci potřebují. V současné době jsou sociální služby poskytovány lidem společensky znevýhodněným. Jejich cílem je zlepšit kvalitu života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit tak, aby mohli uplatnit svá lidská a občanská práva a aby bylo zamezeno jejich sociálnímu vyloučení. Sociální služby pro osoby s demencí se před účinností zákona omezovaly pouze na domácí péči, péči ve zdravotnických zařízeních (především Léčebny dlouhodobě nemocných), případně byly takto postižené osoby umísťovány do ústavů sociální péče. Na minimální úrovni bylo poradenství či jakákoli osvěta v této oblasti. Po roce 1989 se rozšířila síť denních center pro seniory, která se před rokem 1989 označovala jako „domovinky“. Centra nyní poskytují a zajišťují svým klientům různé druhy aktivizačních programů. Některá z těchto center zajišťují dovoz a rozvoz klientů, což představuje velkou úlevu pro pečující rodinu i pro samotné uživatele sociální služby. Několik center je specializováno na péči o lidi s demencí. Po roce 1989 se významným způsobem v péči o staré lidi podílejí také církve. Ty také provozují některé pobočky České alzheimerovské společnosti, která poskytuje poradenské služby nemocným s demencí a jejich rodinám.

V souvislosti s výše uvedenými změnami se změnil i přístup k uživatelům sociálních služeb, a to především v oblasti metod a zásad práce s nimi. Sociální služby pro osoby s demencí se zaměřují nyní na individuální přístup k uživateli, řešení konkrétních situací (případů), na jejich začlenění a integraci, respektování potřeb, partnerství, rovnost bez diskriminace, nezávislost, autonomii a kvalitu poskytovaných sociálních služeb. Zavedením komplexně nového systému sociálních služeb a sociální péče se vytvořil prostor ke vzájemné spolupráci mezi uživatelem a poskytovatelem, který je založený na rovnoprávnosti, dobrovolnosti a individuálním přístupu.

Podle autorky se tímto i uživatelé s demencí stali přímými aktéry, kteří spolu vytvářejí a tím i určují charakter poskytované sociální služby.

2.2 Práce s uživateli s demencí

Při práci s uživateli s Alzheimerovou demencí se využívají různé přístupy a metody, které mají podstatný vliv na celkový fyzický a psychický stav uživatele a jeho sociální začlenění. V současné době je známo několik forem terapie a jejich konceptu a metod.

„Kromě léčby farmakologické by se měla uplatnit integrující a následně aktivizační terapie a trénink kognitivních funkcí. K úspěchu léčby významně přispívá pravidelný režim, dobré rodinné zázemí nemocného a co nejdéle setrvání v domácím prostředí a přiměřená aktivace během dne.“ (Hátlová, Suchá, 2005, s. 23). Mezi nejčastější formy terapie patří především níže jmenované.

Skupinové činnosti a hry – zaměřující se na trénink paměti, komunikaci a myšlení. Tyto činnosti narušují svým způsobem monotónnost dne a poskytují tak uživatelům na oddělení období kdy se vlastně něco děje.

Mezi další aktivizační terapie patří například kondiční terapie, pet-terapie, reminiscenční terapie, muzikoterapie, taneční terapie, kognitivní rehabilitace, kinezioterapie nebo arteterapie a další.

Kondiční terapie se zaměřuje na udržení tělesné kondice dementních uživatelů.

Pet-terapie zase využívá pozitivních vztahů mezi člověkem a domácím zvířetem. Nejčastěji jsou využíváni terapeutičtí psi. *„Vztah člověk- zvíře dokáže vyvolat pozitivní sociální a emocionální terapeutické efekty, které mohou přispět ke zlepšení zdravotního stavu“* (Pipeková, Vítková, s. 135).

„Každého člověka životem provází vzpomínky. Reminiscenční terapie vychází z této skutečnosti a pracuje na principu vzpomínek každého uživatele, jejich vybavování si pomocí nejrůznějších podnětů a jejich podporování. Reminiscenční terapie se řadí mezi aktivizační, validační metody, které jsou součástí nefarmakologické léčby (péče) u seniorů.“ (Hojgrová, 2010, s. 42). Tato metoda je vhodná nejen pro seniory s demencí, ale i pro ostatní seniory, lze ji využít, když už nejsou k dispozici další vhodné alternativní terapie. Reminiscenční terapie má pozitivní působení i na pracovníky, kteří se tak naučí lépe porozumět osobnosti seniora a při individuálním plánování průběhu služby.

Jednou z forem reminiscenční terapie je Böhmův model. *„Böhmův model je ošetrovatelský model mezinárodně uznávaný a v současnosti využívaný v německy mluvících zemích v oblasti geriatrické a gerontopsychiatrické péče, který je zaměřen na podporu schopnosti sebezpěče starých a zmatených lidí a na způsoby, jak co nejdéle tuto schopnost uchovat či navrátit, a to principem oživení zájmu seniora oživením jeho psychiky“.* V péči o klienty vytyčuje Böhm tyto následující cíle: *znovuoživení psychiky klienta, oživit zájem pečujícího, a rozšířit vnímání společenské normality.“* (Procházková, 2010, s. 22). Jednou z dalších forem reminiscenční terapie je validační metoda. Jedná se o soubor přístupů, který vychází z toho, že každé chování klienta má nějakou příčinu a je doprovázeno emocemi v souvislosti se vzpomínkami na minulost.

V muzikoterapii je použita hudba, případně hudební elementy, tedy zvuky, rytmy, melodie, harmonie. Je vhodná k celkovému uvolnění. „*Hudba může silně podpořit regresi na úroveň prožitků a chování z dřívější doby.*“ (Pipeková, Vítková, s. 38).

Taneční terapie je jednou z mnoha forem psychoterapie, která využívá vzájemný vztah mysli a těla, podobně jako kondiční terapie napomáhá ke zlepšení kondice.

Kognitivní rehabilitace zase napomáhá ke zlepšení paměti nemocných.

Arteterapie pomáhá uživatelům rozvíjet tvořivost a zároveň jim dává příležitost k sebeuplatnění. Použití této techniky pomáhá vyjádřit jejich pocity, které se například verbálně těžce vyjadřují především u starších lidí, případně u lidí právě s diagnózou demence. U uživatelů s Alzheimerovou demencí, u kterých jsou narušené kognitivní i exekutivní funkce má např. kresba – její tvar, linie, výběr barev velmi důležitý význam. Pomáhá jim ventilovat spoustu pozitivních i negativních emocí a napomáhá při obnovení paměťových funkcí. Slouží jako významný faktor na udržení emocionální stability a zprostředkovává východiska pro životní zátěžové situace. Naopak terapeutovi umožňuje rozpoznat některé osobnostní rysy uživatele, které jsou za jiných okolností těžko přístupné, a tím efektivně plánovat s uživatelem sociální službu.

Kinezioterapie je cílená pohybová terapie doplňující jejich hypokinetické aktivity. Mezi další přístupy uplatňující se v práci s těmito uživateli je potřeba zmínit validaci, bazální stimulaci nebo intervenci narušené komunikační schopnosti (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007).

Pro klíčového pracovníka je důležité vědět, že uživatelé s Alzheimerovou demencí potřebují větší míru podpory a pomoci v oblasti asistence, individuální práce, terapie a celkové péče. **Při práci s uživatelem s Alzheimerovou demencí jsou důležité některé zásady jako:**

- zachovávat v co největší míře autonomii – nevykonávat za uživatele činnosti, které zvládne sám
- podporovat odpovídající aktivity - udržovat seniora v dobré fyzické a psychické kondici
- aktivizovat
- předcházet sociální izolaci - především v případě imobility uživatele
- pečovat dle individuálních potřeb – zde se jedná o naplňování fyzických psychických a psychosociálních potřeb uživatele
- dodržovat důslednost – aby klíčoví pracovníci vzhledem ke specifickým projevům a psychickým procesům uživatelů s demencí postupovali při naplňování jejich cílů jednotně, stejným způsobem, což představuje pro pracovníky velkou dávku trpělivosti, ale i určité vnitřní motivace
- dodržovat jednotný postup – klíčoví pracovníci musí klást na uživatele shodné požadavky a dohodnutá pravidla. Především u uživatelů s demencí se klade důraz na dodržování jejich zvyků, tradic, rituálů a pravidelnosti (určitého režimu dne)
- záměrnost – zde se od klíčového pracovníka očekává, že po vzájemném vyjasnění cíle s uživatelem

ho bude k jeho naplnění motivovat a zároveň upevňovat jeho návyky, schopnosti, dovednosti a vést ho k celkovému osobnostnímu rozvoji.

-komplexnost při práci – která vychází z předešlých zásad, a která vnímá osobnost jako individualitu ve všech souvislostech – orientace na uživatele.

Každý z výše jmenovaných přístupů je opodstatněný, protože umožňuje uživateli s Alzheimerovou demencí rozvíjet potenciál a celkově přispět k jeho psychické i fyzické spokojenosti.

2.3 Domov se zvláštním režimem – vymezení pojmu a související základní terminologie

Dnešní doba nabízí pro seniory různé druhy sociálních služeb v oblasti sociální péče. Senioři s Alzheimerovou demencí jsou specifickou skupinou osob se specifickými potřebami. I z těchto důvodů je péče o tyto osoby většinou pro rodinné příslušníky vyčerpávající. Jestliže je senior nesoběstačný bez schopnosti provádět sebeobslužné úkony a pobyt v přirozeném domácím prostředí již není možný ani s využitím terénních sociálních služeb je častokrát jediným řešením umístění seniora do pobytového zařízení sociálních služeb k tomu určeného – domova se zvláštním režimem. (Venglářová, 2007, s 113 – 114).

„V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.“ (<http://www.mpsv.cz/cs/5962>). Současná legislativa vymezuje oblast činností, které mají služby v domově se zvláštním režimem obsahovat. **Jedná se o následující činnosti:**

- poskytnutí ubytování
- poskytnutí stravy
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- aktivizační činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Domovy se zvláštním režimem se širokou škálou nabízených služeb se snaží zabezpečit pro seniory důstojný, smysluplný a plnohodnotný život, ve kterém by naplnili vlastní potřeby, protože v domácím a pro ně přirozeném prostředí již toho nejsou schopni.

Zařízení, která sociální službu domov se zvláštním režimem poskytují, si cílovou skupinu ještě zužují a specifikují, takže existují domovy se zvláštním režimem poskytující službu například uživatelům s Parkinsonovým onemocněním, ale především na domovy zaměřující poskytovanou sociální službu uživatelům s Alzheimerovou demencí. I tato zařízení se dále specifikují podle věku žadatele, některé domovy přijímají uživatele před dovršením věku šedesáti pěti let, jiné věkovou hranici šedesáti pěti let dodržují. „*Specializovaná oddělení vznikají především pro potřebu řešit specifické požadavky klientů s Alzheimerovou chorobou. Každá kategorie seniorů potřebuje specifické prostředí a podmínky pro život pro zachování jejich důstojnosti a zabezpečení optimálních podmínek pro co největší prospěch každého klienta. Při vzniku specializovaného oddělení je třeba dbát především na naplnění specifických potřeb těchto klientů jako je potřeba jiného denního režimu, vytvoření úplně jiného klidnějšího režimu s ohledem na to, že psychomotorické tempo těchto klientů je pomalejší, mohou mít jiný spánkový režim, ...*“ (Chrumčiaková, 2011, s. 16). Zde je potřeba ve zvýšené míře dbát na prevenci syndromu vyhoření u pečujícího personálu.

Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem vznikly z původních domovů důchodců. Tato pobytová zařízení neměla vyspecifikovanou cílovou skupinu, nepracovala přímo s konkrétním problémem většiny „obyvatel domova“. V těchto zařízeních docházelo k tomu, že vedle sebe žili zdravý senior se zdravotně postiženým člověkem, alkoholikem, psychiatrickým pacientem nebo člověkem s demencí. Kromě takto pestré skladby obyvatel byla „zpestřena“ ještě skladbou věkovou, protože do domova důchodců bývali umísťováni zdravotně postižení po dosažení věku 26 let.

Aktivizace obyvatel domova domovů důchodců tak probíhala podle podmínek a možností daného domova. Zdravotně postižení mladšího věku, ale i senioři, kterým to jejich schopnosti a možnosti dovozovaly, vypomáhali v kuchyních, prádelnách, na zahradách domova. Většina klientů dělala nejrůznější ruční práce, především z papíru, vlny nebo látek. Podle nyní platného zákona o sociálních službách by již ke vzniku podobně promíchaných skupin obyvatel docházet nemělo, protože každé zařízení sociálních služeb by mělo při přijetí nových klientů dodržovat svou cílovou skupinu, pro kterou má vytvořené podmínky, zajištěnou aktivizační činnost odpovídající dané skupině a s tím související další specifické podmínky. V řadě pobytových zařízení zatím ještě žijí klienti neodpovídající cílové skupině domova. Jedná se především o klienty, kteří nastoupili několik let před přijetím platnosti zákona o sociálních službách. Není to jen proto, že je nedostatečná kapacita zařízení, která poskytuje sociální službu pro jejich cílovou skupinu, ale v řadě případů také proto, že tito klienti ve stávajícím domově jsou za roky pobytu již navyklí. Z pohledu zaměstnance v sociálních službách vzniká zde otázka etiky – je etičtější ponechat člověka tam, kde

je zvyklý, ale „nesplňuje cílovou skupinu“, na druhou stranu zde žije řadu let, je navyklý na prostředí, ve kterém žije, má navázané kontakty s pečujícím personálem, ..., nebo takového člověka přemístit do zařízení, které by „odpovídalo cílové skupině uživatele“. Jsou zařízení, kde se tato situace řeší individuálním přístupem ke každému uživateli, ale tato individuální práce s daným uživatelem pak především závisí na jednotlivých pracovnících přímé obslužné péče a aktivizačních pracovnících.

Samozřejmě další otázkou také zůstává, zda si klient přeje nebo nepřeje opustit stávajícího poskytovatele sociální služby, a zda je pro takového uživatele volné místo v jiném pro něj vhodném typu pobytového zařízení sociálních služeb, které odpovídá jeho individuálním potřebám. (Krutilová, Čámský, Sembdner, 2008).

V oblasti sociálních služeb se používá řada pojmů, specifických pro tuto oblast. Autorka považuje za potřebné pro lepší porozumění této práci objasnit alespoň některé z nich. Mezi základní patří:

Sociální služba – obecně tyto služby poskytují pomoc jednotlivcům, skupinám osob (rodinám) nebo skupinám obyvatel. Jejich hlavním úkolem je především pomáhat lidem žít co nejběžnějším a nejpřirozenějším způsobem života.

Poskytovatel – je osoba (právnícká nebo fyzická), která má oprávnění poskytovat sociální službu. Je zapsaná v registru poskytovatelů sociálních služeb.

Uživatel (klient) – je osoba (příjemce), které je sociální služba poskytována.

V současnosti zákon o sociálních službách stanovuje podmínky pro výkon práce v sociálních službách. Jedná se o okruh osob, které vykonávají odbornou činnost. Patří sem následující pozice:

- sociální pracovníci
- pracovníci v sociálních službách
- pedagogičtí pracovníci
- zdravotničtí pracovníci
- další pracovníci, kteří zabezpečují poskytování sociální služby. (Straková, Čermáková, 2008).

Autorka se zaměřuje na pracovníky v sociálních službách – konkrétně na pracovníky přímé obslužné péče.

Pracovník v sociálních službách (přímá obslužná péče) - je podle zákona o sociálních službách ten, kdo vykonává přímou obslužnou péči o osoby v pobytových a ambulantních zařízeních sociálních služeb, které se zaměřují na nácvik jednoduchých denních činností, na posilování aktivizace a uspokojování psychosociálních potřeb, podporu soběstačnosti, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů, na pomoc při osobní hygieně, oblékání, s prádlem, při udržování čistoty a osobní hygieny, při manipulaci s pomůckami a další.

Je potřeba zdůraznit, že předpokladem pro výkon této profese je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost. (Králová, Rážová, 2007).

3 INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

3.1 Vymezení pojmu individuální plánování

Podle Zákona o sociálních službách číslo 108/2006 Sb., v platném znění a standardů kvality, které jsou součástí prováděcí vyhlášky MPSV číslo 505/2006 Sb., v platném znění je individuální plánování sociální služby povinné pro všechny poskytovatele sociálních služeb (fyzické i právnické osoby), kteří mají oprávnění poskytovat sociální službu (jsou vedeny v Registru poskytovatelů sociálních služeb). V České republice se v současnosti můžeme setkat s **různými přístupy** k individuálnímu plánování. Plánování má dosud v mnoha zařízeních charakter výchovný, terapeutický nebo ošetrovatelský. Zároveň se však na mnoha místech prosazuje **přístup zaměřený na člověka** (Person - centered planning). Tento přístup se rozvinul v 80. letech minulého století a v mnoha zemích se od té doby prosadil jako převládající koncept v individuálním plánování. Každé zařízení sociálních služeb si obvykle hledá svůj přístup k individuálnímu plánování. Neexistuje jeden způsob, který by pro všechny byl ten pravý a nejlepší. Způsob plánování se liší především v závislosti na typu poskytované sociální služby a cílové skupině uživatelů. Individuální plánování je nutno vnímat v kontextu celého zákona o sociálních službách, tedy nikoli pouze jako jeden ze standardů kvality.

Individuální plánování je proces založený na přemýšlení a vědomém usměrňování dalších kroků v poskytování sociálních služeb. Je to proces založený na participaci všech, kteří se na něm podílejí. Klíčovým prvkem plánování je definování žádoucí změny v životě člověka a následná konkretizace termínů a úkolů pro jednotlivé členy týmu (uživatele služby, poskytovatele a případně další zúčastněné). Povinnost individuálního plánování nelze zredukovat na existenci individuálního plánu, i když ten je výsledkem a především důkazem o naplňování zákonem stanoveného požadavku. Jedná se hlavně o proces, ve kterém jsou zohledňovány potřeby, možnosti, schopnosti a dovednosti uživatele sociální služby. Pro plánování je však potřeba nápadů a představ obou stran, nelze plnit přání uživatele služby bez ohledu na zaměření a možnosti organizace, každá strana – poskytovatel a uživatel – mají svou nezastupitelnou roli. Uživatel sociální služby musí být vždy do procesu individuálního plánování zapojen. Spolupráce je založená na partnerském vztahu. Osobní cíle uživatele musí vždy korespondovat s cíli v jeho individuálním plánu. Ve standardech kvality sociálních služeb (<http://www.mpsv.cz/cs/5962>) je individuální plánování definováno „jako kontinuální, záměrný a strukturovaný proces, při němž se stanovují kroky (prostředky) jimiž je třeba dosáhnout požadované změny. *“Tato aktivita vede poskytovatele a uživatele tzv. k „cíli spolupráce.“* Zde se snaží uživatel popsat předpokládanou změnu ve svém životě, cíle, které vycházejí z jeho potřeb. Cíle spolupráce vycházejí z konkrétních životních situací uživatele. Ovšem poskytovatel při jejich naplňování musí vycházet ze svých možností (materiálních, personálních,

technických atd) a nemůže se pohybovat zcela mimo právní rámec, poslání a cíle organizace. Při naplňování přání a potřeb uživatele se identifikují i zdroje uživatele a poskytovatele a rizika s tím související. Dalším krokem je dílčí plánování postupů konkrétní dojednané podpory, jak bude cíle dosaženo. Individuální plánování je významným nástrojem v poskytování sociálních služeb. Především se opírá o tyto zásady a povinnosti:

- poskytované služby musí vést k samostatnosti uživatele služby, přičemž výsledkem poskytování sociální služby je jeho sociální začlenění
- individuální plánování musí podporovat běžný (anebo co nejběžnější) způsob života uživatele
- vycházet se musí ze skutečných potřeb a osobních cílů uživatele
- vycházet vždy ze schopností a možností uživatele a ne z popisu „problému“
- plánovat společně s uživatelem
- plány přehodnocovat, uživatel své osobní cíle může měnit
- plány musí být konkrétní, realizovatelné, vyhodnotitelné (tedy ověřitelné)
- mít kritéria a termíny pro hodnocení plánu
- za plánování mít zodpovědnou konkrétní osobu (tzv. klíčového pracovníka)
- informace o poskytované sociální službě si pracovníci musí mezi sebou sdělovat – výměna informací o průběhu sociální služby
- pro rozvoj uživatele sociální služby by měly sloužit zejména osobní cíle
- při plánování vycházet z poslání a cílů organizace.

Individuální plánování má význam jak pro uživatele, tak i pro poskytovatele. Uživatel takto ví, jaké kroky vedou k naplnění jeho cíle. Cítí se bezpečněji, posiluje to jeho autonomii a přináší mu pocit uspokojení, že se o něj (o jeho případ) někdo opravdově zajímá. Poskytovateli zpřehledňuje situaci uživatele sociální služby, a tím ujasňuje další kroky všech zainteresovaných, a dává mu pocit jistoty. (Hermanová et al., 2008).

3.2 Individuální plán

Individuální plán a jeho tvorba je přirozenou činností, která reaguje na potřeby uživatele. Je výsledkem procesu individuálního plánování. Vychází z osobních potřeb a osobních cílů uživatele. Je to proces, na kterém se podílí určený pracovník (tzv. klíčový pracovník) a uživatel podle svých možností, schopností a dovedností. Ve standardech kvality sociálních služeb (<http://www.mpsv.cz/cs/5962>) je uvedeno, že „...u krátkodobých služeb, jako je poradenství, může být plán formulován pouze ústně. U dlouhodobých, intenzivních služeb, jako např. lidé se zdravotním

postižením (podpora samostatného bydlení, chráněné bydlení apod.) musí být plány z praktických důvodů zachyceny v písemné podobě.“ Individuální plán se tedy v pobytovém zařízení sociálních služeb tvoří výhradně v písemné formě. Průběžně se aktualizuje, přehodnocuje a hodnotí. Plán obecně směřuje k poskytnutí podpory v oblastech, které uživatel již samostatně nezvládne (jedná se o úkony sebeobsluhy a soběstačnosti), které zahrnují i celé spektrum dalších oblastí společenského života v takové míře, aby byla co nejdéle udržena soběstačnost, sebeobsluha a samostatnost uživatele. Je kladen důraz na vzájemnou interakci a komunikaci mezi uživatelem a klíčovým pracovníkem. V případě, že uživatel služby nedokáže dialog kompetentně vést, snaží se klíčový pracovník, někdy za pomoci dalších odborníků, posílit schopnosti člověka komunikovat (např. pomocí metod augmentivní a alternativní komunikace) anebo zjišťovat potřebné informace jinými způsoby.

„U individuálního plánování je důležitá komunikace s uživatelem pro stanovení jeho priorit a osobních cílů. Zvláště obtížné je to pro uživatele, kteří z různých důvodů nekomunikují běžnými způsoby komunikace. To však neznamená, že nekomunikují vůbec. U nás i ve světě je už možné využít různé metody, které nám umožní navázat komunikaci. Jde například o augmentivní a alternativní komunikaci, bazální terapii, preterapii, validaci a videotrénink interakcí, což jsou metody, které umožňují navázat kontakt i s hodně znevýhodněnými uživateli. Pro individuální plánování by tedy neměla být překážkou míra postižení a klíčoví pracovníci by měli být podpořeni ve vzdělávání se v těchto metodách.“ (Krutilová et.al, 2009, s. 147).

Individuální plán uživatele je specifický k jeho potřebám a fyzickým možnostem. Základním předpokladem pro úspěšnou realizaci individuálního plánu je navození důvěry, přátelské atmosféry a rovnovážného vztahu mezi uživatelem a klíčovým pracovníkem. Podstatným prvkem je porozumění plánování sociální služby ze strany uživatele. Proces individuálního plánování se skládá z těchto kroků:

- mapování – poznávání situace člověka
- plánování – vyjednávání cílů, tvorba plánu
- realizace plánu – konkrétní dojednaná podpora
- vyhodnocení - shrnutí
- ukončení služby – pouze v případě potřeby.

3.3 Struktura individuálního plánu

Práce na individuálním plánu je především procesem komunikace a vyjednávání s uživatelem, zjišťováním, co uživatel potřebuje, chce a očekává, a ujasňováním, co mu poskytovatel a jeho služba

může nabídnout. To je fáze **mapování**, kdy je cílem postupné poznávání člověka, jeho situace a potřeb. Pokud bychom nevěděli, co uživatel potřebuje a očekává, těžko mu můžeme poskytnout kvalitní sociální službu.

Směr společné spolupráce mezi uživatelem a poskytovatelem udává **osobní cíl**, který byl s uživatelem vyjednán. Orientační mapování potřeb a očekávání uživatele a vyjednávání o osobním cíli probíhá již v rámci vyjednávání se zájemcem o sociální službu prostřednictvím sociálních pracovníků. Jinak by bylo jen těžko možné určit, zda je daná sociální služba pro konkrétního zájemce vůbec vhodná. Aby bylo možné osobní cíl naplnit, je nutné naplánovat jednotlivé kroky (fáze **plánování podpory**). Tyto kroky pak uživatel s podporou sociální služby **realizuje** (fáze realizace plánu). Po určité době (zhruba v řádu měsíců) nebo po dosažení naplánovaného cíle plán **vyhodnotíme**, případně aktualizujeme nebo revidujeme. V tuto chvíli jednáme buď o ukončení sociální služby (cíle bylo dosaženo, uživatel již sociální službu dále nepotřebuje), nebo o pokračování sociální služby. Aktualizace plánu nás vede zpět na začátek celého procesu. Opět je nutné si znovu ujasnit, co uživatel nadále potřebuje a očekává a co mu poskytovatel může nabídnout. Vyhodnocení individuálních plánů je ale i cennou zpětnou vazbou pro poskytovatele sociálních služeb. Klíčový pracovník získává údaje z tzv. osobního profilu uživatele. Jedná se o soubor informací, který obsahuje zejména oblasti, které jsou **z pohledu uživatele** důležité pro jeho život. Zajímá nás především, co má uživatel rád, co ho baví, co zná, co umí, jaké má přání, sny, touhy, v čem je dobrý, o jaké své silné stránky se může opřít. Samozřejmě je také důležité vědět, co uživatel rád nemá, čemu by se raději vyhnul, z čeho má strach a obavy, kde ve svém životě vnímá problémy, jaké a v čem jsou jeho rezervy a slabé stránky. Zahrnuje i oblast bydlení, práce, volného času, vzdělání, denního režimu, vztahů (s rodinou, přáteli i širším sociálním okolím), významné a zlomové události v životě (negativní či pozitivní), zvyky, rituály, oblíbené a neoblíbené činnosti, oblíbené či neoblíbené nápoje a jídla, osobní míru účasti a zájem o aktivity, společenský život atp.

Osobní profil obsahuje různorodé informace, které pracovníkům v přímé péči umožňují účinně uživatele podpořit. Kromě lepšího poznání uživatele osobní profil poskytuje i cenné **impulzy pro další plánování**. Na základě dobře zpracovaného osobního profilu je možné stanovit smysluplné cíle a udělat takový plán, který se týká skutečně toho, co uživatele zajímá a co považuje za důležité. Vytváření osobního profilu vyžaduje důvěru uživatele a poměrně velkou otevřenost. Není možné uživatele do této činnosti nutit. Je nutné respektovat, pokud uživatel nechce zacházet do příliš velké hloubky. Existují však určité techniky, které mohou dát této práci příjemnou a tvořivou podobu. Dle interní metodiky zahrnuje osobní profil i další údaje a oblasti potřebné podpory:

- osobní údaje (např. rok narození)
- právní statut (formy zastupování-např. opatrovník, ochranu práv - znalost práv a schopnost

hájit svá práva a oprávněné zájmy)

- bydlení (bariérovost, velikost a druh umístění, sdílení společné domácnosti s jinou osobou atp.)
- vzdělání a zaměstnání (vykonávané profese v průběhu života, poslední zaměstnání, původní profese, nejvyšší dosažené vzdělání)
- zájmy a záliby (kdysi a nyní)
- sociální vztahy (užší i širší sociální vztahy – kontakt s rodinou, využívání veřejných služeb, kontakt s přáteli, volnočasové aktivity, sociální dovednosti atd)
- Zajištění podpory a pomoci od jiných osob či institucí
- Míra sebeobsluhy (mobilita, schopnost stravování, péče o osobní ošacení (vrstvení, oblékání), schopnost komunikace, orientace – místem, časem osobou, situací a prostředím, schopnost provádění osobních hygienických úkonů, celková péče o svůj zevnějšek a jiné)
- Míra soběstačnosti (celodenní uspořádání času a plánování života, využití volného času, hospodaření s finančními prostředky, úklid a údržba domácnosti, schopnost řešit svou osobní situaci, schopnost řešit rodinné, sociální a finanční záležitosti atp.)
- Schopnost pečovat o své zdraví a svou bezpečnost - používání kompenzačních pomůcek, užívání medikamentů, specifická terapie, schopnost sledovat svůj zdravotní stav a léčbu, schopnost zavolat pomoc (např. záchrannou službu)
- Fakultativní služby – služby poskytované nad rámec zákona o sociálních službách
- Představy a očekávání od pobytu a poskytované sociální služby – tzn. zde se jedná o cíle vzájemné spolupráce mezi poskytovatelem a uživatelem (vyjasnění si proč uživatel danou sociální službu potřebuje. Tím má možnost pracovník sdělit ostatním spolupracovníkům cíle uživatele.

Při způsobu práce a naplňování jednotlivých dílčích kroků a cílů uživatele je důležité si stanovit oblasti, které souvisí s riziky při jejich naplňování. Neméně důležité je tedy stanovit si prevenci rizik – předcházení a opatření proti těmto situacím. (Standardy kvality domova se zvláštním režimem, 2013).

3.4 Klíčový pracovník a realizační tým

Standardy kvality sociálních služeb stanovují, že poskytovatel má pro plánování průběhu poskytování sociální služby a hodnocení naplňování osobních cílů pro každého uživatele poskytované služby určeného zaměstnance. Na základě praktických zkušeností (tzv. dobré praxe) vyplynulo, že je dobré stanovit pracovníka, který odpovídá za plánování i průběh sociální služby pro

jednotlivce a iniciativně si všímá zájmů, potřeb, hodnot a cílů jednotlivých uživatelů sociální služby. Tento pracovník bývá označován jako tzv. klíčový pracovník. Je podstatné si uvědomit, jaký význam má pro člověka jeho klíčový pracovník: ten, za kterým má možnost uživatel kdykoli jít, rozumí mu, umí pro něj zprostředkovat pomoc, optimální míru podpory a pomoci. Systém klíčových pracovníků v organizaci napomáhá zpřehlednění poskytovaných služeb do jednotného systému a zvyšuje motivaci pracovníků v přímé péči především přenesením vyšší odpovědnosti na tyto pracovníky. Role klíčového pracovníka se odvíjí od charakteru poskytované sociální služby. Klíčový pracovník zastává vůči uživateli roli poradce, důvěrníka, terapeuta, ombudsmana atp., vše záleží na momentální situaci a dojednaných cílech. Nejčastější je to kombinace těchto rolí. Při přiřazování klíčových pracovníků jednotlivým uživatelům je potřeba dbát na jejich dobré osobní vztahy a vzájemnou náklonnost. U pobytových a dalších komplexních služeb je individuální plánování **vždy týmovou prací**. Individuální plán nemůže například vytvářet klíčový pracovník v samotě své kanceláře. Pokud individuální plánování neprobíhá v týmu, pak se většinou jedná pouze o pokus individuálně plánovat. Individuálního plánování se **vždy účastní**:

- uživatel
- klíčový pracovník
- další pracovníci, kteří s uživatelem pracují (především v přímé péči – pracovníci v sociálních službách – přímá obslužná péče).

V případě potřeby mohou členy týmu dále být:

- koordinátor (metodik) individuálního plánování
- sociální pracovník
- zdravotní sestra
- terapeut
- aktivizační pracovník
- rodič, opatrovník
- další odborníci (např. logoped, dietolog, rehabilitační pracovník apod.)
- další osoby mimo sociální službu (např. kamarád uživatele, soused apod).

Velikost týmu je daná místními podmínkami každého poskytovatele, je závislá na způsobu poskytování sociální služby o organizační struktury daného zařízení. Je vhodné, aby uživatel měl možnost ovlivnit složení týmu, možnost si vybrat „svého“ klíčového pracovníka. To znamená možnost říci, koho chce a koho nechce do svého plánovacího týmu přizvat. Klíčový pracovník tak při plnění své role vychází ze znalosti organizace, jejího poslání, cílů, své praxe a znalosti práv uživatelů. (Výkladový sborník pro poskytovatele, 2008).

3.5 Realizace a hodnocení individuálního plánu

Realizace plánu probíhá v období mezi dvěma plánovacími schůzkami. **Služba je v této době uživateli poskytována v té podobě a v tom rozsahu, jaký byl vyjednáán.** Je nutné, aby všichni členové týmu znali individuální plány uživatelů, se kterými pracují, a postupovali při práci s jednotlivými uživateli jednotně, důsledně a uplatňovali individuální a zároveň integrální přístup. Odpovědnost za realizaci plánu nese vždy společně klíčový pracovník a uživatel. Uživatel je odpovědný za to, že udělá, co sám udělat může (např. shání-li obyvatel kompenzační pomůcku pro chůzi, půjde do půjčovny těchto pomůcek, bude číst inzeráty apod.). Klíčový pracovník je zase odpovědný za to, že uživateli bude poskytnuta potřebná podpora (např. pracovník pomůže uživateli vyhledat na internetu půjčovny kompenzačních pomůcek atp.). Klíčový pracovník by měl v této etapě dbát na to, aby individuální plán zůstal živým dokumentem. Je chybou, pokud se plán vytvoří a několik měsíců je uložen ve skříni v šanonu. S plánem by měl klíčový pracovník skutečně pracovat, čas od času si osvěžit jeho obsah, brát si ho na pravidelné porady týmu a tak podobně. Každopádně se v průběhu realizace plánu může stát, že uživatel ztratí o cíl zájem, že bude chtít cíl **upravit nebo změnit** nebo že dosažení cíle si vyžádá daleko **delší dobu**, než jsme původně předpokládali. Nic z toho by nemělo být vnímáno jako chyba a nemělo by vést k tlaku na uživatele. Podobné změny jsou běžnou součástí procesu individuálního plánování. **Ve smyslu naplnění cílů uživatele je potřeba naplánovat jednotlivé kroky, a to následovně:**

- stanovení kritérií naplnění cíle – v rámci širší spolupráce (pracovníci, uživatel, rodina i inspekční orgány kontroly a další) se domluvit na tom, jak poznají, zda a do jaké míry je cíl plněn a kdy si budou všichni jisti, že cíle bylo dosaženo
- analýza zdrojů, která umožní naplnění cíle – jsem mohou patřit další formální i neformální poskytovatelé sociálních služeb, různí odborníci, blízké osoby uživatele, širší okolí (využívání veřejných služeb), různé dávky atp.
- výběr nejvhodnějších metod práce – které jsou vybírány s ohledem na charakter poskytované sociální služby – cílovou skupinu uživatelů, situaci, potřeby, preference uživatelů a podle dostupných vnějších zdrojů. V této souvislosti je potřeba brát na zřetel především stádium demence (stupeň demence), který výrazně ovlivňuje práci s uživatelem
- analýza rizikových situací – zde mohou být součástí individuálního plánu rizikové plány a z toho plynoucí preventivní opatření (předcházení rizikových situací)
- stanovení termínů a odpovědných osob – jasné vymezení kompetencí, odpovědnosti za tvorbu individuálních plánů, jejich plnění a hodnocení, dodržení termínů splnění.

Od výše uvedených kroků se odvíjí stanovení revize celého individuálního plánu uživatele.

V celkovém hodnocení plánu jsou porovnány naplánované cíle s realitou, tzn. jak vypadá situace uživatele. Hodnocení probíhá formou rozhovoru, kdy necháme uživateli dostatečný prostor k vyjádření, k pojmenování jeho současné situace. U lidí s demencí, se kterými již nelze vést kvalitní rozhovor, může klíčový pracovník formou volného textu zaznamenat důležité události za sledované období a může i částečně zodpovědět na některé z výše uvedených oblastí na základě svých pozorování. Individuální plán se tak stává citlivým nástrojem, který vytváří prostor pro sdělování s cílem porozumět uživateli a tím mu poskytnout kvalitní sociální službu. (Výkladový sborník pro poskytovatele, 2008).

3.6 Standard č. 5 – Individuální plánování sociální služby

Zákon o sociálních službách přinesl do systému sociální péče mnoho nových věcí, nejvíce z nich se projevuje právě v požadavcích na individuální plánování služeb. V příloze číslo dvě k vyhlášce 505/2006 Sb. jsou požadavky na individuální plánování služeb shrnuty do standardu pět. Naplňování tohoto standardu hodnotí inspekce kvality sociálních služeb. Vycházíme-li z právní úpravy pro sociální služby, musíme respektovat to, že účelem poskytování sociálních služeb je sociální začleňování a tedy *„proces, který zajišťuje, že osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené dosáhnou příležitostí a možností, které jim napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný“*. (Vyhláška MPSV číslo 505/2006 Sb., str. 21, § 3, odst.e) Tato definice nám jasně stanovuje povinnost poskytovatele sociální služby plánovat poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, kterým jsou sociální služby poskytovány a plánovat a průběžně hodnotit průběh poskytování sociální služby za účasti těchto osob.

Potřeba individuálního klienta je tedy východiskem pro plánování a poskytování jakékoliv sociální služby.

Praktická část

4 CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMU

Cílem práce je zjistit, v čem individuální plánování sociální služby pomáhá klíčovým pracovníkům při práci s osobou s Alzheimerovou demencí v praxi organizace poskytující sociální služby v souladu se zákonem o sociálních službách, se zaměřením na standard číslo pět – Individuální plánování sociální služby. Mít zpracované standardy kvality je nepochybně povinností poskytovatele, která je daná zákonem. I přes tuto skutečnost je účel a jejich potřebnost vnímána u pracovníků rozdílně. Je nutné zdůraznit, že pracovníci přistupují k jejich naplňování skrze svůj vztah s uživateli a ne každý z pracovníků je s jejich koncepcí plně ztotožněn. Samozřejmě každý z nich vnímá tyto postupy ve své pracovní činnosti jiným způsobem. Organizace se snaží vytvářet pro pracovníky optimální pracovní podmínky a respektovat jejich profesní požadavky. Zde mohou nastat určité střety, kdy organizace požaduje poskytování sociální služby uživateli dle metodik v co nejvyšší kvalitě, ale pracovníci se v praxi mohou potýkat s problémy, které pokud nejsou řešeny mohou být překážkou. Výsledky průzkumného šetření má organizace možnost využít jak pro zlepšení a rozvoj individuálního plánování tak pro všestranný rozvoj svých pracovníků – ať se v této oblasti jedná o zlepšení provozních podmínek či zavedení určitých motivačních prvků. V praktické části diplomové práce se budu zabývat otázkou, zda klíčoví pracovníci provádějí individuální plánování s osobou s Alzheimerovou demencí dle postupů individuálního plánování sociální služby pro tyto uživatele, který je orientován na koncepci plánování zaměřeného na člověka (orientovaného na uživatele) a standardy kvality sociálních služeb a zda klíčoví pracovníci mají předpoklady (vnitřní i vnější) k individuálnímu plánování sociální služby s osobou s Alzheimerovou demencí v praxi konkrétní organizace poskytující sociální služby, což jsou dva dílčí cíle dotazníkového šetření. K tomuto účelu byly stanoveny následující průzkumné hypotézy:

Hypotéza č. 1: Více jak polovina respondentů provádí po uvedení Standardů kvality sociálních služeb do praxe individuální plánování sociální služby s osobou s Alzheimerovou demencí dle interní metodiky zařízení. K této hypotéze se vztahují otázky číslo čtyři, šest, sedm, osm, deset, jedenáct, dvanáct, třináct a patnáct včetně jejich grafického znázornění.

Hypotéza č. 2: Více než polovina respondentů postrádá smysl svojí práce při individuálním plánování sociální služby s osobou s Alzheimerovou demencí. K této hypotéze se vztahují otázky číslo čtyři, pět, sedm, devět a čtrnáct včetně jejich grafického znázornění.

Hypotéza č. 3: Více než polovina respondentů má při individuálním plánování dostatek času věnovat se osobním cílům uživatelů. K této hypotéze se vztahují otázky číslo sedm, devět a čtrnáct včetně jejich grafického znázornění.

4.1 Cíl průzkumu

Cílem práce je zjistit, v čem individuální plánování sociální služby pomáhá klíčovým pracovníkům při práci s osobou s Alzheimerovou demencí v praxi organizace poskytující sociální služby v souladu se zákonem o sociálních službách, se zaměřením na Standard číslo pět – Individuální plánování sociální služby.

Empirická část byla zpracována za použití:

- kvantitativní metody – techniky dotazníku
- kvalitativní metody – techniky analýzy dokumentů (Standardy kvality sociálních služeb, interní metodiky poskytovaných služeb)

Časová organizace průzkumu podle jeho fází:

- 2012 říjen příprava průzkumu
- 2012 listopad – prosinec teoretická část
- 2013 leden empirická část
- 2013 únor vyhodnocení a interpretace

4.2 Metody průzkumu

Předkládány dotazník obsahoval šestnáct otázek, z nichž jedna byla otevřená, tři otázky uzavřené a dvanáct polootevřených. V dotazníku byly zařazeny jak otázky týkající se procesu individuálního plánování, tak otázky, které mapovaly samotnou motivaci klíčových pracovníků k danému procesu s osobou s Alzheimerovou demencí. Mezi výhody dotazníkové metody patří jeho efektivita, spočívající v možnosti postihnout veliký počet jedinců v poměrně krátkém čase a v jeho anonymitě. Další jeho výhodou je jednoduché zpracování výsledků. Zkoumané osoby mohou odpovědi více zvažovat, nejsou pod tlakem nutnosti okamžitě odpovědět jako je tomu například při aplikaci metody rozhovoru. Nevýhodou je neporozumění otázce či možnost nepravdivých odpovědí. Výsledky metody dotazníku mohou být zkresleny vnitřní korekcí, autocenzúrovou některých zkoumaných osob, které usilují odpovídat ve shodě s tzv. sociální žádoucností, tedy adaptivně, nikoli expresivně (pravdivě, upřímně). Před rozdáním dotazníků byla srozumitelnost ověřena náhodným výběrem pěti respondentů. Bylo využito i interního dokumentu organizace - Standard číslo pět – Individuální plánování sociální služby, který je směrodatným dokumentem pro pracovníky v sociálních službách - přímé obslužné péče.

4.3 Popis zkoumaného vzorku

Sběr dat probíhal v domově pro seniory nacházejícím se na území hlavního města Prahy, a to na oddělení poskytující sociální službu domov se zvláštním režimem. Dotazník byl rozdán na předem domluvené schůzce přímo pracovníkům, těm pracovníkům, kteří nebyli přítomni, dotazník předala vedoucí příslušného oddělení. Důležité bylo seznámit pracovníky, co se od nich v předem připraveném dotazníku bude požadovat a k jakému účelu budou jejich odpovědi použity. Prosba o spolupráci obsahovala i sdělení o účelu a potřebách průzkumného šetření. Zároveň byli ubezpečeni, že tato forma sběru dat je dobrovolná a anonymní. Dotazníkový soubor šetření měl 60 respondentů, jejichž výběr byl záměrný. Skupinu respondentů tvořili klíčoví pracovníci, kteří individuálně plánovali s osobou s Alzheimerovou demencí v domově se zvláštním režimem. Získané výsledky byly zpracovány a zaneseny do grafů.

Rozdáno bylo 60 dotazníků, vyplněno a odevzdáno bylo 55, navraceno bylo 5 dotazníků, návratnost byla 91,6 %.

Tabulka 1: Přehled získaných vzorků (vzorek 100%)

Celkový počet dotazníků	60
Z toho vráceno dotazníků	55
Nevráceno dotazníků	5
Návratnost	91,6%

Zdroj: vlastní průzkum autorky

Tabulka 2: Souhrn získaných údajů (vzorek 100%)

Celkový počet respondentů (populace) činil: N=60
Celkem se vrátilo 55 dotazníků (vzorek z populace)
Návratnost 91,6% je tedy značně vysoká.
Zastoupení žen z celkového počtu respondentů: 100%

Zdroj: vlastní průzkum autorky

Tabulka 3: Věkové složení respondentů (vzorek 100%)

Věk	Personál
18-29	8
30-39	23
40-49	16
50-59	5
60 a více	3

Zdroj: vlastní průzkum autorky

Průzkumné šetření bylo zaměřeno na vzorek pracovníků v sociálních službách - přímé obslužné péče z důvodu jejich celodenního přímého kontaktu s uživateli s diagnózou Alzheimerovy demence, kteří zároveň vykonávají pozici klíčových pracovníků.

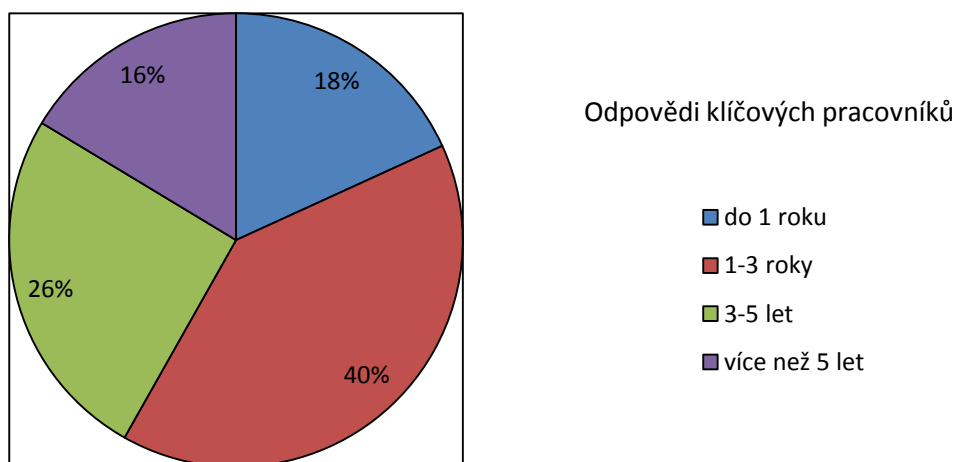
4.4 Vlastní průběh průzkumu

Základní soubor N byl tvořen 60 respondenty. Všech 60 respondentů pracovalo na sociální službě domov se zvláštním režimem v roli klíčových pracovníků. Jednotlivé otázky byly analyzovány podle jednotlivých odpovědí. Odpovědi byly zaneseny do grafů. Otázky budou dále interpretovány v následujícím textu.

5 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

Pro lepší přehlednost byly výsledky součtů jednotlivých odpovědí od respondentů vyjádřeny graficky.

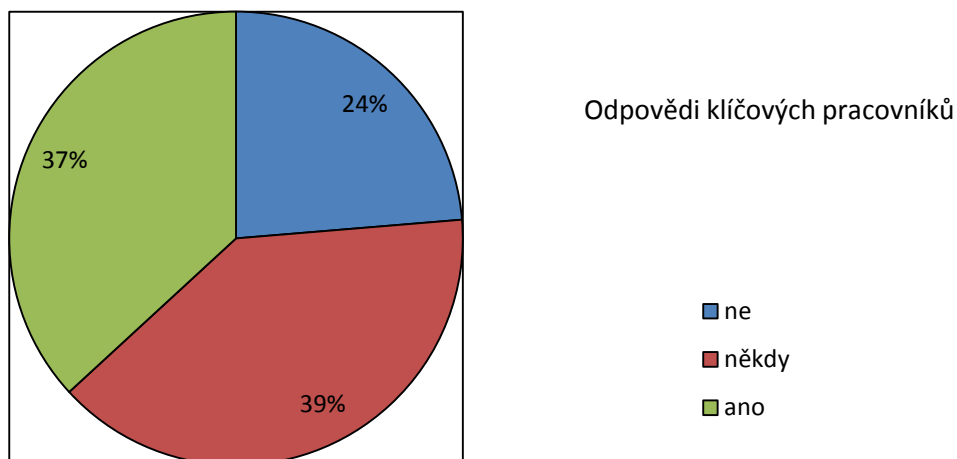
Graf 1: Jak dlouho pracujete s cílovou skupinou uživatelů?



Zdroj: vlastní průzkum autorky

Z celkového počtu 55 dotazovaných jich 46 pracovalo s cílovou skupinou uživatelů v tomto zařízení méně než pět let. Z tohoto počtu pracovalo 14 pracovníků s těmito uživateli v rozmezí 3 – 5 let. Dalších 22 pracovníků pracovalo 1-3 roky. Méně než 5 let uvedlo 10 pracovníků, a to v kategorii do 1 roku. Kromě nabízených odpovědí několik pracovníků uvedlo, že s cílovou skupinou pracují již 6 let a 1 dotazovaný dokonce 7 let. Z uvedeného grafického znázornění značně převažuje zastoupení pracovníků pracujících s cílovou skupinou uživatelů v rozmezí 1 roku až 3 let.

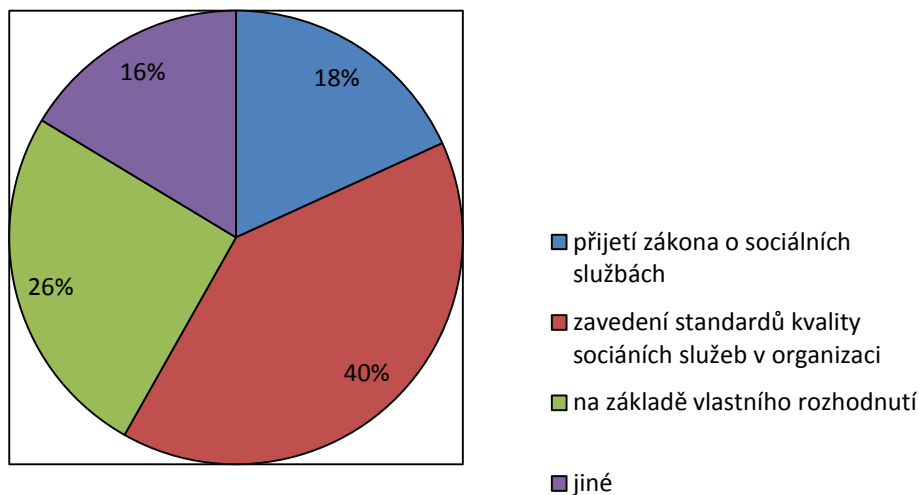
Graf 2: Odlišujete při individuálním plánování sociální služby s cílovou skupinou uživatelů stupeň demence?



Zdroj: vlastní průzkum autorky

Z celkového počtu dotazovaných více než polovina (31 respondentů) uvedla, že u cílové skupiny uživatelů stupeň demence rozlišuje při jeho dovednostech a schopnostech. 9 respondentů odpovědělo, že stupeň demence nikdy nerozlišují. 15 respondentů uvedlo, že stupeň demence rozlišují pouze někdy - z toho 3 respondenti nejvíce při komunikaci s danou osobou a 3 pouze v případě, když je to důležité pro jejich vedení. 1 dotazovaný napsal: „u klientů rozlišuji stupeň demence, protože je důležité, aby klient pochopil význam sdělované informace, a taky proto, že každý z klientů má jinou úroveň svých schopností a dovedností.“ Z výše uvedených výsledků lze konstatovat, že pro pracovníky je důležité rozlišovat stádium (stupeň) demence, jelikož mohou lépe zvolit adekvátní přístup vůči uživatelům, a tím naplňovat jejich očekávání a zájmy, tedy cíleně naplňovat jejich potřeby v dostatečné míře.

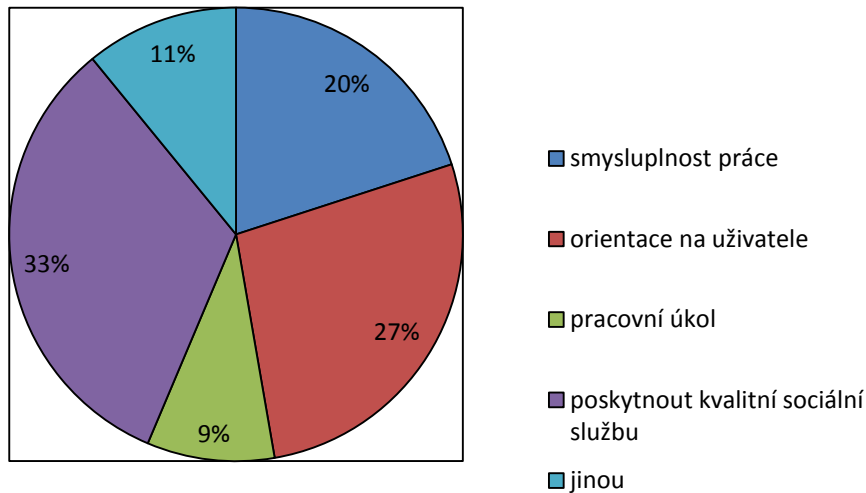
Graf 3: Z jakého důvodu používáte při své práci metodu individuálního plánování?



Zdroj: vlastní průzkum autorky

Většina dotazovaných (43 respondentů) začala metodu individuálního plánování sociální služby používat jednak z důvodu přijetí zákona o sociálních službách a jednak z důvodu zavedení standardů kvality sociálních služeb do praxe. Kromě těchto dvou odpovědí 12 respondentů uvedlo jako důvod použití metody individuálního plánování sociální služby především požadavek ze strany vedení organizace. Z výsledků lze usoudit, že existuje zřejmá spojitost mezi praxí a zákonnými požadavky v oblasti standardů kvality a interní metodikou organizace. Zároveň svědčí o informovanosti pracovníků přímé obslužné péče v této oblasti.

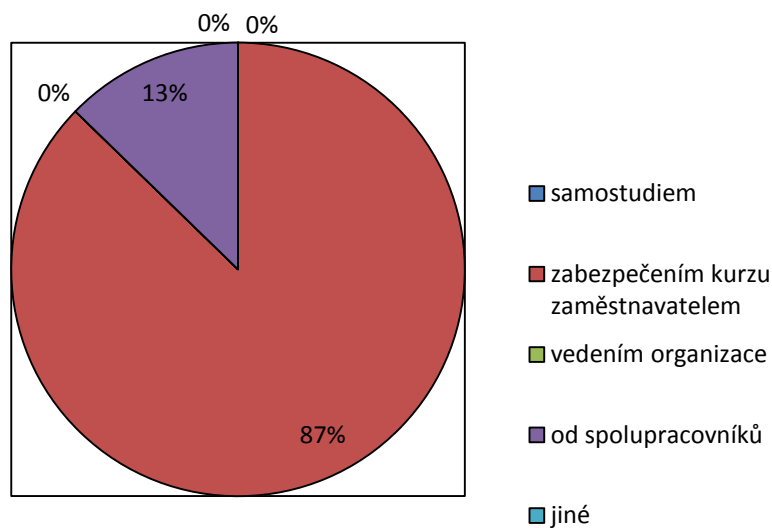
Graf 4: Jakou máte Vy osobně vnitřní motivaci k individuálnímu plánování sociální služby?



Zdroj: vlastní průzkum autorky

Více jak polovina dotazovaných (44 respondentů) uvedla jako svou vnitřní motivaci poskytnout uživateli kvalitní sociální službu (18 respondentů), smysluplnost (11 respondentů) a orientaci na uživatele (15 respondentů). Pohled organizace na vnitřní motivaci pracovníků k individuálnímu plánování se ale značně liší. Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že 6 dotazovaných nemá motivaci žádnou a 5 respondentů považuje individuální plánování sociální služby za pracovní povinnost. Z toho lze předpokládat, že o vnitřní motivaci nepřemýšlejí, „je to moje práce“ uvedl jeden z dotazovaných. Graf ukazuje, že většina respondentů pracujících s osobami s diagnózou demence považuje v rámci výkonu své profese za hlavní princip a zásadu své práce poskytovat této specifické cílové skupině uživatelů kvalitní pobytovou sociální službu.

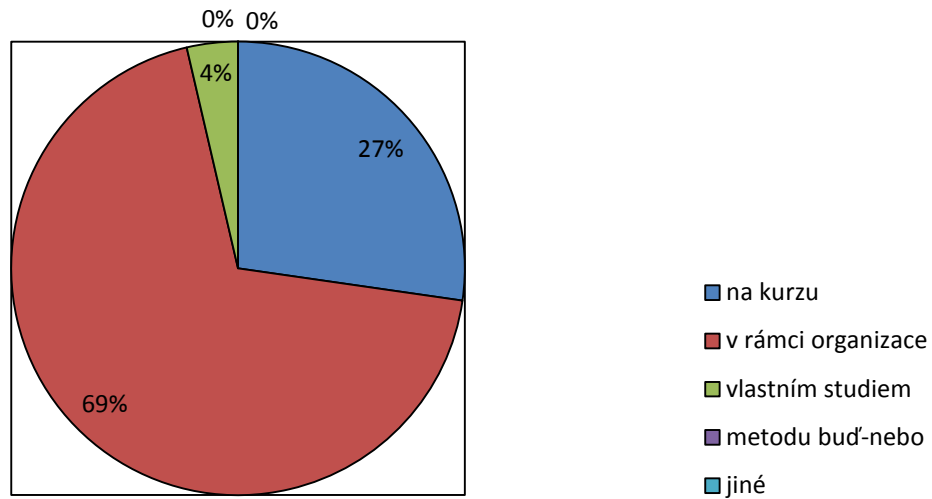
Graf 5: Čím je Vaše vnitřní motivace k individuálnímu plánování sociální služby povzbuzována?



Zdroj: vlastní průzkum autorky

Většina dotazovaných ve svých odpovědích uvedla, že jejich vnitřní motivace k individuálnímu plánování sociální služby s osobou s Alzheimerovou demencí je povzbuzována zabezpečením kurzu zaměstnavatelem (48 respondentů) a spolupracovníky což uvedlo 7 respondentů. Z výše uvedených výsledků je zřejmé, že souvisí s odbornou způsobilostí k výkonu profese pracovníka v sociálních službách – přímé obslužné péče, která je jasně definována zákonem o sociálních službách.

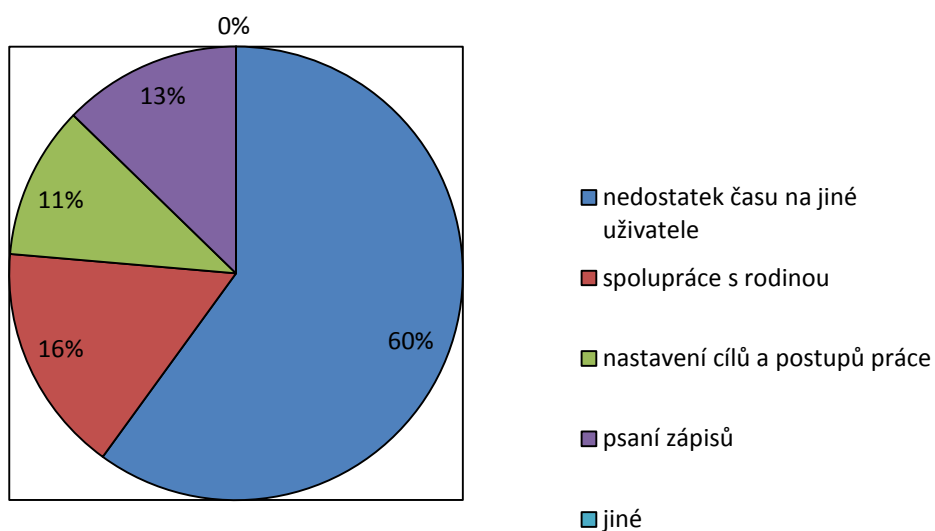
Graf 6: Kde jste se o metodě individuálního plánování sociální služby školila?



Zdroj: vlastní průzkum autorky

Metodě individuálního plánování sociální služby se 38 dotazovaných školilo v rámci své organizace. Kromě této skutečnosti dalších 15 respondentů uvedlo, že metodě individuálního plánování sociální služby se školilo na kurzu. Pouze 2 respondenti uvedli, že se s touto metodou seznámili vlastním studiem – tedy individuálně. Z grafu je patrné, že více než polovina dotazovaných se naučila procesu individuální plánování sociální služby prostřednictvím organizace, ve které pracuje, z čehož lze usoudit, že organizace dbá na neustálé vzdělávání svých zaměstnanců. Tento přístup tak nemalou měrou přispívá ke zkvalitnění celého procesu plánování, protože vychází z reálného prostředí, z jejich praktické činnosti.

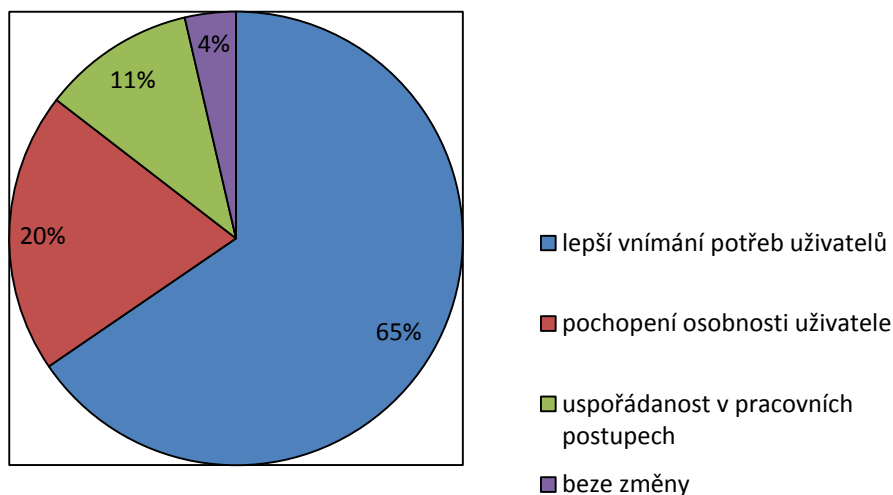
Graf 7: Co Vám při individuálním plánování sociální služby dělá potíže?



Zdroj: vlastní průzkum autorky

Největší potíže při individuálním plánování sociální služby činí pracovníkům především nedostatek času na jiné uživatele (33 respondentů) a spolupráce s rodinou uživatele (9 respondentů). Dále byly zmiňovány zápisy (7 respondentů) a nakonec nastavení cílů a postupů práce s osobou s Alzheimerovou demencí. Tuto skutečnost uvedlo 6 dotazovaných. V této oblasti vykazují odpovědi respondentů v nadpoloviční většině potíže související s časovou tísní při individuálním plánování, která má samozřejmě spojitost s kvalitou poskytované péče, kterou pracovníci považují za jeden ze základních principů a zásad své práce.

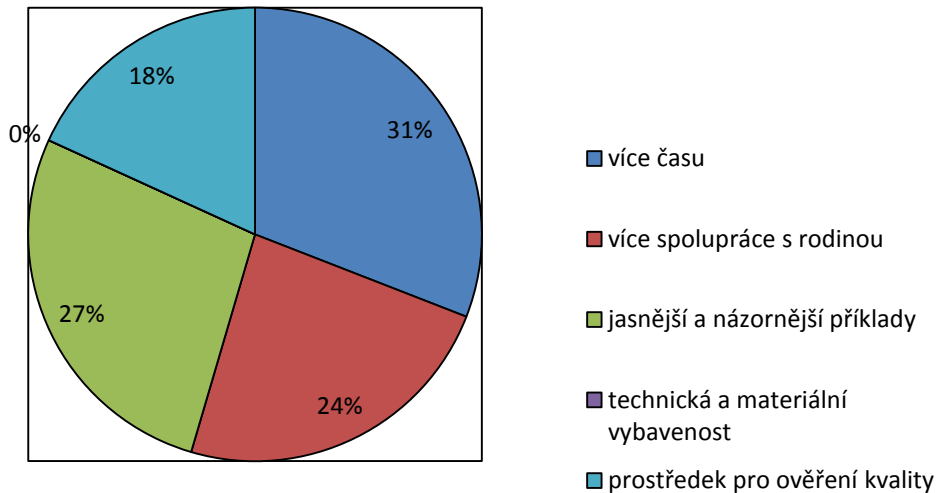
Graf 8: Jak změnilo individuální plánování sociální služby Váš vztah k práci s osobou s Alzheimerovou demencí?



Zdroj: vlastní průzkum autorky

Z uvedených odpovědí respondentů vyplynulo, že pracovníci v přímé péči při individuálním plánování sociální služby s uživatelem mohou lépe vnímat potřeby a zájmy těchto uživatelů (36 respondentů). Dalších 11 dotazovaných odpovědělo, že lépe dokážou pochopit osobnost uživatele. 6 respondentů uvedlo změnu v uspořádanosti pracovních postupů. Zajímavé je, že 2 respondenti uvedli, že jejich přístup k osobě s Alzheimerovou demencí je beze změny. Z grafu lze vyčíst, že většina dotazovaných vnímá individuální plánování jako opodstatněné. Je patrné, že pracovníci vnímají osobnost uživatele jako individualitu ve všech souvislostech, čímž při své práci směrem k uživateli uplatňují komplexní přístup.

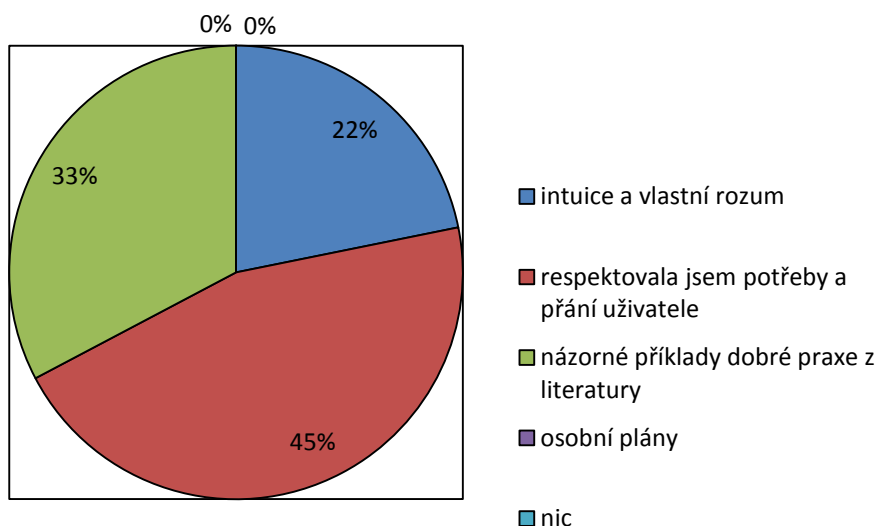
Graf 9: Co byste nejvíce v rámci individuálního plánování sociální služby s osobou s Alzheimerovou demencí požadovala?



Zdroj: vlastní průzkum autorky

Více než polovina respondentů (32 dotazovaných) uvedla, že při individuálním plánování sociální služby s osobou s Alzheimerovou demencí by požadovali, jednak více času a klidu (17 respondentů) a jednak jasnější a názornější příklady tzv. dobré praxe (15 respondentů). 13 odpovědí se vztahovalo na častější spolupráci s rodinou uživatele a 10 respondentů uvedlo, že by potřebovalo určitý prostředek pro ověření kvality, který by v jejich praktické činnosti ověřoval kvalitu vykonávaných procesů. Z grafického znázornění výsledků lze konstatovat, že časové hledisko – mít dostatek času pro individuální plánování je pro pracovníky v přímé obslužné péči primární, což vytváří kontinuitu s vnímáním potřeb a zájmů uživatelů, která je v tomto procesu elementárním prvkem.

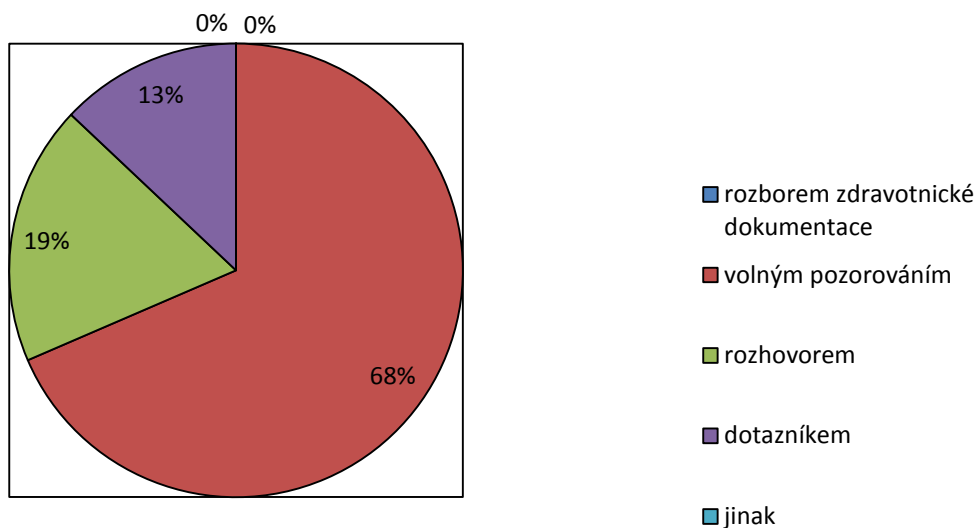
Graf 10: Jakým způsobem jste pracovala dříve než jste začala pracovat a využívat způsob individuálního plánování sociální služby?



Zdroj: vlastní průzkum autorky

U této otázky 25 dotazovaných odpovědělo, že dříve než začali pracovat metodou individuálního plánování sociální služby, respektovali v plné míře potřeby a přání uživatele. 18 respondentů uvedlo, že čerpalo z názorných příkladů tzv. dobré praxe a z literárních pramenů. Dalších 12 z dotazovaných se řídilo intuicí a vlastním rozumem. Na základě odpovědí respondentů lze říci, že i před zavedením zákonného požadavku s uživatelem individuálně plánovat, vycházelo jejich plánování z očekávání, zájmů a potřeb uživatelů, z čehož lze usoudit, že zvládnutí celého procesu se stalo pro ně podstatně přehlednější. Praktická činnost a čerpání z literárních zdrojů poukazuje na určitou informovanost pracovníků v této oblasti a na ztotožnění se s jeho základními principy.

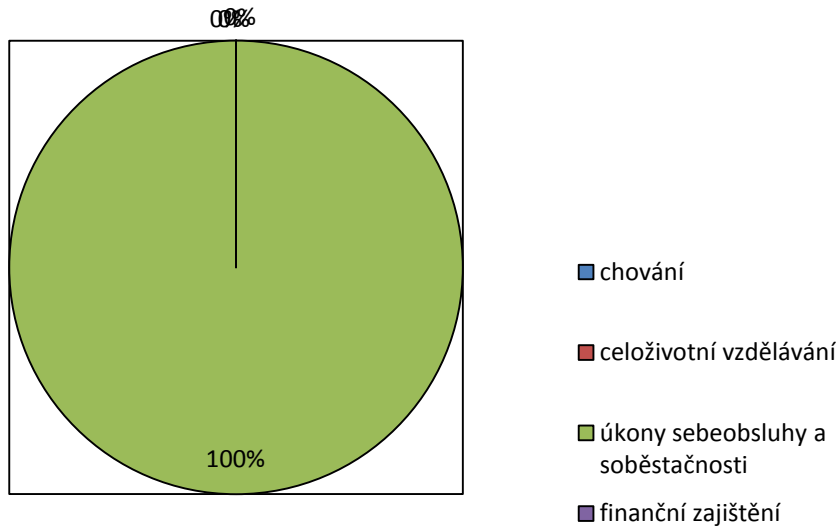
Graf 11: Jakým způsobem zjišťujete potřeby u osob s Alzheimerovou demencí?



Zdroj: vlastní průzkum autorky

Téměř všichni respondenti (37 dotazovaných) odpověděli, že potřeby u osob s Alzheimerovou demencí zjišťují volným pozorováním. Dalších 10 respondentů tuto skutečnost zjišťuje rozhovorem a 7 dotazovaných uvedlo – dotazníkem. Odpovědi respondentů vykazují ve většině znalost procesu individuálního plánování v praxi tak jak je požaduje organizace v rámci své interní metodiky.

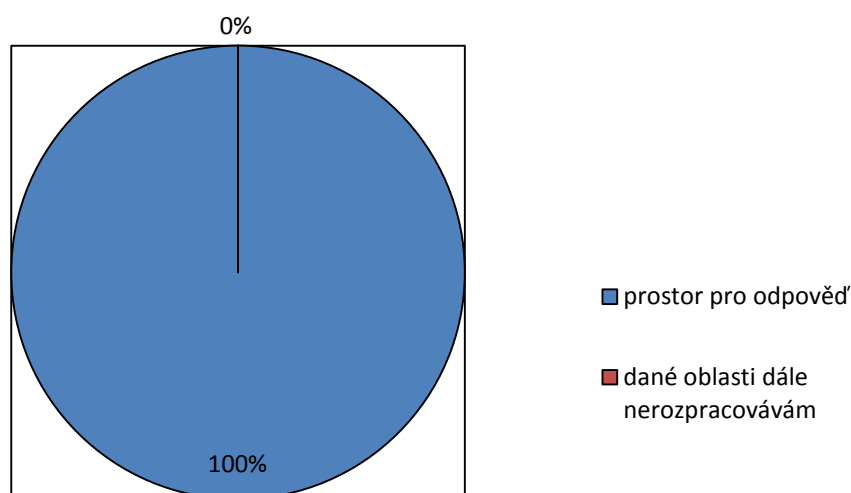
Graf 12: Zaměřujete se cíleně u osob s Alzheimerovou demencí při zjišťování míry pomoci a podpory na některé z níže uvedených oblastí?



Zdroj: vlastní průzkum autorky

Z počtu 55 respondentů všichni respondenti při individuálním plánování sociální služby s osobou s Alzheimerovou demencí zjišťují míru podpory a pomoci tak jak udává interní metodika pro individuální plánování sociální služby, což je 100%. Výsledek poukazuje na skutečnost, že pracovníci znají interní metodiku pro individuální plánování, tzn. jsou ztotožnění s pravidly a principy služby, a tím naplňují standard o individuálním plánování sociální služby s osobou s demencí v plné míře.

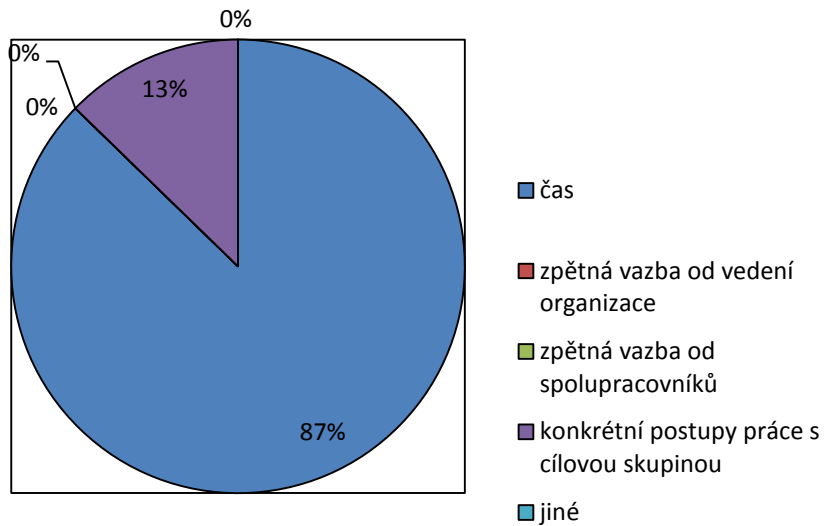
Graf 13: K čemu podle Vás slouží přesné vymezení oblasti podpory a pomoci (viz. otázka č. 12) při určování dalších postupů při práci s osobou s Alzheimerovou demencí?



Zdroj: vlastní průzkum autorky

Všech 55 dotazovaných uvedlo, že výše uvedená oblast jim jednak udává míru podpory a pomoci uživateli v úkonech sebeobsluhy a soběstačnosti a jednak jim pomáhá stanovit určené cíle pro individuální plánování sociální služby. Primárně však vychází z potřeb osoby s Alzheimerovou demencí. Z těchto výsledků lze usoudit, že respondenti jsou zainteresováni do celého procesu individuálního plánování v organizaci, čímž uplatňují a zároveň respektují interní metodiky i zákonem stanovené požadavky.

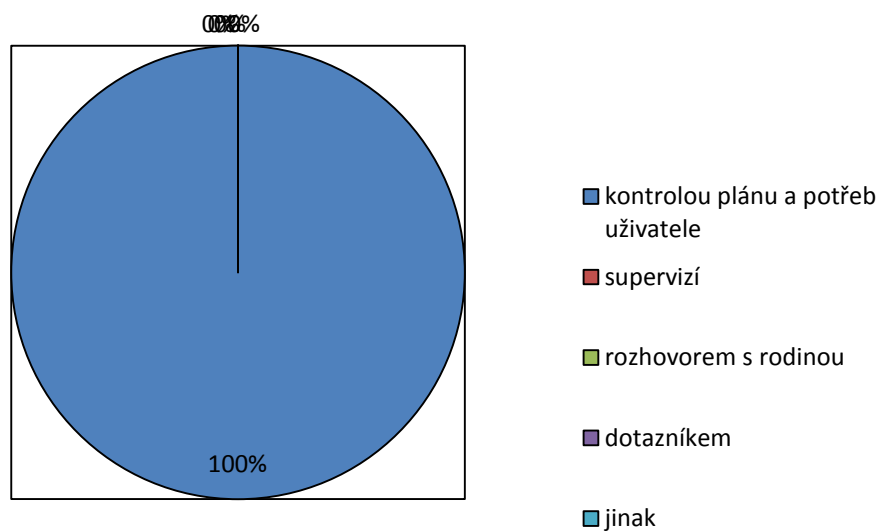
Graf 14: Co Vám v rámci individuálního plánování sociální služby schází?



Zdroj: vlastní průzkum autorky

Většina dotazovaných (48 respondentů) uvedla, že nejvíce jim při individuálním plánování sociální služby s osobou s Alzheimerovou demencí chybí dostatek času. Dalších 7 dotazovaných postrádá konkrétní postupy při práci s touto cílovou skupinou uživatelů. Zpětná vazba od vedení organizace nebo spolupracovníků vykazovala 0, což je předpoklad toho, že v rámci organizace funguje intervize a supervizní podpora.

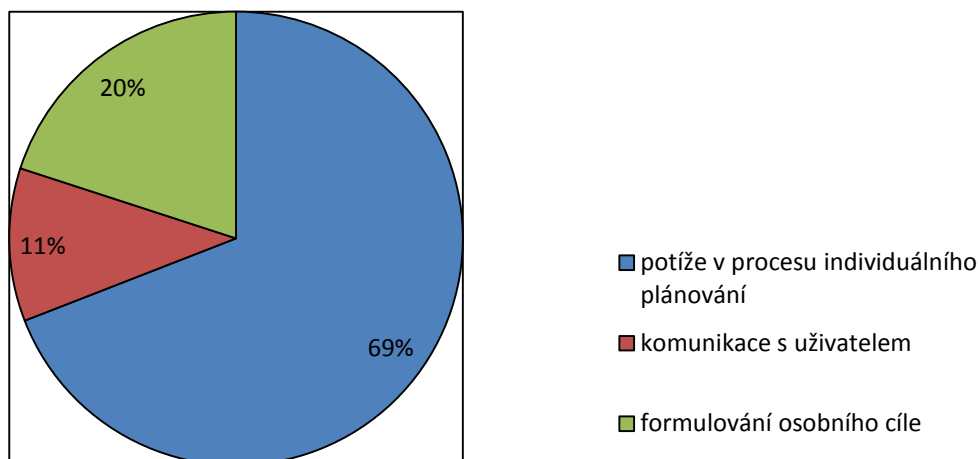
Graf 15: Jakými konkrétními metodami zjišťujete shodu mezi stanovenými cíli uživatele a jeho skutečnými potřebami a očekáváními?



Zdroj: vlastní průzkum autorky

U této otázky odpovědělo všech 55 dotazovaných shodně, a to, že shodu mezi stanovenými cíli uživatele a jeho skutečnými potřebami zjišťují na základě jeho potřeb a na základě kontroly individuálního plánu. Z výsledku je zcela patrné, že respondenti opět vycházejí z metodiky individuálního plánování sociální služby tak jak to požaduje organizace.

Graf 16: Co Vám nedělá při individuálním plánování s osobou s Alzheimerovou demencí potíže a uveďte proč?



Zdroj: vlastní průzkum autorky

V rámci poslední a otevřené otázky v dotazníku byly odpovědi respondentů velmi různorodé. 24 respondentů uvedlo, že „i když se vychází z interní metodiky, vždy se najdou nějaké obtíže, bez kterých to nejde.“ Další respondenti (25 dotazovaných) vykazali naprostou shodu, neboť všichni shodně uvedli, že „formulování osobních cílů u klientů s demencí je poměrně těžké, protože vám svá přání a potřeby častokrát nejsou schopni sdělit“ 6 dotazovaných uvedlo „potíže v komunikaci s osobou s Alzheimerovou demencí, protože tito klienti mají potíže sdělenou informaci rozumově zpracovat.“ Další skupina respondentů vidí potíže „v nedostatku alternativních forem komunikace, ve které by potřebovali proškolit, a tím by tak měli možnost klientovi ještě více porozumět.“

6 INTERPRETACE A DISKUZE VÝSLEDKŮ

Po zpracování výsledků dotazníkového šetření jsem dospěla ke konečným výsledkům.

Cílem práce bylo zjistit, v čem individuální plánování sociální služby pomáhá klíčovými pracovníkům při práci s osobou s Alzheimerovou demencí v praxi organizace poskytující pobytovou sociální službu domov se zvláštním režimem v souladu se zákonem o sociálních službách, se zaměřením na Standard číslo pět – Individuální plánování sociální služby.

Praktická část diplomové práce se zabývala dílčí otázkou, zda klíčoví pracovníci provádějí individuální plánování sociální služby s osobou s Alzheimerovou demencí dle postupů individuálního plánování sociální služby pro tyto uživatele, který je orientován na koncepci plánování zaměřeného na člověka a standardy kvality sociálních služeb.

Z průzkumného šetření jasně vyplývá, že klíčoví pracovníci plánují podle standardů kvality sociálních služeb a interní metodiky orientované na uživatele. Všechny 55 dotazovaných uvádí, že míru podpory a pomoci zjišťují v oblasti úkonů sebeobsluhy a soběstačnosti tak jak uvádí interní metodika individuálního plánování služby pro uživatele a koncept plánování zaměřený na člověka. Mapování potřeb, které pracovníci zjišťují volným pozorováním vede k přesnému zjištění potřeb a tím k určení míry podpory v oblasti sebepečce a soběstačnosti, což je z pohledu pracovníků způsob, který jim pomáhá v tom, že se osobní cíl stává pro obě strany uchopitelný a přesněji vymezený. Shodu mezi stanovenými cíli uživatele a jeho skutečnými potřebami a očekáváními pak zjišťují prostřednictvím kontroly plánu a potřeb klienta.

Z toho lze usoudit, že klíčoví pracovníci mají předpoklady k individuálnímu plánování sociální služby s osobou s Alzheimerovou demencí v praxi konkrétní organizace poskytující sociální služby.

V rámci cíle z výsledků vyplývá, že respondenti mají daleko více vnitřních předpokladů pro individuální plánování sociální služby s cílovou skupinou uživatelů než vnějších. Vyplývá to i ze skutečnosti, že i když 43 respondentů začalo používat metodu individuálního plánování sociální služby z důvodu zavedení standardů kvality sociálních služeb v organizaci, je vnitřní motivace jakou je např. poskytnout kvalitní službu či smysluplnost práce a zájem o uživatele důležitá pro 44 dotazovaných, a to i přes skutečnost, že u 6 respondentů je vnitřní motivace nulová. V oblasti vnějších podmínek chybí většině dotazovaných dostatek času pro individuální plánování s čím jistě souvisí zajištění klidu pro vykonávanou práci. Pro zkvalitnění své práce 15 respondentům chybí příklady tzv. dobré praxe a rovněž prostředek pro ověření a zhodnocení kvality procesů v praktické činnosti.

Srovnání výsledků šetření se stanovenými průzkumnými hypotézami

Hypotéza č. 1: Více jak polovina respondentů provádí po uvedení Standardů kvality sociálních služeb do praxe individuální plánování sociální služby s osobou s Alzheimerovou demencí dle interní metodiky zařízení.

K výše uvedené hypotéze se vztahovaly otázky číslo jedenáct, dvanáct, třináct a patnáct. Grafy číslo šest, jedenáct, dvanáct, třináct a patnáct promítaly celý proces individuálního plánování sociální služby. Respondenti buď odpovídali na jednotlivé celky procesu individuálního plánování nebo měli možnost se v několika otázkách vyjádřit. S hypotézou číslo jedna nepřímo souvisí otázky číslo sedm, osm, deset, na které navazují i jejich grafická znázornění. V otázce číslo sedm graf zaznamenává určité potíže pracovníků v procesu individuálního plánování. Graf číslo osm zase změnu přístupů práce k těmto uživatelům, kteří mají specifické potřeby. Grafy číslo čtyři a deset podávají přehled v přístupech práce s těmito osobami před zavedením procesu individuálního plánování. Analýzou jednotlivých odpovědí lze potvrdit, že organizace naplňuje deklarované služby tím, že všichni oslovení respondenti (klíčoví pracovníci) pracují v systému individuálního plánování sociální služby. Platnost této hypotézy se potvrdila.

Hypotéza č. 2: Více než polovina respondentů postrádá smysl svojí práce při individuálním plánování sociální služby s osobou s Alzheimerovou demencí.

K této hypotéze se nejvíce vztahovaly otázky a grafy číslo čtyři, pět, sedm, devět, čtrnáct, které zároveň odpovídají na stanovenou hypotézu. Otázka číslo čtyři objasňuje u dotazovaných respondentů jejich vnitřní motivaci, ke kterým patří především poskytnout uživateli kvalitní službu, smysluplnost vykonávané práce a zájem o uživatele. Na tuto otázku pak plynule navazuje otázka číslo pět s grafem, který dokresluje čím je u klíčových pracovníků vnitřní motivace posilována. Graf číslo sedm vypovídá o oblastech, které dělají respondentům při individuálním plánování určité těžkosti. Většina oslovených uvedla oblast spolupráce s rodinou uživatele a nedostatek času na ostatní klienty. Potíže se objevují i v oblasti nastavení cílů a postupů práce s uživateli s Alzheimerovou demencí, zmíněno bylo u sedmi respondentů i psaní zápisů. Úkolem otázky číslo devět bylo zjistit, co by klíčoví pracovníci v rámci individuálního plánování s osobou s Alzheimerovou demencí požadovali. Na základě jednotlivých odpovědí bylo zjištěno, že více než polovina respondentů potřebuje více času a klidu i příklady tzv. dobré praxe, které jsou přehlednější a názornější. Kromě těchto dvou aspektů třináct dotazovaných uvedlo častější spolupráci s rodinou a deset nějaký hmatatelný nástroj pro ověření kvality. Otázka číslo čtrnáct dávala prostor pro vyjádření, co respondentům v rámci individuálního plánování schází. Z grafu lze jednoznačně

vyčíst, že klíčoví pracovníci se potýkají především s nedostatkem času, v malé míře i s konkrétními pracovními postupy s cílovou skupinou uživatelů. V pracovním procesu se tak mohou určitým způsobem objevovat naučené stereotypy bez hlubšího zájmu o klienta. Tím je ovlivněna i motivace jednotlivých klíčových pracovníků, pro které mohou být vykonávané úkony zautomatizované, práce s uživatelem tak může postrádat nějaký hlubší smysl. Stanovená hypotéza se potvrdila.

Hypotéza č. 3: Více než polovina respondentů má při individuálním plánování dostatek času věnovat se osobním cílům uživatelů

Z celkového počtu 55 respondentů se v rámci otázky číslo devět vyjádřilo 32 dotazovaných, že nejvíce by požadovali v procesu individuálního plánování sociální služby dostatek času a klid, který je potřebný při individuálním plánování, především při tvorbě individuálního plánu. Z celkové analýzy otázek lze usoudit, že pracovníci sice realizují individuální plánování podle interní metodiky a zákonných požadavků, ale velmi „povrchním“ způsobem. Stanovená hypotéza se nepotvrdila.

Na základě vyhodnocení odpovědí respondentů lze usoudit, že pracovníci přímé obslužné péče se zajímají o obsah standardu a tím se identifikují s jeho principy, což jistě vede ke zkvalitnění poskytované péče. U těchto pracovníků je patrné, že informovanost v oblasti individuálního plánování je dobrá. Je možno předpokládat, že úroveň informovanosti pracovníků zvyšují i supervizní podpora a neustálé proškolení zaměstnanců účastí na různých kurzech, přednáškách a seminářích. Z průzkumného šetření lze usoudit, že zainteresovaní pracovníci, vykonávající funkci klíčových pracovníků, mají zmapované potřeby uživatelů, které se snaží naplňovat v souladu se zákonem i standardy organizace. Na základě výsledků lze předpokládat, že pracovníci vnímají tento standard kvality jako závazný dokument, jehož pochopení přispívá ke stále vyššímu respektování osobnosti člověka. Nejvýraznějším prvkem v procesu individuálního plánování se ukázalo časové hledisko, což může většina dotazovaných vnímat jako možný zdroj problémových situací z hlediska plánování s uživatelem. V této souvislosti lze vyházet i z možného nedostatku pracovních sil či z potíží při delegování pracovních povinností či rozdělení kompetencí. Výsledky mohl ovlivnit i věk respondentů, který zahrnoval ve 21,45% věkové rozmezí 30-49 let, tedy věk, pro který je charakteristická určitá citová zralost a orientace na životní hodnoty, mezi které patří i respekt k lidskému životu a úcta ke stáří. Dotazníkové šetření zaznamenalo individuální postoje respondentů k uvedené oblasti vycházející ze standardu číslo pět. Každý pracovník se ztotožňuje se systémem a obsahem standardu odlišně, ale přesto se lze domnívat, že důvodem většinové znalosti a celkově pozitivního hodnocení pracovníků je vnímání potřebnosti tohoto standardu jako klíčového a tím i důležitosti individuálního a komplexního přístupu k uživatelům s Alzheimerovou demencí v procesu individuálního plánování.

ZÁVĚR

Do roku 2007 nebyla žádným způsobem oblast sociálních služeb v České republice řešena, a to ani koncepčně ani legislativně. Chybělo metodické vedení, jak odborné, tak pro práci s uživateli. Nebylo dořešeno financování a deinstitucionalizace péče o uživatele sociálních služeb. Je proto nutné podotknout, že zavedením komplexně nového systému sociální péče se otevřel prostor, který vytvořil prostředí pro rozvoj vztahů a prostor ke spolupráci mezi poskytovatelem a uživatelem založený na rovnoprávnosti, dobrovolnosti a individuálním přístupu. V uplynulých letech celý systém sociálních služeb procházel významnými změnami. Narůstal počet i nové formy sociálních služeb a též se postupně zvyšovala jejich kvalita. Celý tento proces byl završen přijetím zákona o sociálních službách, jehož významnou součástí se staly právě standardy kvality.

Standard číslo pět - Individuální plánování sociální služby je jeden ze stěžejních dokumentů pro ověření kvality, jak v rámci inspekci kvality sociálních služeb, tak v rámci poskytovatelů sociálních služeb. Po roce 1989 došlo k výrazným změnám v poskytování služeb sociální péče k uživatelům v pobytových zařízeních. Tyto změny s sebou přinesly i nové prvky a možnosti ve vztahu poskytovatel a uživatel sociální služby právě pro osoby s Alzheimerovou demencí s jejich specifickými potřebami. Diplomová práce se zaměřuje na individuální plánování sociální služby s touto specifickou klientelou v prostředí domova se zvláštním režimem.

Organizace klade velký důraz na proces individuálního plánování. Neustále se snaží o zkvalitňování pracovních podmínek zaměstnanců a jejich osobnostní rozvoj. Na rostoucí požadavky v rámci naplňování osobních cílů a potřeb uživatelů citlivě reaguje a věnuje individuálnímu plánování prostor i v rámci pravidelných supervizí. Pracovníkům je tak umožněno získat poznatky a odpovědi v problémových oblastech.

Práce se dotýká témat, která by mohla být předmětem dalšího průzkumu. Vzhledem k výsledkům dotazníkového šetření by bylo do budoucna zajímavé provést v této oblasti detailnější průzkum. Domnívám se, že podrobnější výzkum by mohl být zaměřen např. na:

- vliv kvality vzdělání pracovníků v sociálních službách (přímé obslužné péče) na proces individuálního plánování
- proces individuálního plánování z pohledu uživatelů sociální služby

Výzkum vztahující se ke kvalitě vzdělání by mohl úzce souviset s rozvojem a perspektivami jedince, vše v návaznosti na potřeby skupinové. Samotní pracovníci jsou v tomto případě nositeli potřeb, kteří působí v oblasti péče a plánování o uživatele s Alzheimerovou demencí a jsou součástí hierarchie pracovních pozic. Výchozím bodem by tak mohla být individuální úroveň, pracovník,

jeho potřeby vzhledem ke konkrétním situacím a práci, kterou vykonává. Další oblast by mohla zahrnovat jejich pracovní profil, úroveň vzdělání, zkušenosti, vztah k práci a jiné. Hlavním úkolem by tedy bylo připravit programy a intervence, jejichž realizace by povedla ke zlepšení stávající situace.

Zajímavý by mohl být i průzkum z pohledu samotných uživatelů. Individuální plánování v kontextu s poskytovanou péčí by mohlo působit na některé uživatele jako určitý „zásah“ do jejich autonomie, což je ovšem z principu celého procesu vyloučené.

Pracovníci v sociálních službách – přímé obslužné péči prokázali znalost v naplňování standardu číslo pět – individuální plánování sociální služby tím, že individuální plánování realizují v souladu s interní metodikou a podle zákona o sociálních službách. V některých otázkách ovšem nebyli zcela s naplňováním standardu ztotožnění. Pokud vezmeme v potaz to negativní, co je s plánováním spojené, dostaneme se k zajímavým disproporcím, ze kterých vyplývá, že to negativní, co plánování přináší, je větší časová a administrativní zátěž. Ale pozitivní význam je nesporný. Z interpretace výsledků a diskuze lze vyčíst, že význam individuálního plánování pracovníci vnímají především v přítomnosti interní metodiky, která jim poskytuje jednotnost, jakým způsobem poskytovat službu v co možná nejvyšší kvalitě. To pro ně může znamenat při plánování větší bezpečnost – ví, na čem se s uživateli domluvili, mají obranu proti jejich požadavkům, které nejsou zahrnuty v plánu. Na druhé straně zároveň slouží ke zvyšování kvality služby a na změnu v nabídce služeb uživatelům, čímž mohou ve větší míře naplňovat jejich individuální potřeby. Tento proces může být nesporně i jedním z mechanismů pro tvorbu rozvojových plánů organizace. Podpora ze strany organizace, která se snaží neustále o zkvalitňování pracovních podmínek zaměstnanců a jejich osobnostní rozvoj, by měla být i nadále přítomna. Z toho plyne, že potřebu důsledné prevence a diagnostiky především v oblasti vzdělávání pracovníků zařízení citlivě vnímá a věnuje dostatečný prostor i supervizím. Organizace by se proto i nadále měla snažit pružně reagovat a rozvíjet v souladu s neustále rostoucími požadavky na péči o osoby s Alzheimerovou demencí a poskytovat pracovníkům relevantní podmínky a odpovědi v problémových oblastech. Individuální plánování sociální služby s uživatelem je jedna z cest k cíli, kterým je všestranná spokojenost uživatele plynoucí z naplnění jeho specifických potřeb, zájmů a přání.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BUIJSSEN, H. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Nakladatelství Portál. 2006. 136 s. ISBN 80-7367-081-X.

CARPEROVÁ, J. *100 jednoduchých věcí, které můžeme udělat proti Alzheimerově nemoci a úbytku paměti*. New York. Vyšehrad, s.r.o. 2011, s. 288, ISBN 978-80-7429-194-4.

FRANCOVÁ, H., NOVOTNÝ, A., KOPECKÁ, D., ZIMMELOVÁ, P., KAPLAN, E. *Metodika obslužné péče a základní výchovné nepedagogické činnosti v domovech pro seniory*. Praha : Marcom, 2008.

HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetřovatelství 10. Manuálek sociální gerontologie*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004, s. 72, ISBN 80-7013-363-5.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. vyd., Brno: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109—19-9.

HÁTLOVÁ, B. SUCHÁ, J. *Kinezioterapie demencí*. Praha 10 : TRITON. 2005, s. 108. ISBN 80-7254-564-7.

HERMANOVÁ, M., HERMAN, J., PROKOP, J., ROZPRÝMOVÁ, H. *Aktuální kapitoly z péče o seniory*. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. ISBN 57-858-08.

HOJGROVÁ, V. *Reminiscenční terapie*. In Odborný časopis Sociální služby, XII. Ročník, 8-9/2010, s. 48. ISSN 1803-7348, 2010,

HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV public relations, spol. s r.o. 2007, s. 299, ISBN 978-80-254-0177-4.

CHRUMČIAKOVÁ, K. *Špecifické potřeby klientů s Alzheimerovou chorobou*. In Odborný časopis Sociální služby, ročník 13, číslo 4/2011 duben, I s. 16, SSN 1803-7348.

JEŽEK, M. *Jak se vypořádat s narůstajícím počtem klientů s demencí?*. In Odborný časopis Sociální služby ročník XIII, číslo 6-7/2011, s. 38, ISSN 1803-7348,

KOUKOLÍK, F. *Mozek a jeho duše*. Praha: nakladatelství Makropulos, 1995. s. 221. ISBN 80-901776-1-1.

JIRÁK, R., KOUKOLÍK, F. *DEMENCE. Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha 5: Nakladatelství Galén. s. 335. ISBN 80-7262-268-4.

KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči*. 2. aktualizované vyd. Praha : Anag, 2008. 266 s. ISBN 978-80-7263-462-0.

KRUTILOVÁ, D., ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J. *Sociální služby. Tvorba a zavádění Standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*. Praha : Zpracováno ve spolupráci s Asociací poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2008, ISBN 978-80-254-3427-7.

MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha : Grada, 2010. ISBN 80-247-3148-7

PIDRMAN, V. *Demence pro praktické lékaře. Diagnostika a léčba*. Praha 4: Maxdorf s.r.o. nakladatelství odborné literatury, 2005. s.96. ISBN 80-7345-052-6

PROCHÁZKOVÁ, E. *Psychobiografický model profesora Erwina Böhma* in Odborný časopis sociální služby, ročník XII únor 2010, s.22, ISSN 1803-7348,

RABOCH, J. PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie - minimum pro praxi*. Praha: Nakladatelství Triton, 1999. s. 191. ISBN 80-85875-98-5.

SAK, P. KOLESÁROVÁ, K. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3850-5.

STRAKOVÁ M., ČERMÁKOVÁ K. *Standardy kvality pro sociální služby - příručka pro uživatele*, Praha: MPSV, 2008.

ŠELNER, I. *Úloha rodiny v péči o seniory – realita a prognózy*. In Sociální práce, časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci, ročník 2/2004, s. 171, ISSN 1213-624.

TOPINKOVÁ, E. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci, Manuál pro klinickou praxi*. Praha 3 : UCB Pharma, s.r.o., 1999. s. 87. ISBN 80-238-4913-1.

TOPINKOVÁ, E., JIRÁK R., KOŽENÝ J. *Krátká neurokognitivní baterie pro sceening demence v klinické praxi: sedmiminutový screeningový test* časopis Neurologie pro praxi, ISSN- 1213-1814, rok 2002, 3. ročník, č. 6, s 323.

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*, Praha 7: Grada Publishing a.s., 2007, s. 96, ISBN 978-80.247-2170-5.

MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. Praha. Portál, 2011. 200 s. ISBN 978-80-262-0041-3.

STANDARDY DOMOVA SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM. *Standard č. 5 – Individuální plánování sociální služby*. Praha : domov se zvláštním režimem, 2012/2013.

Seznam použitých internetových zdrojů

Ministerstvo práce a sociálních věcí. Bílá kniha v sociálních službách. [online]. 2013 [cit. 2013-03-01]. Dostupný z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/9>

Ministerstvo práce a sociálních věcí. Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe – Průvodce poskytovatele. [online]. 2013 [cit. 2013-02-02]. Dostupný z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/5962>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Charakteristika organizace	I
Příloha B – Dotazník pro průzkumnou část diplomové práce	II
Příloha C – Individuální plán (vzor)	III

Příloha A - Charakteristika organizace

CHARAKTERISTIKA ORGANIZACE

Zřizovatelem této příspěvkové organizace je Hl.m. Praha. Poslání, cíle, funkce a poskytované sociální služby jsou provozovány dle Zákona č.108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění a dalšími provádějícími předpisy. V tomto domově pro seniory jsou tři oddělení, které poskytují uživatelům sociální službu „domov se zvláštním režimem“, kde je poskytována péče lidem trpícím Alzheimerovou demencí. Kapacita této služby je 120 míst. Péče o uživatele je zajištěna nepřetržitě. Uživatelé zde mohou bydlet ve vícelůžkových, dvoulůžkových, případně jednolůžkových pokojích. Pokoje jsou vybaveny standardním nábytkem. Uživatelům jsou zde poskytovány následující služby:

- ubytování
- stravování
- prádelna
- údržba
- pravidelný úklid
- přítomnost praktického lékaře v zařízení (3x týdně)
- externí lékaři – specialisté (dochází dle potřeb uživatelů)
- rehabilitace (pouze na doporučení lékaře)
- spirituální péče (pravidelně dochází páter)
- kiosek (prodej občerstvení)
- kadeřnice, holič, pedikérka (pravidelně docházejí)
- prodejci potravin, textilu, drogerie a kosmetiky (pravidelně)

Péče o uživatele je zajištěna týmem pracovníků, kteří mají kvalifikaci – odbornou způsobilost k výkonu své profese. Do budoucna toto zařízení počítá s navýšením počtu pracovníků a dobrovolníků, jejich dalším vzděláváním, i s podporou externího konzultanta – supervize. Vizí organizace je zlepšení úrovně poskytované péče a služeb.

Příloha B – Dotazník pro průzkumnou část diplomové práce

DOTAZNÍK

Vážení respondenti,

Prosím Vás o vyplnění dotazníku. Vyplnění dotazníku je zcela dobrovolné a anonymní. Cílem dotazníkového šetření je zjistit, v čem individuální plánování sociální služby pomáhá klíčovým pracovníkům při práci s osobou s Alzheimerovou demencí. Vámi vyplněný dotazník bude sloužit pouze pro studijní účely.

Dotazník je určen pro klíčové pracovníky osob s Alzheimerovou demencí a obsahuje 16 otázek. U všech typů otázek si prosím vyberte pro Vaši odpověď pouze jednu z nabízených variant.

Děkuji za vyplnění dotazníku.

DOTAZNÍK

1. Jak dlouho pracujete s cílovou skupinou uživatelů?

- do 1 roku
- 1- 3 roky
- 3- 5 let
- více než 5 let, napište kolik let

2. Odlišujete při individuálním plánování sociální služby s cílovou skupinou stupeň demence?

- ne
- někdy
- ano, v čem

3. Z jakého důvodu používáte při své práci metodu individuálního plánování?

- přijetí zákona o sociálních službách
- zavedení Standardů kvality sociálních služeb v organizaci
- na základě vlastního rozhodnutí
- jiné, napište jaké

4. Jakou máte Vy osobně vnitřní motivaci k individuálnímu plánování sociální služby?

- smysluplnost práce
- orientace na uživatele
- pracovní úkol
- poskytnout kvalitní sociální službu
- jinou, napište jakou

5. Čím je Vaše vnitřní motivace k individuálnímu plánování sociální služby povzbuzována?

- samostudiem
- zabezpečením kurzu zaměstnavatelem
- vedením organizace
- od spolupracovníků
- jiné, napište čím

6. Kde jste se metodě individuálního plánování sociální služby školila?

- na kurzu
- v rámci organizace
- vlastním studiem
- metodou buď – nebo
- jiné, napište jak

7. Co Vám při individuálním plánování sociální služby dělá potíže?

- nedostatek času na jiné uživatele
- spolupráce s rodinou
- nastavení cílů a postupů práce
- psaní zápisů
- jiné, napište co

8. Jak změnilo individuální plánování sociální služby Váš vztah k práci s osobou s Alzheimerovou demencí?

- lepší vnímání potřeb uživatelů
- pochopení osobnosti uživatele
- uspořádanost v pracovních postupech
- beze změny
- v čem, napište

9. Co byste nejvíce v rámci individuálního plánování sociální služby s osobou s Alzheimerovou demencí požadovala?

- více času a klidu
- více spolupráce s rodinou
- jasnější a názornější příklady
- technická a materiální vybavenost
- prostředek pro ověření kvality

10. Jakým způsobem jste pracovala dříve než jste začala pracovat a využívat způsob individuálního plánování sociální služby?

- intuice a vlastní rozum
- respektovala jsem potřeby a přání uživatele
- názorné příklady dobré praxe z literatury
- osobní plány
- nic

11. Jakým způsobem zjišťujete potřeby u osob s Alzheimerovou demencí?

- volným pozorováním

- rozbořem ze zdravotnické dokumentace
- dotazníkem
- rozhovorem
- jinak, napište jak

12. Zaměřujete se cíleně u osob s Alzheimerovou demencí při zjišťování míry pomoci a podpory na některé z níže uvedených oblastí?

- celoživotní vzdělávání
- úkony sebeobsluhy a soběstačnosti
- finanční zajištění
- chování

13. K čemu podle Vás slouží přesné vymezení oblasti podpory a pomoci (viz. otázka č. 12) při určování dalších postupů při práci s osobou s Alzheimerovou demencí?

- prostor pro odpověď
- dané oblasti dále nerozpracovávám

14. Co Vám v rámci individuálního plánování sociální služby schází?

- čas
- zpětná vazba od vedení organizace
- zpětná vazba od spolupracovníků
- konkrétní postupy práce s cílovou skupinou
- jiné, napište jaké

15. Jakými konkrétními metodami zjišťujete shodu mezi stanovenými cíli uživatele a jeho skutečnými potřebami a očekáváními?

- rozhovorem s rodinou
- kontrolou plánu a potřeb uživatele
- supervizi
- dotazníkem
- pokud jinak, napište jak

16. Co Vám nedělá při individuálním plánování s osobou s Alzheimerovou demencí potíže a uveďte proč?

Děkuji za vyplnění dotazníku.

Příloha C – Individuální plán (vzor)

INDIVIDUÁLNÍ PLÁN			
Jméno a příjmení:			
Rok narození:		LIST č.:	1
Klíčový pracovník:			
Datum vypracování individuálního plánu:			
Přání uživatele	Potřeby uživatele	Zdroje uživatele	Rizika
		vnitřní:	
Mít kontakt s dcerou	Udržovat kontakt s rodinou (především s dcerou)	-kladný vztah k dceři -schopnost sdělit své pocity -komunikovat -schopnost dát své pocity najevo, např. projevit radost z přítomnosti dcery, úsměv, dotek atp.	Sociální izolace – celkové zhoršení psychického stavu
		vnější:	
		-návštěvy dcery -prostory zařízení k nerušenému posezení	

LIST č.: 2

Předcházení rizik / opatření	Osobní cíl (cíl v jeho konkrétní podobě- dojednaná podpora-podílející se osoby)	Hodnocení / přehodnocení
		Datum:
	<p>Být v kontaktu s dcerou</p> <ul style="list-style-type: none"> - domluvené pravidelné návštěvy dcery, 3x týdně, a to v pondělí, středu a pátek od 14.00 hod. -připomenout opakovaně v den návštěvy, že přijde dcera -informovat o návštěvě bude klíčový pracovník nebo pracovníci přímé obslužné péče ve službě, aktivizační pracovník, vedoucí oddělení, v průběhu daného dne - pro nerušený rozhovor pracovníci nabídnou společenskou místnost, příp. jiné společné prostory -zmapovat jestli má i nadále o návštěvy zájem a chce mít kontakt s dcerou 	<p>Uživatelka chce být v osobním kontaktu se svojí dcerou. Když nepřijde, dává najevo smutek. Když ji řeknu o návštěvě tak projevuje radost úsměvem, na dceru se dle jejího sdělení velmi těší. Návštěvy dcery mají na uživatelku patrně pozitivní vliv a zlepšují celkově její psychickou kondici. Ve vzájemné spolupráci se budeme snažit zachovat pravidelnost návštěv a zvýšit jejich četnost. Potřeba uživatelky byla naplněna a nadále přetrvává.</p>
Domluvit s dcerou častější návštěvy, tím selepší její psychická kondice		

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Silvia Majtánová

Obor: Speciální pedagogika

Forma studia: Kombinované studium

Název práce: Individuální plánování sociální služby s osobou s Alzheimerovou demencí

Rok: 2013

Počet stran textu: 60

Počet stran bez příloh: 69

Celkový počet stran příloh: 9

Počet titulů českých použitých zdrojů: 26

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 1

Počet internetových zdrojů: 2

Vedoucí práce: Mgr. Martina Karkošová