UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálně pedagogických studií

Diplomová práce

Bc. Štěpánka Doležalová

Využití speciálních metod během individuálního plánování u osob s neurokognitivní poruchou

Olomouc 2025 Vedoucí práce: prof. Mgr. PaedDr. Jan Michalík, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Využití speciálních metod během individuálního plánování u osob s neurokognitivní poruchou“ vypracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu bibliografických citací.

V Olomouci dne 29. 3. 2025 ..……..…..

Bc. Štěpánka Doležalová

Anotace

Jméno a příjmení:	Bc. Štěpánka Doležalová
Katedra nebo ústav:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	prof. Mgr. PaedDr. Jan Michalík, Ph.D.
Rok obhajoby:	2025

Název závěrečné práce:	Využití speciálních metod během individuálního plánování u osob s neurokognitivní poruchou
Název závěrečné práce v angličtině:	The use of special methods during individual planning for people with neurocognitive disorder
Anotace závěrečné práce:	Tato diplomová práce se zaměřuje na využití speciálních metod během individuálního plánování u osob s neurokognitivní poruchou. Cílem práce je analyzovat efektivitu jednotlivých přístupů, zhodnotit roli multidisciplinárního týmu v procesu individuálního plánování a zjistit, jak pracovníci sociálních služeb vnímají význam individuálního plánu jako klíčového dokumentu v péči o klienta. Součástí výzkumu je také zkoumání postojů respondentů k zavedení pozice speciálního pedagoga v sociálních službách. Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část se věnuje základním pojmům souvisejícím se Zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, významem IP, multidisciplinární spoluprací v sociálních službách a problematikou neurokognitivní poruchy. Empirická část popisuje metodologii výzkumu, charakteristiku výzkumného vzorku a analýzu získaných dat, na jejichž základě byly ověřovány stanovené hypotézy. Diskusní část porovnává výsledky výzkumu s odbornou literaturou a přináší doporučení pro další výzkumná šetření i praktické využití v oblasti sociálních služeb.
Klíčová slova:	Individuální plánování, neurokognitivní porucha, speciální metody, multidisciplinární přístup, sociální služby
Anotace v angličtině:	This thesis focuses on the use of special methods during individual planning for people with neurocognitive disorder. The aim of the thesis is to

	analyse the effectiveness of each approach, to evaluate the role of the multidisciplinary team in the process of individual planning and to find out how social service workers perceive the importance of the individual plan as a key document in the care of the client. The research also includes an examination of the respondents' attitudes towards the introduction of the position of special educator in social services. The thesis is divided into theoretical and empirical parts. The theoretical part is devoted to basic concepts related to Act No. 108/2006 Coll., on Social Services, the importance of individual planning, multidisciplinary cooperation in social services and the issue of neurocognitive disorder. The empirical part describes the research methodology, the characteristics of the research sample and the analysis of the obtained data, on the basis of which the established hypotheses were tested. The discussion section compares the research results with the literature and provides recommendations for further research investigations and practical application in the field of social services.
Klíčová slova v angličtině:	Individual planning, neurocognitive disorder, special methods, multidisciplinary approach, social services
Přílohy vázané v práci:	2
Rozsah práce:	91
Jazyk práce:	Český jazyk

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Pedagogická fakulta
Akademický rok: 2024/2025

Studijní program: Speciální pedagogika – poradenství
Forma studia: Kombinovaná
Specializace/kombinace: Speciální pedagogika – poradenství (SPOR)

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

Jméno a příjmení:	**Bc. Štěpánka DOLEŽALOVÁ**
Osobní číslo:	**D230172**
Adresa:	Perálec 73, Perálec, 53944 Proseč u Skutče, Česká republika
Téma práce:	Využití speciálních metod během individuálního plánování u osob s neurokognitivní poruchou
Téma práce anglicky:	The use of special methods during individual planning for people with neurocognitive disorder
Jazyk práce:	Čeština
Související osoby:	prof. PaedDr. Jan Michalík, Ph.D. (Vedoucí) Ústav speciálněpedagogických studií

Zásady pro vypracování:

1. Pravidelné konzultace s vedoucím práce
2. Zpracování teoretické části práce do září 2024
3. Zpracování praktické části práce do ledna 2025
4. Předložení podrobného záměru výzkumné části práce do ledna 2024

Seznam doporučené literatury:

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (2006). https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108
Gulová, L. (2011). Sociální práce pro pedagogické obory. Grada.
Hricová, A., Ondrášek, S., & Urban, D. (2023). Metodologie v sociální práci. Grada.
Pinkasová, K. (2016). Montessori principy v péči o seniory: Příručka pro rodinné i profesionální pečovatele. Praha: Seňorina s.r.o..
Jiruš, J. (2023). Speciální pedagog a jeho pracovní uplatnění v zařízeních sociálních služeb [Bakalářská práce, Univerzita Palackého]. Theses. https://theses.cz/id/3hdvo8/#panel_html
Matoušek, O., Kodymová, P., & Koláčková, J. (Eds.). (2010). Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi (Vyd. 2). Portál.

© IS/STAG, Portál – Podklad kvalifikační práce , dolest03, 28. března 2025 17:18

Malíková, E. (2020). Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb (2., aktualizované a doplněné vydání). Grada Publishing.

Stav schvalování: Vedoucím katedry schválen studentův podklad VŠKP

Podpis studenta: Datum:

Podpis vedoucího práce: Datum:

Podpis vedoucího pracoviště: Datum:

© IS/STAG, Portál – Podklad kvalifikační práce , dolest03, 28. března 2025 17:18

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala panu prof. Mgr. PaedDr. Janu Michalíkovi, Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce, jeho podporu, motivaci a vstřícný přístup. Velké poděkování patří všem respondentům, kteří ochotně sdíleli své zkušenosti a přispěli k realizaci tohoto výzkumu. Také děkuji mým blízkým, kteří mi byli během studia oporou.

Obsah

Úvod 10

1. Individuální plánování jako nedílná součástí smlouvy o poskytování sociální služby. 12

1.1. Vymezení pojmů souvisejících s poskytováním sociální služby 12

1.2. Standard kvality č. 5 - individuální plánování průběhu sociální služby 14

1.3. Smysl a význam individuálního plánování 18

2. Multidisciplinární tým v sociálních službách 20

2.1. Práce multidisciplinárního týmu 20

2.2. Důležitost tvorby sociální sítě klienta 21

2.3. Role speciálního pedagoga v sociálních službách 24

3. Neurokognitivní porucha 26

3.1. Vymezení pojmu 26

3.2. Vliv neurokognitivní poruchy na osobnost jedince 28

3.3. Speciální metody využívané při práci s osobou s neurokognitivní poruchou 31

3.3.1. Alternativní a augmentativní komunikace 31

3.3.2. Bazální stimulace 32

3.3.3. Expresivní terapie 33

3.3.4. Montessori přístup 33

3.3.5. Plánování zaměřené na člověka 34

3.3.6. Preterapie 34

3.3.7. Reminiscenční terapie a práce s biografií 34

3.3.8. Validace podle Naomi Feil 35

4. Výzkumná část 36

4.1. Cíl výzkumného šetření, výzkumné otázky, hypotézy 36

4.2. Metodologie 37

4.2.1. Etické zásady výzkumného šetření 39

4.3. Charakteristika výzkumného vzorku a prostředí 39

4.4. Analýza výsledků ... 47
4.4.1. Deskripce dotazníku ... 47
4.4.2. Ověření hypotéz ... 56
4.5. Limity výzkumu ... 60
4.5.1. Na straně výzkumníka ... 60
4.5.2. Na straně metodologie výzkumu ... 60
4.5.3. Na straně výzkumného prostředí ... 61
5. Diskuse ... 62
Shrnutí ... 68
Seznam použitých zdrojů ... 70
Seznam zkratek ... 78
Seznam grafů ... 79
Seznam tabulek ... 79
Seznam příloh ... 80

Úvod

Individuální plánování (dále jen „IP“) představuje klíčový proces v rámci poskytování sociálních služeb, jehož cílem je zajistit individualizovanou péči odpovídající specifickým potřebám klientů. V kontextu osob s neurokognitivní poruchou (dále jen „NKP“) hraje IP zásadní roli při zajištění kvality poskytovaných služeb, udržení důstojnosti života klienta a co největšího zachování jeho soběstačnosti. Proces IP a jeho efektivita mohou být ovlivněny mnoha faktory, včetně znalostí a zkušeností pracovníků, dostupnosti speciálních metod a úrovně multidisciplinární spolupráce.

Cílem této práce bylo analyzovat využití speciálních metod během IP u osob s NKP, posoudit efektivitu jednotlivých přístupů a zhodnotit roli multidisciplinárního týmu v tomto procesu. Výzkum se dále zaměřoval na to, jak pracovníci daných služeb vnímají význam IP a jaký přínos má podle nich pozice speciálního pedagoga v tomto kontextu.

S rostoucím počtem seniorů v populaci se zvyšuje i prevalence NKP, což klade nejen na sociální služby nové požadavky. Efektivní IP může výrazně zlepšit kvalitu života klientů, umožnit jim déle si uchovat soběstačnost a snížit nároky na institucionalizovanou péči. Další klíčovou oblastí je multidisciplinární spolupráce, která by měla zajistit propojení odborné podpory s klienty a jejich rodinami. Nicméně v praxi mohou existovat bariéry bránící efektivní kooperaci mezi jednotlivými odborníky. Výzkum se proto zabývá tím, s kterými profesemi pracovníci nejčastěji spolupracují a jak tuto spolupráci hodnotí. Posledním zkoumaným aspektem je role speciálního pedagoga v sociálních službách. Přestože odborná literatura upozorňuje na potenciální přínosy této profese pro práci s osobami s NKP, výzkumy naznačují, že tato role není v praxi sociálních služeb běžně zastoupena. Cílem je proto zjistit, zda pracovníci v sociálních službách považují speciálního pedagoga za přínosného člena týmu a zda by mohl hrát významnější roli v IP.

Práce je strukturována do dvou hlavních částí.

Teoretická část se zaměřuje na vymezení hlavních pojmů spojených se Zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále jen „ZSS“) a s IP. Dále se věnuje roli multidisciplinárního týmu v sociálních službách, jeho funkcím a úkolům. Součástí teoretického rámce je také problematika NKP a jejich dopad na schopnosti a potřeby klientů.

Empirická část detailně popisuje metodologii výzkumu, charakteristiku výzkumného vzorku a analýzu získaných dat. Na základě těchto dat byly ověřovány stanovené hypotézy a interpretovány výsledky šetření. Diskusní část porovnává výzkumná zjištění s odbornou

literaturou a předchozími studiemi, přičemž formuluje doporučení pro další výzkum i praktické využití výsledků v sociálních službách.

1. Individuální plánování jako nedílná součástí smlouvy o poskytování sociální služby

1.1. Vymezení pojmů souvisejících s poskytováním sociální služby

Autoři Matoušek a Koldinská (2011) popisují, že před přijetím současného ZSS definice sociální péče ze svého významu v klientech nepodněcovala dostatečnou samostatnost a motivaci pro aktivní snahu změnit svou sociální situaci. Negativně také vnímá to, že služba byla poskytována pouze určitým cílovým skupinám a zaměřovala se na velmi malý okruh druhů sociálních služeb. Malíková (2020) spatřuje jako problémové, že v minulosti nebyla poskytována individualizovaná péče. V pobytových zařízeních spíše docházelo k poskytování jednotné péče, která neplnila odlišné představy uživatelů služby. Služby poskytované v přirozeném prostředí klienta, tedy služby terénní, začaly fungovat až v počátcích devadesátých let dvacátého století, a to prvotně v nestátním sektoru. I přesto byl jejich výčet nedostatečný a významnou část služeb nadále představovaly služby ústavní. Jako pozitivní s přijetím nového ZSS, který byl přijat v roce 2008, vidí autorka změnu definice příspěvku na péči, nové rozdělení druhů sociálních služeb, zavedení uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby mezi poskytovatelem a příjemcem, zajištění nutnosti registrovat sociální službu u daného kraje, který má možnost provádět kontrolu kvality služeb a definici nutných podmínek pro výkon povolání sociálního pracovníka. Podle Matouška a Koldinské (2011) by poslední dvě zmíněné oblasti měly zajišťovat dostatečnou kvalitu poskytování sociálních služeb. Čámský et al. (2011) ale vidí jako nejpodstatnější změnu právě uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby. Oba autoři Čámský et al. (2011) a Matoušek a Koldinská (2011) vyzdvihují to, že díky tomuto dokumentu je jasně vymezen vztah, který mezi klientem a poskytovatelem služby vzniká. S tím souhlasí i Michalík (2008) a doplňuje, že toto před přijetím nového ZSS zajištěno nebylo a zájemci byla určitá služba pouze přiřazena. Arnoldová (2011, s. 211) pak poukazuje na to, že „na poskytnutí sociální služby není nárok" její podoba je vytvořena právě na základě smlouvy mezi zainteresovanými subjekty sociální služby. V souvislosti s tím uvádí Formánek a Jindra (2020), že během poskytování sociální služby může být její rozsah a způsob zprostředkování upravován pouze na základě úprav v IP a není potřeba měnit samotnou smlouvu.

ZSS definuje sociální služby jako aktivity, které vedou k sociálnímu začlenění či jako opatření proti sociálním vyloučením daného jedince. Což potvrzují i Matoušek a Koldinská (2011, s. 9) a dodávají, že cílem sociální služby může být i „společnost chránit před riziky,

jejichž jsou tito lidé nositeli." Z toho důvodu je potřeba v rámci této služby brát zřetel mimo dané osoby i na rodinu a sociální prostředí klienta.

Občané mají nárok žádat o podporu ze stran sociálních služeb, pokud se nachází v rizikové sociální situaci, kterou vlastními silami nezvládají řešit (Arnoldová, 2011).

ZSS popisuje druhy a formy sociálních služeb. Sociální služby mohou být poskytovány formou.

1. Pobytovou, zde služby probíhají v pobytových zařízeních sociálních služeb.
2. Ambulantní ta je zajištěna organizací, kam klient dochází pouze na určitou část dne.
3. Terénní, jenž se uskutečňuje pro klienta v běžném prostředí.

Důležitá část ZSS je i rozdělení druhů sociálních služeb. Těmi jsou služby sociální péče, služby sociální prevence a sociální poradenství, které je dále děleno na základní a odborné. Poskytovatelé sociálních služeb jsou zavázáni poskytnou základní poradenství všem jedincům bezplatně. Odborné sociální poradenství již probíhá ve specifických poradnách pro danou cílovou skupinu. Záměrem služeb sociální péče je poskytnout jedincovi náležitou podporu a přístup v prostředí pro něj nelimitujícím. Pomoci s celkovou soběstačností a fungováním v jeho životě. Cílem služby sociální prevence je pomoci jedincům ohroženým sociálním vyloučením tomuto stavu účinně předcházet.

Pro poskytování sociální služby je důležitá také Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách (dále jen „prováděcí vyhláška k ZSS). Zde jsou vypsány nutné podmínky pro tvorbu smlouvy o poskytování sociálních služby či IP průběhu sociální služby. Povinnost IP je poskytovatelům sociálních služeb uložena ZSS. Každá sociální služba musí plnit závazek plánovat vývoj dané služby, což je nutné zajistit s ohledem na osobní záměr, požadavky a dovednosti klienta. Povinností je, aby hodnocení služby probíhalo za přítomnosti klienta či zákonných zástupců nebo opatrovníků. Průběh služby i průběh hodnocení je třeba zaznamenávat písemně. Po celou dobu se musí přihlížet k zachování morálních zásad a lidských práv. Zásadní je podpora aktivity a motivace klienta, ke změně jeho nepříznivé sociální situace. Tato podpora je postavena na předem stanovených individuálních potřebách. Podpora by měla vést k větší samostatnosti klienta. Ministerstvo práce a sociálních věcí (2022) zmiňuje, že výsledkem činnosti IP vzniká dokument individuální plán. Díky němuž je každému klientovi poskytována služba dostatečně uzpůsobená a je možné napravovat vzniklou nevhodnou sociální situaci. Anglická organizace TeamTeach (2024) se shoduje s výše uvedeným a IP popisuje jako jednoduchý, stručný a přehledný pracovní dokument, který poskytuje informace o jednotlivci. Umožňuje předvídat

a předcházet možným scénářům tím, že poskytuje podklady a souvislosti o uživatelích služby. Dokument nabízí vhled do klíčových strategií, jež je možné využít k účinné podpoře klienta. Taktéž Tasmanian Government (2018) svou definicí IP koresponduje s uvedeným, podle nich je to živý dokument, který je vytvářen mezi klientem a poskytovatelem sociální služby, který odráží cíle osoby. Popisuje, jak bude podpora poskytována, jakým způsobem bude docházet k dosažení cílů a jak budou výsledky měřeny.

1.2. Standard kvality č. 5 - individuální plánování průběhu sociální služby

Zásadní novinkou pro klienty v rámci zavedení ZSS jsou mimo jiné i kritéria a pravidla poskytování služby k jejichž plnění se sociální služba zavazuje. Kontrolu dodržování tohoto závazku provádí inspekce sociálních služeb. Zmíněnými kritérii jsou tzv. standardy kvality (dále jen „SQ") (Michalík, 2009). Podle Čámského et al. (2011) k zavedení SQ vedly zásady ZSS. Jsou jimi povinnost poskytnou bezplatné sociální poradenství, respektování důstojnosti každého jedince a respekt k jejich právům, motivace klienta k tomu být samostatný, jednání s klientem podle individuálních potřeb, snaha o podporu při budování sociálního zázemí člověka, rovnoprávnost a dobrovolnost. Autoři Arnoldová (2011) a Matoušek a Koldinská (2011) uvádí, že SQ vymezují to, co se od každé sociální služby očekává pro zajištění potřebné kvality. S tím souhlasí i Čámský et al. (2011, s. 25), který doplňuje, že v případě nedodržování povinnosti, ke které se služba zavazuje může dojít k „odebrání registrace k poskytování sociálních služeb, a tudíž znemožnění činnosti poskytovatele".

Arnoldová (2011) dodává, že SQ jsou vypsány obecně a každý poskytovatel služby si jejich přesnou podobu specifikuje sám. Toho se může účastnit například i uživatel služby nebo spolupracující odborník. Pro možné vyhodnocení, zda jsou SQ dodržovány, je nutné, aby byly měřitelné. Prováděcí vyhláška k ZSS definuje jednotlivé SQ, kterých je celkem 15.

Pro účel této diplomové práce bude více specifikován SQ č. 5 Individuální plánování průběhu sociální služby. Prováděcí vyhláška k ZSS uvádí, k čemu se sociální služba SQ č. 5 zavazuje. Služba musí mít písemně specifikované postupy podle kterých se vytváření a hodnocení IP řídí. Musí s přihlédnutím na potřeby klienta toto IP provádět za jeho přítomnosti. Nezbytné je v pravidelných časových obdobích s daným uživatelem služby posuzovat plnění cílů, které si stanovil. Zaměstnancům zainteresovaným do procesu IP musí být ze strany poskytovatele zajištěna možnost předávat si vzájemně zpětnou vazbu pro fungování poskytování sociální služby. Po celou dobu poskytování sociální služby je klientovi určen jeden specifický zaměstnanec. TeamTeach (2024) pro takovou osobu používají pojem klíčový

pracovník, který by měl být plně odpovědný za podobu IP a měl by zajistit, aby byl jeho obsah pravidelně revidován a aktualizován. Formánek a Jindra (2020) také využívají pojem klíčový pracovník. Zmiňují, že tuto roli může ale plnit sociální pracovník, aktivizační pracovník nebo i pracovník v sociálních službách. Zásadní je, aby měla tato osoba vybudovaný důvěrný vztah s klientem a byli v pravidelném kontaktu. Dle Sobka (2010) je zmíněné budování vztahu podstatné pro následné přemýšlení nad tím, co by klient mohl potřebovat a jaké možnosti podpory jsou. Čámský et al. (2011) v souvislosti s působením klíčových pracovníků dodává, že je nezbytné, aby bylo dostatečně provedeno jejich vzdělávání a příprava k této činnosti. Totiž kvalita průběhu IP se projevuje i v samotné kvalitě dané sociální služby.

Jak uvádí Ministerstvo práce a sociálních věcí (2022) ZSS nevymezuje přesnou podobu samotné tvorby IP. Jednotlivé sociální služby si tuto činnost tedy mohou přizpůsobovat dle cílové skupiny, se kterou pracují, druhu služby a dalších důležitých prvků. To vyzdvihují i Čámský et al. (2011) a píšou, že odlišně bude probíhat IP u klientů různého věku a jiný přístup k IP bude volen u klientů s různým rizikem sociálního vyloučení. Sociální služby mohou využít alternativní způsoby IP. Například v podobě obrázků nebo Braillova písma. Formánek a Jindra (2020) nicméně upozorňují, že každá sociální služba se k provádění IP zavazuje.

Hauke (2011) a Ministerstvo práce a sociálních věcí (2022) popisují IP jako proces během kterého se poskytovatel služby a klient snaží najít vzájemný cíl spolupráce. Průběh plnění a dosažení cíle je stanoven dohodnutým postupem. Dle Čámského et al. (2011) je nutné, aby IP bylo jasné, podřizovalo se potřebám klienta, bylo tvořeno v jeho přítomnosti a v pravidelných obdobích revidováno. V souvislosti s tím upozorňuje TeamTeach (2024), že nesmí docházet k tlaku na klienta hledat řešení jeho situace, pokud k tomu není sám připravený. Jedinec by se v tomto procesu měl cítit bezpečně. Podle Tasmanian Government (2018) by měl být klient k této činnosti vlídně motivován a povzbuzován mít chuť se do této činnosti zapojit. Vždy je důležité zohlednit schopnosti klienta, které se odráží v míře jeho zapojení.

Při vytváření IP je možné řídit se dvěma druhy cílů dělící se dle typů úkolů. Jsou to úkony asistenční a rozvojové. Asistenční úkony mohou být jako cíl využity u klienta, který si bez pomoci druhé osoby nemůže zajistit základní životní potřeby jako je zajištění a podání stravy, péče o svou hygienu a podobně. Na druhé straně rozvojové činnosti je možné chápat jako cíle za účelem rozvoje nebo zachování vědomostí a schopností, které pomáhají klientovi více samostatně zvládat svůj současný sociální stav. Úkony se mohou prolínat. Vždy je ale

podstatné stanovit cíl podle druhu sociální služby. Každá sociální služba je totiž poskytována za účelem jiného typu pomoci (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2022).

Ministerstvo práce a sociálních věcí (2022, s. 6) také uvádí možný postup při tvoření IP.

1. „sjednávání" - Vyjasnění si představ zájemce o poskytování služby, představení poskytnutí možné podpory, vyhodnocení, zda je specifická služba vhodná vzhledem k sociální situaci žadatele.
2. „upřesnění" - Tento bod mohou využívat jen některé služby. Například tam, kde dochází ke zvykání si na poskytování sociální služby. Mohou to být pobytové sociální služby. V tomto období jsou více sledovány klientovy potřeby, specifika či schopnosti. Závěrem může být úprava IP na základě zjištění podrobnějších informací.
3. „realizace plánu, získávání a sdílení informací" - Nyní je již poskytována samotná sociální služba. Účelem tohoto období je naplnit předem sjednané cíle. Nicméně ani nyní se nesmí zapomínat na neustálé získávání informací pro další nastavování služby. Nezanedbatelnou součástí je i předávání si informací mezi pracovníky služby.
4. „hodnocení" - Sociální pracovník s uživatelem pravidelně hodnotí průběh poskytování a naplňování cílů. Časové období, kdy k této činnosti dochází se odvíjí od specifik dané sociální služby či v případě, že se významným způsobem změní klientova sociální situace. Informace, které hodnocení nabídne jsou důležité nejen pro další poskytování služby klientovi, ale i pro budování úrovně sociální služby.
5. „aktualizace" - Získané podněty z předchozího bodu jsou zakomponovány do další spolupráce. Ať už poskytování služby probíhá v nezměněné podobě, či s upravenými cíli a kroky vedoucích k nim. Nebo doporučení jiné sociální služby při zjištění, že se klientovy potřeby výrazně změnily. Případně ukončení poskytování služby z důvodu naplnění sjednaných cílů a odstranění rizika vzniku sociálního vyloučení.

Oproti tomu TeamTeach (2024) jako první krok při tvorbě IP nazývají „snímek", během toho je třeba se více zaměřit na záliby klienta, způsoby projevu a na jeho vlastnosti. Druhým bodem jsou dle nich takzvané „spouštěče" sem řadí věci, které v jedinci mohou vyvolat neobvyklé reakce, rozrušení, nebo činnosti, se kterými má osoba problémy. Díky znalostem těchto "spouštěčů" se poskytovaná služba může přizpůsobit a snažit se jim úplně předcházet. Třetí oblastí popisují jako „prezentace". Zde je podstatné zjistit, jak se klient chová v běžných, rizikových či nečekaných situacích. Totiž každá osoba ve stejné situaci reaguje odlišně. Když tyto reakce u každého klienta individuálně zjistíme, nemusí docházet k situacím,

kdy mu bude poskytována podpora, kterou nepotřebuje. Znalost tohoto chování může být i předpovídající ukazatel pro nadcházející krizovou situaci. Čtvrtá v tvorbě IP je „strategie podpory“. Je důležité zjistit, jaké postupy při řešení problému dříve fungovaly, a to u každé osoby specificky. V případě, že se objeví nová fungující nebo také i nefungující strategie řešení problému, je podstatné to dostatečně zdokumentovat a podělit se o tom se spolupracovníky. Předposledním v procesu vytváření IP je „hodnocení rizik“. Podle stanoveného cíle a potřeb klienta je důležité zamyslet se nad riziky, která se v procesu mohou objevit a jejich možná úprava, předcházení nebo odstranění. Zásadní je zamyslet se i nad tím, jak budeme postupovat při akutním riziku ohrožující klientovo zdraví. Finální jsou tzv. „fyzické zásahy“ jsou to postupy, při kterých je použita fyzické zakročení. Jsou použity jen tehdy, pokud to je v nejlepším zájmu klienta. Taková intervence by měla být úměrná a použita v co nejmenší intenzitě a po co nejkratší dobu. I přesto, že jsou tyto postupy zapsané v IP měly by se využívat jako poslední varianta a my bychom měli postupovat tak, aby nemusely být využity.

Sobek (2010, s. 26) jako nejdůležitější krok v procesu IP vidí „poznávání a mapování” potřeb klienta. Zmiňuje, že až po tomto kroku je možné začít tvořit spolupráci. Bez dostatečné připravenosti není v podstatě reálné definovat vhodný cíl a zajistit klientovi efektivní službu. I Formánek a Jindra (2020) vyzdvihují nutnost provést důkladné zjišťování potřeb uživatele služby. Upozorňují, že je zásadní určit, v jaké nepříznivé situaci se jedinec nachází. Pro některé uživatele může být náročné či nemožné problém popsat. Také se během procesu může objevit jiný, závažnější problém, který je třeba řešit. Dle autorů musí být celý výše zmíněný proces započat zájemcem při prvotním kontaktu se sociální službou. Autorka Hauke (2011) souhlasí s důležitostí zjišťování přání a potřeby klienta. Podle ní je právě sám klient největším odborníkem na to, co by potřeboval pro naplnění potřeb. Způsob, kterým je možné takové informace docílit je rozhovor přímo s touto osobou nebo s osobami pečujícími.

Malíková (2020) ale jako dostatečně nevyřešené vidí způsob zjišťování potřeb u osob, které je nedokážou vyjádřit právě běžným verbálním způsobem či mají různě závažnou poruchu vědomí. Pro to, aby byla tato činnost účinná je zásadní znát efektivní postupy pro práci s těmito osobami. Podle Hauke (2011) je při hledání potřeb zásadní komunikace s rodinou či pečujícími, kteří přáním klienta většinou znají nebo je umí tlumočit. Kromě toho je důležité takového klienta pozorovat, jak v určitých situacích reaguje.

K tomu dodává Sobek (2015), že u těchto klientů a osob s těžším stupněm mentálního postižení bývá prospěšnější spíše kvalitně zmapovat jeho výchozí situaci a z toho vyvodit,

v jakých oblastech v životě je třeba poskytnout podporu. Jako nepostradatelné autor popisuje také týmovou spolupráci při řešení takové situace, jelikož právě v týmu mohou být nápady různorodější. Při hledání cílů je dle autora možné položit si otázku: Co můžeme v několika dalších týdnech či měsících udělat, aby se našemu klientovi dařilo o něco lépe?

Podle Formánka a Jindry (2020) se poskytovatelé sociálních služeb mohou v tomto procesu střetávat s problémy jako například absence zaměstnance odpovědného za koordinování a kontrolu průběhu IP. Chybění pravidel a postupů tvorby IP. Nekvalitní či chybějící předávání informací. Zaměření se spíše na administrativní úkony. Příliš velké požadavky na pracovníky, kteří nejsou dostatečně proškoleni. Tvorba IP bez přítomnosti klienta. Přistupování k této činnosti jako k zatěžující povinnosti. S posledním uvedeným se ztotožňuje i Sobek (2010) a jako další negativa v praxi uvádí vynechání hledání potřeb a specifik klienta a místo toho vedení přímé debaty zaměřené na formulování cílů. To může být pro klienta matoucí a nemusí shledávat jako smysluplné cíl hledat. Ministerstvo práce a sociálních věcí (2022) vidí jako nutné pro změnu v přístupu k této činnosti a spatřování smyslu v IP, jasně stanovit, jaký je záměr, význam a výsledný produkt.

1.3. Smysl a význam individuálního plánování

„Osobní cíle má každý člověk, i člověk který umírá" (Hauke, 2011, s. 15).

Pro některé služby a jejich pracovníky je průběh samotného IP velkou obavou. To může být způsobeno nejistotou, jak tuto činnost provádět u klientů s náročnějšími potřebami. Pracovníci nemusí v této činnosti spatřovat význam a IP provádějí pouze za účelem splnění povinností (Hauke, 2011). Sobek (2010) doplňuje, že obavou pracovníků může být i hledání nového cíle v případě naplnění prvotní mety. Přílišné upnutí sociálního pracovníka na hledání cíle v procesu IP může poté vést k upozadění podstatných věcí pro klienta a zrcadlení představ pracovníka do tohoto procesu. Ministerstvo práce a sociálních věcí (2022) uvádí, že právě tato činnost poskytuje podporu jak klientovi, tak poskytovateli sociální služby. IP by mělo vyjasnit, jaké závazky a postupy v průběhu dosahování vytyčeného cíle k sobě vzájemně mají. Díky jeho dodržování je službou zajišťována jednotná práce. Tato pravidla jsou předpokladem k poskytování dostatečně kvalitní sociální služby. S tím souhlasí i Hauke (2011) a uvádí, že pro práci s jakoukoliv cílovou skupinou má IP zásadní význam. Ve svém výzkumu to potvrdila i Krybusová (2015). Dle zjištění je IP podstatným informačním dokumentem. I přesto ve 3 domovech se zvláštním režimem z celkového počtu 9, které byly do výzkumu zapojeni, v IP nenalézají význam. Z toho můžeme vyvodit, že v 6 tj. více než v polovině zařízení tento

význam vidí. Také Straková (2018) potvrzuje, že počet pracovníků, spatřující význam IP pro práci s klienty, je většinový.

Čámský et al. (2011) vidí IP jako podstatný prostředek poskytování sociální služby. Smysl zaznamenává v zajišťování takové služby, která má zásadní prospěch pro uživatele a začleňuje ho do průběhu IP. Sobek (2017) podstatu v IP spatřuje v tom, že můžeme lépe nahlížet na klienta jako na jedince s určitými životními zkušenostmi, jako na jedince, který se nějak chová, má určité kladné i slabé stránky. Uživatel služby je díky tomu brán jako výjimečná osobnost. Malíková (2020) k tomu doplňuje, že proces IP pomáhá klientovi k omezení pocitu, že jeho potřeby nejsou pochopeny. Klient se cítí více bezpečně a je prohlubována jeho důvěra a spokojenost se službou. Osobám pracujícím s klienty dává IP, i přes prvotní zvýšení práce a nutnost vést dokumentaci, lepší pochopení klientových potřeb a způsobu poskytování podpory a péče. Zlepšení dovedností pracovníků v komunikačních technikách a zvýšení jejich potřeby osobního vzdělávání. Dobrý pocit při naplnění předem určených cílů. Vyšší nároky na odborné znalosti mohou způsobovat výraznější psychický nátlak. Autorka tedy ukazuje na významné klady vycházející z poskytování individualizované služby klientovi.

Čámský et al. (2011) upozorňuje, že je nutné důvody, proč je IP v poskytované službě zásadní, jasně a srozumitelně klientovi vysvětlit. Jen v takovém případě bude shledávat význam v IP i on.

Sobek (2010) zmiňuje to, že při přehnaném zaměření pouze na hledání cíle IP, může být klient ochuzen o důležité věci, které tento celý proces nabízí. Podle Formánka a Jindry (2020, s. 101) může proces vést "k tomu, aby si osoby využívající sociální služby udržely autonomii svého rozhodování, aby se nebudovala závislost osob na sociální službě a nevytvářelo nebo neprohlubovalo se jejich sociální vyloučení či izolace." Autoři mimo to také význam spatřují ve zvýšení úrovně života klienta a jeho přebírání zodpovědnosti za vlastní život. S tím souhlasí i Tasmania Government (2018) a Čámský et al. (2011), kteří k tomu dodávají, že služba, která by převzala zodpovědnost na sebe by tím klienta vyčlenila z procesu IP. Uživatel by z toho důvodu neměl možnost uskutečňovat jeho potřeby a nastavovat si své cíle. S posledním se ztotožňuje i TeamTeach (2024) a uvádí, že díky zapojení si klient může vytvořit pro něj nejvhodnější způsob podpory při řešení problému.

Důležité je soustředit se na klientovu situaci komplexně. Mít nastavené cíle týkající se všech, pro něj podstatných oblastí, neupřednostňovat některý okruh života před jiným. Jedině tím se zajistí naplnění veškerých potřeb (Sobek, 2010).

2. Multidisciplinární tým v sociálních službách

Definice sociálních služeb a samotné poskytování služby se prolíná i do jiných resortů nežli jen do resortu Ministerstva práce a sociálních věcí (Matoušek & Koldinská, 2011). S tím souhlasí i Kunclová et al. (2020, s. 132) a zmiňují, že „spolupráce je nejen žádaným a očekávaným mezioborovým vztahem, ale také ze své definice – pracovat společně – souzní s hodnotami oboru sociální práce." Podle Jestřába (2022) tento přístup nebo přístup interdisciplinární, transdisciplinární či koordinované nebo ucelené rehabilitace je v naší společnosti již tradiční strategií v praxi i výzkumu. V rámci toho autor upozorňuje, že i přes snahu odborníků poukázat na potřebnost implementovat tento koncept do legislativy, se tak neděje. S tím si dané služby snaží poradit tím, že tyto postupy spolupráce, kterými se zvyšuje kvalita poskytovaných služeb, vkládají do svých vnitřních norem. O tomto problému hovoří ve svém výzkumu i Jirků a Vacková (2020), které uvádí, že nepřesnosti ve srozumitelnosti toho, jakou roli má jednotlivá osoba, fungující ve skupině koordinované rehabilitaci, by se mohly vyřešit legislativním ukotvením. Podle autorek by také významnou roli sehrával case manager, který by jednotlivé role pracovníků koordinoval a podporoval klienta v řešení jeho situace.

2.1. Práce multidisciplinárního týmu

Multidisciplinární tým sestává ze specialistů. Jejich složení se odvíjí od situace, kterou klient potřebuje řešit. Práce může probíhat jak se samotným klientem, tak i skupinou klientů (Kunclová et al., 2020). Díky zapojení více spolupracovníků do procesu IP můžeme klientovi snadněji vytvořit vhodnější podporu (TeamTeach, 2024). Skupiny odborníků musí fungovat rychle, snažit se obsáhnout celou situaci, kooperovat, propojovat činnosti s ostatními a vybírat takovou podporu, která je pro klienta dosažitelná. V multidisciplinárním týmu může působit složka zdravotnická, sociální, pedagogicko-výchovná, pracovní, technická a technologická, ekonomická a právní (Jestřáb, 2022).

Cílem multidisciplinární spolupráce je tedy vytvořit takzvanou kruhovou podporu. Do této podpory jsou zapojeni odborníci z různých oblastí, což vyzdvihují i autoři výše. Také by měl být zapojen samozřejmě i sám klient, jeho rodina a blízké osoby. Během této podpory se využívá různorodé spektrum metod z odlišných oblastí. Ke kvalitnímu fungování týmu je neodmyslitelná vhodná komunikace a sdělování informací, které mohou pomoci situaci řešit (Kunclová et al., 2020). K tomu se vyjadřuje i Malíková (2020) a dodává, že pro kvalitní fungování týmu je zásadní, aby probíhalo plynulé sdělování zjištěného, předávání praxe,

podpora a pomoc jeden druhému v krizových situacích. S tím souhlasí i Jestřáb (2022, s. 11) a dále o tomto principu hovoří jako o neustálých a obsáhlých aktivitách, které by měly vést ke „zmírnění přímých i nepřímých dopadů handicapu aktuálního stavu jedince do jeho života."

Z výzkumu Willis et al. (2022) vyplývá, že odborníci pracující v multidisciplinárním týmu akceptují potřebu rozšířit své znalosti o informace z ostatních spolupracujících oborů. Mezi respondenty převládal názor, že multidisciplinární týmy by si měly zachovávat své odborné dovednosti, ale také se vzájemně dovzdělávat. Během výzkumu autorů Asakawa et al. (2017) bylo zjištěno, že i přes postupné zlepšování mezioborové spolupráce mezi zdravotnickými obory a sociálními službami se stále objevují komplikace. Odborníci zmiňovali problém v odlišnosti myšlení a způsobu jejich práce. Uváděli, že pro změnu v přístupu je zásadní snaha o respekt právě k těmto rozdílům. Výzkum také ukazuje, že v oblastech, kde je mezioborová spolupráce méně rozvinutá, je nezbytné vytvořit pozici koordinátora, jehož úkolem by bylo kooperaci řídit. A to nejen v podobě pořádání pravidelných setkání, ale především snažit se vytvořit dobrou komunikaci mezi obory, podporovat úzkou spolupráci odborníků v praxi s přihlédnutím k výše zmíněným specifikům oborů. Tedy jeho hlavní úkol by byl dosáhnout celkového zlepšení práce multidisciplinárního týmu. K tématu multidisciplinarity se vyjadřuje i Vojtíšek (2017), který ve svém výzkumu týkající se profesionalizace sociální práce v České republice popisuje, že informanti, jimiž byli sociální pracovníci, si zažili jak pozitivní, tak negativní zpětnou vazbu na účast jejich profese v multidisciplinárním týmu. Stejně jako v ostatních výzkumech účastníci uvádí nutnost snažit se budovat pozitivní vztah se spolupracujícími jedinci. Možnost negativního chování k sociálním pracovníkům od odborníků z jiných oblastí si někteří vysvětlovali nedostatečnou informovaností o tom, jaká je pracovní náplň sociálního pracovníka a nerespektováním jejich odborné kvalifikace. S vyšším uznáním se pak setkali sociální pracovníci působící v neziskových organizacích než sociální pracovníci ve veřejné správě. Jasnější vymezení jednotlivých kompetencí pracovníků multidisciplinárního týmu a dostatečné vysvětlení jejich významu ostatním odborníkům i samotným klientům by mohlo vést právě k efektivnějšímu prosazení multidisciplinarity.

2.2. Důležitost tvorby sociální sítě klienta

Podle Mátela (2019) před využitím odborné pomoci ze stran sociálních služeb se většina jedinců nejprve obrací na svépomoc rodiny, blízkých a různých zdrojů ze svého okolí. Tento pojem se nazývá subsidiarita. Matoušek (2008, s. 155) o tomto principu říká, že „pokud

kompetence a zdroje nižší úrovně nedostačují, přenáší se rozhodování na vyšší úroveň." V souvislosti s tím píše Tasmanian Government (2018), že právě definování zdrojů a neformální podpory, na kterých je vhodné stavět, pomůže klientovi dosáhnout vytyčených cílů. Mezi články neformální podpory patří především pečující, rodina nebo přátelé. O těchto osobách Kunclová et al. (2020) uvádí, že jsou nenahraditelným článkem a stávají se, stejně jako ostatní odborníci, součástí skupiny. Úkolem sociálních pracovníků je docílit efektivní spolupráce právě s těmito osobami. Autorky dodávají, že v prostředí klienta se mimo výše uvedené mohou objevovat i dobrovolníci. V Zákoně č. 198/2002 Sb., Zákon o dobrovolnické službě (2002) je definováno, že dobrovolnictví je druh pomoci, která může být poskytována mimo jiné i seniorům či osobám se zdravotním postižením. Dle Matulayové a Krejčí (2022) může vést zapojení dobrovolníků do řešení otázek v sociálních službách k vyšší sociální inkluzi. Jako problém na druhou stranu vidí, že v České republice nedochází ke kvalitnímu a systematickému vedení jedinců k dobrovolnictví a dostatečné propagaci dobrovolnictví mezi studenty.

„Dobrovolnictví je dnes již nedílnou součástí moderních sociálních služeb, jeho úloha je podpůrná, dobrovolníci doplňují práci profesionálů a přispívají ke zvyšování kvality života klientů v sociálních službách" (Husáková, 2016, s. 28). S tím se ztotožňuje i Vérebová (2017) a vidí dobrovolnictví jako příležitost pro vhodnější proměnu tohoto oboru. Tato činnost díky svým důsledkům, jimiž mohou být zkvalitnění mezilidských kontaktů a prevence osamocení, může především pomáhat osobám s tělesným či mentálním postižením a u seniorů.

Matoušek et al. (2021) k tomu přidávají, že dobrovolníci se stávají neprofesionálním článkem vstupující do procesu sociální práce. S tím souhlasí i autorky Lusková a Lusková (2012), které ale dodávají, že dobrovolníci působící v akreditovaných programech se řídí pravidly určenými Zákonem č. 198/2002 Sb. Zákon o dobrovolnické službě (2002) a SQ č. 9 - Personální a organizační zajištění sociální služby. Autorky zpracovaly informace z průzkumu Registru sociálních služeb MPSV a Koalice dobrovolnických iniciativ Hestia o. s., díky čemuž bylo zjištěno, že počet dobrovolníků věnující se oblasti sociálních služeb byl v roce 2011 - 21 198. Dobrovolníci za daný rok odpracovali 584 490 dobrovolnických hodin v různých druzích sociálních služeb. S těmito údaji můžeme porovnat výzkum Českého statistického úřadu (2024), který zjistil, že jen za druhou polovinu roku 2023 se dobrovolnictví věnovalo 1 662 300 obyvatel ČR, z toho 390 300 tedy 23,5 % pomáhalo v oblasti sociální péče, kdy tato oblast byla výrazně zastoupena ženami. Výzkum ukazuje celkový čas strávený různorodou dobrovolnickou pomocí, což bylo zhruba 132 786 hodin

dobrovolnictví za posledních 12 měsíců. Jelikož výzkum neukázal počet dobrovolnických hodin věnovaných oblasti sociálních služeb není možné tuto informaci porovnat s výzkumem (Lusková & Lusková, 2012). Z uvedených dat je ale možné spatřovat výrazné zvýšení počtu osob dobrovolně pomáhajících v oblasti sociálních služeb a z toho tedy i vyvodit, že zastoupení dobrovolníků v multidisciplinárním týmu je zásadní. K výzkumům výše je možné ještě uvést výzkum Černochové et al. (2016), který zjišťoval motivaci dobrovolníků Univerzity Palackého navštěvující klienty sociálních služeb. Zjištěné data potvrzují významně vyšší zapojení žen do dobrovolnictví (91 %) oproti mužům (9 %) z celkového počtu 121 respondentů.

Spolupráce rodiny či opatrovníků se sociální službou umožňuje jejich vyjádření k situaci a povědomí o tom, jak poskytovaná služba, jejich rodinnému příslušníkovi, probíhá (TeamTeach, 2024). Osoba a její rodina, které je poskytována podpora by se měly cítit dobře v přítomnosti spolupracujících odborníků a měly by mít možnost se vyjádřit ke složení skupiny pomáhajících (Bannon et al., 2019). Pokud se podaří docílit vhodné součinnosti odborníků s rodinou a blízkými osobami klienta je možné hovořit o integraci uživatele služby do společnosti. V osobách zapojených do plnění IP klienta je možné probudit zájem k pokračující spolupráci tím, že jim je poskytnutá zpětná vazba k dané spolupráci. I proto je důležité od nejbližších klienta pravidelně získávat potřebné informace pro zvládnutí situace (Malíková, 2020). Obdobným tématem se zabývala také Krybusová (2015, s. 81). Ta svým výzkumem zjistila, jak neodmyslitelné je aktivní zapojení rodiny a blízkých osob klienta do průběhu IP s pracovníky zajišťující péči klientovi s demencí. Z výzkumu uskutečněným v 9 domovech se zvláštním režimem také vychází závěr, že můžeme „předpokládat souvislost mezi nízkou spoluprací týmů a pocitem bezvýznamnosti individuálního plánování.“ Jirků a Vacková (2020) výzkumem koordinované rehabilitace v sociálních službách autorky potvrzují, že spolupráce rodiny se službou je pro poskytování péče zásadní. Účastníci výzkumu, jimiž byli pracovníci služeb pro seniory, zmiňovali, že v případě absence rodiny nebo jejich odmítání zapojit se výrazně podporu ztěžuje. Na druhou stranu rodina, která se do péče aktivně angažuje, pomáhá zvládat plnění stanovených cílů a zkvalitňovat uživateli služby život.

Slowík (2022) o mezioborové spolupráci hovoří i v souvislosti se speciálně pedagogickou diagnostikou. Ta by dle něj měla být úplná a využívat kooperace různých odborníků a institucí, zařazuje tam školu, sociální službu nebo i rodinu. Dle autora je to tedy každý jedince, který se může účastnit podpory dané osoby.

2.3. Role speciálního pedagoga v sociálních službách

Slowík (2022, s. 65) zmiňuje, že speciální pedagogika je obor zaměřený „na výchovu, vzdělávání a celkový osobnostní a sociální rozvoj člověka s postižením nebo znevýhodněním, s cílem dosáhnout co možná nejvyšší míry jeho sociální inkluze." Autor též uvádí, že můžeme speciální pedagogiku dělit mimo jiné i dle struktury cílové skupiny. Zde zmiňuje speciální pedagogiku seniorů neboli gerontagogiku. Odkazuje také na meziresortní uplatnění speciálních pedagogů, ti mohu působit ve školství, zdravotnictví, vězeňství či v sociálních službách. Dle něj není speciálně pedagogické poradenství pro seniory a dospělé osoby s různým typem postižení tolik dostupné jako speciálně pedagogická intervence v rámci školního poradenství. Tyto aktivity jsou nicméně nabízeny jako součást některých sociálních služeb.

Mátel (2019) vyzdvihuje, že speciální pedagogika je pro sociální práci důležitá především kvůli sociální a pracovní rehabilitaci. Během podpory klienta je spolupráce pracovníků těchto oborů zásadní. Důležitost vzájemné spolupráce vidí i Bazalová (2023), která tvrdí, že ne všechny sociální služby určené lidem s mentálním postižením pozice speciálního pedagoga mají vytvořeny, i přesto, že by zde tato pozice měla své uplatnění. To by mohlo být využíváno k pokračování v rozvoji dovedností těchto klientů, u kterých při absenci této podpory dochází k významnému útlumu schopností. To později vede k jejich vyšší závislosti na péči druhé osoby. Značnou úlohu by v těchto službách dle autorky hrála i speciálně pedagogická intervence, různé terapie, alternativní a augmentativní komunikace (dále jen „AAK"), bazální stimulace a ostatní kompetence speciálního pedagoga. Patková (2017) sdílí svou zkušenost s poskytováním terapií ve službách sociální péče. V péči o klienty se zdravotním postižením se uplatňuje především arteterapie, muzikoterapie, biblioterapie nebo reminiscenční terapie. Podle autorky mají tyto aktivity pozitivní vliv na uživatele služby, a to hlavně z důvodu aktivní participace na rozvoji svých názorů, přesvědčení či postojů, stejně jako rozvoj vlastních zdrojů klienta.

Tato myšlenka byla potvrzena jednou z účastnic pilotního šetření této práce. Respondentka je vedoucí pracovníci domu s pečovatelskou službou – tedy služby sociální péče. Pracovnice hodnotí velmi pozitivně využití terapií u klientů s NKP. U nich v zařízení využívají hudby a reminiscenční terapii, díky kterým dochází ke zklidnění klienta a navázání bližšího a pro klienta bezpečného vztahu. To poté vede k jednodušší tvorbě IP a snazší práci klíčových pracovníků. Smysl také spatřuje v zavedení pozice speciálního pedagoga. Nicméně

z důvodu personální kapacity služby vytvoření pozice speciálního pedagoga na hlavní pracovní poměr u nich ve službě možné není, a tak jeho služeb využívají pouze občasně v rámci jednorázových aktivit – muzikoterapie a reminiscence.

Využití speciálního pedagoga v sociálních službách zkoumá i práce Jiruše (2023). Ten zjistil, že 13 % služeb účastnící se výzkumu pozici speciálního pedagoga mají. V 5 případech se jedná o služby sociální péče a ve 3 případech služby sociální prevence. Všechny z těchto služeb činnost speciálního pedagoga spatřují jako významnou. Služby, které pozici speciálního pedagoga nemají zřízenou by tuto pozici dokázali ve 27 případech vhodně využít, naopak ve 25 případech tuto pozici ve své službě jako vhodnou nevidí. Pro náš výzkum jsou z výše uvedeného výzkumu Jiruše (2023) důležitá data zaměřující se na služby pro seniory, z nichž jsme mohli vyvodit, že 10 sociálních služeb poskytující služby seniorům zavedení pozice speciálního pedagoga hodnotí jako významné, oproti tomu ale 15 sociálních služeb pro seniory jeho významnost nespatřují.

Podle Gulové (2011) probíhá lepší příprava pro aktivizační a sociálně terapeutické činnosti s klienty u pedagogů než u sociálních pracovníků. Slowík (2022) k tomu přidává, že i sociální služby mohou vhodně aplikovat speciálně pedagogické metody, jimiž jsou metody diagnostické, preventivní či intervenční. Možnost využití totožných postupů v různých oblastech je dána především stejným složením cílových skupin. Právě díky tomu, že výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, které jsou poskytovány v rámci základních aktivit některých sociálních služeb, se speciální pedagogové mohou účastnit IP klientů. Mimo zmíněné činnosti to mohou být také sociálně terapeutické činnosti, pomoc v uplatňování práv nebo oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí klientů, zprostředkování jejich kontaktu se společenským prostředím, během nichž najde uplatnění i speciální pedagog.

Podmínky, za kterých je možné působit jako sociální pracovník jsou stanovené ZSS, souhrn těchto náležitostí specifikují autoři Čámský et al. (2011) a Mátel (2019). Jsou jimi dosažení zdravotní způsobilosti, bezúhonnost, způsobilost k právním úkonům a absolvování specifického stupně a oblasti vzdělání. Jsou to obory zaměřené na studium sociální práce, sociální pedagogiky, sociální politiky, sociální péče, sociální patologie, humanitární činnosti nebo právě i speciální pedagogiky. Další zákonem stanovenou povinnost Čámský et al. (2011) dále vyzdvihuje nutnost pravidelného akreditovaného vzdělávání, kterým pracovníci musí procházet.

3. Neurokognitivní porucha

3.1. Vymezení pojmu

11. revize mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen „MKN-11”), která nahrazuje 10. revizi mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen „MKN-10”), byla schválena v roce 2019 a vstoupila v platnost 1. ledna 2022. Od této doby dochází k implementaci do českého prostředí (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, n.d.). Z důvodu stále probíhající implementace MKN-11 je třeba zmínit, jak je tato porucha popsána v MKN-10 a taktéž v 5. revizi diagnostického a statického manuálu duševních poruch (dále jen „DSM-5”). V praxi se totiž často stává, že jsou některé pojmy zaměňovány, nebo brány jako synonyma. Pojem NKP se v praxi teprve dostává do povědomí a jsou spíše stále používány pojmy demence či Alzheimerovo onemocnění, jakožto zastřešující pojmy pro snižování či degeneraci kognitivních funkcí.

NKP se projevuje „primárními klinickými deficity kognitivních funkcí, které jsou spíše získané než vývojové. To znamená, že neurokognitivní poruchy nezahrnují poruchy vyznačující se deficity kognitivních funkcí, které jsou přítomny od narození nebo které vznikají během vývojového období, a které jsou zařazeny ve skupině neurovývojových poruch. Spíše neurokognitivní poruchy představují pokles z dříve dosažené úrovně fungování. Ačkoli jsou kognitivní deficity přítomny u mnoha duševních poruch (např. schizofrenie, bipolární poruchy), do skupiny neurokognitivních poruch jsou zahrnuty pouze poruchy, jejichž základní rysy jsou kognitivní” (World health organization, 2024, leden).

Podle World health organization (2024) pod NKP spadá:

- Demence, MKN-11 dále uvádí, že se tato porucha může manifestovat například v důsledku Alzheimerovy choroby či další onemocnění
- Delirium
- Mírná neurokognitivní porucha
- Amnestická porucha
- Sekundární neurokognitivní syndrom
- Neurokognitivní poruchy, jiné určené
- Neurokognitivní poruchy, neurčené

Stejně tak se pojem NKP objevuje i v DSM-5. Sem je řazeno:

- Delirium
- Závažné a mírné NKP, které mohou být způsobeny například Alzheimerovou nemocí

DSM-5 definuje NKP jako projevy zhoršení kognitivních funkcí ve srovnání s předchozími dovednostmi daného jedince. Kognitivními funkcemi je zde myšleno učení a paměť, exekutivní funkce, pozornost, řeč, sociální vnímání a psychomotorické funkce. Rozdíl v mírné a závažné NKP je v míře závislosti na druhé osobě a samostatnosti jedince s tímto onemocněním. Mírná NKP způsobuje problémy ve zvládání instrumentálních činnostech jako například hospodaření s penězi. V porovnání s tím jedinec se závažnou NKP je plně závislý na pomoci druhé osoby ve všech oblastech života (American psychiatric association, 2013). Dle Janoutové et al. (2018) mírná kognitivní porucha stanovuje stupeň mezi přirozenými změnami kognitivních funkcí ve stáří a samotnou demencí.

Kódovací manuál MKN-10 pojem NKP nezmiňuje. Možná právě z toho důvodu není pojem NKP ještě pevně zakotven v užívané terminologii odborníků pracujících s lidmi s těmito problémy. Pod kategorií Organické duševní poruchy včetně symptomatických ale můžeme najít onemocnění:

- Demence u Alzheimerovy nemoci
- Vaskulární demence
- Demence u jiných nemocí zařazených jinde
- Neurčená demence
- Organický amnestický syndrom, který nebyl vyvolán alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami
- Delirium, které není vyvolané alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami
- Jiné duševní poruchy způsobené poškozením mozku jeho dysfunkcí a somatickou nemocí
- Poruchy osobnosti a chování způsobené onemocněním, poškozením a dysfunkcí mozku
- Neurčená organická nebo symptomatická duševní porucha

„Společným znakem těchto poruch jsou prokazatelné etiologie u mozkového onemocnění, poranění mozku nebo jiného poškození vedoucího k mozkové dysfunkci.” Specificky popsána je pak demence, u které dochází k „porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy choroby, cerebrovaskulárního onemocnění

a u jiných stavů, které primárně postihují mozek" (10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, 2024, 1. ledna). Jirák (2013) etiologii tohoto onemocnění dělí na dvě skupiny, a to demence neurodegenerativního původu (Alzheimerovo onemocnění, Huntingtonova nemoc) a sekundární demence (posttraumatické stavy, alkoholové, metabolické či vaskulární demence). Příčin vzniku tohoto stavu je nespočet a riziko vzniku se zvyšuje s přibývajícím věkem.

Vermunt et al. (2019) rozlišují tři typy NKP, které se odlišují dle závažnosti omezení v schopnostech zvládání běžných aktivit a to:

1. preklinické stadium, charakterizované normálními kognitivními schopnostmi
2. prodromální stadium, charakterizované mírnou kognitivní poruchou
3. stadium demence s funkční poruchou

Rozsah a délka jednotlivých fází je pro každého jedince specifická. To je ovlivněno mimo jiné i genetickými predispozicemi, věkem či pohlavím. K tomu dodává Sachdev et al. (2014), že zásadní rozdíly v průběhu a podobě tohoto onemocnění jsou dány především etiologií onemocnění a individuálními specifiky jedinců. S širokou variabilitou průběhu onemocnění souhlasí i Holmanová (2016) a Pape-Raschen (2024).

Reakce na změnu mohou být velmi odlišné. Od toho, kdy si jedinec změny nemusí vůbec povšimnout až po agresivní či depresivní reakce Pape-Raschen (2024).

3.2. Vliv neurokognitivní poruchy na osobnost jedince

Jak bylo zmíněno v podkapitole 3.1., NKP primárně zasahuje fungování kognitivních funkcí. Dle DSM-5 jsou zasaženy právě tyto kognitivní domény:

Kognitivní domény dle DSM-5	**Příklady symptomů**
Komplexní pozornost	**Mírná NKP:** Běžné úkoly trvají delší dobu a začínají se objevovat problémy v aktivitách, které nedělaly dříve jedinci problém. Hotové úkoly jsou třeba častěji kontrolovat. Udržení pozornosti je jednodušší, pokud není jedinec rušen jinými podněty. **Závažná NKP:** Zvýšené problémy v prostředí s více stimuly. Jedinec se nemůže zapojovat do aktivit, pokud nejsou významně zjednodušeny. Problémy s udržením nových informací. Osoba není schopna tvořit složité mentální pochody.
Exekutivní funkce	**Mírná NKP:** Nutnost většího úsilí pro zvládnutí vícesložkových úkolů. Problémy s pokračováním v činnosti při jejím přerušení. Stížnosti na vyšší únavu z důvodu nutnosti vynaložit větší úsilí pro plánování, organizaci a rozhodování.

	Možné snížení potěšení ze sociálních kontaktů z důvodu nutnosti vynaložení většího úsilí pro zvládání stíhání konverzace. **Závažná NKP:** Nutnost spolehnout se při plánování běžných denních aktivit na druhé osoby. Nezvládání složitějších komplexních úkolů. Nutnost soustředit se pouze na jeden úkol.
Učení a paměť	**Mírná NKP:** Problémy s vybavením nedávných událostí, nutnost spoléhat se na kalendář a zapisování naplánovaných událostí. Potřeba připomenutí či uvedení do děje pro schopnost udržení dění ve filmu či knize. Občasné opakování informací té samé osobě v průběhu několika týdnů. Ztráta povědomí o tom, jaké účty byly již zaplaceny. **Závažná NKP:** Opakování témat během jedné konverzace. Neschopnost sledování položek seznamu a jejich plnění např. nákupní seznam. Potřeba častého opakování pro orientaci a splnění úkonu.
Komunikace	**Mírná NKP:** Výrazné problémy s nacházením vhodných slov. Specifické pojmy může nahrazovat obecnými. Vyhýbání se oslovování přesnými jmény svých známých. Zanedbatelné agramatismy během komunikace. **Závažná NKP:** Výrazný problém s expresivní či receptivní složkou komunikace. Využívání obecných pojmenování věcí nebo osob např. „tamto", "víš, co myslím", „ten" namísto použití jmen. Možné zapomenutí jmen blízkých osob. Užívání idiosynkratických forem slov, agramatismy, spontánnost výstupu a úspornost výroků během komunikace. Stereotypizace řeči. Projevům mutismu předchází echolálie či automatická řeč.
Percepčně-motorické funkce	**Mírná NKP:** Potřeba spolehnutí se na navigaci či ostatní při orientaci v prostředí. Používání poznámek či pozorování ostatních při dostávání se na nové místa. Vyšší riziko ztracení se, pokud se nesoustředí na cestu. Menší přesnost při parkování auta. Potřeba vynakládání vyššího úsilí pro zvládnutí prostorových aktivit např. šití či pletení. **Závažná NKP:** Výrazně velké problémy s dříve známými aktivitami např. používání ručníku, řízení, … Problémy s orientací a pohybem ve známém domácím prostředí. Problémy jsou výraznější v šeru, či při změně světla.
Sociální kognice	**Mírná NKP:** Nenápadné změny v chování a postojích popisovány jako změna osobnosti. Např. snížení schopnosti rozpoznávat sociální signály nebo číst výrazy tváře, snížená empatie, zvýšená extraverze nebo introverze, snížená inhibice nebo nenápadná či epizodická apatie nebo neklid. **Závažná NKP:** Sociální chování je výrazně za hranou přijatelných norem. I přes jasnou zpětnou vazbu se vrací v konverzaci k nevhodným tématům a projevům.

	Při rozhodování se neřídí bezpečností. Menší vhled k těmto změnám v sociálním chování.

Tabulka 1: Kognitivní domény dle DSM-5 (American psychiatric association, 2013)

V počátcích vzniku onemocnění se objevují problémy s vysíláním a zpracováním zpráv, kvalita tohoto procesu má klesající tendenci, to se může změnit až v úplnou neschopnost komunikace. Pro osoby s NKP je více důležité, jakým způsobem je s ním komunikováno, než samotná předávaná informace (American psychiatric association, 2013; Pape-Raschen, 2024). Nejzávažnější fází je fáze terminální, během které je osoba naprosto dezorientována, je imobilní, inkontinentní, má problémy s příjmem potravy a bolesti. Neodmyslitelně sem patří péče druhých osob (Lužný, 2012).

Podle Holmanové (2016) a Lužného (2012) je demence progredujícím onemocněním, které se v počátcích projevuje v podobě pouhého zapomínání. Zasaženy jsou oblasti, které je možné definovat na základě vzorce A-B-C (activities – behaviour – cognition) tedy (činnosti – chování – kognice). Problémy se objevují v běžných denních aktivitách, snižuje se samostatnost jedince, přítomny jsou poruchy chování či další psychické problémy jako poruchy spánku, agresivita, neklid, halucinace či bludy. Současně jsou zasaženy i kognitivní funkce. S tímto tvrzením souhlasí i Jirák (2013, s. 69), který dále popisuje, že „existují také demence dětského věku, ale jejich prevalence roste s věkem. Nejvíce demencí se tedy vyskytuje v seniorském věku." Oproti tomu Alexopoulos et al. (2021) používají pro popis symptomů NKP triádu příznaků, která zahrnuje kognitivní deficity (poruchy paměti, pozornosti nebo verbálním vyjadřováním), neuropsychiatrické příznaky (úzkost, deprese, apatie, poruchy spánku, agresivita, agitovanost, halucinace nebo bludy) a poruchy zvládání aktivit denního života. Můžeme vidět, že se tedy liší pouze zvolené názvosloví.

O problémovém chování přítomném u NKP hovoří i Hauke (2011), podle které je důležitou věcí zmapování toho, co tuto reakci způsobilo. Pokud se to podaří je možné s tímto problémem pracovat a snažit se ho eliminovat. Kromě práce s osobou s NKP je zásadní i přístup pečující osoby, jež by měla zachovat klid a být schopna reflektovat svou reakci na tuto situaci. Pokud se podaří najít vhodný způsob práce s problémovým chování je příhodné tento postup využívat i při další péči o tohoto jedince. Také Holmanová (2016) tímto způsobem nahlíží na práci s problémovým chováním jedince. A dále upozorňuje, že v případě přítomnosti bludů a problémového chování u osoby s NKP je potřeba myslet na to, že se jedná o nesprávné zpracování situace způsobená onou poruchou. Pečující a blízcí by neměli na tento fakt zapomínat a podle toho s touto osobou jednat.

Tíživost problémového chování u osoby s NKP se zvyšuje i kvůli tomu, že lidem s tímto onemocněním je velmi náročné někdy až nemožné racionálně vysvětlit, proč je právě tato odezva nevhodná (Hauke, 2011).

3.3. Speciální metody využívané při práci s osobou s neurokognitivní poruchou

Z výzkumu provedeného McDermottem et al. (2019) vyplývá, že fyzické aktivity a stimulace kognitivních funkcí pozitivně ovlivňují schopnost komunikace, zejména pokud jde o vyjadřování názorů a potřeb.

Proto budou v následujících oddílech popsány metody, které se dají vhodně využít během procesu IP u klienta s NKP. Jak již bylo sděleno v 1. kapitole, do procesu IP spadá navazování bezpečného vztahu s klientem, zjišťování jeho potřeb a samotné plnění stanovených cílů a přání.

Metody využívané při práci se seniory, jakožto nejvíce ohroženou skupinou přítomnosti NKP, „je třeba přizpůsobovat věku, současnému fyzickému i psychickému stavu". Stejně jako znát za jakým účelem danou metodu aplikujeme (Nová, 2019, s. 122). Aby využívané metody a samotná práce s osobou s NKP byla kvalitní je zásadní dostatečně vhodná erudovanost pracovníků (Kosová & Pechová, 2019). K tomu dodává Holmanová (2016, s. 13), že veškeré přístupy v intervenci osob s NKP musí „být založeny na vědeckých důkazech a současném poznání problematiky, poučené dobrou praxí a individualizované, aplikované vzdělanými a zaškolenými pracovníky obeznámenými s problematikou demence". Malíková (2020) popisuje proč v některých případech využití metod neprobíhá. Je to způsobeno nedostatečnými finančními prostředky. Opačná situace by zajistila přítomnost potřebného počtu školených pracovníků, kteří by mohli celou pracovní dobu věnovat aplikaci metod s těmito klienty a vytvářet plány, podle kterých by se řídili pracovníci přímé péče. Ti by díky tomu mohli tyto metody uplatňovat i během základního zajišťování péče.

3.3.1. Alternativní a augmentativní komunikace

AAK je širší termín, který zahrnuje různé komunikační techniky sloužící k doplnění nebo náhradě mluvené či psané řeči u osob se zdravotním postižením, kteří nejsou schopni komunikovat běžnou verbální komunikací (Vymazalová, 2012). Díky AAK je možné zajistit efektivní a jasnou komunikaci s těmito klienty a díky zjištěným informacím zajistit dostatečně individualizovanou péči (Malíková, 2020). Z výzkumu Foldynové et al. (2020) vyplývá, že v rámci komunikace s osobami s NKP má zásadní význam neverbální komunikace. Šarounová

(2014) hovoří o tom, že AAK u těchto osob vychází ze systémů vhodných pro osoby s mentálním postižením případně i osoby s tělesným postižením. Jelikož NKP jsou progresivním onemocněním, výběr AAK bývá náročný a někdy musí být komunikace omezena na základní prvky.

Šarounová (2014) dělí AAK na:

1. komunikační systémy bez pomůcek
2. komunikační systémy s pomůckami
    a. pomůcky netechnické povahy
    b. pomůcky technické povahy

Data zjištěné Foldynovou et al. (2020) naznačují, že nejčastěji používaným nástrojem AAK bez pomůcek během komunikace s osobami s NKP je v 62,8 % neverbální komunikace, v 11,5 % orální řeč – vokalizace s komunikačním záměrem, pouze ve 4,4 % makaton, v 2,7 % znak do řeči a v 1,8 % znaky podle Anity Portmann. Z nástrojů využívající pomůcky respondenti nejčastěji uváděli použití fotografií, a to až v 54 %, v 47,8 % předměty, v 32,7 % piktogramy, v 27,4 % pracovní listy, v 17,7 % komunikační karty, v 10,8 % makety reálných předmětů, v 10,6 % sociální a globální čtení a zážitkové deníky, pouze v několika málo jednotkách případech byla zvolena facilitovaná komunikace, komunikační tabulka, taktilní komunikační desky, komunikační kniha, VOKS, ukazovátka, PECS, rámy/Etran-N či bliss systém.

3.3.2. Bazální stimulace

U osob se závažnou formou NKP, u kterých je klasická komunikace již velmi náročná je možné využít bazální stimulace jakožto doplňující metodu. Pečující tak mohou zjistit, co je pro danou osobu příjemné a co podpoří jeho zapojení do společné interakce (Pape-Raschen, 2024). Foldynová et al. (2020) potvrzují vhodnost tohoto konceptu pro osoby v akutní fázi NKP a verbálně nekomunikujících či imobilních. A doplňují, že tato metoda pomáhá při rozvoji vnímání, komunikaci, uvědomění sebe samého či zmírnění bolesti. Bazální stimulace může zprostředkovat somatické, vestibulární, či vibrační podněty. Během poskytování péče může probíhat v podobě doteků, masáží, stimulací lidským hlasem či jiných známých zvuků, vůní a chutí. V některých případech se mimo to přístup podporuje známými předměty za využití AAK.

3.3.3. Expresivní terapie

Expresivní terapie jsou „postavené (a vycházejí) na umělecké expresi, tedy vyjádření vnitřních (v případě některých osob potlačených) pocitů a vztahů k lidem prostřednictvím specifického prostředku, uměleckého média." (Müller, 2014, s. 63).

Expresivní terapie jsou v současné době již osvědčenou součástí speciální pedagogiky. Na základě toho, s jakým typem umění pracujeme můžeme expresivní terapie dělit na muzikoterapii, dramaterapii, biblioterapii, arteterapii a tanečně pohybovou terapii (Valenta, 2014). Müller (2014) mimo to doplňuje i teatroterapii a psychodrama.

Podle Müllera (2014) je možné v péči o osoby s NKP využívat taneční terapie, během které je možné stavět na tom, že tyto osoby i přes odlišně rozsáhlé komunikační problémy, stále prožívají emoce. Tato metoda se snaží o rozvoj jejich osobnosti a komunikaci prostřednictvím hudby a tance, pohybu či práce s rekvizitami. Tanečně pohybová terapie staví na získaných životních zkušenostech osob s NKP, kteří se během svého života s hudbou a tancem setkávali. Tato činnost v nich vzpomínky na toto radostné období může vyvolávat.

3.3.4. Montessori přístup

Montessori přístup pro práci s dětmi vychází z metod:

- „být co nejméně závislé na ostatních
- mít vysoké sebehodnocení
- mít smysluplné místo ve své komunitě a být jí zároveň prospěšný
- mít šanci na příznivou budoucnost"

Osoby, které pracují se seniory si mohou povšimnout blízké souvislosti s těmito cíli (Pinkasová, 2016, s. 5).

Metoda cílí nejen na samotného klienta s NKP, ale i na prostředí, ve kterém se nachází. Záměrem je prostředí upravit takovým způsobem, aby kompenzovalo jejich deficity a motivovalo jedince k zapojení do běžných denních aktivit. Vytvořit takové, jež bude udržovat jeho dovednosti a možnosti se takových aktivit účastnit (Kelly, 2017; Pinkasová, 2016).

Maria Montessori popsala pět oblastí, které jsou aplikovány během práce s dětmi. Pro práci s osobami s NKP byly oblasti upraveny na „čtyři třídy Montessori činností", jsou jimi:

- praktický život (každodenní činnosti)
- zapojení smyslů
- kognitivní trénink
- kulturní a sociální vazby (Kelly, 2017, s. 31).

Přístup si neklade za úkol komplexně rehabilitovat klientův zdravotní stav do stádia před onemocněním, ale obnovit dovednosti potřebné k samostatnému zapojování do činností nebo alespoň co nejdelší dobu dovednosti udržet. Cílené motivování těchto osob zapojovat se do aktivit může působit jako prevence vzniku pocitům méněcennosti a zbytečnosti, kterými tyto osoby často trpí (Kelly, 2017). Dle Pinkasové (2016) významnost využití Montessori metody u osob seniorského věku potvrzuje i psychiatr Cameron Camp, který svými výzkumy potvrdil, že se i osoby s NKP mohou učit, dokonce vhodnými technikami je možné rozvíjet či udržovat kognitivní a motorické funkce.

3.3.5. Plánování zaměřené na člověka

Plánování zaměřené na člověka je metodou, která staví do středu názory člověka s NKP. Pro pracovníky využívající tuto metodu to znamená snažit se pohlédnout na veškeré situace očima takové osoby. Součástí tohoto postupu je i koncepce mapování péče o osoby s demencí, která pomáhá s vžitím se do vzorců chování jedinců s tímto onemocněním a díky tomu vhodně zmapovat a porozumět potřebám (Brenner & Brenner, 2020).

Wilberforce et al. (2016) uvádějí definici zaměření na člověka jako: Pochopení člověka a jeho jedinečné interpretace a prožívání nemoci nebo postižení je klíčové. Takový přístup vyžaduje holistický pohled zohledňující psychosociální aspekty, nikoli pouze symptomy. Zplnomocnění uživatele služby při rozhodování, předání kontroly nad volbami uživateli služby je v rámci využití zaměření na člověka elementární. Význam vztahů v péči a léčbě je prvořadý. Manthorpe & Samsi (2016) zmiňují, že konkrétně v rámci péče o pacienty s NKP se tento přístup dále rozvíjí na základě konceptu osobnosti.

3.3.6. Preterapie

Snahou metody je umožnit klientovi uvědomovat si sám sebe. To je dosaženo slovním, pohybovým a zvukovým zrcadlením chováním osoby (Malíková, 2020). Techniky této metody usnadňují proniknout do vnitřního světa nekomunikujících osob, napomoci vyjádřit jejich vnitřní prožívání a poskytnout těmto osobám pocit, že jsou jeho potřeby chápány. Metoda využívá validačních technik, reflektování projevů klientova prožívání, ať už to jsou jeho neverbální projevy, reakce na prostředí, pohyby. Cílem je porozumět a pojmenovat vlastní pocity, prostředí, v němž se nachází a to, co se kolem něj děje (Janečková, 2015).

3.3.7. Reminiscenční terapie a práce s biografií

Podle Nové (2019) je metoda reminiscence především vhodná u seniorů přicházejících do pobytových zařízení. Malíková (2020, s. 226) upřesňuje, že se jedná

o „vyvolávání a vedení vzpomínek klienta a podporování jejich rozvoje". Podle autorky významné pozitivum můžeme spatřovat především u osob s NKP, u kterých nejsou kognitivní funkce a komunikační schopnosti ještě významně zasaženy a mohou si stále některé vzpomínky vybavit. To ale Reuter (2006, podle König & Zemlin, 2017) uvádí jako často mylnou domněnku. Böhm (1999a, podle König & Zemlin, 2017) poukazuje na to, že vždy můžeme pracovat s údaji jako je místo a rok narození, podle kterých je možné péči nastavit a její vhodnost kontrolovat dle reakcí dané osoby.

Záměrem je vzpomínání na pozitivní zážitky a díky tomu opět radostné pocity, které specifická situace vyvolala, prožívat. Tyto stavy velmi vhodně působí na psychiku a celkový zdravotní stav (Malíková, 2020).

3.3.8. Validace podle Naomi Feil

Cílem využívání této metody je prevence úniku klienta s NKP do svého vlastního světa. Metoda nabízí různé možnosti komunikačních reakcí, ať už jsou komunikační problémy osoby s NKP, jakkoliv závažné. Pro její úspěšnost je zásadní, aby pečující rozuměl, v jaké fázi onemocnění se osoba nachází, uměl se empaticky vcítit a byl trpělivý. Důležitými prvky jsou mimo to doteky, pohled a hlas pečujícího vzbuzující v osobě s NKP bezpečný pocit (Pape-Raschen, 2024). Metoda vychází z těchto faktů. Starší a dezorientovaní lidé jsou unikátní a je třeba v práci s nimi využívat individuálního přístupu. Bezpodmínečné přijetí, bez snahy změnit jejich chování je zásadním prvkem. Empatie v komunikaci s těmito osobami je pro navázání bezpečného a důvěrného vztahu neodmyslitelná. Ignorováním negativních pocitů osob s NKP takové reakce nezmizí, pečující je musí akceptovat a validovat. Každé chování se děje za nějakým účelem a vychází ze základních potřeb, které mohou být reflektované potřeby z minulosti, ve které osoba ještě žila běžným životem. Z důvodu selhávání verbálních schopností a krátkodobé paměti, osoby s NKP nahrazují slova pohyby, gesty a zvuky, zrcadlením těchto reakcí nabývá větší jistoty a pocitu sounáležitosti mezi touto osobou a pečujícím. Předměty či určité osoby nesou silné emocionální významy spojené s jejich minulostí. Jedinci mohou v jednu chvíli žít na určitých úrovních vědomí v jednu a tu samou chvíli. Osoby prožívají v určité fázi svou vlastní realitu, kterou si potřebují zpracovat. Určité události, emoce, pachy nebo zvuky se mohou propojit s emocemi z minulosti a ovlivnit tak současné rozpoložení osoby s NKP (Procházková, 2012).

4. Výzkumná část

Tato část práce pojednává o průběhu empirického šetření, které se zaměřilo na využití speciálních metod v průběhu IP u osob s NKP. Kapitola popisuje cíl práce a jeho výzkumné otázky a hypotézy, výzkumné prostředí, samotný sběr dat a jejich analýzu a interpretaci.

4.1. Cíl výzkumného šetření, výzkumné otázky, hypotézy

Celý proces individuálního plánování u osob s NKP bývá často velmi náročný, a to jak kvůli nedostatku času v některých sociálních službách, tak i kvůli specifikům tohoto onemocnění. Cílem tohoto výzkumu bylo zjistit, jak efektivně pracovníci hodnotí využití jednotlivých speciálních metod během procesu IP a jakou efektivitu přisuzují spolupráci s jednotlivými osobami multidisciplinárního týmu podílejících se na zjišťování potřeb a tvorbě IP u zmíněných klientů. Pozornost byla také věnována významu IP jako zásadnímu dokumentu pro poskytování služby klientovi s NKP. Výzkum si také kladl za cíl zjistit, jak pracovníci hodnotí využití speciálního pedagoga na této odborné pozici.

Dílčí cíle výzkumu:

- Zkoumat, které speciální metody jsou považovány pracovníky za efektivní během procesu IP u klientů s NKP
- Identifikovat, se kterými osobami v multidisciplinárním týmu pracovníci hodnotí nejlepší spolupráci při procesu IP u klientů s NKP a zjistit, jaký vliv má spolupráce s různými odborníky na efektivitu IP.
- Zkoumat význam, který pracovníci přikládají IP jako nástroji pro poskytování kvalitní péče klientům s NKP.
- Zjistit, zda pracovníci přikládají význam pozici speciálního pedagoga v sociálních službách.

Pro získání potřebných odpovědí byly stanoveny výzkumné otázky na základě, kterých byly vytvořeny hypotézy. Výzkumné otázky a hypotézy vycházely z rešerše relevantních zdrojů a pilotáži, která je více popsána v podkapitole 4.2.

Pro větší jasnost a přehlednost je třeba upřesnit některé pojmy používané v empirické části této práce. Pojem „pracovníci“ označuje všechny zaměstnance sociálních služeb pro osoby s NKP, kteří se podílejí na tvorbě IP. Proces IP se v této práci vztahuje pouze na jeho počáteční fáze, tedy mapování situace klienta, stanovení cílů spolupráce a samotnou tvorbu dokumentu. Jednotlivé části IP jsou podrobněji popsány v kapitole 1. Pojem „efektivita využití metod“ zde znamená, jak pracovníci vnímají využitelnost konkrétních metod v rámci IP u

osob s NKP, s ohledem na specifika tohoto onemocnění. „Efektivita multidisciplinární spolupráce“ pak vyjadřuje, jak pracovníci hodnotí spolupráci s dalšími odborníky a zapojenými subjekty.

Výzkumné otázky:

VO1: Které speciální metody používané během procesu IP u klientů s NKP hodnotí pracovníci jako efektivnější?

VO2: Se kterými osobami v průběhu IP u klientů s NKP hodnotí pracovníci multidisciplinární spolupráci jako efektivní?

VO3: Do jaké míry vnímají pracovníci IP jako zásadní dokument při práci s klienty s NKP?

VO4: Jak pracovníci hodnotí potřebnost zavedení pozice speciálního pedagoga v sociálních službách?

Hypotézy výzkumu:

H1: Některé speciální metody jsou v procesu IP u klientů s NKP hodnoceny jako efektivnější než jiné.

Ověřovány budou vždy samostatně jednotlivé metody (AAK, Bazální stimulace, metoda validace, Montessori metoda, plánování zaměřené na člověka, pohybová terapie, preterapie, reminiscenční terapie, životní příběh klienta).

H2: Spolupráce s některými osobami při procesu IP je hodnocena jako efektivnější než spolupráce s jinými osobami.

Stejně jako u H_1 bude ověřována vždy každá spolupráce s daným jedincem zvlášť (dobrovolník, praktický lékař, jiný zdravotnický pracovník, kolegové, nadřízený, osobní asistent/ pečovatel, pracovník magistrátu/městského úřadu, rodinní příslušníci/ známí klienta, sociální pracovník jiné služby, speciální pedagog).

H3: Většina respondentů hodnotí IP jako zásadní nástroj pro práci s klientem s NKP.

H4: Většina respondentů nepovažuje zavedení pozice speciálního pedagoga za potřebné.

4.2. Metodologie

Pro tento výzkum byla zvolená výzkumná strategie kvantitativního výzkumu. Ta je dle Hendla a Remra (2017, s. 27) založena na myšlence, že „sociální svět sestává ze vztahů mezi dobře definovanými koncepty.” Tato strategie se zabývá prověřováním závislostí mezi zkoumanými jevy. S tím souhlasím i Eger a Egerová (2022) a doplňují, že proměnné je možné

prověřovat na základě určitých metod a díky tomu je s využitím statistických postupů analyzovat.

Jako design kvantitativního výzkumu byl zvolen neexperimentální výzkum. Jehož cílem je kvantitativní deskripce určitého fenoménu či empirie dané populace. Zjištěná data jsou pak na tuto populaci generalizována (Eger & Egerová, 2022).

Před samotným sběrem dat proběhla pilotáž, která pomohla k formulaci hypotéz a položek v dotazníku. Chráska (2016) popisuje pilotáž jako vhodný postup pro zjištění orientačních informací a jako prvotní šetření v daném výzkumném prostředí. Zjištěná data se nevyužívají pro samotný výzkum, ale slouží jako metoda pro zpřesnění hypotéz a zkoumaného problému. Získávání dat probíhá odlišnou formou než samotný výzkum.

Do pilotáže byly zapojeny 2 pracovnice, zapracovány byly také zkušenosti výzkumnice. Všechny osoby se podílí na IP u osob s NKP. Sběr dat proběhl v rámci nestandardizovaného polostrukturovaného rozhovoru, který nebyl nahrán, pouze byly přepsány zjištěné informace z rozhovoru.

Z pilotního výzkumu vychází, že všechny pracovnice vnímají IP jako dynamický a flexibilní proces, který vyžaduje pravidelné hodnocení a přizpůsobování. K zajištění kvalitní péče je důležité využívat kombinaci různých metod, nejčastěji zmiňované byly metody validace, reminiscenční terapie a metody AAK např. piktogramy či fotografie, a přizpůsobit je konkrétním potřebám klientů. K tomu je nezbytná úzká spolupráce s rodinami, odborníky a dalšími zainteresovanými osobami. Podpora dobrovolníků a propojení různých terapeutických a rehabilitačních metod jsou klíčovými faktory pro úspěšné implementování IP a zajištění kvalitní péče o klienty s NKP.

Po pilotáži následoval předvýzkum. Jehož cílem bylo otestovat vhodnost a srozumitelnost vybrané metody sběru dat. Předvýzkum se provádí na malém vzorku populace. Vhodně zpracovaný předvýzkum zamezuje použití nevhodných metod, pomáhá zjistit, zda jsou zvolené otázky srozumitelné a zaměřují se na získání potřebných dat (Eger & Egerová, 2022; Chráska, 2016).

Do předvýzkumu této práce byli zahrnuti pracovnice a pracovníci z různých druhů sociálních služeb pracující s klienty s NKP, celkem to bylo 10 osob. Jedinci poskytli zpětnou vazbu ke srozumitelnosti a vhodnosti zvolených otázek v dotazníku.

Samotný sběr dat proběhl pomocí metody dotazování, a to formou dotazníku. Dotazník byl rozeslán na e-mailové adresy vedoucích služeb spadajících do výzkumného vzorku, který je více popsán v kapitole 4.3., v období od 10. listopadu do 21. listopadu. Tento termín byl

zvolen záměrně, jelikož ve službách sociální péče na konci a začátkem měsíce probíhá plánování rozdělení služeb, což by mohlo, z důvodu pracovního vytížení způsobit odložení e-mailu. Výzkumnice se také chtěla vyvarovat období přelomu roku kvůli dovoleným a zvýšenému pracovnímu vytížení, které s tímto obdobím souvisí. Cílem tohoto postupu bylo zajistit co nejvyšší možnou návratnost dotazníku. Položky nestandardizovaného dotazníku byly vytvořeny na základě operacionalizace a pilotáže, tak aby bylo možné díky získaným datům zodpovědět stanovené hypotézy a naplnit cíle práce. Eger a Egerová (2022) zmiňují, že se tato metoda vhodně využívá při sběru dat u většího vzorku respondentů. Výhodou je rychlý sběr dat.

Dotazník se skládal z 23 položek z toho 2 položky byly v podobě otevřených otázek, 3 polouzavřených otázek a zbylé položky byly uzavřené. 1. Sekce dotazníku obsahovala filtrační otázku, která zajistila, aby dotazník vyplňovaly pouze osoby, které se zapojují do IP u klientů s NKP. 2. Sekce obsahovala 5 otázek zjišťujících základní údaje o respondentech. Zbylých 7 sekcí bylo rozděleno a zaměřeno dle oblastí výzkumu.

Položky dotazníku byly zaměřené na zjištění faktů, mínění a postojů. V dotazníku se objevovaly položky typu dichotomického i polytomického – výběrové a číselné škálování. Nestandardizovaný dotazník byl vytvořen na platformě Google forms. Tato platforma byla vybrána pro její přehledné uživatelské prostředí a automatický převod dat do aplikace Excel, kde následně proběhlo jejich statistické zpracování.

4.2.1. Etické zásady výzkumného šetření

V úvodní části dotazníku byli respondenti seznámeni se zajištěním jejich anonymity, záměrem a cíli výzkumu. Respondenti byli seznámeni s předběžnou délkou vyplňování dotazníku. V závěru dotazníku byla sdělena kontaktní adresa výzkumnice, kterou mohli respondenti využít pro případné dotazy a sdělení zájmu o přeposlání zjištěných závěrů výzkumu. Respondenti mohli v průběhu vyplňování dotazníku odstoupit od výzkumu.

4.3. Charakteristika výzkumného vzorku a prostředí

Populací (základním vzorkem) tohoto výzkumu byli pracovníci podílející se na IP u osob s NKP. Tito pracovníci byli vybráni ze sociálních služeb, které poskytují péči osobám s NKP. Jelikož je nejvyšší pravděpodobnost, že se NKP bude vyskytovat u cílové skupiny seniorů byly do populace zahrnuty sociální služby, které své služby této cílové skupině poskytují. Byly jimi:

centrum denních služeb, denní stacionář, domov pro seniory, domov se zvláštním režimem, chráněné bydlení, odlehčovací služba, osobní asistence, pečovatelská služba,

sociální rehabilitace, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením a týdenní stacionář

Jako nevhodně zvolené se ukázalo zahrnutí do výzkumu služby sociální rehabilitace a chráněné bydlení. Důvody, proč tomu tak bylo, jsou více specifikovány v kapitole 4.5. Limity práce.

Cílovou populaci tvořilo 3270 poskytovatelů sociálních služeb. Tento počet vychází z registru poskytovatelů služeb dostupný na webové stránce Ministerstva práce a sociálních věcí (n.d.), který byl dále pro účely této práce využíván. Z časových a kapacitních důvodů této práce byl výzkumný vzorek snížen na $^{1}/_{10}$ z celkového počtu populace, tj. na 327 služeb. Jako nejvhodnější metoda náhodného výběru výzkumného vzorku se jevilo použití metody proporčního stratifikovaného výběru. Kdy podle Egera a Egerové (2022) je na základě určitého znaku populace rozdělena do homogenních strat a z každé této straty jsou pak náhodným výběrem určeny prvky výzkumného vzorku. Výhodou této metody je, že se dá efektivně využít tam, kde se objevuje výrazná heterogenita v základním vzorku. Díky této metodě je pak zajištěno vhodné poměrové zastoupení prvků v jednotlivých stratách.

V tomto výzkumu byla populace rozdělena do 11 strat, přičemž každá strata odpovídala jedné z výše uvedených služeb. Aby byl zachován stejný poměr služeb jako v celkové populaci, bylo nejprve spočítáno procentuální zastoupení jednotlivých služeb. Na základě těchto podílů byl následně určen počet respondentů v každé stratě. Výsledná čísla byla na závěr zaokrouhlena na desítky.

Přestože by bylo možné snížit počet respondentů v jednotlivých službách pouze o jednu desetinu, byl postup pro větší přehlednost shrnut v tabulce 2.

Strata = druh sociální služby	**počet služeb ve stratě**	**procentuální zastoupení služeb v populaci** $= \frac{celkový\ počet\ služeb\ ve\ stratě}{celkový\ počet\ služeb\ v\ populaci \times 100}$	**výzkumný vzorek** $= \frac{Procentuální\ zastoupení\ v\ populaci\ \times 327}{100}$
Centrum denních služeb	71	2,17 %	7,10 ≐ **7**
Denní stacionář	279	8,53 %	27,89 ≐ **28**
Domov pro seniory	522	15,96 %	52,19 ≐ **52**
Domov se zvláštním režimem	418	12,78 %	41,79 ≐ **42**
Chráněné bydlení	228	6,97 %	22,79 ≐ **23**
Odlehčovací služba	357	10,92 %	35,71 ≐ **36**
Osobní asistence	211	6,45 %	21,09 ≐ **21**
Pečovatelská služba	673	20,58 %	67,30 ≐ **67**
Sociální rehabilitace	350	10,71 %	35,02 ≐ **35**
SAS pro seniory a osoby se zdravotním postižením	117	3,58 %	11,71 ≐ **12**
Týdenní stacionář	44	1,35 %	4,41 ≐ **4**

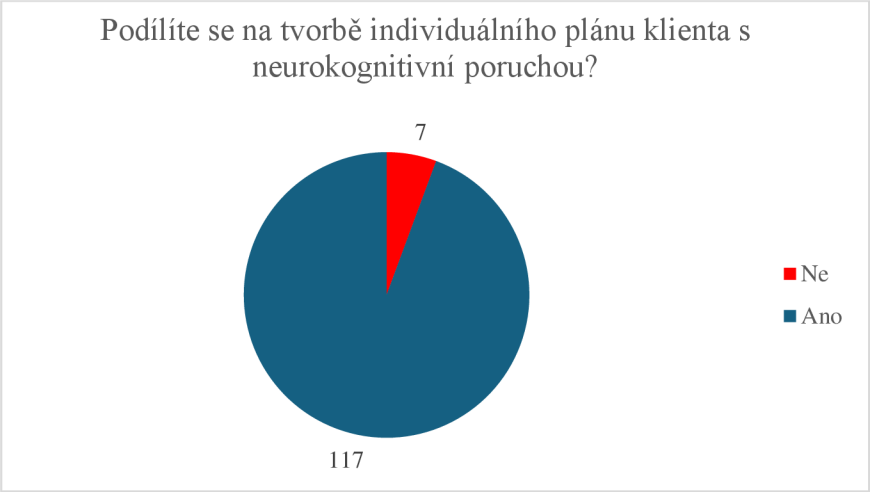
Tabulka 2: Proporční stratifikovaný výběr (zdroj vlastní zpracování)

Následně se opět pracovalo s registrem poskytovatelů služeb Ministerstva práce a sociálních věcí (n.d.), kde se pomocí filtru „druh služby" vybraly pouze služby spadající do populace výzkumu. U každé straty byl tento postup udělán zvlášť. Z vygenerovaného očíslovaného seznamu byl na základě prostého náhodného výběru vybrán výzkumný vzorek. Prostý náhodný výběr byl vytvářen pomocí generování náhodných čísel, které odkazovaly na jednotlivé služby z vygenerovaného seznamu. Jako hlavní pozitivum prostého náhodného výběru vidí Hendl a Remr (2017) to, že všechny prvky základního vzorku mají rovnou šanci být vybrány do výzkumného vzorku.

Během práce s registrem poskytovatelů služeb se objevil další limit práce, který je více popsán v kapitole 4.5.

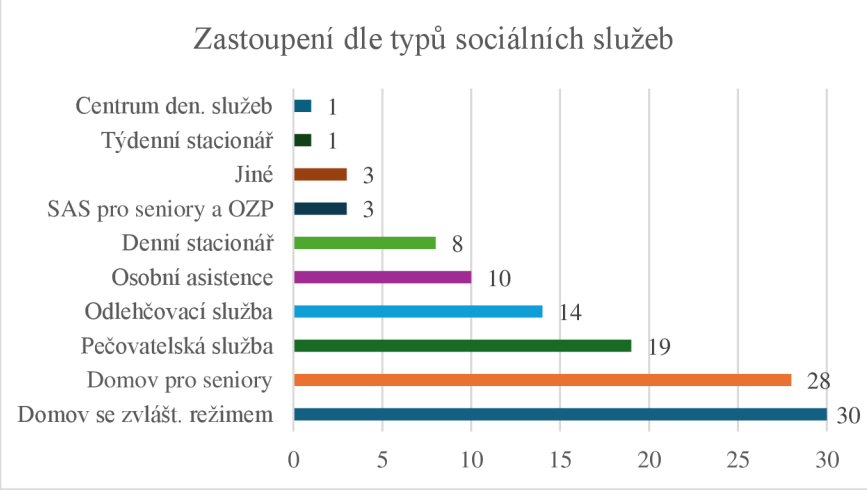
Každá služba byla následně na základě webových stránek zveřejněných v registru zkontrolována, a to především, zda je poskytována klientům s NKP. V případě, že této cílové skupině služba nebyla poskytována, přešlo se v seznamu na následující službu. Z webových stránek dané služby byla poté poznačena e-mailová adresa vedoucího pracovníka, který byl osloven s prosbou o přeposlání dotazníku pracovníkům podílejících se na IP u osob s NKP viz příloha č. 1.

Osloveno bylo 286 služeb a odpověď dorazila od 117 pracovníků – návratnost dotazníku byla tedy 40,90 %.



Graf 1: Podíl pracovníků na tvorbě IP u klientů s NKP (zdroj vlastní zpracování)

Z původního počtu 124 respondentů se výzkumu nakonec zúčastnilo 117 pracovníků (94,40 %). Graf 1 ukazuje, že filtrační otázka „Podílíte se na tvorbě individuálního plánu klienta s neurokognitivní poruchou?“ vyřadila 7 respondentů (5,60 %), kteří nespadali do požadovaného výzkumného vzorku.



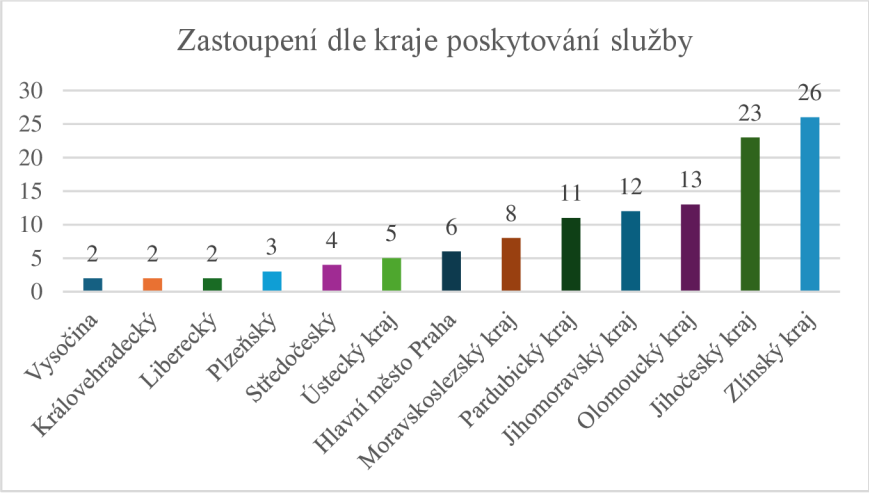
Graf 2: Zastoupení dle typů sociálních služeb (zdroj vlastní tvorba)

Sociální služba	Podíl služeb zapojených ve výzkumu	Podíl oslovených služeb
Domov se zvláštním režimem	25,64 %	14,95 %
Domov pro seniory	23,93 %	18,51 %
Pečovatelská služba	16,24 %	23,84 %
Odlehčovací služba	11,96 %	12,81 %
Osobní asistence	8,55 %	7,47 %
Denní stacionář	6,83 %	9,96 %
Jiné	2,56 %	0
SAS pro seniory a OZP	2,56 %	4,27 %
Centrum den. služeb	0,85 %	2,49 %
Týdenní stacionář	0,85 %	1,42 %
Chráněné bydlení	0	2,49 %
Sociální rehabilitace	0	3,56 %

Tabulka 3: Podíl oslovených a zapojených služeb (zdroj vlastní tvorba)

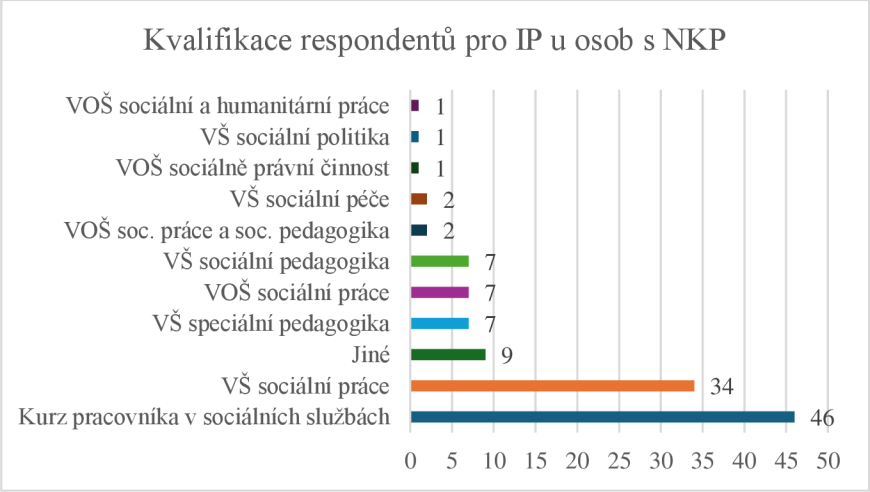
Tabulka 3 ukazuje zastoupení respondentů ve výzkumu dle typů sociálních služeb. Výzkumného šetření se nezúčastnily služby Sociální rehabilitace a Chráněné bydlení. Nejvíce respondentů je ze služeb Domov se zvláštním režimem 30 (25,64 %) a Domov pro seniory 28 (23,93 %), pod kategorií „Jiné“ ale můžeme najít další dvě responze, které obsahovaly kombinaci Domov se zvláštním režimem, Domov pro seniory a odlehčovací služba. Vyšší zastoupení je i mezi službami Pečovatelská služba 19 (16,24 %), Odlehčovací služba 14 (11,97 %), Osobní asistence 10 (8,55 %) a Denní stacionář 8 (6,84 %). V minimálním zastoupení jsou služby Sociálně aktivizačních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením 3 (2,56 %) a týdenní stacionář, Centrum denních služeb a Domov pro osoby se zdravotním postižením vždy jeden respondent za službu (0,56 %). Zajímavým zjištěním je, že mezi respondenty figuroval i pracovník zařízení Domov pro osoby se zdravotním postižením

(kategorie „Jiné“), přestože dotazník nebyl do těchto služeb distribuován. Tato odpověď odráží běžný trend v těchto zařízeních – osoby s vývojovou poruchou intelektu obvykle nezmění zařízení ani v případě výskytu NKP. To potvrzuje praxi, kdy se často upřednostňuje pro klienta známé prostředí a zachování již vytvořených vztahů před jeho přesunem do jiné sociální služby, která by podle definice cílových skupin mohla být vhodnější. Pokud je však Domov pro osoby se zdravotním postižením schopen poskytnout potřebnou péči, je pro klienta nejvhodnější zůstat v tomto zařízení. Tabulka 3 pak poukazuje na porovnání procentuálního zastoupení služeb na základě toho v jakém poměru byly služby osloveny a v kolika procentech se do výzkumu zapojily. Zelenou barvou jsou vyznačeny služby, u kterých byl rozdíl poměrů pouze 1 %. Žlutá barva pak znázorňuje služby, jejichž poměr zapojení byl vyšší než poměr oslovení. Důvod, který situaci mohl způsobit je ten, že se v dané službě nacházelo více pracovníků podílejících se na IP. Červeně vyznačené barvy pak ukazují opak – tedy nižší poměr zapojení než oslovení.



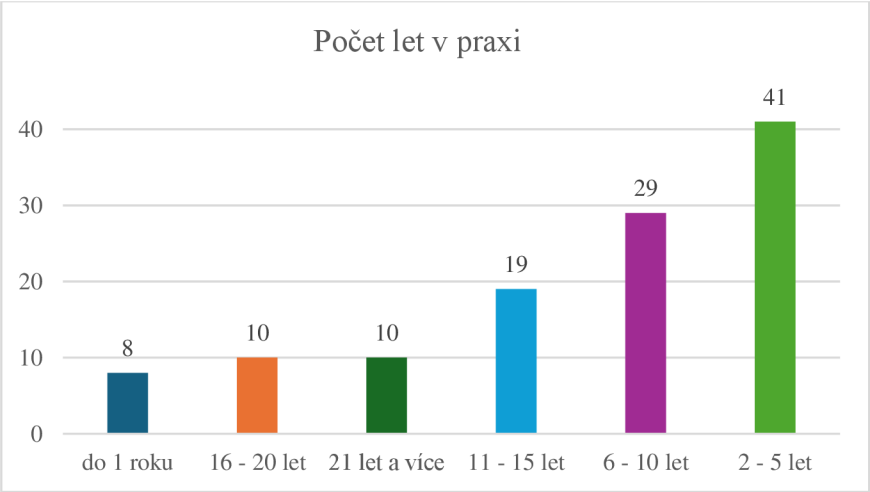
Graf 3: Zastoupení dle kraje poskytování služby (zdroj vlastní tvorba)

Graf 3 ukazuje zastoupení respondentů dle místa poskytování sociální služby. Karlovarský kraj není v tomto výzkumném vzorku zastoupen. Naopak nejvíce respondentů působí ve službách ve Zlínském kraji, a to 26 (22,81 %), následovaný Jihočeským krajem s 23 pracovníky (20,18 %). Dalšími kraji s vyšším počtem zastoupením jsou Olomoucký kraj 13 (11,40 %), Jihomoravský kraj 12 (10,53 %) a Pardubický kraj 11 (9,65 %). Hlavní město Praha eviduje 6 respondentů (5,26 %). Ústecký kraj se objevil v 5 případech (4,39 %), Středočeský kraj ve 4 (3,51 %) a Plzeňský kraj ve 3 (2,63 %). Kraje s nejnižším výskytem respondentů, zahrnují Liberecký, Královéhradecký a Vysočinu, kde jsou shodně 2 (1,75 %) odpovědi.



Graf 4: Zastoupení dle kraje poskytování služby (zdroj vlastní tvorba)

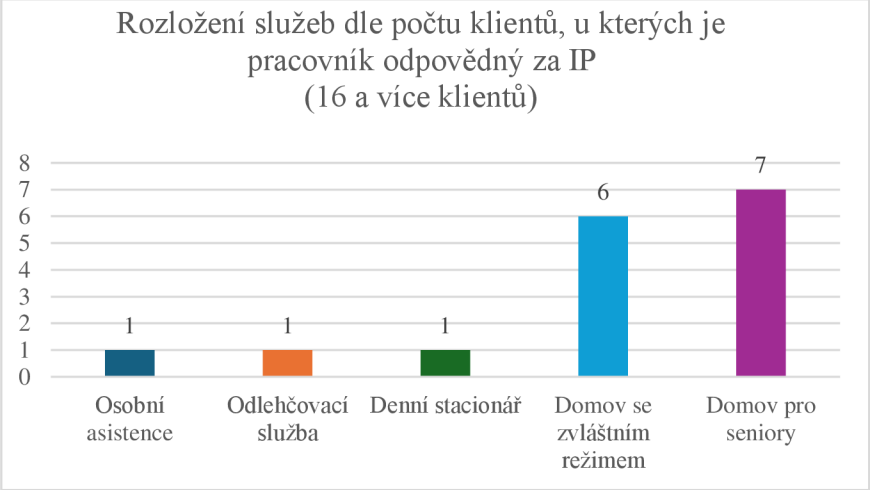
Nejvíce zapojených respondentů bylo z řad pracovníků v sociálních službách 46 (39,30 %) a absolventů vysokoškolského studia sociální práce 34 (29,10 %), takové zastoupení bylo očekávané. Pod kategorii „Jiné“ byly na základě čištění a třízení dat zařazeny odpovědi „VŠ ergoterapie“, „VŠ psychologie a pedagogika“, „VŠ psychologie“ „VŠ andragogika“, „sanitární kurz“ a „středoškolské vzdělání“, poslední uvedené bylo zastoupeno čtyřmi odpověďmi, ostatní vždy po 1 odpovědi.



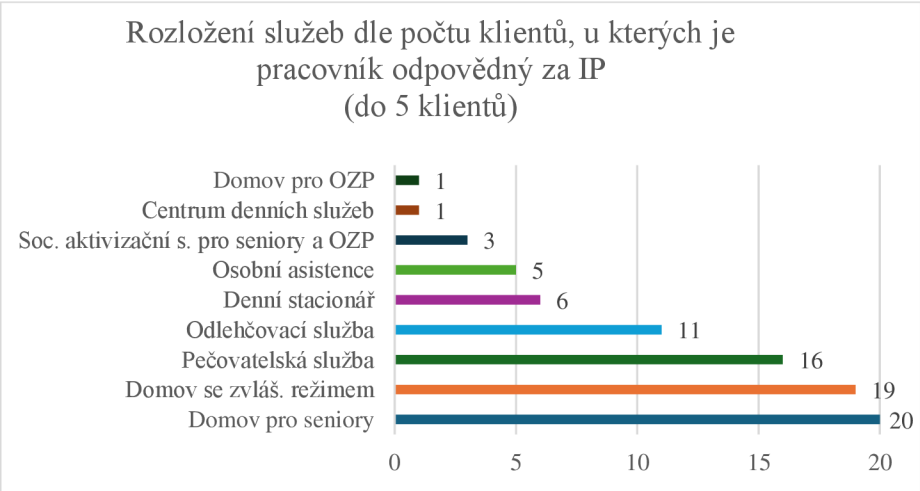
Graf 5: Počet let v praxi (zdroj vlastní tvorba)

Zastoupení respondentů z pohledu let v praxi je 41 (35,96 %) respondentů s praxí mezi 2 – 5 let, 29 (24,80 %) respondentů s praxí mezi 6 – 10 roky, 19 (16,20 %) respondentů s praxí mezi 11 – 15 roky. Nejnižší zastoupení je mezi pracovníky s praxí do 1 roku, a to 8 (6,80 %) respondentů. Nižší počet je i mezi respondenty, kteří jsou v praxi 16 – 20 let a 21 let a více – v každé kategorii vždy 10 (8,50 %) responzí.

Graf 6: Počet klientů, u kterých je pracovník odpovědný za IP (zdroj vlastní tvorba)



Graf 7: Rozložení služeb dle počtu klientů - 16 a více (zdroj vlastní tvorba)



Graf 8: Rozložení služeb dle počtu klientů – do 5 klientů (zdroj vlastní tvorba)

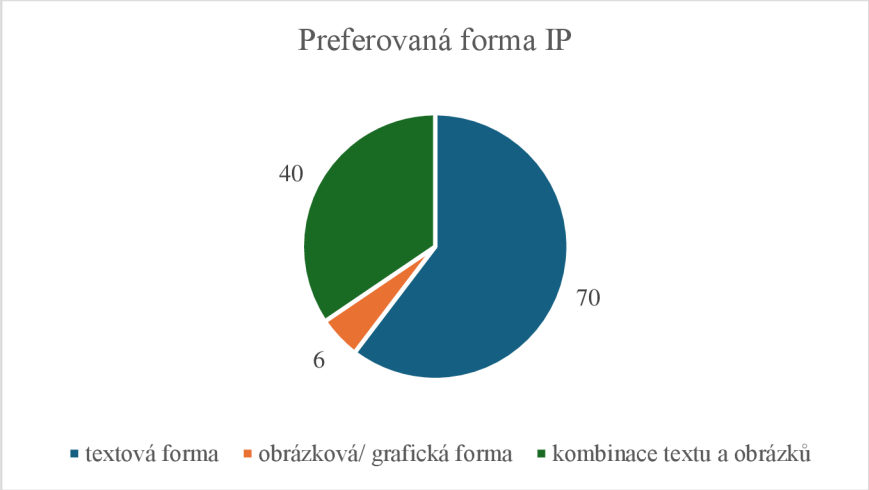
Informace z grafů 6 zastávají zajímavý a chtěný trend a to ten, že až v 82 (70,10 %) případech má pracovník na starost IP pouze do počtu 5klientů. Pouze 16 (13,70 %) pracovníků je odpovědným pracovníkem u 16 a více klientů. Grafy 7 a 8 znázorňují data, v jakých službách jsou pracovníci odpovědní za IP u více než 16 klientů a do 5 klientů. Z údajů v těchto tabulkách vyplývá, že předpoklad vysokého počtu klientů na jednoho pracovníka v pobytových zařízeních, jako jsou Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem, se v tomto výzkumném vzorku nepotvrdil jako pravidlo. Naopak, mezi respondenty je značné zastoupení pracovníků těchto zařízení, kteří mají na starosti IP u klientů s NKP maximálně do 5 osob.

4.4. Analýza výsledků

Tato podkapitola popíše získaná data na základě, kterých bylo provedeno ověření stanovených hypotéz.

4.4.1. Deskripce dotazníku

Důvod, proč se v určitých případech liší počet responzí u odpovědí je způsobem tím, že otázky byly respondentům přiřazovány dle předchozích odpovědí tak, aby účastníci výzkumu odpovídali pouze na relevantní otázky. Přehled položek dotazníku, i s popisem rozdělení otázek, je součástí přílohy č. 2 této práce.

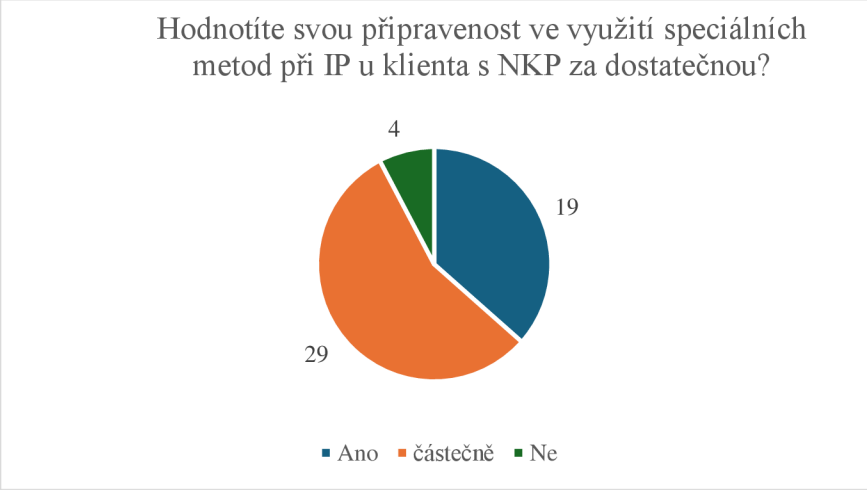


Graf 9: Preferovaná forma IP (zdroj vlastní tvorba)

Patrné je, že u většiny klientů je preferovaná forma IP v podobě textu 70 (60,30 %). V menším zastoupení je pak používána kombinace textu a obrázků 40 (34,50 %) a nepatrně je zastoupena forma pouze v podobě obrázků 6 (5,20 %).

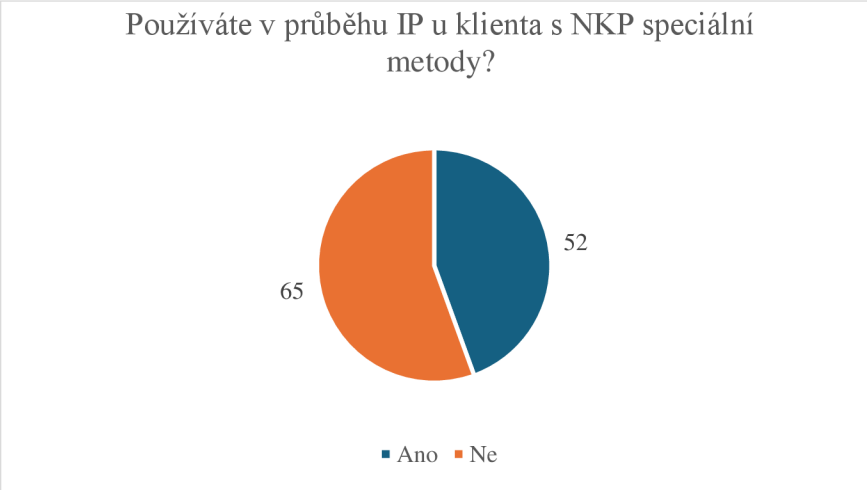
Na základě čištění dat byla jedna z odpovědí vyřazena, jelikož ji nebylo možné zařadit do žádné z kategorií. Respondent sdělil, že žádnou z forem nepoužívá. Je tedy možné, že byla položka v dotazníku špatně pochopena. Totiž jak již bylo zmíněno v teoretické části této práce,

každý z poskytovatelů sociálních služeb je povinen s klientem individuálně plánovat a tuto činnost zaznamenávat. Podoba tohoto dokumentu ale zůstává na dané službě dle specifik cílové skupiny.



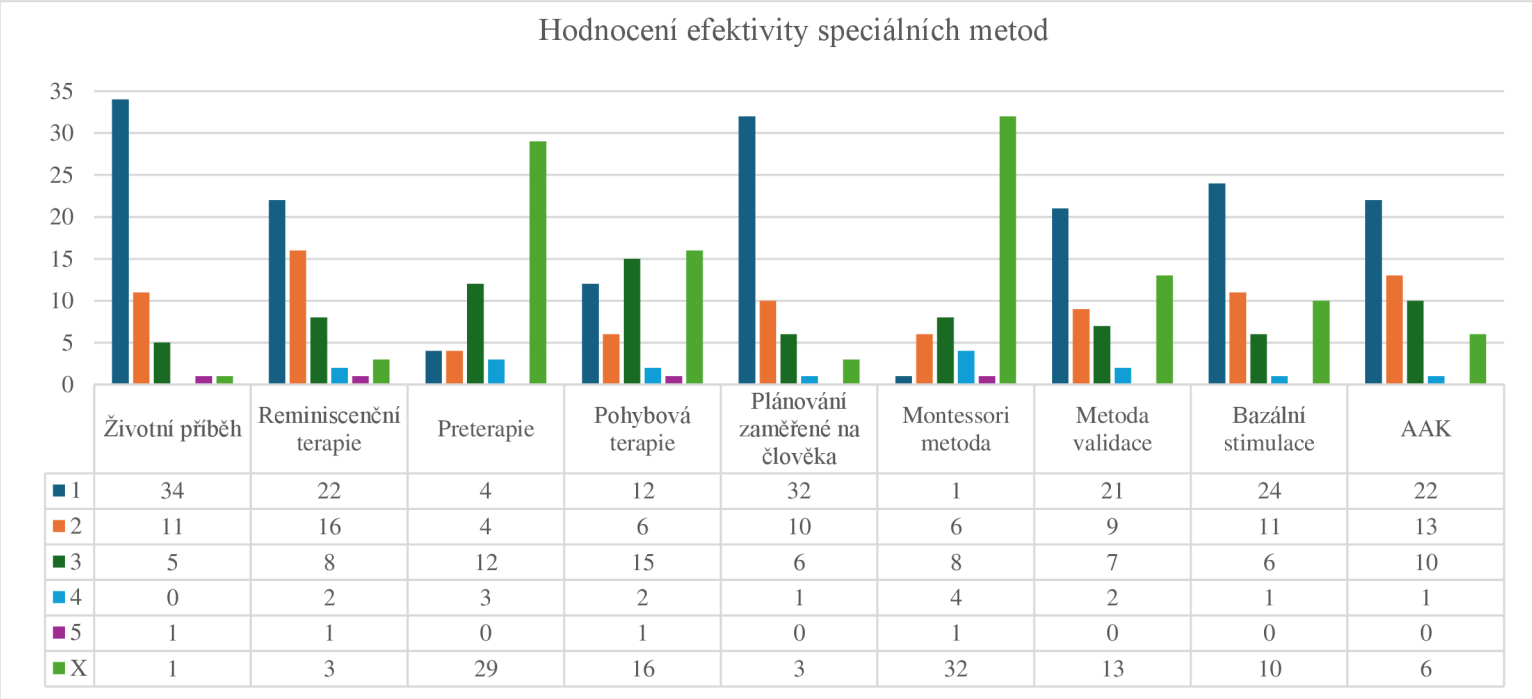
Graf 10: Připravenost ve využívání speciálních metod (zdroj vlastní tvorba)

Připravenost k činnosti IP hodnotí 29 (52,80 %) respondentů jako částečnou. 19 (36,50 %) pracovníků se domnívá, že jsou pro činnost dostatečně připraveni, 4 (7,70 %) hodnotí, že jejich zkušenosti pro tuto činnost nejsou dostatečné, mezi těmito respondenty byli 2 pracovníci jejichž praxe je mezi 2 – 5 roky, 1 pracovník s praxí mezi 6 – 10 roky a 1 respondent s praxí mezi 11 – 15 lety. Je tedy možné domnívat se, že připravenost pracovníků nemusí být ovlivněna jen roky praxe.



Graf 11: Četnost využívání speciálních metod během IP (zdroj vlastní tvorba)

Graf 11 ukazuje, že v 65 (55,60 %) případech není speciálních metod během IP využívání používána. 52 (44,40 %) respondentů využívání speciálních metod ale potvrzuje.



	Životní příběh	Reminiscenční terapie	Preterapie	Pohybová terapie	Plánování zaměřené na člověka	Montessori metoda	Metoda validace	Bazální stimulace	AAK
1	34	22	4	12	32	1	21	24	22
2	11	16	4	6	10	6	9	11	13
3	5	8	12	15	6	8	7	6	10
4	0	2	3	2	1	4	2	1	1
5	1	1	0	1	0	1	0	0	0
X	1	3	29	16	3	32	13	10	6

Graf 12: Hodnocení efektivity speciálních metod (zdroj vlastní tvorba)

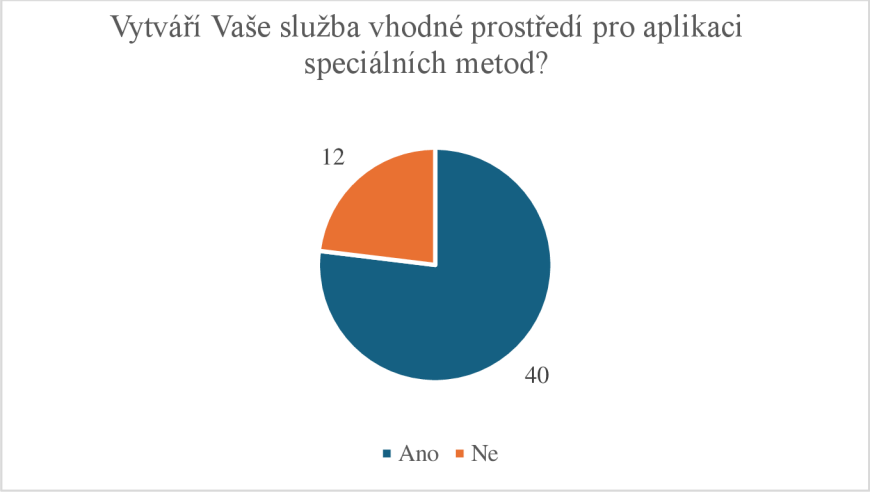
Graf 12 znázorňuje hodnocení použití speciálních metod během IP u osob s NKP. Kdy hodnota 1 značí nejvyšší efektivitu použití metody a 5 nejnižší efektivitu, hodnota X značí nevyužívání metody. Jako neefektivní byly hodnoceny jen některé z metod, a to jen v ojedinělých případech. Respondenti v otevřené otázce jako další jimi využívané metody zmiňovali „Zpěv“, „Relaxace“, „Canisterapie“, ve dvou případech dokonce „arteterapii“ a „muzikoterapii“.

Metoda	Průměrné hodnocení efektivity	Neexistující spolupráce (%)	Směrodatný odchylka
Životní příběh	1,49	1,92 %	0,74
Plánování zaměřené na člověka	1,51	5,77 %	0,71
Bazální stimulace	1,62	19,23 %	0,92
Metoda validace	1,74	25,00 %	0,98
AAK	1,78	11,54 %	0,93
Reminiscenční terapie	1,86	5,77 %	1,00
Pohybová terapie	2,28	30,77 %	1,12
Preterapie	2,61	55,77 %	0,98
Montessori přístup	2,90	61,54 %	1,03

Tabulka 4: Průměrné hodnocení efektivity spolupráce (zdroj vlastní tvorba)

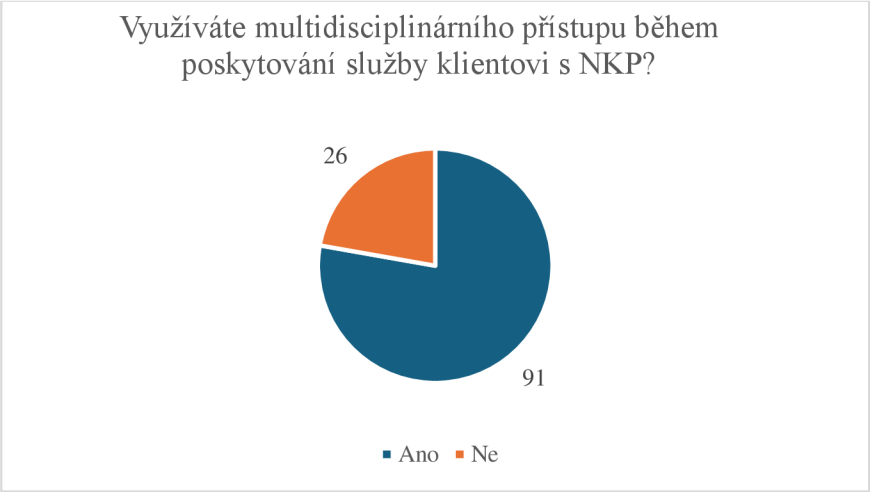
Jako nejefektivnější metodu respondenti označili Životní příběh klienta (1,49), zatímco jako nejméně efektivní byl hodnocen Montessori přístup (2,90). Metoda Životní příběh klienta (1,92 %) má zároveň nejnižší podíl nevyužívání, zatímco u Montessori přístupu (61,54 %) je tento podíl nejvyšší.

Nejnižší směrodatnou odchylku, a tedy největší shodu v hodnocení efektivity, mají metody Plánování zaměřené na člověka (0,71) a Životní příběh (0,74). To znamená, že většina respondentů tyto metody vnímali jako konzistentně efektivní, což potvrzuje i jejich pozitivní průměrné hodnocení. Naopak největší rozpětí názorů mezi respondenty, vykazuje Pohybová terapie (1,12) a Montessori přístup (1,03). Montessori přístup dosahuje nejvyššího průměrného hodnocení (3,53) a zároveň vysoké směrodatné odchylky.



Graf 13: Hodnocení prostředí pro aplikaci IP (zdroj vlastní tvorba)

12 (23,10 %) respondentů, kteří používají speciální metody během IP u osob s NKP hodnotí, že jejich služba neposkytuje dostatečně vhodné prostředí pro jejich aplikaci. Naopak 40 (76,90 %) pracovníků podmínky pro tuto činnost hodnotí pozitivně.

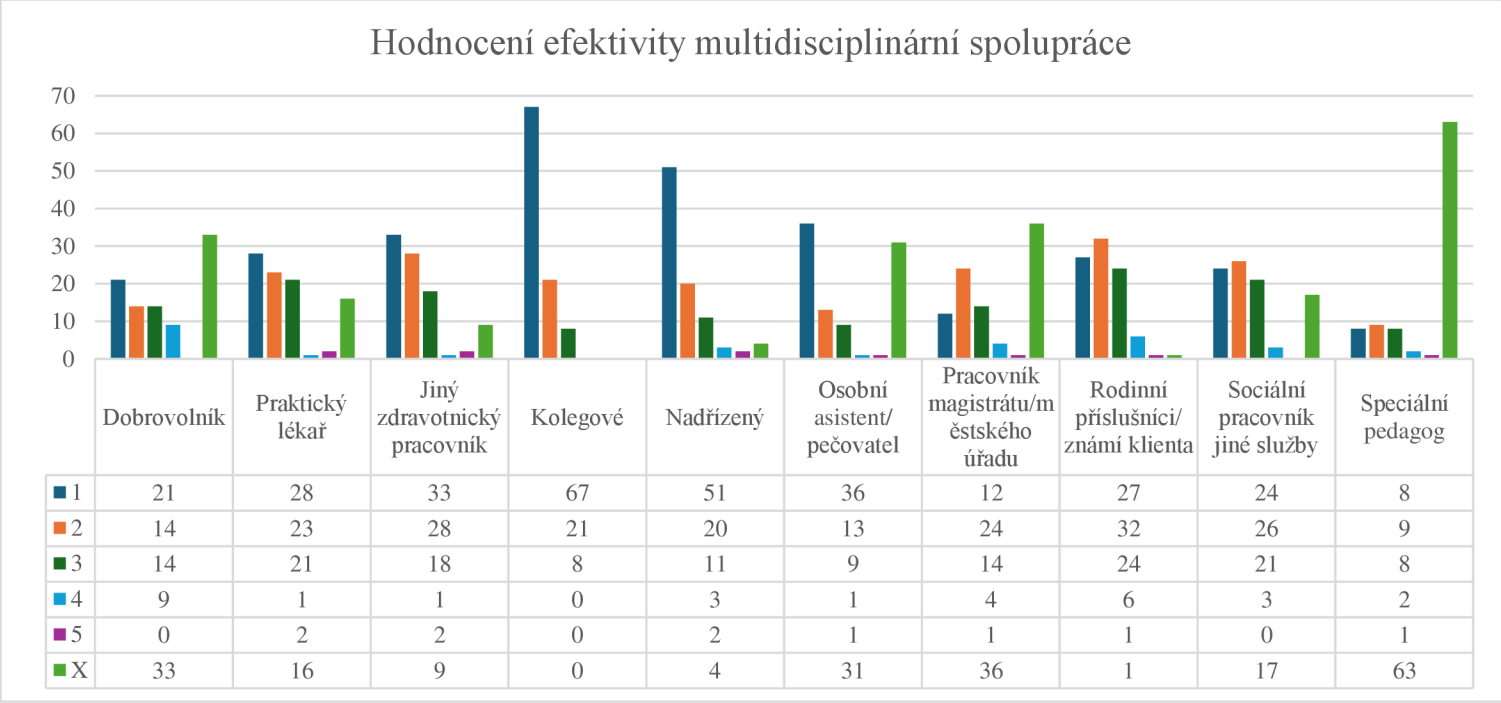


Graf 14: Četnost využívání multidisciplinárního přístupu (zdroj vlastní tvorba)

Graf 14 znázorňuje rozložení využívání multidisciplinární spolupráce během procesu IP s klienty s NKP. V 91 (77,80 %) případech je multidisciplinární spolupráce využívána, 26 (22,20 %) respondentů pak uvádělo, že tento typ spolupráce u nich neprobíhá.

Graf 15: Zpětná vazba k multidisciplinárnímu přístupu (zdroj vlastní tvorba)

78 (85,70 %) respondentů se během snahy o navázání multidisciplinární spolupráce setkává s pozitivní zpětnou vazbou od těchto odborníků, ve 13 (14,30 %) případech tomu tak není. Je opět pozitivní informací, že takovou zkušenost má významná menšina respondentů.



	Dobrovolník	Praktický lékař	Jiný zdravotnický pracovník	Kolegové	Nadřízený	Osobní asistent/ pečovatel	Pracovník magistrátu/městského úřadu	Rodinní příslušníci/ známí klienta	Sociální pracovník jiné služby	Speciální pedagog
1	21	28	33	67	51	36	12	27	24	8
2	14	23	28	21	20	13	24	32	26	9
3	14	21	18	8	11	9	14	24	21	8
4	9	1	1	0	3	1	4	6	3	2
5	0	2	2	0	2	1	1	1	0	1
X	33	16	9	0	4	31	36	1	17	63

Graf 16: Hodnocení efektivity multidisciplinární spolupráce (zdroj vlastní tvorba)

Graf č. 16 znázorňuje hodnocení efektivity multidisciplinární spolupráce z pohledu pracovníků. Hodnota 1 označuje nejvyšší efektivitu, hodnota 5 naopak nejnižší efektivitu, zatímco X značí neexistující spolupráci. Nejnižší hodnocení efektivity se objevovalo jen minimálně a v žádném případě nepřevládalo.

V otevřené otázce respondenti doplnili i další formy spolupráce. V šesti případech zmínili aktivizačního pracovníka, tři respondenti uvedli spolupráci s logopedem. Jedná se o profese, které lze vykonávat na základě studia speciální pedagogiky, v souladu s danými specializacemi a podmínkami. Dále byla ve čtyřech případech uvedena profese psychologa. Ze zdravotnických oborů respondenti zmínili třikrát psychiatra, dvakrát ergoterapeuta a nutričního terapeuta a jednou geriatra a neurologa. Z jiných oblastí byli uvedeni také soudce a kněz, každý v jednom případě.

Jedna z respondentek se podělila o svou zkušenost se spoluprací s duchovním:

„Občas se mi stalo, že jsem přizvala kněze. Jeho role byla pro klienta velmi povzbuzující a zklidňující. Bylo by dobré, aby na kněze multidisciplinární tým myslel, i když pro ně samotné je role duchovního zanedbatelná nebo nulová.“

Člen multidisciplinárního týmu	**Průměrné hodnocení efektivity**	**Neexistující spolupráce (%)**	**Směrodatná odchylka**
Kolegové	1,39	0,00 %	0,72

Osobní asistent/pečovatel	1,63	34,07 %	0,85
Nadřízený	1,68	4,40 %	0,89
Jiný zdravotnický pracovník	1,91	9,89 %	0,96
Praktický lékař	2,01	17,58 %	0,98
Sociální pracovník jiné služby	2,04	18,68 %	0,97
Rodinní příslušníci/známí klienta	2,13	1,10 %	1,00
Dobrovolník	2,19	36,26 %	1,10
Pracovník magistrátu/městského úřadu	2,24	39,56 %	1,05
Speciální pedagog	2,25	69,23 %	1,02

Tabulka 5: Průměrné hodnocení efektivity spolupráce (zdroj vlastní tvorba)

Nižší výsledek u hodnocení efektivity značí vyšší hodnocení efektivity spolupráce s daným jedincem. Nižší směrodatná odchylka znamená, že hodnocení efektivity je stabilní a respondenti mají podobnou zkušenost.

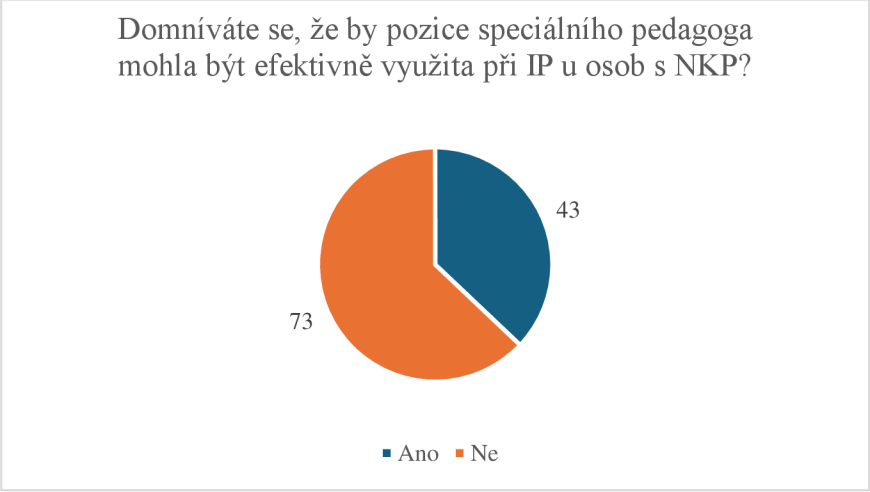
Ze získaných dat vyplývá, že nejefektivnější spolupráce probíhá mezi kolegy, zatímco spolupráce se speciálním pedagogem je hodnocena jako nejméně efektivní. Právě u této profese respondenti nejčastěji uváděli, že spolupráce vůbec neexistuje. Nejnižší směrodatnou odchylku vykazovali kolegové, nadřízení a osobní asistenti/pečovatelé. Naopak dobrovolníci, pracovníci magistrátu/městského úřadu, rodinní příslušníci a speciální pedagogové vykazují nejvyšší směrodatnou odchylku.

Graf 17: Četnost pozice speciálního pedagoga (zdroj vlastní tvorba)

Získaná data ukazují, že pouze v jednom případě (0,90 %), je ve službách účastnících se výzkumu, zřízena pozice speciálního pedagoga. V 116 (99,10 %) případech pozice speciálního pedagoga ve službách není.

Respondent ze služby, kde pozici speciálního pedagoga zavedenou mají, vidí v této pozici průměrnou významnost pro IP u osob NKP.

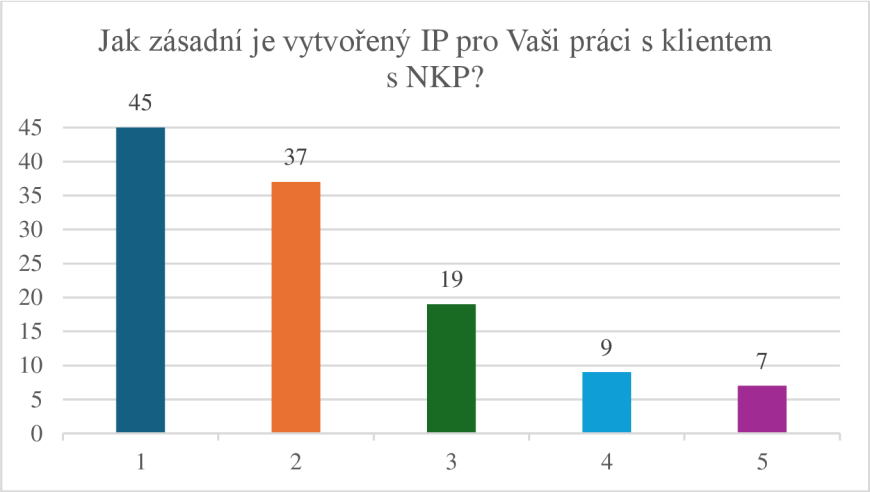
Graf 18: Vnímání potřebnosti pozice speciálního pedagoga (zdroj vlastní tvorba)



Graf 19: Využití pozice speciálního pedagoga během IP (zdroj vlastní tvorba)

Graf 18 znázorňuje to, kolik pracovníků ve službách, kde pozice speciálního pedagoga není zavedená vidí jeho potřebnost. V 94 (81 %) případech, tedy výrazná většina, zavedení této pozice nevnímají jako potřebné. Oproti tomu 22 (19 %) pracovníků spatřují význam zavedení v této pozice u nich ve službě.

Pouze 43 (37,10 %) pracovníků vnímá, že by pozice speciálního pedagoga mohla být vhodně využita během procesu IP u klientů s NKP. Opačně to vidí 73 (62,90 %) respondentů. Tyto data zobrazuje graf 19.

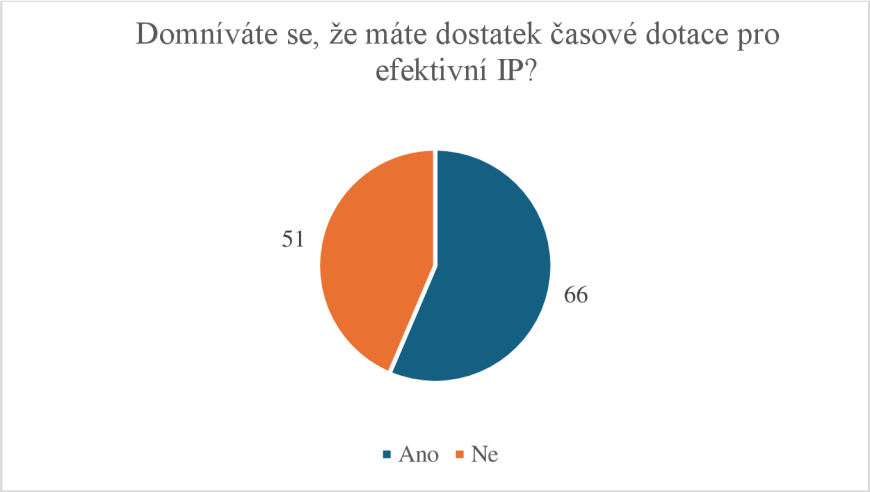


Graf 20: Význam IP pro práci s klientem s NKP (zdroj vlastní tvorba)

Data z grafu 20 zobrazují hodnocení, jak zásadní je IP pro práci s klientem s NKP na škále od 1 (zásadní) do 5 (nezásadní). Výsledky ukazují, že většina respondentů vnímá IP jako klíčový prvek v práci s těmito klienty. Celkem 45 respondentů (38,5 %) považuje IP za velmi zásadní dokument. V 37 (31,60 %) případech přikládají respondenti, na škále od 1 do 5, 2. nejvyšší hodnocení, zatímco pouze 9 (7,70 %) respondentů jej hodnotí na škále hodnotou 4 a 7 respondentů (6 %) hodnotou 5. 19 (16,20 %) pracovníků jej hodnotí hodnotou 3 – tedy neutrální.

Graf 21: Hodnocení dokumentu IP pro práci s klientem (zdroj vlastní tvorba)

To, že dokument IP pracovníci hodnotí jako důležitý a smysluplný, můžeme sledovat i na základě dat z grafu 21. Totiž 82 (70,10 %) respondentů se domnívá, že právě díky tomuto dokumentu je služba klientovi poskytována efektivněji. Pouze 35 (29,90 %) pracovníků si tak nemyslí.



Graf 22: Hodnocení časové dotace pro IP (zdroj vlastní tvorba)

Ne tak jednoznačným výsledkem jsou pak informace o tom, jak pracovníci hodnotí časovou dotaci pro IP u klienta s NKP. 66 (56,40 %) pracovníků vnímá, že má dostatek časové dotace pro tuto činnost. Pro 51 (43,60 %) pracovníků je ale časová dotace pro tuto činnost nedostatečná. Data ukazuje graf 22.

4.4.2. Ověření hypotéz

V následujícím oddíle budou, díky získaným datům a jejich analýze, ověřeny stanovené hypotézy.

Hypotézy budou ověřovány pomocí statistické metody chí-kvadrát test dobré shody.

Pomocí metody chí-kvadrátu dobré shody se ověřuje, zda se naměřené četnosti liší od teoretických četností předpokládaných nulovou hypotézou. Prvotním krokem je stanovení nulové a alternativní hypotézy na základě, kterých je možné zjistit, jestli existuje vztah mezi stanovenými fenomény. A to za podmínky, pokud je potvrzena nulová hypotéza neexistuje vztah mezi jevy, v opačném případě – potvrzení alternativní hypotézy značí, že vztah mezi jevy je. „U testu dobré shody chí-kvadrát je testovým kritériem hodnota,

$$x^2 = \sum \frac{(\mathrm{P} - \mathrm{O})^2}{\mathrm{O}}$$

kde x^2 je testové kritérium chí-kvadrát, P je tzv. pozorovaná četnost (skutečná, empiricky zjištěná četnost) a O očekávaná četnost. Očekávaná četnost je četnost, která odpovídá nulové hypotéze.“ Pro potvrzení nulové hypotézy je zásadní porovnání testového kritéria x^2 s kritickou hodnotou. „Příslušnou kritickou hodnotu hledáme vždy pro určitou (zvolenou) hladinu významnosti a tzv. Počet stupňů volnosti“ (Chráska, 2016, s. 65 – 66).

H_1: Některé speciální metody jsou v procesu IP hodnoceny jako efektivnější než jiné.

H_0: Neexistuje statisticky významný rozdíl v hodnocení efektivity využití různých speciální metod při procesu IP u klientů s NKP.

H_A: Existuje statisticky významný rozdíl v hodnocení efektivity využití různých speciální metod při procesu IP u klientů s NKP.

Ověřovány budou vždy samostatně jednotlivé metody (AAK, Bazální stimulace, metoda validace, Montessori přístup, plánování zaměřené na člověka, pohybová terapie, preterapie, reminiscenční terapie, životní příběh klienta).

K ověření hypotézy č. 1 byly použity data z grafu č. 12. Pro výpočet hodnot potřebných pro ověření stanovené hypotézy byla odstraněna hodnota X, tedy neexistující spolupráce. Hladina významnosti byla stanovena v hodnotě 0,05 a počet stupňů volnosti 4, což značí, že kritická hodnota je $x^2_{(0,05)}(4) = 9{,}488$. Pro zpřehlednění výsledku byla vytvořena souhrnná tabulka, která znázorňuje výsledky týkající se jednotlivých metod.

Speciální metody	**∑ četnost (P)**	**Testové kritérium (x^2)**	**Kritická hodnota ($x^2_{(0,05)}(4) = 9,488$)**	**Závěr**
AAK	46	35,96	9,488	**Odmítnutí H_0**
Bazální stimulace	42	45,38	9,488	**Odmítnutí H_0**
Metoda validace	39	34,72	9,488	**Odmítnutí H_0**
Montessori přístup	20	9,5	9,488	**Odmítnutí H_0**
Plánování zaměřené na člověka	49	69,47	9,488	**Odmítnutí H_0**
Pohybová terapie	36	20,95	9,488	**Odmítnutí H_0**
Preterapie	23	17,22	9,488	**Odmítnutí H_0**
Reminiscenční terapie	49	33,55	9,488	**Odmítnutí H_0**
Životní příběh	51	76,75	9,488	**Odmítnutí H_0**

Tabulka 6: Výpočet pro ověření H_1 (zdroj vlastní tvorba)

Všechny testované metody vykazují statisticky významné rozdíly v hodnocení efektivity, což potvrzuje stanovenou hypotézu „*Existuje statisticky významný rozdíl v hodnocení efektivity různých speciálních metod při procesu IP u klientů s NKP.*“ Největší rozdíly byly identifikovány u metod Životní příběh (x^2 =76,75) a Plánování zaměřené na člověka (x^2 =69,47). To naznačuje, že tyto metody jsou pracovníky hodnoceny s největší variabilitou, což může být důsledkem různých přístupů k jejich využití v praxi nebo rozdílů v jejich aplikovatelnosti pro klienty s NKP. Naopak Preterapie (x^2 =17,22) a Pohybová terapie (x^2 =20,95) vykazují nižší, ale stále významné rozdíly v hodnocení efektivity. To může

znamenat, že jejich vnímání mezi respondenty je stabilnější. Nejnižší testové kritérium je možné sledovat u Montessori přístupu.

H_2: Spolupráce s některými osobami při procesu IP je hodnocena jako efektivnější než spolupráce s jinými osobami.

H_0: Neexistuje statisticky významný rozdíl v hodnocení efektivity spolupráce s různými osobami při procesu IP u klientů s NKP.

H_A: Existuje statisticky významný rozdíl v hodnocení efektivity spolupráce s různými osobami při procesu IP u klientů s NKP.

Jednotlivá spolupráce s daným jedincem bude ověřována zvlášť (dobrovolník, praktický lékař, jiný zdravotnický pracovník, kolegové, nadřízený, osobní asistent/ pečovatel, pracovník magistrátu/městského úřadu, rodinní příslušníci/ známí klienta, sociální pracovník jiné služby, speciální pedagog).

K ověření hypotézy č. 2 byly použity data z grafu 16. Pro výpočet hodnot potřebných pro ověření stanované hypotézy byla odstraněna hodnota X, tedy neexistující spolupráce. Hladina významnosti byla stanovena v hodnotě 0,05 a počet stupňů volnosti 4, což značí, že kritická hodnota je $x^2_{(0,05)}(4) = 9{,}488$. Pro zpřehlednění výsledku byla vytvořena souhrnná tabulka, která znázorňuje výsledky týkající se jednotlivých členů týmu.

Člen multidisciplinárního týmu	**∑ četnost (P)**	**Testové kritérium (x^2)**	**Kritická hodnota ($x^2_{(0,05)}(4) = 9,488$)**	**Závěr**
Dobrovolník	58	20,80	9,488	**Odmítnutí H_0**
Praktický lékař	75	42,28	9,488	**Odmítnutí H_0**
Jiný zdravotnický pracovník	82	52,26	9,488	**Odmítnutí H_0**
Kolega	96	164,10	9,488	**Odmítnutí H_0**
Nadřízený	87	93,17	9,488	**Odmítnutí H_0**
Osobní asistent/pečovatel	60	68,99	9,488	**Odmítnutí H_0**
Pracovník magistrátu/městského úřadu	55	29,81	9,488	**Odmítnutí H_0**
Rodinný příslušník	90	41,45	9,488	**Odmítnutí H_0**
Sociální pracovník jiné služby	74	41,01	9,488	**Odmítnutí H_0**
Speciální pedagog	28	10,21	9,488	**Odmítnutí H_0**

Tabulka 7: Výpočet pro ověření H_2 (zdroj vlastní tvorba)

Jak ukazuje tabulka č. 7, ve všech analyzovaných případech bylo testové kritérium vyšší než kritická hodnota. To znamená, že ve všech sledovaných skupinách multidisciplinárního týmu byl zjištěn statisticky významný rozdíl v hodnocení efektivity

spolupráce. Je tedy možné potvrdit hypotézu *„Existuje statisticky významný rozdíl v hodnocení efektivity spolupráce s různými osobami při procesu IP u klientů s NKP.“*

Nejvýraznější rozdíl byl zaznamenán u spolupráce s kolegy (x^2=164,10) a nadřízenými (x^2 =93,17). Naopak nejnižší rozdíl vykazuje spolupráce se speciálním pedagogem ($x^2 = 10{,}21$), což může naznačovat jednotnější pohled respondentů na tuto formu spolupráce.

H3: Většina respondentů hodnotí IP jako zásadní nástroj pro práci s klientem s NKP.

H0: Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi počtem pracovníků, kteří hodnotí IP jako zásadní, a těmi, kteří jej hodnotí jako nezásadní.

HA: Existuje statisticky významný rozdíl mezi počtem pracovníků, kteří hodnotí IP jako zásadní, a těmi, kteří jej hodnotí jako nezásadní.

K ověření hypotézy č. 3 byly použity data z grafu č. 20. Hladina významnosti byla stanovena v hodnotě 0,05 a počet stupňů volnosti 1, kritická hodnota tedy dosahuje $x^2_{(0,05)}(1) = 3{,}841$. Neutrální odpovědi (hodnota 3) byly z analýzy vyloučeny, protože nevyjadřovaly ani podporu, ani odmítnutí významu IP.

Hodnocení významu IP	**četnost (P)**	**Očekávaná četnost (O)**	**Testové kritérium**
Zásadní (1 +2)	82	49	22,22
Nezásadní (4+5)	16	49	22,22
∑	98	98	44,44

Tabulka 8: Výpočet pro ověření H3 (zdroj vlastní tvorba)

Testové kritérium v tomto případě vychází vyšší než kritická hodnota, je tedy možné odmítnou nulovou hypotézu a přijmout hypotézu alternativní *„Existuje statisticky významný rozdíl mezi počtem pracovníků, kteří hodnotí IP jako zásadní, a těmi, kteří jej hodnotí jako nezásadní.“* Výsledky ukazují, že převážná většina respondentů vnímá IP jako zásadní součást své praxe.

H4: Většina respondentů nepovažuje zavedení pozice speciálního pedagoga za potřebné.

H0: Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi počtem pracovníků, kteří považují zavedení pozice speciálního pedagoga za potřebné, a těmi, kteří ho nepovažují za potřebné.

HA: Existuje statisticky významný rozdíl mezi počtem pracovníků, kteří považují zavedení pozice speciálního pedagoga za potřebné, a těmi, kteří ho nepovažují za potřebné.

K ověření hypotézy č. 4 byly použity data z grafu 18. Hladina významnosti byla stanovena v hodnotě 0,05 a počet stupňů volnosti 1, kritická hodnota tedy dosahuje $x^2_{(0,05)}(1) = 3{,}841$.

Hodnocení zavedení pozice	četnost (P)	Očekávaná četnost (O)	Testové kritérium
Ano	22	58	22,34
Ne	94	58	22,34
∑	116	116	44,68

Tabulka 9: Výpočet pro ověření H_4 (zdroj vlastní tvorba)

Na základě výpočtu vychází testové kritérium větší než kritická hodnota. Je tedy možné zamítnout nulovou hypotézu a přijmout hypotézu alternativní *„Existuje statisticky významný rozdíl mezi počtem pracovníků, kteří považují zavedení pozice speciálního pedagoga za potřebné, a těmi, kteří ho nepovažují za potřebné.“*

Výsledky tedy ukazují, že většina respondentů pozici speciálního pedagoga ve své službě za potřebnou nepovažují.

4.5. Limity výzkumu

4.5.1. Na straně výzkumníka

V průběhu tvorby teoretické části byla na základě provedené rešerše jako jedna z metod používaných u osob s NKP více popsána pouze expresivní terapie – taneční terapie, která jediná byla také vložena do dotazníku. Takto bylo rozhodnuto, jelikož taneční terapie svým vhodným propojením hudby a pohybu je vhodně využitelnou metodou u těchto klientů. Ze získaných dat, které jsou interpretovány v kapitole 4.4. bylo ale zjištěno, že během procesu IP u těchto klientů pracovníci využívají také další expresivní terapie, především muzikoterapie a arteterapie.

Celková rešerše výzkumů, zaměřujících se na jednotlivé metody využitelné v procesu IP u osob s NKP, mohla být hlubší a obsáhlejší.

4.5.2. Na straně metodologie výzkumu

Hlavním prvkem, který mohl ovlivnit kvalitu výzkumu bylo to, že byl použit nestandardizovaný dotazník vytvořený výzkumnicí. Tím mohla být ovlivněna validita a reliabilita.

Otázka č. 4 „Jak dlouho se v sociálních službách profesně věnujete individuálnímu plánování?" mohla být zavádějící, jelikož v odpovědích bylo možné vybrat a) do 1 roku b) 2 – 5 let c) ..., zde si můžeme všimnout, že chybí období od 1 do 2 let praxe.

Taktéž z počtu 327 služeb, tento počet byl stanoven na základě proporčního stratifikovaného výběru, bylo v konečném počtu osloveno pouze 286 služeb. A to, jelikož bylo nakonec oslovenou pouze 10 služeb sociální rehabilitace a 7 služeb chráněné bydlení. Ukázalo se totiž, že tyto dvě služby ve většině případů svou službu neposkytují osobám s NKP, i přesto, že byly služby nabízeny i seniorům.

4.5.3. Na straně výzkumného prostředí

Během procházení registru poskytovatelů služeb Ministerstva práce a sociálních věcí (n.d.) bylo zjištěno, že v případě zvolení filtrů "senioři", " věk 65 let a více" se některé sociální služby, poskytující službu osobám s NKP neobjevovaly. Je tedy možné, že registr obsahuje technické chyby. Což mohlo ovlivnit počet služeb v základním vzorku. Aby se tato chyba co nejvíce omezila, byla každá webová stránka služby zkontrolována ručně a v případě, že se informace o cílové skupině z registru a webových stránkách lišily, byla služba vyřazena a místo ní byla vybrána další služba v pořadí.

Tato technická chyba nejenže mohla ovlivnit výzkumný vzorek, ale může být zásadním problémem pro občany, kteří v registru poskytovatelů hledají odbornou pomoc a z důvodu této chyby se například o některé službě ani nedozví.

5. Diskuse

Cílem tohoto výzkumu bylo zjistit, jak efektivně pracovníci hodnotí využití jednotlivých speciálních metod během procesu IP a jakou efektivitu přisuzují spolupráci s jednotlivými osobami multidisciplinárního týmu podílejících se na zjišťování potřeb a tvorbě IP u zmíněných klientů. Pozornost byla také věnována významu IP jako zásadnímu dokumentu pro poskytování služby klientovi s NKP. Výzkum si také kladl za cíl zjistit, jak pracovníci hodnotí využití pozice speciálního pedagoga na této odborné pozici. V následující kapitole budou diskutovány výsledky, nečekané zjištění a doporučení pro další možné výzkumné práce a poznatky pro praxi.

Pro potřeby získání dat byla využita metoda dotazování prostřednictvím online dotazníku. Dotazník byl rozeslán mezi 286 služeb. Návratnost dotazníku byla 40,90 % (117 responzí).

Jednou ze zkoumaných oblastí byla efektivita metod využívaných během IP u osob s NKP. Výsledky potvrdily statisticky významné rozdíly v hodnocení efektivity jednotlivých metod. Metody zaměřené na osobní zkušenosti klienta se ukázaly jako účinnější než metody vyžadující komplexnější přístup či odborné školení. Nejlépe hodnocené metody byly Životní příběh a Plánování zaměřené na člověka. Tento výsledek odpovídá výzkumu Jiruše (2023) a teoretickým podkladům Slowíka (2022), kteří zdůrazňují přínos biograficky orientovaných metod při práci s klienty. Montessori přístup byl hodnocen jako nejméně efektivní, využíván jen zřídka, a dokonce často zcela nevyužíván. Na základě definice přístupu (Kelly, 2017; Pinkasová, 2016) je možné si povšimnout, že tento přístup klade velký důraz na úpravu prostředí a použití pomůcek, zároveň ale přináší poznatky, že tato metody má na osobou s NKP významně pozitivní vliv. Autorka se domnívá, že zjištěné poukazuje na to, že nízká časová a personální kapacita služeb ovlivňuje četnost využívání této metody. Zároveň data naznačují, že ale malá část respondentů hodnotí tuto metodu pozitivně.

Obdobné výsledky vykazuje i metoda Preterapie. Na základě definice metody podle Janečkové (2015) a Malíkové (2020) je možné sledovat, že její aplikace nevyžaduje využití pomůcek či významnou časovou dotaci, jako to je například u Montessori přístup. Nabízí si myšlenka, že si pracovníci nejsou jisti s možností využití těchto daných metod a při vhodném školení by jejich četnost využití i hodnocení efektivity mohlo stoupnout.

Výsledky podporují tvrzení, že jednotlivé speciální metody jsou hodnoceny rozdílně, což může souviset s jejich praktičností, dostupností školení nebo mírou jejich implementace v jednotlivých zařízeních.

Výzkum se dále zabýval hodnocením efektivity spolupráce s různými odborníky multidisciplinárního týmu v procesu IP u osob s NKP. Statistická analýza potvrdila rozdílné vnímání spolupráce s jednotlivými profesemi. Nejefektivněji byla hodnocena spolupráce s kolegy, nadřízenými a osobními asistenty či pečovateli, kde byla zjištěna nejnižší směrodatná odchylka, což naznačuje stabilní a jasně definovanou roli těchto pracovníků. Oproti tomu spolupráce s externími odborníky, jako je praktický lékař či jiný zdravotnický personál, byla hodnocena méně pozitivně. Přesto výsledky nepotvrdily výrazně negativní zkušenosti se spoluprací se zdravotnickými pracovníky, jak uvádí například Asakawa et al. (2017), kteří upozorňují na problémy v kooperaci mezi sociálními službami a zdravotnictvím.

Spolupráce s rodinnými příslušníky byla hodnocena rozporuplně – některé skupiny ji vnímaly jako přínosnou, zatímco jiné ji považovaly za komplikovanou. Krybusová (2015) zdůrazňuje nezbytnost aktivního zapojení rodiny a blízkých osob klienta do procesu IP. Jirků a Vacková (2020) rovněž potvrzují, že aktivní zapojení rodiny do péče o klienta výrazně zlepšuje plnění stanovených cílů a kvalitu života uživatele služby. Individuální rozdíly v přístupu rodinných příslušníků k IP vedou k různorodému vnímání jejich role pracovníky – zatímco někteří je považují za klíčové partnery, jiní mají negativní zkušenosti.

Nejvyšší směrodatnou odchylku vykazovala spolupráce s dobrovolníky, pracovníky magistrátu nebo městského úřadu, rodinnými příslušníky a speciálními pedagogy. To ukazuje na značné rozdíly v hodnocení jejich role v IP. Různorodé zkušenosti pracovníků mohou být důsledkem nejasné role těchto odborníků v procesu plánování, nepravidelného zapojení do IP nebo rozdílných očekávání pracovníků od této spolupráce. Zpráva Českého statistického úřadu (2024) uvádí, že v druhé polovině roku 2023 se dobrovolnictví v sociálních službách věnovalo 23,5 % z celkového počtu dobrovolníků, což může odrážet jejich omezenou integraci do IP. Rozdílné hodnocení spolupráce s dobrovolníky může být také ovlivněno tím, že je dobrovolník brán za „neprofesionální“ článek multidisciplinárního týmu a pro některé pracovníky se může zdát jeho zapojení do procesu IP méně efektivní.

Napětí mezi různými sektory v rámci multidisciplinární spolupráce se odráží i ve výzkumu Vojtíška (2017), který zjistil, že sociální pracovníci působící v neziskových organizacích se setkávají s vyšším uznáním než ti, kteří pracují ve veřejné správě. To může ovlivňovat dynamiku týmové spolupráce i ochotu jednotlivých pracovníků efektivně se zapojit do IP. Celkově výsledky výzkumu naznačují, že rozdíly v hodnocení efektivity spolupráce

mohou být ovlivněny jak strukturálními faktory, tak subjektivním vnímáním jednotlivých pracovníků, jejich očekáváními a zkušenostmi s danými profesemi.

Výzkum se zaměřil také na hodnocení významu IP v práci s klienty s NKP. Výsledky ukázaly, že většina pracovníků považuje IP za klíčový nástroj v této oblasti.

Krybusová (2015) ve svém výzkumu potvrzuje, že IP představuje pro pracovníky podstatný dokument pro práci s klientem. Straková (2018) rovněž potvrzuje, že většina pracovníků vnímá IP jako klíčový prvek v práci s klienty. Hauke (2011) zdůrazňuje jeho zásadní význam bez ohledu na konkrétní cílovou skupinu. Důležitost IP vyzdvihuje i Ministerstvo práce a sociálních věcí (2022), které uvádí, že IP pomáhá klientovi jasně porozumět své roli při řešení situace. Díky přesně stanoveným pravidlům a postupům, jimiž se pracovníci sociálních služeb řídí, přispívá k pocitu bezpečí klienta. Všichni autoři se shodují na zásadním významu IP v sociálních službách, což potvrdily i výsledky tohoto výzkumu. Zjištění ukazují, že IP není pouze administrativním nástrojem, ale klíčovým prvkem, který usnadňuje práci s klienty, strukturuje poskytovanou péči a podporuje efektivitu spolupráce mezi pracovníky sociálních služeb.

Další oblastí, na kterou výzkum cílil bylo, jak hodnotí pracovníci zavedení pozice speciálního pedagoga v jejich službě. Výsledky ukázaly, že většina pracovníků tuto pozici nepovažuje za potřebnou. Analýza potvrdila, že 81 % pracovníků nespatřuje význam této role ve službách, zatímco pouze 19 % ji hodnotí jako přínosnou. Tento výsledek je v rozporu s odbornými názory, například s tvrzením Bazalové (2023), která doporučuje zapojení speciálního pedagoga do multidisciplinárního týmu. Až 99,10 % respondentů zmiňuje, že pozici speciálního pedagoga ve svých zařízeních zřízenou nemá, pouze 1 (0,90 %) respondent zmínil opak. Jedná se o pracovníka ve službách domov pro seniory, odlehčovací služba a domov se zvláštním režimem.

Dále bylo zjištěno, že spolupráce se speciálním pedagogem je mezi všemi odborníky hodnocena jako nejméně efektivní. Až 69,23 % respondentů uvedlo, že s touto profesí nespolupracují vůbec. V otázce zapojení speciálního pedagoga do procesu IP nebyly názor natolik jednoznačné, ale stále převažovaly negativní názory – 37,10 % pracovníků považuje jeho účast za vhodnou, zatímco až 62,90 % ji nepodporuje. Podobné rozdělení názorů potvrzuje i výzkum Jiruše (2023), podle jeho zjištění 10 poskytovatelů sociálních služeb pro seniory vnímá tuto pozici jako významnou, zatímco 15 dalších její přínos nevidí.

Možným vysvětlením těchto výsledků může být nízké povědomí o kompetencích speciálního pedagoga a možnostech využití jeho práce v sociální sféře. Další překážkou mohou být samozřejmě kapacitní důvody a potřeby sociální sféry daného kraje.

Na druhou stranu Gulová (2011) uvádí, že pedagogicky vzdělaní odborníci mají lepší přípravu na aktivizační a sociálně terapeutické činnosti než sociální pracovníci.

Celkově výsledky výzkumu naznačují, že současná praxe vnímá roli speciálního pedagoga v sociálních službách jako málo potřebnou, přestože odborné studie upozorňují na její možný přínos. To otevírá prostor pro další diskusi o informovanosti pracovníků a možných přínosech této pozice v praxi.

Dále jsou popsány další zajímavá zjištění, která tento výzkum přinesl. Tato zjištění mohou sloužit jako podklad pro případné další výzkumné šetření.

Nižší zastoupení respondentů s praxí mezi 16–20 lety a více než 21 lety může naznačovat dvě možné příčiny. První hypotézou je syndrom vyhoření, který může vést k tomu, že pracovníci v sociálních službách nezůstávají v oboru dlouhodobě. Druhou možností je fyzická náročnost přímé péče, která nutí zaměstnance změnit profesi ze zdravotních důvodů. Největší zastoupení v průzkumu měli absolventi kurzu pracovníka v sociálních službách, jejichž práce zahrnuje fyzicky náročné činnosti jako pomoc s hygienou klientů, polohování či podávání stravy. I když mezi respondenty s praxí 16–20 let byli pouze dva pracovníci sociálních služeb, ve skupině 21 a více let praxe se jejich počet zvýšil na sedm. To naznačuje, že někteří pracovníci v sociálních službách přesto zůstávají dlouhodobě, avšak jejich počet je nižší.

Ačkoliv 70,1 % pracovníků odpovědných za IP má na starosti maximálně pět klientů, očekávaný vliv nižšího počtu klientů na častější využívání speciálních metod se nepotvrdil. Naopak, více než polovina těchto pracovníků speciální metody nevyužívá. Tento výsledek naznačuje, že využití metod nesouvisí pouze s počtem klientů, ale pravděpodobně i s nastavením služby, přístupem vedení, možností školení a dostupnými podmínkami pro jejich aplikaci.

Pouze 23,1 % pracovníků uvedlo, že jejich služba neposkytuje vhodné podmínky pro využívání speciálních metod. To znamená, že většina považuje své pracovní prostředí za

dostatečné, přesto je jejich reálné využití metod nízké. Tento rozpor naznačuje, že hlavní bariéry nejsou v prostředí samotném, ale pravděpodobně v organizačních faktorech, vzdělání pracovníků a jejich vnímání efektivity těchto metod.

Přestože původní předpoklad naznačoval, že délka praxe by mohla být klíčovým faktorem pro využívání speciálních metod, výsledky ukazují smíšený obraz. Kromě kategorie do 1 roku je využívání speciálních metod v porovnání s délkou praxí rozloženo rovnoměrně. Respondenti v kategorii do 1 roku využívání speciálních metod ve všech odpovědí negovali. Což může souviset s nedostatkem zkušeností nebo omezenou znalostí těchto metod. Je potřebné ale sdělit, že těchto pracovníků bylo pouze 7 z celého vzorku, a tedy předchozí je pouze myšlenkou, která ale může sloužit jako další prostor pro zkoumání. Výsledky také mohou naznačovat, že délka praxe sama o sobě není rozhodujícím faktorem pro využívání speciálních metod. Mnohem důležitější roli může hrát přístup ke vzdělávání a ochota osvojit si nové pracovní postupy. Zejména pracovníci s dlouhou praxí mohou mít ustálené pracovní návyky, které nezahrnují nejnovější metody IP. To zdůrazňuje potřebu cíleného vzdělávání nejen pro začínající pracovníky, ale i pro zkušenější zaměstnance, kteří mohou profitovat z aktualizace svých znalostí a praxe.

Data také ukazují, že rozložení pracovníků využívajících speciální metody je poměrně vyrovnané napříč kategoriemi podle počtu klientů. Překvapivé však je, že až 60,8 % pracovníků, kteří mají na starosti maximálně pět klientů, speciální metody nevyužívá. Autorka očekávala, že právě u této skupiny bude vyšší zastoupení pracovníků, kteří metody aplikují, protože mají teoreticky více času na individuální přístup. Výsledky však naznačují opak. Tento výsledek vyvolává otázky o tom, zda časová dotace skutečně hraje klíčovou roli ve využívání speciálních metod, nebo zda jsou hlavními faktory spíše metodická podpora, školení a vnímání přínosu těchto metod v praxi. Tento neočekávaný trend by mohl být zajímavým tématem pro další výzkum.

Výzkum přinesl několik důležitých doporučení pro praxi, jak v oblasti speciální pedagogiky, tak v sociálních službách.

Podpora multidisciplinární spolupráce je stále aktuálním tématem. Přestože se povědomí o jejím významu postupně zvyšuje a dochází ke zlepšení spolupráce mezi

odborníky, je nadále klíčové tuto oblast rozvíjet. Proto je důležité organizovat workshopy zaměřené na multidisciplinaritu a propojení různých oborů. Odborníci nejen ze sociálních služeb by měli být již během studia a profesní přípravy vedeni k pochopení důležitosti a přínosu multidisciplinárního přístupu.

Posílení vzdělávání pracovníků v sociálních službách v oblasti speciálních metod je dalším důležitým doporučením. Výzkum ukázal, že délka praxe sama o sobě nezaručuje častější využívání speciálních metod, což potvrzuje potřebu cíleného vzdělávání. Přestože ZSS stanovuje povinné vzdělávání pracovníků, je nutné, aby byli motivováni i k dalšímu sebevzdělávání a k přijímání nových přístupů v práci s klienty.

Zlepšení informovanosti o roli speciálního pedagoga v sociálních službách je nezbytné, neboť ačkoliv odborné studie potvrzují jeho význam pro práci s klienty s NKP, většina pracovníků v sociálních službách tuto roli nepovažuje za potřebnou. Pro zvýšení povědomí je vhodné informovat sociální pracovníky a vedení sociálních služeb o přínosech speciálního pedagoga v multidisciplinárním týmu. Toho lze dosáhnout například pomocí metodických listů či odborných konferencí.

Podpora pracovníků v přímé péči a prevence syndromu vyhoření je dalším klíčovým bodem. Nízké zastoupení pracovníků s dlouhou praxí v sociálních službách může být důsledkem fyzické a psychické náročnosti této práce, což často vede k předčasnému odchodu z profese. Téma syndromu vyhoření je v pomáhajících profesích již dobře známé, avšak je důležité neustále hledat nové způsoby prevence a podporovat pracovníky v dlouhodobém setrvání v oboru.

Shrnutí

Diplomová práce na téma „Využití speciálních metod během individuálního plánování u osob s neurokognitivní poruchou“ se zaměřila na hodnocení efektivity speciálních metod a multidisciplinární spolupráce v procesu IP u klientů s NKP. Součástí výzkumu bylo také zkoumání významu IP jako klíčového dokumentu v sociálních službách a postojů respondentů k zavedení pozice speciálního pedagoga v této oblasti.

Teoretická část práce se věnuje klíčovým tématům souvisejícím se sociálními službami, významem IP při poskytování péče klientům s NKP a rolí multidisciplinární spolupráce v tomto procesu. Dále je podrobně popsána problematika neurokognitivních poruch a jejich dopad na fungování jednotlivce.

Výzkumná část zahrnuje popis metodologie šetření, charakteristiku výzkumného vzorku a interpretaci získaných dat, na jejichž základě byly ověřovány hypotézy formulované na základě odborné literatury.

Výsledky výzkumu potvrdily, že IP je považováno za důležitý nástroj v sociálních službách, avšak jeho skutečné využití a efektivita jsou ovlivněny mnoha faktory. Ukázalo se, že některé metody jsou vnímány jako účinnější než jiné, přičemž nejlépe hodnocené byly přístupy zaměřené na osobní zkušenosti klienta, jako Plánování zaměřené na člověka a Životní příběh. Naopak Montessori přístup a Preterapie byly využívány jen zřídka, ačkoliv literatura poukazuje na jejich potenciální přínosy. To naznačuje, že samotná efektivita metody není jediným faktorem ovlivňujícím její uplatnění v praxi.

Zajímavým zjištěním je, že počet klientů na pracovníka nemá přímý vliv na četnost využívání speciálních metod. Ačkoliv by se dalo očekávat, že pracovníci s menším počtem klientů budou mít více prostoru pro individualizovanou péči, výsledky ukázaly, že ani v těchto případech není využití metod časté. To ukazuje na to, že časové kapacity sice mohou být limitujícím faktorem, avšak roli hraje i informovanost, dostupnost metodických materiálů a ochota pracovníků implementovat nové přístupy. Podobně je možné pozorovat rozdíly v multidisciplinární spolupráci, která byla nejlépe hodnocena mezi kolegy, nadřízenými a osobními asistenty, zatímco spolupráce s externími odborníky, jako jsou zdravotníci či speciální pedagogové, byla vnímána jako méně efektivní. Tento výsledek může souviset s rozdílnými profesními přístupy, nedostatečnou komunikací nebo absencí jasných mechanismů spolupráce mezi sektory.

Významným tématem, které výzkum nastínil, je také role speciálního pedagoga v sociálních službách. Přestože odborná literatura zdůrazňuje jeho možný přínos pro práci

s klienty s NKP, většina pracovníků tuto profesi v rámci svých služeb nevyužívá a nepovažuje ji za klíčovou součást multidisciplinárního týmu. Tento postoj může být důsledkem nízké informovanosti o jeho kompetencích nebo omezených zkušeností se zapojením speciálního pedagoga do procesu IP. Na základě těchto zjištění se jako důležité jeví nejen zlepšení povědomí o možném přínosu této profese, ale i širší analýza toho, jaké reálné benefity by její zavedení do praxe mohlo přinést.

Práce tedy naplnila svůj cíl a poskytla vhled do aktuálního stavu využívání speciálních metod, vnímání multidisciplinární spolupráce, postavení speciálního pedagoga v sociálních službách a významu IP jako zásadnímu dokumentu pro poskytování sociální služby. Výsledky ukázaly nejen silné stránky současné praxe, ale také bariéry, které zamezují efektivnějšímu využití dostupných metod a odborných kapacit. Na základě těchto zjištění je možné formulovat doporučení směřující k posílení vzdělávání pracovníků, zlepšení spolupráce mezi odborníky a větší podpoře implementace speciálních metod v přímé péči o klienty. Zároveň se otevírají nové otázky, které by mohly být předmětem dalšího výzkumu, například jaké faktory nejvíce ovlivňují rozhodování pracovníků o využívání speciálních metod nebo jak by bylo možné efektivněji propojit sociální a zdravotní sektor v oblasti péče o osoby s NKP.

Seznam použitých zdrojů

Alexopoulos, P., Soldatos, R., Kontogianni, E., Frouda, M., Aligianni, S. I., Skondra, M., Passa, M., Konstantopoulou, G., Stamouli, E., Katirtzoglou, E., Politis, A., Economou, P., Alexaki, M., Siarkos, K., & Politis, A. (2021). COVID-19 Crisis Effects on Caregiver Distress in Neurocognitive Disorder. *Journal of Alzheimer's Disease* 79(1), 459-466. https://doi.org/10.3233/JAD-200991

Arnoldová, A. (2011). *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení: II. část, Sociální pomoc a sociální služby* (3., rozšířené vydání). Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum.

Asakawa, T., Kawabata, H., Kisa, K., Terashita, T., Murakami, M., & Otaki, J. (2017). Establishing community-based integrated care for elderly patients through interprofessional teamwork: a qualitative analysis. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, *10*, 399–407. https://doi.org/10.2147/JMDH.S144526

Bannon, S., Brabant, M., Dixon, J., Favret, E., Guilford, R., Kendall, K., Klemm, S., Lawrence, J., Lewis, P., Morgan, S., Pantoja, I., Patten, R., Scheff, J., Smith, R., Vigliani, R., & Wood, R. (2019). *A guide to individual planning*. The state of Connecticut, department of developmental services.

Bazalová, B. (2023). *Psychopedie* (první vydání). Grada Publishing.

Brenner, T., & Brenner, K. (2020). *The Montessori methods for connecting to people with dementia: A creative guide to communication and engagement in dementia care.* Jessica Kingsley Publishers.

Čámský, P., Sembdner, J., & Krutilová, D. (2011). *Sociální služby v ČR v teorii a praxi* (první vydání). Portál.

Černochová, B., Faltová, A., Kirkingová, R., Knichalová, V., Kvapil Pokorná, T., Skalová, S., & Jurníčková, P. (2016). Výzkum motivace studentů a zaměstnanců UP k formálnímu dobrovolnictví v sociálních službách. in. T. Matulayová, P. Jurníčková, & J. Doležel (Eds.), *Motivace k dobrovolnictví* (s. 61-73). Univerzita Palackého v Olomouci.

Český statistický úřad. (2024, 25. červen). *Dobrovolnictví v ČR - 2023: Dobrovolnicky pomáhala téměř pětina obyvatel ČR, převládaly ženy.* https://csu.gov.cz/docs/107508/7fbfd5a8-616b-409b-8589-af6e8e931a73/990283-24.pdf?version=1.0

Eger, L., & Egerová, D. (2022). *Metodologie výzkumu.* Západočeská univerzita v Plzni.

Foldynová, I., Hrušková, A., Marcalíková, L., Mariánek, M., Mariánková, G., Hruška, L., Přibyl, H., & Lazar, P. et al. (2020). *Souhrn nástrojů AAK pro osoby s demencí v České republice.* ACCENDO. https://www.mpsv.cz/documents/20142/1060378/Demence_CR_final.pdf/b910e8c6-715e-bd17-9577-79b54e26af69?t=1720510630898

Formánek, L., & Jindra, P. (2020). Individuální plánování v praxi a správně. in A. Švehlová, A. Tajanovská, & M. Veselá (Eds.), *Role sociálního pracovníka ve vybraných tématech sociálních služeb* (s. 101-124). Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. https://www.apsscr.cz/files/files/ROLE%20SOCIALNIHO%20PRACOVNIKA%20NEW_FINAL.pdf

Gulová, L. (2011). *Sociální práce pro pedagogické obory.* Grada Publishing.

Hauke, M. (2011). *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce.* Grada Publishing.

Hendl, J., & Remr, J. (2017). *Metody výzkumu a evaluace*. Portál.

Holmanová, I. (2016). Demence. *Odborný časopis Sociální služby, 18*(2), 10-13.

Husáková, V. (2016). Dobrovolnictví v sociálních službách. In *Sociální služby I: Užitečné informace pro manažery* (s. 27–31). Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR.

Chráska, M. (2016). *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu. (2., aktualizované vydání)*. Grada.

Janečková, H. (2015). Sociální práce se starými lidmi. In O. Matoušek, P. Kodymová, & J. Koláčková (Eds.), *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi* (s. 163–194). Portál.

Janoutová, J., Ambroz. P., Kovalová, M., Machaczka, O., Němček, K., Zatloukalová, A., Mrázková, E., Košta, O., Hálová, A., Hosák, L., & Janout, V. (2018). Epidemiologie mírné kognitivní poruchy. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie, 81*(3), 284-289. https://doi.org/10.14735/amcsnn2018284

Jestřáb, J. (2022). Bezpečná a šetrná péče v sociálních službách: Multidisciplinarita jako cesta ke kvalitní a bezpečné péči. *Odborný časopis Sociální služby, 24*(10), 11. https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1684147539_rijen-final.pdf

Jirák, R. (2013). Demence a další poruchy kognitivních funkcí. In R. Jirák, A. Bartoš, V. Franková, J. Konrád, F. Koukolík, P. Kozelek, H. Kučerová, Z. Lattová, V. Línek, R. Matěj, P. Pavlovský, T. Tošnerová, & S. Žuchová (Eds.), *Gerontopsychiatrie* (s. 69–247). Galén.

Jirků, A., & Vacková, J. (2020). Koordinovaná rehabilitace v sociálních službách. In J. Vacková, M. Bendová, O. Švestková, M. Míková, A. Kuželková, K. Pechoušková, A. Jirků, A. Preiss, & M. Hartmanová (Eds.), *Sociální práce v systému koordinované rehabilitace: u klientů po získaném poškození mozku (zejména CMP) se zvláštním zřetelem na intervenci z hlediska sociální práce, fyzioterapie, ergoterapie a dalších vybraných profesí* (s. 49-68). Grada Publishing.

Jiruš, J. (2023). *Speciální pedagog a jeho pracovní uplatnění v zařízeních sociálních služeb.* [Bakalářská práce, Univerzita Palackého v Olomouci]. https://theses.cz/id/3hdvo8/#panel_text

Kelly, A. (2017). Montessori mění svět lidí žijících s demencí. *Odborný časopis Sociální služby, 19*(5), 30-31. https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1682583168_kveten.final.pdf

König, J., & Zemlin, C. (2017). *100 chyb při péči o lidi s demencí.* Portál.

Kosová, M., & Pechová, K. (2019). Specifika sociální práce se seniory s demencí v domovech pro seniory. In J. Ondrušová (Ed.), *Gerontologie pro sociální práci* (s. 81–186). Karolinum.

Krybusová, K. (2015). Specifika individuálního plánování sociálních služeb s osobami se syndromem demence. *Fórum sociální práce, 2015*(2), 73-83. http://hdl.handle.net/20.500.11956/96921

Kunclová, R., Střelková, I., & Kovářová, K. (2020). Multidisciplinární týmy v sociálních službách. In A. Švehlová, A. Tajanovská, & M. Veselá (Eds.), *Role sociálního pracovníka ve vybraných tématech sociálních služeb* (s. 101-124). Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. https://www.apsscr.cz/files/files/ROLE%20SOCIALNIHO%20PRACOVNIKA%20NEW_FINAL.pdf

Lusková, D., & Lusková, Š. (2012). *Dobrovolnictví v sociálních službách.* MPSV. https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Zprava_2012.pdf/fc9a448f-e2c6-02ab-4229-a796b8796695

Lužný, J. (2012). *Gerontopsychiatrie.* Triton.

Malíková, E. (2020). *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb.* (druhé, aktualizované a doplněné vydání). Grada Publishing.

Mátel, A. (2019). *Teorie sociální práce I: sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor* (první vydání). Grada Publishing.

Manthorpe, J., & Samsi, K. (2016). Person-centered dementia care: current perspectives. *Clinical Interventions in Aging*, *11*, 1733–1740. https://doi.org/10.2147/CIA.S104618

Matoušek, O. (2008). *Slovník sociální práce* (druhé, přepracované vydání). Portál.

Matoušek, O., & Koldinská, K. (2011). Úvod. In O. Matoušek et al. (Eds.), *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení* (druhé, aktualizované vydání). Portál.

Matoušek, O., Matulayová, T., Navrátil, P., & Pazlarová H. (2021). *Profesní způsobilost a vzdělávání v sociální práci* (první vydání). Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.

Matulayová, T. & Krejčí, M. (2022). Organizace dobrovolnictví. In O. Matoušek et al. (Eds.), *Strategie a postupy v sociální práci* (s. 245-249). Portál.

McDermott, O., Charlesworth, G., Hogervorst, E., Stoner, C., Moniz-Cook, E., Spector, A., Csipke, E., & Orrell, M. (2019). Psychosocial interventions for people with dementia: a synthesis of systematic reviews. *Aging & mental health*, *23*(4), 393–403. https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1423031

Michalík, J. (2008). *Smluvní vztahy v sociálních službách.* (první vydání) VCIZP-sekce vzděláván.

Michalík, J. (2009). *Poradenství pro uživatele sociálních služeb.* (4. doplněné a upravené vydání) NRZP ČR.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. (2022). *Doporučený postup č. 3/2022: Individuální plánování.* Odbor sociálních služeb a inspekce sociálních služeb. https://www.mpsv.cz/documents/20142/1060378/2_DP_Individu%C3%A1ln%C3%AD_pl%C3%A1nov%C3%A1n%C3%AD_3_2022.pdf/4cb2cccc-cabb-34be-a2ab-7418cd3d3d43

Müller, O. (2014). Teoretický úvod. In O. Müller et al. (Ed.), Terapie ve speciální pedagogice (s. 18-76). Grada Publishing, a.s.

Nová, M. (2019). Metody sociální práce se seniory. In J. Ondrušová (Ed.), *Gerontologie pro sociální práci* (s. 119–128). Karolinum.

Pape-Raschen, K. (2024). *Komunikace s lidmi s demencí: 100 otázek pro praxi.* Portál.

Patková, D. (2017). Individual planning in the social services. In O. Bočáková (Ed.), Annual conference faculty of social sciences ucm trnava, Social policy and services (s. 125-134). The Faculty of Social Sciences, University of Ss. Cyril and Methodius in Trnava.

Pinkasová, K. (2016). *Montessori principy v péči o seniory: příručka pro rodinné i profesionální pečovatele.* Zaměřeno na rodinu, z.s.

Procházková, L. (2012). Metoda validace – podporná práce s dezorientovanými lidmi. *Odborný časopis Sociální služby, 14*(2), 12-13. https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1669271815_ss-2-2012-final.pdf

Sachdev, S. P., Blacker, D., Blazer, D. G., Ganguli, M., Jeste, D.V., Paulsen, J. S., & Petersen, R.C. (2014). Classifying neurocognitive disorders: the DSM-5 approach. *Nature Reviews Neurology, 10*(11), 634-642. http://dx.doi.org/10.1038/nrneurol.2014.181

Slowík, J. (2022). *Inkluzivní speciální pedagogika* (první vydání). Grada Publishing.

Sobek, J. (2010). Význam cílů v individuálním plánování. *Odborný časopis Sociální služby, 12*(8-9), 26-27. https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1669271194_asociace-srpen-2010.pdf

Sobek, J. (2015, 15. prosince). *Cíle u lidí, kteří nekomunikují.* Adpontes. https://adpontes.cz/cile-u-lidi-kteri-nekomunikuji/

Sobek, J. (2017). *Individuální plánování, které má smysl. Odborný časopis Sociální služby,* 19(8-9), 41-42. https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1682583219_srpen-zari.final.pdf

Straková, M. (2018). *Vnímání individuálního plánování sociálními pracovníky v sociální službě chráněné bydlení.* [Diplomová práce, Masarykova univerzita]. https://is.muni.cz/th/x6rre/

Šarounová, J. (2014). *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. Portál.

Tasmanian Government. (2018). *Individual planning framework.* https://www.dpac.tas.gov.au/__data/assets/pdf_file/0020/241760/Individual_Planning_Framework_.pdf

TeamTeach. (2024, 3. dubna). *6 Ways to Write an Effective Individual Support Plan.* https://www.teamteach.com/6-ways-to-write-effective-support-plans/

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (n.d.). *11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11).* https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11#o-klasifikaci

Valenta, M. (2014). Vybrané terapeutické strategie ve speciální pedagogice: Expresivní terapie. In M. Valenta (Ed.), *Přehled speciální pedagogiky: Rámcové kompendium oboru.* (s. 213-233). Portál.

Vérebová, A. (2017). Dobrovoľníctvo v sociálnej práci. *Sociální služby, 19*(5). 38-39. https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1682583168_kveten.final.pdf

Vermunt, L., Sikkesa, S. A. M., van den Houtc, A., Handelsd, R., Bosd, I., van der Fliera, W. M., Kernf, S., Oussetg, P. J., Maruffh, P., Skoogf, I., Verheyd, R. J., Freund-Levii, Y., Tsolakil, M., Wallinm, Å. K., Olde Rikkertn, M., Soinineno, H., Spirup, L., Zetterbergr, H., Blennowr, K., Scheltensa, P., Muniz-Terrerav, G., & Jelle Visser, P. (2019). Duration of preclinical, prodromal, and dementia stages of Alzheimer's disease in relation to age, sex, and APOE genotype. *Alzheimer's & Dementia, 15*(7), 888-898. https://doi.org/10.1016/j.jalz.2019.04.001

Vojtíšek, P. (2017). Sociální pracovníci o profesionalizaci sociální práce v ČR. *Sociální práce, 17(*6). 152-159. https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2020/11/2017-6.pdf

Vymazalová, E. (2012). Alternativní a augmentativní komunikace. In V. Regec & K. Stejskalová et al. (Eds.), *Komunikace a lidé se specifickými potřebami* (s. 187–204). Univerzita Palackého v Olomouci.

Wilberforce, M., Challis, D., Davies, L., Kelly, M. K., Roberts, Ch., & Loynes, N. (2016). Person-centredness in the care of older adults: a systematic review of questionnaire-based scales and their measurement properties. *BMC Geriatr, 16*(63), 1-12. https://doi.org/10.1186/s12877-016-0229-y

Willis, P., Lloyd, L., Hammond, J., Milne, A., Nelson-Becker, H., Perry, E., Ray, M., Richards, S., &Tanner, D. (2022). Casting light on the distinctive contribution of social work in multidisciplinary teams for older people. *British Journal of Social Work, 52*(1), 480–497. https://doi.org/10.1093/bjsw/bcab004

Zákony, vyhlášky

Vyhláška č. 505/2006 Sb. Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách (2006). https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (2006). https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108

Zákon č. 198/2002 Sb. Zákon o dobrovolnické službě a o změně některých zákonů (zákon o dobrovolnické službě) (2002). https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2002-198

Webové stránky

American psychiatric association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5. edice). American psychiatric association. https://archive.org/details/info_munsha_DSM5/page/n623/mode/2up

Ministerstvo práce a sociálních věcí. (n.d.). *Registr poskytovatelů služeb*. https://www.mpsv.cz/registr-poskytovatelu-sluzeb

World health organization. (2024, leden). *MKN-11 pro statistiky úmrtnosti a nemocnosti*. https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/cs

10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (2024, 1. ledna). *MKN-10 2024*. https://mkn10.uzis.cz/

Seznam zkratek

AAK – Alternativní a augmentativní komunikace

DSM-5 – Diagnostický a statický manuál duševních poruch 5. revize

IP – Individuální plán

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize

MKN-11 – Mezinárodní klasifikace nemocí 11. revize

SQ – standardy kvality

Prováděcí vyhláška k ZSS – Vyhláška č. 505/2006 Sb. Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

ZSS – Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách

Seznam grafů

Graf 1: Podíl pracovníků na tvorbě IP u klientů s NKP 42
Graf 2: Zastoupení dle typů sociálních služeb 43
Graf 3: Zastoupení dle kraje poskytování služby 44
Graf 4: Zastoupení dle kraje poskytování služby 45
Graf 5: Počet let v praxi 45
Graf 6: Počet klientů, u kterých je pracovník odpovědný za IP 46
Graf 7: Rozložení služeb dle počtu klientů - 16 a více 46
Graf 8: Rozložení služeb dle počtu klientů – do 5 klientů 46
Graf 9: Preferovaná forma IP 47
Graf 10: Připravenost ve využívání speciálních metod 48
Graf 11: Četnost využívání speciálních metod během IP 48
Graf 12: Hodnocení efektivity speciálních metod 49
Graf 13: Hodnocení prostředí pro aplikaci IP 50
Graf 14: Četnost využívání multidisciplinárního přístupu 51
Graf 15: Zpětná vazba k multidisciplinárnímu přístupu 51
Graf 16: Hodnocení efektivity multidisciplinární spolupráce 52
Graf 17: Četnost pozice speciálního pedagoga 53
Graf 18: Vnímání potřebnosti pozice speciálního pedagoga 54
Graf 19: Využití pozice speciálního pedagoga během IP 54
Graf 20: Význam IP pro práci s klientem s NKP 55
Graf 21: Hodnocení dokumentu IP pro práci s klientem 55
Graf 22: Hodnocení časové dotace pro IP 56

Seznam tabulek

Tabulka 1: Kognitivní domény dle DSM-5 30
Tabulka 2: Proporční stratifikovaný výběr 41
Tabulka 3: Podíl oslovených a zapojených služeb 43
Tabulka 4: Průměrné hodnocení efektivity spolupráce 49
Tabulka 5: Průměrné hodnocení efektivity spolupráce 53
Tabulka 6: Výpočet pro ověření H_1 57
Tabulka 7: Výpočet pro ověření H_2 58

Tabulka 8: Výpočet pro ověření H_3 59
Tabulka 9: Výpočet pro ověření H_4 60

Seznam příloh

Příloha č. 1: Průvodní dopis pro vedoucí pracovníky služeb 81
Příloha č. 2: Dotazník k výzkumné práci 82

Příloha č. 1: Průvodní dopis pro vedoucí pracovníky služeb

Vážená paní vedoucí, vážený pane vedoucí.

dovoluji si Vás oslovit v souvislosti s výzkumnou částí mé diplomové práce, kterou píšu v rámci studia speciální pedagogiky – poradenství na Univerzitě Palackého v Olomouci.

Zdvořile Vás chci požádat o přeposlání tohoto dotazníku Vašim zaměstnancům. Především těm, kteří se podílejí na tvorbě individuálního plánu u klientů s neurokognitivní poruchou (např. demence, delirium, amnestické poruchy). Tedy pokud ve své službě nyní takové klienty máte.

V práci se zabývám využitím speciálních metod při individuálním plánování u seniorů s neurokognitivní poruchou, multidisciplinární spoluprací během tohoto procesu, rolí speciálního pedagoga v sociálních službách a významem individuálního plánování.

Cílem je přispět k deskripci současného stavu a přinést i případná doporučení, které budou moci kolegové využít ve své činnosti.

V případě zájmu Vám zjištěné poznatky ráda přepošlu.

S pozdravem
Bc. Štěpánka Doležalová

Příloha č. 2: Dotazník k výzkumné práci

Dobrý den, jsem studentkou navazujícího magisterského studia speciální pedagogiky na univerzitě Palackého v Olomouci. V rámci mé diplomové práce se zabývám využitím speciální metody při individuálním plánování u osob s neurokognitivní poruchou, multidisciplinární spoluprací během tohoto procesu, rolí speciálního pedagoga v sociálních službách a významem individuálního plánování.

Neurokognitivní porucha = vyznačuje se poklesem dříve dosažené úrovně fungování, spadá sem např. demence, delirium, amnestické poruchy (MKN-11).

Multidisciplinární spolupráce = způsob práce, kdy různé profese spolupracují tak, aby byly jejich znalosti maximálně využity ve prospěch situace klienta.

Ráda bych tedy požádala Vás, odborníky z praxe, o vyplnění tohoto dotazníku, které zabere zhruba 10 – 15 minut. Dotazník je plně anonymní.

V případě zájmu o zaslání výsledků výzkumné práce mě můžete kontaktovat na adrese: stepanka.dolezalova01@upol.cz

Předem Vám děkuji za Váš čas a sdílení Vašich zkušeností, které mi zásadně pomohou při tvorbě mé diplomové práce.

S pozdravem
Bc. Štěpánka Doležalová

1. Podílíte se na tvorbě individuálního plánu klienta s neurokognitivní poruchou? Neurokognitivní porucha = vyznačuje se poklesem dříve dosažené úrovně fungování, spadá sem např. demence, delirium, amnestické poruchy (MKN-11).
   Označte jen jednu elipsu.

   - Ano
   - Ne

Základní údaje

2. V jakém typu sociální služby dle Zákona č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách pracujete? *Označte jen jednu elipsu.*

- Centrum denních služeb
- Denní stacionář
- Domov pro seniory
- Domov se zvláštním režimem
- Chráněné bydlení
- Odlehčovací služba
- Osobní asistence
- Pečovatelská služba
- Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením
- Sociální rehabilitace
- Týdenní stacionář
- Jiné:

3. V jakém kraji je služba poskytována? *Označte jen jednu elipsu.*

- Hlavní město Praha
- Jihočeský kraj
- Jihomoravský kraj
- Karlovarský kraj
- Královéhradecký kraj
- Liberecký kraj
- Moravskoslezský kraj
- Olomoucký kraj
- Pardubický kraj
- Plzeňský kraj
- Středočeský kraj
- Ústecký kraj
- Vysočina
- Zlínský kraj

4. Jak dlouho se v sociálních službách profesně věnujete individuálnímu plánování? *Označte jen jednu elipsu na každém řádku.*

	do 1 roku	2 - 5 let	6 - 10 let	11 - 15 let	16 - 20 let	21 let a více
počet let v praxi						

5. U kolika klientů s neurokognitivní poruchou jste aktuálně odpovědným pracovníkem pro individuální plánování?
Označte jen jednu elipsu na každém řádku.

	do 5 klientů	6 - 10 klientů	11 - 15 klientů	16 a více
počet klientů				

6. Jaký je typ Vašeho dosaženého vzdělání, kterým splňujete podmínku pro individuální plánování v sociálních službách? *Označte jen jednu elipsu.*
   - vysokoškolské studium sociální práce
   - vysokoškolské studium sociální politiky
   - vysokoškolské studium sociální patologie
   - vysokoškolské studium sociální pedagogiky
   - vysokoškolské studium sociální péče
   - vysokoškolské studium práva
   - vysokoškolské studium speciální pedagogiky
   - vysokoškolské studium humanitární práce vyšší odborné
   - vzdělání sociální práce vyšší odborné vzdělání sociální
   - pedagogiky vyšší odborné vzdělání sociální a humanitární
   - práce vyšší odborné vzdělání sociálně právní činnost vyšší
   - odborné vzdělání charitní a sociální činnost vyšší odborné
   - vzdělání sociální práci a sociální pedagogiku kurz
   - pracovníka v sociálních službách
   - Jiné:

Využití speciálních metod během individuálního plánování u klienta s neurokognitivní poruchou.

7. Jaká forma individuálního plánu u klientů s neurokognitivní poruchou ve vaší službě převažuje?
   Označte jen jednu elipsu.
   - textová forma
   - obrázková/grafická
   - forma kombinace textu a obrázků
   - Jiné:

8. Používáte v průběhu individuálního plánování u klienta s neurokognitivní poruchou speciální metody?
Označte jen jednu elipsu.

- Ano *(přesune na otázku 9)*
- Ne (*přesune na otázku 13)*

9. Hodnotíte svou připravenost ve využití speciálních metod při individuálním plánování u klienta s neurokognitivní poruchou za dostatečnou?
Označte jen jednu elipsu.

- Ano
- Ne
- Částečně

10. Jak hodnotíte efektivitu využívání jednotlivých speciálních metod během individuálního plánování u klienta s neurokognitivní poruchou? (1 = velmi efektivní metoda, 5 = neefektivní metoda, X = metodu nevyužívám)

Označte jen jednu elipsu na každém řádku.

	1	2	3	4	5	X
Alternativní augmentativní komunikace s potřebou pomůcek (fotografie, referenční předměty, ...)						
Bazální stimulace						
Metoda validace						
Montessori metoda						
Plánování zaměřené na člověka						
Pohybová a taneční terapie						
Preterapie						
Reminiscenční terapie						
Životní příběh klienta						

11. Jsou jiné speciální metody, které využíváte? Pokud ano, jaké a jak hodnotíte jejich efektivitu?

12. Vytváří Vaše služba vhodné prostředí pro aplikaci speciálních metod?
Označte jen jednu elipsu.

- Ano
- Ne

Multidisciplinární spolupráce

13. Využíváte multidisciplinárního přístupu během poskytování služby klientovi s neurokognitivní poruchou?
Označte jen jednu elipsu.

- Ano *(přesune na otázku 14)*
- Ne *(přesune na otázku 17)*

14. Setkáváte se s pozitivní zpětnou vazbou od ostatních odborníků při snaze o navázání multidisciplinární spolupráce?
Označte jen jednu elipsu.

- Ano
- Ne

15. Do jaké míry hodnotíte efektivitu spolupráce s jednotlivými osobami během poskytování služby klientovi s neurokognitivní poruchou? Zhodnoťte obecnou zkušenost. (1 = velmi efektivní spolupráce, 5 = neefektivní spolupráce, x = neexistující spolupráce)

	1	2	3	4	5	X
dobrovolník						
praktický lékař						
jiný zdravotnický odborník						
kolegové						
nadřízený						
osobní asistent/ pečovatel						
pracovník magistrátu/ městského úřadu						
rodinní příslušníci/ známí klienta						
sociální pracovník jiné služby						
speciální pedagog						

16. Je někdo další, koho byste zahrnuli do multidisciplinárního týmu klienta? Pokud ano, kdo to je? Jak spolupráci s ním hodnotíte?

Pozice speciálního pedagoga ve službách pro osoby s neurokognitivní poruchou.

17. Máte ve Vaší službě zřízenou pozici speciálního pedagoga?
Označte jen jednu elipsu.

- Ano *(přesune na otázku 20)*
- Ne *(přesune na otázku 18)*

18. Vnímáte zavedení pozice speciálního pedagoga u Vás ve službě jako potřebné?
Označte jen jednu elipsu.

- Ano
- Ne

19. Domníváte se, že by pozice speciálního pedagoga mohla být efektivně využita při individuálním plánování u osob s neurokognitivní poruchou ve vaší službě?
Označte jen jednu elipsu.

- Ano *(přesune na otázku 21)*
- Ne *(přesune na otázku 21)*

20. Jak významná je pozice speciálního pedagoga při individuálním plánování u klienta s neurokognitivní poruchou? (1 = velmi významná, 5 = nevýznamná)
Označte jen jednu elipsu.

	1	2	3	4	5
Význam pozice speciálního pedagoga					

Význam individuálního plánování pro pracovníky ve službách pro osoby s neurokognitivní poruchou.

21. Jak zásadní je vytvořený individuální plán pro vaši práci s klientem s neurokognitivní poruchou? (1 = velmi zásadní, 5 = není zásadní, pouze povinný úkon)
    Označte jen jednu elipsu.

	1	*2*	*3*	*4*	*5*
Důležitost IP	◯	◯	◯	◯	◯

22. Domníváte se, že díky individuálnímu plánu je služba klientovi s neurokognitivní poruchou poskytována efektivněji?
    Označte jen jednu elipsu.

    ◯ Ano
    ◯ Ne

23. Domníváte se, že máte dostatek časové dotace pro efektivní individuální plánování s klientem s neurokognitivní poruchou?
    Označte jen jednu elipsu.

    ◯ Ano
    ◯ Ne