

# **Individuální plánování v domovech pro osoby se zdravotním postižením očima pracovníků**

Bc. Renata Pleváková

---

Diplomová práce  
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2013/2014

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Renata Pleváková**

Osobní číslo: **H120095**

Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Individuální plánování v domovech pro osoby se zdravotním postižením očima pracovníků**

Zásady pro vypracování:

**Zpracování rešerše a studium odborné literatury.**

**Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti individuálního plánování a sociální služby v domovech pro osoby se zdravotním postižením.**

**Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření.**

**Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.**

**Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.**

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**BICKOVÁ, Lucie. Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011, 272 s. ISBN 978-809-0466-814.**

**ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. Sociální služby v ČR v teorii a praxi. 1. vyd. Praha: Portál, 2011, 263 s. ISBN 978-802-6200-277.**

**JŮN, Hynek. Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, 141 s. ISBN 978-80-7367-590-5.**

**MATOUŠEK, Oldřich. Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, 183 s. ISBN 978-807-3673-109.**

**PÖRTNER, Marlis. Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, 175 s. ISBN 978-807-3675-820.**

Vedoucí diplomové práce:

**Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.**

Centrum výzkumu FHS

Datum zadání diplomové práce:

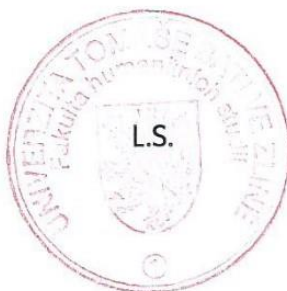
**15. ledna 2014**

Termín odevzdání diplomové práce:

**18. dubna 2014**

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014

  
doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.  
ředitel ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 15.4.2014



1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

System individuálního plánování průběhu poskytování sociální služby je povinností poskytovatele více než sedm let. V domovech pro osoby se zdravotním postižením tento úkol plní klíčoví pracovníci. Tato diplomová práce se zabývá pohledem klíčových pracovníků na systém individuálního plánování a zkoumá jejich hodnocení obtížnosti jednotlivých kroků individuálního plánování.

Teoretická část charakterizuje domov pro osoby se zdravotním postižením v systému sociálních služeb a vymezuje legislativní rámec individuálního plánování průběhu poskytování sociální služby. Praktická část popisuje kvantitativní výzkum realizovaný formou dotazníkového šetření, který proběhl v domovech pro osoby se zdravotním postižením příspěvkové organizace Uherské Hradiště.

Klíčová slova: individuální plánování, domov pro osoby se zdravotním postižením, standardy kvality, klíčový pracovník, osobní cíl

## **ABSTRACT**

The individual planning in the course of provision of social services has been the responsibility of the provider for more than seven years. This task is accomplished by key workers in homes for people with disabilities. This thesis deals with the perspective of key workers on individual planning system and examines their assessment of difficulty of each individual planning step.

The theoretical part describes the home for people with disabilities in the social services system and defines the legal framework of the individual planning of provision of social services. The practical part describes quantitative research carried out through a questionnaire survey having been conducted in homes for people with disabilities coming under contributory organizations in Uherské Hradiště.

Keywords: individual planning, home for people with disabilities, quality standards, key worker, personal objective

Děkuji doc. Mgr. Soni Vávrové Ph.D. za vstřícnost a podnětné rady při vedení mé diplomové práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

„Omnia sponte fluant absint violentia rebus.“

Všechno ať samo plyne, ať ve věcech násilnost není.

*(Jan Amos Komenský)*

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>	
<b>I</b>	<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
<b>1</b>	<b>DOMOV PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM V SYSTÉMU SOCIÁLNÍCH SLUŽEB</b> .....	<b>13</b>
1.1	LEGISLATIVNÍ UKOTVENÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY DOMOV PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM - HISTORICKÝ EXKURZ .....	14
1.2	ZAJIŠTĚNÍ KVALITY V SOCIÁLNÍ SLUŽBĚ DOMOV PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM .....	15
1.2.1	Standardy kvality sociálních služeb .....	16
1.3	DOMOVY PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM V PROCESU TRANSFORMACE .....	18
1.3.1	Rizika procesu transformace .....	19
<b>2</b>	<b>INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ V DOMOVĚ PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM</b> .....	<b>22</b>
2.1	LEGISLATIVNÍ UKOTVENÍ INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNOVÁNÍ.....	22
2.1.1	Individuální plánování ve standardech kvality sociálních služeb .....	23
2.2	ZÁKLADNÍ MODEL Y INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNOVÁNÍ PRŮBĚHU SOCIÁLNÍ SLUŽBY.....	24
2.2.1	Model zaměřený na dosahování cílů .....	25
2.2.2	Model zaměřený na dialog a uživatele služby.....	25
2.2.3	Model vycházející ze schémat počítačové podpory .....	26
2.2.4	Model expertní .....	27
2.3	INDIVIDUÁLNÍ PLÁN A UŽIVATEL SOCIÁLNÍ SLUŽBY .....	27
<b>3</b>	<b>KLÍČOVÝ PRACOVNÍK V DOMOVĚ PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM A INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ</b> .....	<b>30</b>
3.1	POSTAVENÍ KLÍČOVÉHO PRACOVNÍKA V INDIVIDUÁLNÍM PLÁNOVÁNÍ .....	30
3.1.1	Role klíčového pracovníka při individuálním plánování .....	32
3.1.2	Vztah uživatele a klíčového pracovníka při individuálním plánování .....	33
3.2	CYKLUS INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNOVÁNÍ .....	33
3.2.1	Zkoumání situace .....	34
3.2.2	Tvorba plánu .....	36
3.2.3	Realizace plánu .....	37
3.2.4	Revize plánu.....	37
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>38</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIE VÝZKUMU</b> .....	<b>39</b>



4.1	VÝZKUMNÝ PROBLÉM, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY .....	39
4.2	VÝZKUMNÁ STRATEGIE A TECHNIKA SBĚRU DAT .....	40
4.3	VÝZKUMNÝ SOUBOR A MÍSTO REALIZACE VÝZKUMU.....	41
4.3.1	Místo realizace výzkumu .....	41
4.3.2	Pilotní ověření dotazníku .....	43
<b>5</b>	<b>ANALÝZA A INTERPRETACE DAT .....</b>	<b>44</b>
5.1	SOCIODEMOGRAFICKÉ ÚDAJE O RESPONDENTECH.....	44
5.2	POPISNÉ CHARAKTERISTIKY VZTAHUJÍCÍ SE K NÁZORŮM PRACOVNÍKŮ NA INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNOVÁNÍ .....	49
5.3	VERIFIKACE HYPOTÉZ.....	63
5.4	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU .....	69
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>73</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>75</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>80</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>81</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>82</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>83</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>84</b>

## ÚVOD

Od doby účinnosti zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., který ukotvil nutnost plánování průběhu poskytování sociální služby, stojí pracovníci sociálních služeb před nelehkým úkolem, a to sestavit společně s uživatelem funkční individuální plán. Přístupy k plánování se liší podle příslušné školy, ale rovněž i podle druhu sociální služby. Hojně je využíván přístup orientovaný na člověka, který vychází z humanistické psychologie a opírá se o dílo amerického psychologa a psychoterapeuta Carla Rogerse a švýcarské psycholožky Marlis Pörtner. Práce se zaměřením se na osobu znamená opustit vlastní představu o tom, jací by podle nás lidé měli být a zaměřit se na jejich možnosti a potřeby. Snahou tohoto přístupu je vytvořit prostředí, ve kterém se uživatel sociálních služeb nepotřebuje bránit, ale může se bez obav projevit. Takový vztah obohacuje nejen uživatele, ale i pracovníka, protože rozšiřuje jeho obzor o novou zkušenost.

Sociální služba domov pro osoby se zdravotním postižením je určena lidem, kteří jsou z důvodu zdravotního znevýhodnění závislí na pomoci další osoby při zvládnání běžných denních činností. Tato závislost může být příčinou nesymetrického postavení mezi uživatelem sociální služby a pracovníkem, který službu poskytuje. Standardy kvality sociálních služeb, které je poskytovatel povinen dodržovat podle výše uvedeného zákona, zaručují profesionální a partnerský přístup pracovníků k uživateli a maximální možnou individualizaci poskytované sociální služby. Jedním z nástrojů individualizace podpory je individuální plánování průběhu poskytování sociální služby. Výsledkem individuálního plánování není plán, ale život podle představ konkrétního člověka, ke kterému plán směřuje.

Současné sociální služby procházejí procesem transformace. Úkolem transformace je deinstitucionalizace, to znamená proces vedoucí ke změně způsobu života lidí, kteří doposud museli žít v ústavní péči. Výsledkem tohoto procesu by měl být život těchto lidí v podmínkách běžné domácnosti, jak je typické pro jejich vrstevnickou skupinu. Tímto procesem je ovlivněno i individuální plánování, které se zaměřuje na podporu možností uživatele žít co nesamostatněji.

Současná doba vyvíjí velký tlak na individuální úspěch jednotlivce. Úspěch a spokojenost jsou mylně považovány za synonyma. Vše kolem nás by se mělo trvale zlepšovat. Ve spěchu za lepším zítřkem si zapomínáme užít dnešek a cesta k cíli může člověka vyčerpat.

Pokud se individuální plánování nesprávně uchopí, stává se pro osoby na plánování zúčastněné zdrojem stresu. Přitom úkolem plánování není jenom naprosté osamostatnění uživatele a jeho nezávislost na sociální službě, ale v především pomoc uživateli žít podle vlastních představ a přání. Nenaplněný plán neznamena, že pracovník selhal. Úkolem pracovníka je provázení a podpora uživatele na jeho cestě.

Předmětem této diplomové práce je zjistit názory pracovníků domovů pro osoby se zdravotním postižením příspěvkové organizace Sociální služby Uherské Hradiště na systém individuálního plánování průběhu poskytování sociální služby s uživatelem. Věřím, že výsledky výzkumu budou přínosem při aktualizaci pracovních postupů a metodik v příspěvkové organizaci Sociální služby Uherské Hradiště.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 DOMOV PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM V SYSTÉMU SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Pomoc osobám se zdravotním postižením v rámci sociálních služeb do roku 1989 poskytoval výhradně stát. Stát se snažil zastávat i ty funkce, které v občanské společnosti přísluší rodině, nestátním organizacím nebo obcím. Uživatel sociálních služeb byl pouze pasivním příjemcem a neměl možnost rozhodovat o kvalitě nebo podobě poskytovaných služeb. Po roce 1989 se situace změnila a nastal rozvoj služeb neinstytucionální péče a zároveň začaly vznikat služby nové. Legislativa však byla zastaralá a obsahovala pouze ústavní péči a pečovatelskou službu, ostatní služby neměly právně upravené podmínky jejich fungování. Začátkem 90. let minulého století byly zaváděny do praxe zásady sociálních služeb, běžné ve vyspělých evropských zemích. Dle Horeckého a Tajanovské (2011, s. 17) se jedná o následující principy:

- Demonopolizace sociálních služeb.
- Decentralizace státní sociální správy.
- Demokratizace státní sociální správy.
- Pluralizace financování sociálních služeb.

Opravdový zlom nastal v roce 2007, kdy vstoupil v platnost zákon o sociálních službách. Tento zákon zavádí do sociálních služeb některé nové pojmy, například registr poskytovatelů, standardy kvality, inspekce kvality, příspěvek na péči a další. Postavení uživatele sociálních služeb se tímto zákonem skokově zlepšuje a zavádí se systém měřitelných kvalitativních prvků. Zákon č. 108/2006 Sb. dělí sociální služby na služby sociálního poradenství, sociální péče a sociální prevence. Dále služby pobytové, ambulantní a terénní. V systému sociálních služeb je domov pro osoby se zdravotním postižením službou pobytovou, která je určena osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.

Bicková a Hrdinová (2011, s. 53) považují péči o osoby se zdravotním postižením za oblast působnosti sociálních služeb, které jsou jedním z klíčových nástrojů sociální politiky státu. Jsou určeny občanům, kteří je v důsledku svého zdravotního stavu nebo věku potřebují a osobám v tíživé sociální situaci, kterou nemohou zvládnout vlastními silami. Domov pro osoby se zdravotním postižením je sociální službou určenou pro osoby se zdravotním

postížením, jejichž situace vyžaduje pomoc další osoby při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, zajištění stravy, poskytnutí ubytování a při zajištění výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností. Úkolem domova je zprostředkování kontaktu uživatele se sociálním prostředím, pomoc při zprostředkování jeho práv a zájmů a zajištění terapeutických činností. V současnosti je v registru poskytovatelů sociálních služeb, který je dostupný na internetových stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí, zapsáno 112 domovů pro osoby se zdravotním postižením.

### **1.1 Legislativní ukotvení sociální služby domov pro osoby se zdravotním postižením - historický exkurz**

Po vzniku samostatné Československé republiky do roku 1956 byla sociální péče v rukou obcí a dobročinných spolků. Po roce 1956 začal přebírat jejich poskytování do kompetence stát. Sociální služby se pak řídily několika zákony o sociálním zabezpečení. Zákon č. 55/1956 Sb. stanovil jednotný systém sociální péče, který převádí sociální péči z obcí a dobročinných organizací na stát a jeho orgány. Další zákon o sociální péči č. 101/1961 Sb., představuje pojem „občané, kteří potřebují zvláštní pomoc“. Tento termín zahrnuje občany těžce poškozené na zdraví, dále občany se změněnou pracovní schopností a staré občany. Zákon č. 121/1975 Sb. o sociálním zabezpečení řeší pomoc pro „společensky nepřizpůsobivé občany“. Zákon č. 100/1988 Sb. o sociálním zabezpečení formuluje sociální péči v paragrafu 73: *Sociální péči zajišťuje stát pomoc občanům, jejichž životní potřeby nejsou dostatečně zabezpečeny příjmy, a občanům, kteří potřebují vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo věku, anebo kteří bez pomoci společnosti nemohou překonat obtížnou životní situaci nebo nepříznivé životní poměry.* (Čámský, Sembder, Krutilová, 2011, s. 22) Ústavní péče v druhé polovině 20. století soustředila většinou do jednoho místa velký počet uživatelů. Často se jednalo o prostředí s nevyhovujícími hygienickými podmínkami a velkým počtem lůžek na pokoji.

Po uvolnění politické situace v roce 1989 byla změna legislativy v sociální péči nevyhnutelná. *Pracovníci sociálních služeb i klienti byli posledních sedmnáct let nuceni přizpůsobovat se režimu zastaralého a nevyhovujícího systému sociální péče.* (Matoušek, 2007, s. 35)

Narostl počet nestátních neziskových organizací poskytujících sociální služby, ale právní úprava v této oblasti nebyla dostatečná. Tyto organizace byly zakládány ve většině případů jako občanská sdružení podle zákona č. 83/1990 Sb. o sdružování občanů.

Potřebné změny přinesl zákon č. 108/2006 Sb., který nevyhovující systém zásadně změnil. Předmětem zákona je definice základních sociálních služeb a činností jednotlivých služeb, které jsou upřesněny v prováděcí vyhlášce č. 505/2006 Sb. Snahou zákona o sociálních službách je vytvoření podmínek: *pro uspokojování přirozených potřeb lidí a to formou podpory a pomoci při zvládání péče o vlastní osobu, v soběstačnosti nezbytné pro plnohodnotný život a v životních situacích, které mohou člověka vyřazovat z běžného života společnosti.* (Stručný průvodce zákonem o sociálních službách, 2006, s. 3)

## **1.2 Zajištění kvality v sociální službě domov pro osoby se zdravotním postižením**

Potřeba definovat kvalitu sociálních služeb je odezvou na zaměření se na poptávku po konkrétních sociálních službách, které by měly být komplexnější a různorodější než dřív. Od začátku roku 2007 platí v domovech pro osoby se zdravotním postižením, stejně jako ve všech ostatních sociálních službách, povinnost dodržovat standardy kvality sociálních služeb.

Význam slova standard je psaná nebo zvyková norma, jež označuje žádoucí, cílové stavy a dovoluje konkrétnímu subjektu hodnotit míru jejich naplnění. Standardy v sociálních službách jsou kritéria, která umožňují hodnocení kvality. Prvotně jsou standardy nástrojem pro dosažení kvality, druhotně pak nástrojem její kontroly. Kvalita je jednou ze základních kategorií. Odpovídá na otázku: Jak? Jaký? Je souhrnem vlastností, které ukazují co je vlastně daná věc. Kvalita, znamená určitou hodnotu. Je předpokladem, že co je kvalitní, je i hodnotné. Pokud stanovíme normu, co je hodnotné, vytvoříme standard. (Bicková, Hrdinová, 2011, s. 53.)

Kvalita poskytované sociální služby domov pro osoby se zdravotním postižením úzce souvisí s kvalitou života osob, které tuto službu využívají. Pokud uživatel není s poskytovanou službou spokojen, existuje systém stížností, který se řídí vnitřními pravidly konkrétního zařízení. Obecná pravidla pro systém stížností v sociálních službách vyžadují,

aby podávání a vyřizování stížností bylo transparentní a srozumitelné pro uživatele poskytované služby. Povinností poskytovatele sociální služby je zjišťovat spokojenost uživatelů s poskytovanou službou a analyzovat stížnosti na její poskytování. Metody a postupy zjišťování spokojenosti s kvalitou sociální služby jsou v kompetenci konkrétních zařízení.

Kvalitu sociálních služeb sleduje a hodnotí dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách inspekce sociálních služeb. V domovech pro osoby se zdravotním postižením jsou sledovány materiální, technické, hygienické podmínky a podmínky prostředí, ve kterém je sociální služba poskytována. Inspekce se zaměřuje zejména na spokojenost uživatelů s možnostmi, které jim sociální služba zprostředkovává. Pravidla týkající se stížností na poskytovanou sociální službu, zjišťování spokojenosti s poskytovanou službou a kontrolního mechanismu sociálních služeb jsou obsaženy ve standardech kvality sociálních služeb. Stížnostmi na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby se zabývá standard číslo sedm a zvyšováním kvality sociální služby se věnuje standard číslo patnáct.

### 1.2.1 Standardy kvality sociálních služeb

Standardy kvality sociálních služeb doporučované Ministerstvem práce a sociálních věcí od roku 2002 se od 1. ledna 2007 staly právním předpisem, který je závazný. Kritéria Standardů jsou obsaženy v příloze č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb. prováděcího předpisu k zákonu o sociálních službách.

*Hlavním smyslem standardů kvality sociálních služeb je zajistit, aby poskytování služby respektovalo a chránilo práva jak těch, kteří službu přijímají, tedy uživatelů, tak lidí, kteří ji poskytují – pracovníků.* (Bicková, Hrdinová, 2011, s. 54)

Text standardů kvality, který je obsahem vyhlášky č. 505/2006 Sb., je obecný. Týká se totiž veškerých sociálních služeb. Standardy jsou dále rozděleny na kritéria pro lepší srozumitelnost a hlavně kvůli potřebě kontroly jejich dodržování. Kritéria jsou měřitelná a lze určit, zda je daná služba splňuje či nikoliv. *Na standardy kvality je však třeba pohlížet nejen jako na nástroj kontroly, ale také jako na velmi důležité vodítko, významný zdroj informací, které poskytovatelům umožňuje přesněji pochopit úmysl zákonodárce vyjádřený v zákoně...* (Čámský et al., 2008, s. 142)



Většina poskytovatelů už prošla procesem zavádění standardů kvality. Standardy nelze zavést jednorázově, ale jsou utvářeny v průběhu praxe a konečnou, v podstatě neměnnou, podobu získávají až časem.

V současnosti vyhláška č. 505/2006 Sb. definuje patnáct standardů, které lze rozdělit na část procedurální, personální a provozní. Procedurální standardy se zaměřují na cíle a způsoby poskytované služby, ochranu práv uživatelů, jednání se zájemcem o službu, sepsování smlouvy se zájemcem o službu, individuální plánování, stížnosti na průběh a poskytování služby, osobní údaje a návaznost na další služby. Personální standardy stanovují kritéria pro personální zajištění služby, pracovní podmínky a řízení poskytování služeb, dále na profesní rozvoj pracovníků. Standardy provozní se zabývají místní a časovou dostupností, informovaností o službě, prostředím a podmínkami poskytování služeb. (Matoušek, 2007, s. 127-129)

Dodržování popsaných standardů kontroluje inspekce sociálních služeb, kterou podle zákona č. 108/2006 Sb. provádí krajská pobočka Úřadu práce. Inspekce probíhá v místě poskytování sociální služby a u pobytových služeb ji vykonává tříčlenný tým inspektorů. Výstupem inspekce je inspekční zpráva, která splňuje náležitosti dané zákonem o státní kontrole. Krajská pobočka Úřadu práce je oprávněna ukládat opatření, která plynou z nedostatků zjištěných při inspekci. Poskytovatel sociální služby je povinen opatření vyplnit ve stanoveném termínu, což je zjišťováno při následné kontrole inspekce.

System inspekce kvality sociálních služeb má své kritiky. Holmerová (2013, s. 10) míní, že původní, dobrý záměr inspekce se proměnil v institucionální šikanu. Podle autorky jsou poskytovatelé služeb z inspekce už dopředu vystrašení, protože jejím výsledkem jsou postihy personální i finanční. A výsledky inspekce nejsou příznivé ani v dobrých, laskavých a kvalifikovaných zařízeních. Pozornost inspektorů je údajně zaměřena téměř výhradně na dokumentaci, zejména plnění často nesmyslných plánů. Inspekci standardů kvality kritizují také Kocman a Paleček (2012, s. 7), kteří považují za nelogické měření kritérií standardů, které jsou kvalitativní a závislé na jejich interpretaci. Stabilní inspektorská interpretace přitom neexistuje.

V současnosti probíhá projekt ministerstva práce a sociálních věcí s názvem Inovace systému kvality sociálních služeb, jehož úkolem je zefektivnit standardy kvality. Momentálně je na portále MPSV k připomínkám koncept standardů kvality. Velkou

změnou by mohlo být navrhované snížení počtu standardů z patnácti na devět. Standard číslo pět má v tomto konceptu název „Proces případové studie“. Přestože se název standardu mění, jeho podstata zůstává v konceptu stejná. Fáze navrhovaného standardu by měly být: zhodnocení potřeb, plánování, realizace plánu a vyhodnocení výsledků. Tyto fáze v současnosti obsahuje standard číslo 3 a 5. Zmíněný projekt se zabývá také systémem inspekcí kvality poskytované služby.

Zavádění a aktualizování standardů kvality sociálních služeb má své odpůrce. O tom vypovídá článek z roku 2013 v časopise *Rezidenční péče: Plnění standardů kvality nepřináší prokazatelné zlepšení sociálních služeb. Už jen proto, že to ani prokázat nejde... Standardy je třeba zrušit jako byrokratickou zbytečnost, která je jen dalším kanálem k rozkrádání peněz daňových poplatníků.* (Hanzl, 2013)

Zavádění standardů kvality donutilo poskytovatele sociálních služeb mimo jiné formulovat své poslání, definovat cíle, které jejich služba má a dokumentovat proces plánování. Není pochyb o tom, že vyhovět požadavkům standardů, přináší poskytovateli sociální služby velkou administrativní zátěž. Zároveň však kritéria popsane ve standardech ukazují, jak má vypadat dobrá praxe, a jsou reflexí poskytované služby pro poskytovatele.

### **1.3 Domovy pro osoby se zdravotním postižením v procesu transformace**

V současné době prochází sociální služba domov pro osoby se zdravotním postižením procesem transformace, který vychází z potřeby deinstitucionalizace ústavní péče. Deinstitucionalizace je procesem vedoucím k proměně instituce jak ve smyslu formalizované struktury pravidel, řádu a filosofie služby, tak ve smyslu místa jejího poskytování. (Kritéria transformace služeb sociální péče, 2009, s. 8) Cílem tohoto procesu je snižování kapacity a humanizace stávajících zařízení, opuštění objektů, které dispozičně nevyhovují poskytování pobytové sociální služby a to v souladu se střednědobými plány rozvoje sociálních služeb kraje. Aby proces přeměny ústavní péče ve formu péče bližší životu v běžné domácnosti mohl dobře fungovat, je třeba o něm pracovníky i uživatele domova pro osoby se zdravotním postižením podrobně informovat. Nepochopení myšlenky procesu transformace může vést k pocitu nejistoty jak u uživatelů, tak i u pracovníků této

pobytové služby. Cílem procesu rozhodně není připravit uživatele o zázemí a zaměstnance o práci, kterou vykonávají, ale změnit poskytování péče tak, aby se co nejvíce přiblížila běžným životním podmínkám.

S běžnými domácími podmínkami nekoresponduje život ve skupině, jak jej známe ze současných domovů pro osoby se zdravotním postižením. Tento způsob života klade velké nároky na sociální schopnosti uživatelů, protože se jedná o život ve skupině, jejíž složení většinou nemohou sami ovlivnit. Podle Pörtner (2008, s. 79) je paradoxem, že na osoby omezené ve svých schopnostech kvůli zdravotnímu postižení, jsou kladeny obrovské nároky na přizpůsobování a ohleduplnost ve vzájemném soužití. Námahu, kterou tito lidé vynakládají, aby našli své místo ve skupině, by přitom mohli využít pro svůj osobní rozvoj. Pro mnoho osob, které jsou v současnosti nuceny žít ve skupině v pobytové sociální službě, by byla vhodnější forma individuální péče v samostatném bydlení. U této formy péče je pak dle Pörtner (2008, s. 80) nutné zajistit dostatek skupinových aktivit, do kterých by se mohli uživatelé zapojit.

Koncepci transformace sociálních služeb v České republice tvoří proces změny řízení, financování, vzdělávání, formy a místa poskytování sociálních služeb tak, aby tyto služby byly poskytovány formou co nejbližší běžnému životu. Jedná se o změnu z institucionální péče na služby komunitního typu, jako je například samostatné bydlení, chráněné bydlení, osobní asistence, podporované zaměstnání a další. (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011)

Základním dokumentem procesu transformace je Koncepce transformace pobytových sociálních služeb poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující začlenění uživatele do společnosti. Tuto koncepci schválilo unesení vlády České republiky číslo 127 ze dne 21. února 2007. (Sokol, Trefilová, 2008, s. 110)

### **1.3.1 Rizika procesu transformace**

Úkolem transformace je umožnit uživatelům stávajících domovů pro osoby se zdravotním postižením život v běžných životních podmínkách a tím zlepšit kvalitu jejich života. Transformace je myšlena jako prostředek. Cílem je umožnit každému jednotlivci žít jako součást společnosti. Samotné přestěhování z budovy domova pro osoby se zdravotním postižením, však tento cíl nevyplní. Výsledkem nesprávně provedené transformace může být paradoxně zhoršení kvality života a osamělost. (Kořínková, 2008, s. 3)

Hlavním úkolem transformace sociálních služeb je deinstitucionalizace, to znamená odklon od velkokapacitních zařízení, ve kterých se ztrácí individualita jedince. Podle Encyklopedia of Social Work (2008, s. 57) se může stát konečným výsledkem nepromyšlené deinstitucionalizace transinstitucionalizace. V takovém případě končí uživatelé původních sociálních služeb v jiných institucích, protože správně nefunguje systém alternativní komunitní péče. Například, uživatel opouští domov pro osoby se zdravotním postižením, ale po nezvládnutí samostatného života v komunitě se ve výsledku stává uživatelem domova pro seniory nebo se po spáchání trestného činu ocitne ve vězení. Podle Šveřepy (2013) žije v ústavní péči mnoho lidí dlouhá desetiletí a změna způsobu poskytování sociální služby pro ně může být velmi těžká a zpočátku nepřijatelná. Proto je třeba přechod uživatele do jiného typu sociální služby důsledně připravit. Pokud se vyskytnou lidé, kteří mají zájem o návrat do ústavní sociální služby, je to podle Šveřepy (2013) špatným nastavením podpory v nové komunitní službě.

Problémem v procesu transformace uživatelů domova pro osoby se zdravotním postižením může být také jejich finanční situace. Příjmy většiny uživatelů domova tvoří invalidní, případně starobní důchod a příspěvek na péči, který je odstupňován podle stupně závislosti na pomoci jiné fyzické osoby. Tyto zdroje často nemusí stačit na pokrytí životních nákladů uživatelů. Uživatel domova pro osoby se zdravotním postižením podle Zákona o sociálních službách hradí poskytnutou péči ve výši celého příspěvku na péči. Domov však většinou není z finančních důvodů schopen zajistit osobní asistenci uživateli například při návštěvě koncertu, individuálního výletu a při dalších individuálních aktivitách běžných pro většinu populace. Nedostatkem prostředků pro běžné aktivity jsou ohroženy i osoby se zdravotním postižením žijící v běžných domácích podmínkách. (Kořínková, 2008, s. 6)

Dalším problematickým momentem procesu transformace domovů pro osoby se zdravotním postižením, je možnost pracovního uplatnění uživatelů. Pracovní uplatnění je pro většinu populace v produktivním věku součástí seberealizace, jako jedné ze základních lidských potřeb, která je na vrcholku stupňovité hierarchie potřeb amerického psychologa Abrahama Maslowa. Osoby se zdravotním postižením mají nárok na saturaci této potřeby. Kořínková (2007, s. 6) považuje přípravu na pracovní uplatnění a pomoc uživateli získat adekvátní zaměstnání za podstatnou součást služby domova pro osoby se zdravotním postižením. Přestože uživatelé domova mají právo na služby úřadu práce, pomoc s hledáním vhodného zaměstnání je většinou na iniciativě domova. Řešením by mohlo být

podporované zaměstnání, které je metodou sociální rehabilitace. Podpora není v tomto případě směřována jen k osobě se zdravotním postižením, ale i k zaměstnavateli, který vytváří vhodné pracovní místo. Aby pracovní místo mohlo být podporovaným zaměstnáním, musí být na otevřeném trhu práce a musí mít stabilní charakter. Užitečnou specializovanou pomoc při hledání zaměstnání poskytují lidem se zdravotním postižením agentury podporovaného zaměstnání. Tyto agentury většinou provozují občanská sdružení.

## **2 INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ V DOMOVĚ PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM**

Jak napovídá název, domov pro osoby se zdravotním postižením je sociální službou určenou osobám se zdravotním postižením. Situace uživatelů této sociální služby vyžaduje pomoc další osoby při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, například při osobní hygieně, zajištění stravy, poskytnutí ubytování a při výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činnostech. Domov zprostředkovává kontakt se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů uživatelů. Individuální plánování průběhu poskytování sociální služby je nástrojem, který napomáhá individualizovat poskytovanou službu konkrétnímu uživateli. Individuální plánování má poskytnout uživateli sociální služby podporu v tom, co potřebuje. Tento proces je kontinuální, probíhá nepřetržitě a je strukturovaný - dá se rozčlenit na jednotlivé fáze. (Bicková, Hrdinová, 2011, s. 73)

### **2.1 Legislativní ukotvení individuálního plánování**

Legislativa o individuálním plánování poskytuje dostatek prostoru jednotlivým zařízením sociálních služeb pro tvorbu systému individuálního plánování přesně podle požadavků a potřeb konkrétní poskytované sociální služby. Vše se však musí odehrávat v zákonném rámci, který tvoří zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ze dne 14. března 2006 v aktuálním znění a prováděcí vyhláška č. 505/2006 Sb., která se týká některých ustanovení zákona o sociálních službách ze dne 15. listopadu 2006. Způsobu individuálního plánování se věnuje hlavně příloha č. 2 k vyhlášce č. 505/2006 Sb.: Obsah standardů kvality sociálních služeb v aktuálním znění.

Zákon č. 108/2006 Sb. determinuje povinnost poskytovatele při plánování služby.

V § 2 Zásadní zásady stanovuje poskytovateli tyto povinnosti:

- Způsob podpory musí zachovávat lidskou důstojnost.
- Podpora a pomoc vychází z opravdových potřeb uživatele.
- Pomoc a podpora uživatele aktivizuje.
- Pomoc a podpora vede k co největší samostatnosti uživatele.

- Pomoc a podpora vede uživatele k vymanění z nepříznivé životní situace.
- Pomoc a podpora vede k integraci uživatele do společnosti.
- Sociální služba zajišťuje dodržování lidských práv a svobod.

Paragraf 88, písmeno f nařizuje poskytovateli *...plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů a schopností osob, kterým poskytují sociální služby, vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování sociální služby a hodnotit průběh poskytování sociální služby za účasti těchto osob, je-li to možné s ohledem na jejich zdravotní stav a druh poskytované sociální služby, nebo za účasti jejich zákonných zástupců...* (Česko, 2006)

### **2.1.1 Individuální plánování ve standardech kvality sociálních služeb**

Další povinnosti poskytovatelů při plánování služby definuje Příloha č. 2 k prováděcí vyhlášce č. 505/2006 Sb. Tato vyhláška se týká některých ustanovení zákona č. 108/2006 Sb.

Základem individuálního plánování je zejména standard číslo 5 „Individuální plánování průběhu služby“. Standard číslo 5 shrnuje několik kritérií:

Kritérium 5a ukládá poskytovateli písemné zpracování vnitřních pravidel podle druhu a poslání sociální služby, které se týkají plánování. Těmito pravidly se pak řídí proces plánování i přehodnocování průběhu poskytování služby. Dle Haicla (2011, s. 40) takový pracovní postup či metodika obsahuje především:

- Co je plánování služby.
- Kdo, kdy, jak a jakým způsobem plánuje s uživatelem a následně vyhodnocuje a přehodnocuje postup poskytování podpory.
- Jaká je formální podoba záznamu o plánování, vyhodnocování a přehodnocování péče.
- Jaká jsou pravidla pro přidělování klíčových pracovníků.
- Jak jsou sdíleny informace o poskytované službě a plánování v týmu.
- Jaká je forma podpory klíčových pracovníků.

Kritérium 5c ukládá poskytovateli povinnost plánovat společně s uživatelem a kontrolovat, zda jsou jeho cíle naplňovány.

Kritérium 5d stanovuje pro ustanovení 5b a 5c povinnost mít pro každého uživatele určeného zaměstnance. V praxi existuje institut „klíčového pracovníka“, který je prostředníkem mezi poskytovatelem a uživatelem při individuálním plánování.

Kritérium 5e určuje poskytovateli povinnost vytvořit fungující systém pro předávání informací mezi pracovníky o průběhu poskytování služby jednotlivým uživatelům. Při výměně informací mezi pracovníky by nemělo jít o nahodilé sdělování právě proběhlých událostí, ale o systematické a funkční předávání informací důležitých pro poskytování kvalitní služby. (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011, s. 145)

Plánování služby se objevuje i mimo standard pět. Standard číslo 3 se zabývá jednáním se zájemcem o sociální službu. Poskytovatel ještě před uzavřením smlouvy o sociální službě s uživatelem dojednává jeho požadavky a očekávání spojené s poskytovanou službou. Podle očekávání uživatele pak sestavuje nabídku jeho podpory. (Haicl, 2011, s. 43)

Individuálního plánování se dotýká také standard číslo čtyři „Smlouva o poskytování sociální služby“ a to v kritériu 4c, kde se uvádí, že „poskytovatel sjednává s osobou rozsah a průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíl závislý na možnostech, schopnostech a přání osoby“. Plánování je tedy součástí uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby.

## **2.2 Základní modely individuálního plánování průběhu sociální služby**

V současnosti se v sociálních službách uplatňuje několik způsobů realizace plánování sociální služby. Typy plánování se liší nejen zavedenými postupy, ale také například hodnotami, které upřednostňují, zaměřením na cíl nebo proces plánování či dalšími teoretickými východisky. Mezi jednotlivými metodami realizace plánování neexistují přesné hranice, některé plynule přechází z jednoho způsobu do jiného.

V současné době se modely plánování dají dle Haicla a Haiclové (2011, s. 27) rozdělit do čtyř základních modelů. Přes rozdílnost přístupů jednotlivých modelů k individuálnímu plánování, všichni poskytovatelé, bez ohledu ke kterému modelu se přiklánějí, dodržují legislativní ustanovení formulované v paragrafu 2, zákona č. 108/2006 Sb.



### 2.2.1 Model zaměřený na dosahování cílů

Podle Haicla a Haiclové (2011, s. 27) je nejstarším zveřejňovaným typem plánování v návaznosti na standardy kvality sociálních služeb. Podstatou tohoto modelu je směřovat k cíli, který si uživatel vytyčil. Přitom cílem by měla být změna u uživatele, která nastane v důsledku poskytované sociální služby. Pracovník planující s uživatelem dojednává jak samotný cíl, tak i kroky, které ke splnění cíle povedou. Pojmy, které se nejčastěji objevují v souvislosti s modelem zaměřeným na dosahování cílů, jsou: krátkodobý cíl, dlouhodobý cíl a kroky k dosažení cíle. Pracovník v tomto případě plní roli poradce. Metoda vychází ze znalostí procesů myšlení, poznávání a učení, tedy z kognitivně behaviorálního přístupu.

Výhodou tohoto přístupu je motivace a aktivace uživatele a blízký kontakt s uživatelem. I malý úspěch rozvíjí sebedůvěru uživatele. (Chrenková, Sobková, Vajd'áková, 2007, s. 20) Pracovník může snadno popisovat cestu při plnění cíle, který je ve většině případů dobře měřitelný a přehledný. Tento model však není vhodný pro uživatele s nižším uvědomováním a nízkou motivací. Někteří uživatelé si nejsou schopni, kvůli zdravotnímu stavu nebo nedostatku motivace uvědomit, čeho by chtěli v poskytované sociální službě dosáhnout. Pro jiné je toto téma příliš osobní, intimní. Uplatnění tohoto modelu vyžaduje značnou sociální citlivost a komunikační schopnosti u pracovníků zapojených do individuálního plánování. Dalším nedostatkem tohoto modelu může být přehlížení toho, že uživatel sociální služby má nárok na její poskytnutí, bez toho aniž by měl nějaký cíl.

Při plánování průběhu služby s uživatelem v domově pro osoby se zdravotním postižením je tento model často využíván.

### 2.2.2 Model zaměřený na dialog a uživatele služby

Vznik tohoto modelu, jak píše Haicl a Haiclová (2011, s. 32), si vynutila nepoužitelnost předchozího modelu u některých uživatelů. Základem tohoto přístupu je co největší respekt k uživateli při řešení jeho situace. Diskuze probíhá více o potřebách uživatele než o jeho cílech. Pracovníci, kteří planují s uživateli, se je snaží podpořit, aby svým potřebám věnovali pozornost a některou z nich si vytyčili jako svůj cíl. Pozornost není věnována dlouhodobým cílům, pokud si to sám uživatel nepřeje, ale dojednávání podpory v konkrétních oblastech.

Zásadní je aktivizace vlastních zdrojů uživatele při naplňování jeho potřeb. Tyto potřeby pracovník pomáhá uživateli formulovat a nabízí mu přiměřenou podporu. Model zaměřený na dialog a uživatele vychází z psychoterapie a humanistické psychologie.

Nevýhodou tohoto modelu je horší měřitelnost dosahování cílů, protože písemné výstupy nebývají tak jednoznačné a jasné jako u modelu zaměřeného na dosahování cílů. Existuje zde také riziko, že se pracovník vzdá zásad poskytování služby a nenabízí uživateli náměty na řešení jeho nepříznivé situace. Respekt k postoji uživatele, který tvrdí, že nic nepotřebuje, neznamena, že nemá být konfrontován s realitou.

Tento model je v domovech pro osoby se zdravotním postižením využitelný při plánování s uživatelem, který nechce nebo nedovede formulovat svůj cíl. Zde je možné zjistit, co uživatel očekává od poskytované služby a toto očekávání může být přeformulováno na osobní cíl uživatele.

### **2.2.3 Model vycházející ze schémat počítačové podpory**

Tento systém vychází z modelu plánování ošetrovatelské péče. Podstatou modelu je, že pracovník zadá do počítače údaje týkající se uživatele a podle zadaných oblastí problémů a potíží uživatele mu počítačový program sám nabízí možnosti určité podpory. Do sociálních služeb tento model přináší hlavně softwarové firmy, které pro ně vytváří programy. (Haicl, Haiclová, 2011, s. 33)

Nevýhodou tohoto systému je malé zapojení uživatele do procesu plánování. I když se model jeví jako méně náročný na pracovníky sociálních služeb, v praxi může působit velké problémy těm, kteří nejsou zdatní při práci s počítačem. Zdánlivě snadná práce s programem může ve výsledku přinášet velkou administrativní zátěž pro pracovníky.

Tento model není v domovech pro osoby se zdravotním postižením doporučován. Vzhledem k tomu, že poskytovaná sociální služba má být co nejindividuálnější, je třeba podpořit uživatele ve stanovení vlastního cíle, který vyplývá z jeho jedinečných potřeb a to nekoresponduje s počítačovými schématy. Velmi často pracovníci využívají počítačový program k zapisování a ukládání dokumentů, které se individuálního plánování týkají, ale samotné plánování probíhá podle jiného modelu.

#### 2.2.4 Model expertní

Tento model vychází z medicínského přístupu sociální práce. V tomto pojetí si pracovník uchovává odstup od uživatele a pozici experta. Charakteristickým postupem je shromažďování sociálních a osobních anamnéz uživatele a důraz na práci s dokumentací uživatele. Komunikace probíhá směrem od pracovníka k uživateli. Uživatel pouze poskytuje potřebné informace. (Chrenková, Sobková, Vajdřáková, 2007, s. 18)

Přestože tento systém umožňuje pracovníku uchovat si odstup od situace uživatele a přináší nadhled, může při takové spolupráci uživatel vnímat převahu pracovníka a získat pocit, že svou situaci nemá ve svých rukou.

Vzhledem k tomu, že v domovech pro osoby se zdravotním postižením je v současnosti preferován partnerský model v přístupu k uživatelům, není podporován ani tento model individuálního plánování.

Nelze určit, který z modelů je pro individuální plánování v sociálních službách nejvhodnější. Je na poskytovateli, aby si vybral, jakou cestou se vydá. Paradoxně ti, kteří se snaží vybrat z jednotlivých modelů to nejlepší a z toho pak vytvořit vlastní dokonalý model plánování, nebývají nejlepší (Haicl, Haiclová, 2011, s. 35). Pracovníky mohou přetěžovat a plánování se může stát snadno nepřehledným.

### 2.3 Individuální plán a uživatel sociální služby

Cílovou skupinou domova pro osoby se zdravotním postižením jsou, jak napovídá samotný název sociální služby, osoby se zdravotním postižením. Slovník sociální práce definuje zdravotní postižení jako takové, které nepříznivě ovlivňuje kvalitu života postiženého, hlavně schopnost navazovat a udržovat vztahy s lidmi a schopnost pracovat. (Matoušek, 2003, s. 271.) Nejčastěji se vyskytující zdravotní postižení je: postižení sluchu, postižení zraku, poruchy řeči (komunikace), postižení pohybového ústrojí, postižení duševní poruchou a mentální postižení. U osob se mohou objevovat v kombinacích a s různou intenzitou.

Podle zákona č. 108/2006 Sb. jsou v domovech pro osoby se zdravotním postižením poskytovány pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost kvůli zdravotnímu postižení a jejichž stav vyžaduje pravidelnou pomoc další osoby. Tento zákon charakterizuje zdravotní postižení jako:

- Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav trvající dle poznatků medicíny dobu delší než rok a omezuje smyslové, fyzické či duševní schopnosti a ovlivňuje péči o vlastní osobu a soběstačnost.
- Zdravotní postižení jako mentální, tělesné, smyslové, duševní či kombinované postižení. Dopady takového postižení mohou činit nebo činí osobu závislou na pomoci další osoby.

Zákon č. 108/2006 Sb. určuje čtyři stupně závislosti na pomoci jiné osoby s cílem zajištění potřebné pomoci. V závislosti na stupni postižení je osobám vyplácen příspěvek na péči v určité výši. Stupně závislosti jsou: částečná závislost, středně těžká závislost, těžká závislost a úplná závislost.

Součástí přílohy č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb. jsou standardy kvality. Zde standard číslo 1 ukládá povinnost každému domovu pro osoby se zdravotním postižením vymezit písemně okruh osob, kterým bude služba poskytována, aby mohla být poskytována kvalitně, se znalostí potřeb uživatelů. Správně definovaná cílová skupina chrání nejen uživatele služby, ale i organizaci a její zaměstnance a eliminuje rizika plynoucí z přijetí nevhodných osob. Čím širší je okruh osob cílové skupiny, tím je pak poskytování služby obtížnější. Vymezení cílové skupiny může být pozitivní, to znamená komu je služba určena a negativní, pro koho služba určena není. Cílová skupina může být vymezena rovněž charakteristikou uživatele (osoba se zdravotním postižením) či druhem nepříznivé situace (snížená soběstačnost) nebo podle toho, co uživatel potřebuje (zabezpečení základních životních potřeb, zabezpečení podpory a péče a podobně). (Bicková, Hrdinová, 2011)

Individuální plán je výsledkem spolupráce mezi pracovníkem a uživatelem. Jeho základem je představa uživatele o změně, která by měla nastat při poskytování sociální služby. Ve Standardech kvality, výkladovém sborníku pro poskytovatele (2008, s. 78) je proces, který vede k vytvoření individuálního plánu, označen za plánování zaměřené na člověka. Podle O'Brien (2009, s. 14) je při tomto typu plánování kladen důraz na schopnosti uživatele.

Pozornost se obrací mimo sféru poskytované služby na skutečný svět mimo ústavní zařízení. Vnímání uživatele se posouvá od rozdílů daných diagnózou k rozdílům v životních zkušenostech. *Je lehké říkat, že nám záleží na lidech, o které se staráme, a většinou to bývá pravda a opravdu nám záleží na tom, aby každý z nich dostal ty nejlepší možné příležitosti, což se většinou i daří, ale je to obvykle omezeno hranicemi ústavní péče nebo organizačními podmínkami.* (O'Brien, 2008)

Sestavení individuálního plánu závisí na schopnosti klíčového pracovníka komunikovat s uživatelem sociální služby. Komunikační schopnost uživatele může být narušená a dorozumívání je možné s využitím alternativní a augmentativní komunikace. Základem je však schopnost pracovníka naslouchat a respektovat osobnost uživatele. Takový pracovník dovede zjistit co je pro uživatele důležité bez ohledu na jeho postižení. Individuální plán je dokladem zvládnuté komunikace mezi pracovníkem a uživatelem.

### 3 KLÍČOVÝ PRACOVNÍK V DOMOVĚ PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM A INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ

Ve standardech kvality sociálních služeb je definováno, že každý uživatel má pro plánování průběhu poskytování sociální služby a následné hodnocení naplňování cílů určeného zaměstnance. Podle Johnové (2008) je dobré určit zaměstnance, který nejen odpovídá za plánování, ale také sleduje průběh poskytování služby a potřeby i přání uživatele. Pro takového pracovníka je zažité označení „klíčový pracovník“.

Klíčového pracovníka může v domově pro osoby se zdravotním postižením zastávat kterýkoliv pracovník, který je s uživatelem v přímém kontaktu. Systém stanovení klíčových pracovníků je popsán v metodice individuálního plánování, kterou má každý domov pro osoby se zdravotním postižením vypracovanou podle individuálních potřeb uživatelů, kterým službu poskytuje a možností, které má. V domovech pro osoby se zdravotním postižením není obvyklé, aby roli klíčového pracovníka vykonával zdravotnický personál, protože jeho vzdělání a náplň práce je zaměřena na zdravotní péči. *Je proto efektivní, aby tuto roli vykonávali pracovníci v sociálních službách, kteří lépe zvládají vedení individuálního plánu, nikoliv jako plánu ošetřovatelského.* (Personální zajištění, doprovod, 2012)

#### 3.1 Postavení klíčového pracovníka v individuálním plánování

Zákon č. 108/2006 Sb. pojem „klíčový pracovník“ neuvádí. Není zmíněn ani v prováděcí vyhlášce č. 505/2006 Sb. a katalogu prací. Přesto je tento termín v sociálních službách často využíván. (Horecký, 2011, s. 107) Průvodce standardy kvality pro poskytovatele popisuje v kritériu 5.4 nutnost stanovení odpovědnosti za plánování průběhu služby konkrétním pracovníkům. Systém odpovědnosti za plánování vychází z koncepce case managementu, česky koncepce případového vedení. Podle zákona tedy termín klíčový pracovník můžeme nahradit slovním spojením „pracovník odpovědný za plánování“. (Johnová, 2002, s. 47)

*Klíčový pracovník je pracovník v sociálních službách nebo sociální pracovník. Je koordinátorem péče a podpory u přiděleného uživatele. Klíčový pracovník je dále člověk,*

*na kterého se může uživatel obrátit, zavolat mu, je to člověk, který uživateli rozumí, umí pro něho zprostředkovat pomoc, je jeho důvěrníkem.* (Hauke, 2011, s. 75)

V odborné literatuře i v praxi na pojem „klíčový pracovník“ narážíme často. Slovo klíčový v tomto kontextu označuje důležitost tohoto pracovníka a jeho ústřední roli v konkrétním úkolu – plánování s uživatelem. Termín klíčový se vztahuje k uživateli, ne k zaměstnavateli. (Horecký, 2011, s. 107) V zákoně č. 108/2006 Sb. není uvedeno, kdo má být pověřen individuálním plánováním s uživatelem, tedy kdo má být klíčovým pracovníkem. Z charakteru činnosti, jakou je individuální plánování, vyplývá, že by to měl být pracovník, který je v častém a pravidelném kontaktu s uživatelem. Nejvíce klíčových pracovníků v praxi je mezi pracovníky sociálních služeb a dále mezi sociálními pracovníky.

Profese pracovníka v sociálních službách a sociálního pracovníka jsou uvedeny v zákoně č. 108/2006 Sb. v § 16. Pracovníky v sociálních službách jsou ti, kteří vykonávají přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb. V jejich kompetenci je jak nácvik jednoduchých činností při péči o vlastní osobu u uživatelů, prohlubování a upevňování jejich základních hygienických a společenských návyků, podpora volnočasových a pracovních aktivit a zabezpečování kulturních a společenských aktivit. Dále mohou pod dohledem sociálního pracovníka poskytovat základní sociální poradenství, poskytovat pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů uživatelů a pomoc při obstarávání jejich osobních záležitostí.

Náplní sociálního pracovníka je provádění sociálního šetření, vedení sociální agendy a řešení sociálně právních problémů v zařízeních, které poskytují služby sociální péče a prevence. Dále provádějí analytickou a metodickou činnost v sociální oblasti, depistážní činnost a odborné činnosti v oblasti poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace.

Popis pracovní náplně uvedených profesí obsahuje nařízení vlády, kterým se stanovuje katalog prací. Individuální plánování nebylo v katalogu prací v době účinnosti zákona o sociálních službách uvedeno. Tato důležitá činnost byla doplněna až v roce 2010 nařízením vlády č. 222/2010 Sb. nařízení doplnilo nejen popis činnosti individuálního plánování, ale také zohlednilo posun pracovníků, kteří mají zaměstnavatelem plánování svěřeno, do pásy

platové třídy. Pracovník, který činnost individuálního plánování koordinuje, je v osmé platové třídě.

### 3.1.1 Role klíčového pracovníka při individuálním plánování

Role klíčového pracovníka je závislá na druhu poskytované sociální služby a metodice pro individuální plánování. Podle Vítové (2011, s. 119) klíčový pracovník nejčastěji vystupuje v těchto rolích:

**Poradce – konzultant řešení.** Klíčový pracovník zná možnosti uživatele i poskytovatele a plánované cíle dovede konzultovat v týmu. Je konzultantem jak pro realizační tým, tak pro uživatele. Zná možnosti sociální služby a dovede posoudit, zda je dojednaná podpora v jejích možnostech.

**Zprostředkovatel informací.** Informace přenáší obousměrně mezi realizačním týmem a uživatelem. Uživatele informuje o možnostech podpory, které je sociální služba schopna realizovat. Realizační tým informuje o potřebách uživatele a zpět získává informace o průběhu poskytování služby.

**Pomocník při vyhledávání potřeb a osobních cílů uživatele.** U některých sociálních služeb může jít o vyhledávání uživatelů, kteří potřebují dopomoc při řešení určité životní situace. V pobytových službách jde spíše o vyhledávání osobních cílů u uživatelů, kteří z nějakých důvodů nemohou své potřeby a přání sami definovat nebo vyjádřit.

**Terapeut.** Klíčový pracovník by měl zvládat vedení nedirektivních rozhovorů, umět naslouchat a dodržovat partnerský přístup. Stěžejní je podpora uživatele k mobilizaci vnitřních zdrojů při naplňování osobních cílů.

**Obhájce.** Pracovník obhájí rozsah podpory uživatele v pracovním týmu. Obhájí jak rozsah, tak způsob poskytování sociální služby. Může být i obhájcem realizačního týmu v případě, že s jeho postupem není uživatel spokojen.

**Realizační pracovník.** Klíčový pracovník je současně člen realizačního týmu. V takovém případě, který je v praxi velmi častý, může pracovník snadno kontrolovat realizaci dohodnuté podpory a sledovat změny, které mohou iniciovat změnu plánu služby.

Klíčový pracovník si uvědomuje, že uživatel ví sám nejlépe, co je pro něj dobré a naopak. Nenáleží mu právo uživatele soudit nebo hodnotit. (Hauke, 2011, s. 82)



### 3.1.2 Vztah uživatele a klíčového pracovníka při individuálním plánování

Vztah klíčového pracovníka a uživatele je velmi důležitý pro funkční individuální plánování. Mezi uživatelem a pracovníkem je potřeba uplatňovat partnerský přístup. Nevystupovat v roli odborníka na problémy uživatele, který ví, co jeho klient potřebuje a co je pro něj nejlepší, ale přijmout roli partnera, který uživatele podpoří při hledání jeho vlastní cesty. Důležitějším než to, co pracovník pro uživatele udělal, je to, co mu umožnil. *Čím více to vypadá, že je pečovatel postradatelný, tím lepší je jeho práce. Nerozhoduje to, co dělá zjevně. Hlavní je to, co umožňuje lidem, o něž pečuje.* (Pörtner, 2008, s. 84)

Častou chybou klíčových pracovníků je, že se s klienty snaží vytvářet blízké osobní vztahy. Do práce pak vnáší vlastní touhy a v uživateli probouzí přání, která nejsou schopni splnit. Tito pracovníci mohou rychle vyhořet a pro uživatele je tento vztah ve výsledku zklamáním. *Profesionalita v žádném případě neznamená chlad a nezúčastněnost. Profesionalita nespočívá ani v mechanické rutině. Profesionalita znamená to, že pečovateli jde především o blaho a vývoj klientů, ne o naplňování vlastní potřeby blízkosti a zisk z pocitu, že je někdo potřebuje.* (Pörtner, 2008, s. 83)

Profesionalita pro pracovníka neznamená nechat se omezovat zavedenými postupy, ale ve vztahu s uživatelem dokázat spíše poodstoupit a tím pádem věnovat více prostoru uživateli i sobě. Profesionální vztah klíčového pracovníka a uživatele má být přiměřený profesnímu rámci, pracovník v něm dovede potlačit vlastní ambice a představy a upřednostňuje potřeby uživatele a podporuje jeho svébytnost. Ve zdravém vztahu se oslabují a ruší závislosti. Jak píše Schmitbauer (2008, s. 189) ten pracovník, který jedná profesionálně, není závislý na úspěchu a nepropadá dojmům, že selhal, pokud se cíle jeho uživatelů neplní. Pocit selhání si může dovolit jen v případě, že pro dosažení cíle neudělal všechno, co jako profesionál udělat mohl.

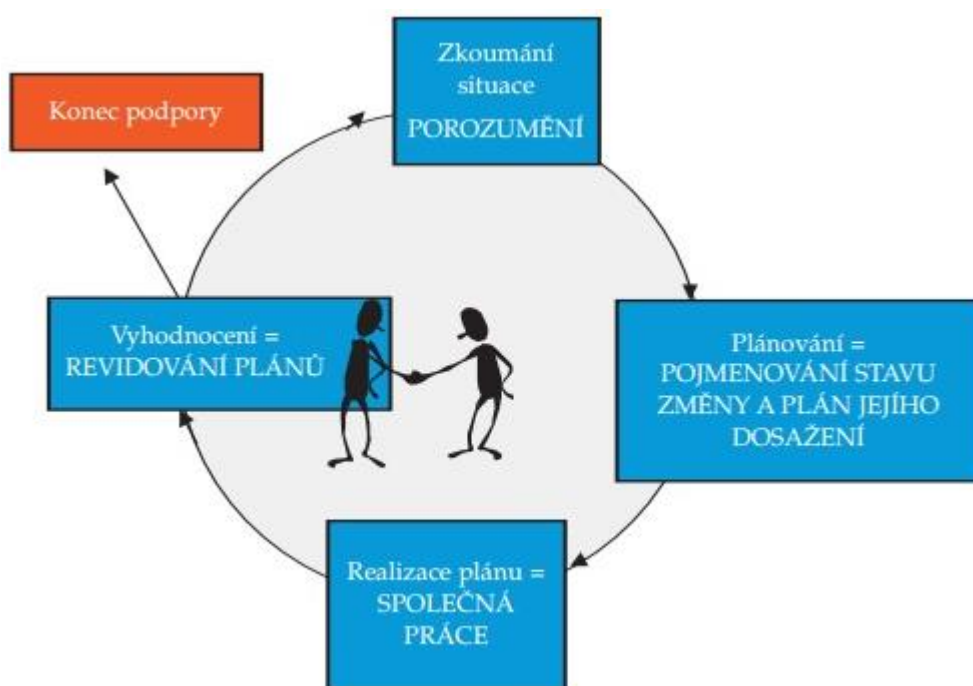
## 3.2 Cyklus individuálního plánování

Individuální plánování průběhu sociální služby s uživatelem je procesem, který probíhá podle stejných pravidel, jako kterékoliv jiné plánování. Začíná zkoumáním výchozí situace, mapováním možností poskytovatele a možností uživatele. Pokračuje tvorbou plánu, jeho realizací a vyhodnocením. Cyklus plánování se opakuje do okamžiku, kdy uživatel další

podporu sociální služby nepotřebuje. Individuální plánování má svůj začátek, děj i konec a mělo by směřovat k ukončení poskytování podpory. (Johnová, 2008)

Každá sociální služba včetně domova pro osoby se zdravotním postižením má nastavenou vlastní formu zpracování individuálního plánu. Pro individuální plánování je důležitý kvalitně vypracovaný metodický postup, který provede klíčového pracovníka jednotlivými body plánování.

Obrázek 1: *Cyklus a organizace plánování*



*Zdroj: Standardy kvality sociálních služeb: Výkladový sborník pro poskytovatele, 2008, Cyklus a organizace plánování, s. 87*

### 3.2.1 Zkoumání situace

Aby situaci porozuměl pracovník i uživatel služby, je potřeba začít plánování zkoumáním situace. V této fázi si klíčový pracovník utvoří vlastní představu o druhu a rozsahu potřeb uživatele. Podle Merhautové a Mrazíkové (2011, s. 136) do fáze zkoumání situace patří sběr dat o uživateli, mapování přání a potřeb uživatele, stanovení zdrojů, kterými disponuje

uživatel a možnosti, které je schopen zabezpečit poskytovatel a zvážení rizik, kterým je uživatel vystaven.

Proces zkoumání situace, tedy zjišťování přání, potřeb a možností uživatele začíná před jeho nástupem do pobytové sociální služby. Už při sestavení smlouvy o poskytování sociální služby musí být zřejmé, jakou podporu uživatel potřebuje a co od poskytované služby očekává. Na začátku poskytování služby má uživatel stanoven klíčového pracovníka podle pravidel, která by měla být součástí metodického postupu individuálního plánování.

Na začátku spolupráce si klíčový pracovník na základě dostupných informací vytváří komplexní obraz o uživateli, aby dokázal porozumět jeho potřebám a projevům. Při sběru informací spolupracuje se sociální pracovníci, která je má většinou k dispozici. Mezi zjišťované informace patří rodinná a osobní anamnéza, zvyky, historie, zájmy, vztahy, zkušenosti, důležité události a další. Při sběru informací zjišťuje pracovník jak je uživatel soběstačný a jakou míru podpory potřebuje a podle toho vypracovává plán péče, který je podle Merhautové a Mrazíkové (2011, s. 137) v ideálním případě součástí individuálního plánu.

Při práci s lidmi s těžkým postižením, kteří nemluví nebo nejsou v kontaktu se svým okolím, se klíčový pracovník snaží posílit schopnost člověka komunikovat pomocí metod alternativní a augmentativní komunikace. (Standardy kvality sociálních služeb, 2008, s. 92) Individual planning or children and young people living in out (2011 s. 12) hovoří o možnosti přizvat k procesu plánování tlumočnicka alternativní a augmentativní komunikace. Tato možnost existuje, tlumočnickem se může stát například osoba z okolí uživatele, která komunikaci s ním dobře zvládá.

Haiel a Haiclová (2011, s. 154) popisují několik metod, které by mohli pracovníkům usnadnit jednání s obtížně komunikujícím uživatelem. Může se týkat například osob s těžkým nebo hlubokým mentálním postižením, s autismem nebo demencí. Mezi popisované metody patří pozorování uživatele v reálné situaci, empatická fantazie, modelový rozhovor pracovník – pracovník empatic, imaginativní rozhovor, analýza uspokojení potřeb a rozhovor s referujícími osobami a studium dokumentace.

### 3.2.2 Tvorba plánu

Úkolem této fáze je stanovit hlavní oblasti řešení a definovat cíle spolupráce. Formulovat, jak má vypadat změna stavu způsobená poskytováním služby. Součástí stanovení cíle je i rozčlenění cesty k němu do jednotlivých kroků, stanovení osob zodpovědných za realizaci těchto kroků a zdrojů uživatele i možnosti domova pro osoby se zdravotním postižením podpořit uživatele na jeho cestě k cíli. (Johnová, 2008) Při stanovení cíle musí mít pracovník na paměti, že vše co uživateli říká, jsou pouze návrhy, ze kterých si uživatel může vybrat a až po vzájemné dohodě se pro oba mohou stát tím, na čem budou pracovat. (Úlehla, 2007, s. 63)

Cíl je vhodné definovat způsobem, kterému uživatel rozumí, je možné použít obrázky nebo jiné prvky alternativní komunikace. V časopisu Sociální služby (Chaloupková, 2012, s. 22) je formulován požadavek, aby cíl uživatele vznikl metodou SMART. To znamená, že stanovené cíle mají být specifické, měřitelné, akceptovatelné, realistické a termínované. Tato metoda je vhodná, pokud je komunikace mezi uživatelem a klíčovým pracovníkem na dobré úrovni. Může se však stát, že uživatel s klíčovým pracovníkem nedovedou zformulovat cíl podle této metody. V takovém případě je podle Chaloupkové (2012, s. 23) možné využít metodu, která vychází ze základních lidských potřeb. Klíčový pracovník může využít harmonogram dne, který má uživatel sestaven, s popisem míry podpory, kterou potřebuje při konkrétních denních činnostech. Z potřeb uživatele je možné, vyvodit jeho cíle. Tato metoda je vhodná při stanovení cíle s uživatelem s těžším postižením, se kterým je komunikace obtížná. Osobní cíl uživatele by měl obsahovat časové rozmezí, ve kterém budou naplňovány jednotlivé kroky vedoucí k cíli a určení osob, které se na jeho realizaci budou podílet.

Osobní cíl uživatele by měl korespondovat s posláním zařízení, které sociální službu poskytuje. Pokud cíl uživatele s posláním zařízení nesouzní, je možné, aby se s klíčovým pracovníkem dohodli na jiném cíli. Klíčový pracovník při stanovení osobního cíle s uživatelem nesmí překročit své kompetence. (Johnová, 2008, s. 3) Není možné stanovit cíl, se kterým se uživatel neztotožňuje. Například není možné odírat uživateli sladkosti, protože klíčový pracovník stanovil za cíl uživateli, že musí zhubnout. Klíčový pracovník uživatele může ke snížení váhy pouze motivovat.

Součástí individuálního plánu je analýza rizik, které se mohou při cestě k cíli vyskytnout. Vymezení rizik a způsob jak jim předejít nebo zmírnit jejich dopad může být součástí individuálního plánu, nebo mohou být rizika popsána v samostatném dokumentu.

### 3.2.3 Realizace plánu

Realizace plánu je činností, která vyplývá ze stanovení cíle. Ve fázi realizace probíhají jednotlivé kroky, tak jak byly naplánovány. Uživatel podporován klíčovým pracovníkem i dalšími lidmi využívá vlastní síly při procházení jednotlivými kroky, tak jak bylo naplánováno v předchozí fázi. Průběh této fáze je pracovníkem zaznamenáván a tyto záznamy jsou pak využity při revizi plánu. Tato fáze je velmi důležitá. *Zkušenost člověka s postižením, že se vydal na cestu a že dokáže sám něco způsobit nebo změnit, je někdy mnohem důležitější než určité řešení nějakého problému nebo dosažení předsevzatého cíle.* (Pörtner, 2009, s. 34)

### 3.2.4 Revize plánu

Standardy kvality sociálních služeb (2008) popisují tuto fázi cyklu individuálního plánování jako hodnocení naplnění cílů. V případě, že uživatel po naplnění všech cílů nepotřebuje další podporu sociální služby, je spolupráce ukončena. V případě, že cílů dosaženo nebylo, nebo existují další oblasti, ve kterých potřebuje podporu, nastává okamžik pro využití informací získaných při tomto plánování a cyklus plánování začíná od začátku.

Podle Johnové (2008) je individuální plánování často vnímáno jako administrativní přítěž. Důvodem je pravděpodobně snaha splnit kritéria různých inspekcí a kontrol kvality a nepochopení smyslu individuálního plánování. Smyslem je zpřehlednit situaci uživatele a ujasnit kroky při poskytování sociální služby.

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 METODOLOGIE VÝZKUMU

V teoretické části jsou popsány podmínky a způsoby individuálního plánování s uživatelem v domově pro osoby se zdravotním postižením. Praktická část se zabývá pohledem pracovníka domova pro osoby se zdravotním postižením Sociálních služeb Uherské Hradiště, p. o. na systém individuálního plánování a jeho jednotlivé složky. *Cílem praktické části práce je zjistit názory klíčových pracovníků, tedy těch, kteří plánují průběh služby s uživatelem, na systém individuálního plánování v domově pro osoby se zdravotním postižením.*

V návaznosti na cíl výzkumu se formuluje výzkumný problém. *Výzkumný problém je základem, od kterého se odvíjejí všechny další kroky výzkumu.* (Gavora, 2010, s. 18). Dalšími kroky výzkumu je stanovení hlavní výzkumné otázky a dílčích výzkumných otázek včetně formulace hypotéz. Po těchto krocích je možné zvolit vhodnou výzkumnou strategii, metody a techniky výzkumu.

### 4.1 Výzkumný problém, výzkumné otázky a hypotézy

Výzkumným problémem jsou názory klíčových pracovníků domovů pro osoby se zdravotním postižením Sociálních Služeb Uherské Hradiště příspěvkové organizace, na systém individuálního plánování. Od tohoto problému se odvíjí hlavní výzkumná otázka (HVO) a dílčí výzkumné otázky (DVO).

**HVO:** Jak hodnotí klíčoví pracovníci systém individuálního plánování v domovech pro osoby se zdravotním postižením Sociálních Služeb Uherské Hradiště příspěvkové organizace? K této výzkumné otázce se vztahují položky dotazníku 7 – 17 a 25 – 30.

Od této otázky jsou odvozeny následující hypotézy:

Hypotéza 1: Klíčoví pracovníci s vysokoškolským vzděláním hodnotí systém individuálního plánování pozitivněji než pracovníci s nižším stupněm vzdělání.

Vztahu mezi vzděláním a hodnocením systému individuálního plánování se týkají položky dotazníku číslo 2 a 16.

Hypotéza 2: Klíčoví pracovníci, kteří jsou spokojeni se systémem individuálního plánování, udávají vyšší pracovní spokojenost než ti, kteří jsou nespokojeni se systémem individuálního plánování.

Tento vztah vyjadřují položky dotazníku číslo 16 a 31.

Hypotéza 3: Klíčoví pracovníci, kteří plánují maximálně se třemi uživateli, hodnotí systém individuálního plánování lépe, než klíčoví pracovníci, kteří plánují s vyšším počtem uživatelů.

**DVO1:** Jaký je postup při výběru klíčových pracovníků?

Na tuto otázku odpovídají položky dotazníku číslo 19, 20 a 21.

K této hypotéze se vztahují položky dotazníku číslo 5 a 16.

**DVO2:** Jak jsou klíčoví pracovníci spokojeni se vzděláváním v oblasti individuálního plánování služby s uživatelem?

K výzkumné otázce týkající se vzdělávání pracovníků v oblasti individuálního plánování se vztahují položky dotazníku číslo 22, 23 a 24.

**DVO3:** Jak probíhá individuální plánování průběhu služby s uživatelem?

Jednotlivým krokům individuálního plánování se věnují položky dotazníku číslo 25 – 30.

## 4.2 Výzkumná strategie a technika sběru dat

Při realizaci tohoto výzkumu se uplatnila kvantitativní výzkumná strategie, která umožňuje získání informací od většího počtu respondentů v relativně krátké době. *Kvantitativní výzkum pracuje s číselnými údaji. Zjišťuje množství, rozsah nebo frekvenci výskytu jevů, resp. jejich míru (stupeň). Číselné údaje se dají matematicky zpracovat.* (Gavora, 2010, s. 35) Kvantitativní strategie vylučuje možnost ovlivnění výsledku výzkumu subjektivním pohledem výzkumníka a to bylo v tomto případě rovněž důležitým důvodem při výběru výzkumné techniky. Tato výzkumná strategie nám umožní oslovit pracovníky všech domovů pro osoby se zdravotním postižením, které zastřešuje příspěvková organizace Sociální služby Uherské Hradiště. Vzhledem k množství oslovovaných pracovníků a s přihlédnutím k našim možnostem jsme zvolili výzkumnou techniku dotazníkového šetření.



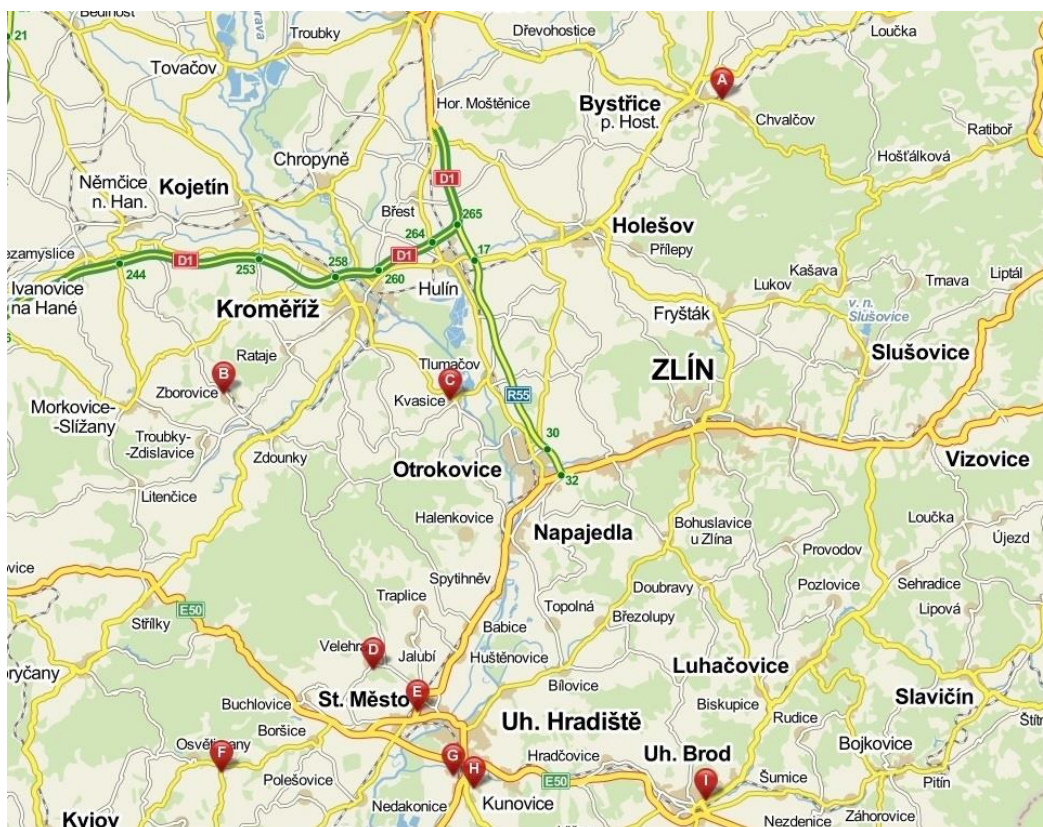
### 4.3 Výzkumný soubor a místo realizace výzkumu

Základním souborem jsou v případě tohoto výzkumu všichni pracovníci domovů pro osoby se zdravotním postižením Sociálních služeb Uherské Hradiště příspěvkové organizace, kteří se podílejí na plánování průběhu poskytování sociální služby s uživatelem. *Vymezení základního souboru musí být přesné. Je to proto, aby bylo jasné, na koho se výsledky výzkumu vztahují.* (Gavora, 2010, s. 73) Základním souborem jsou tedy jenom pracovníci těchto konkrétních domovů pro osoby se zdravotním postižením a výsledky výzkumu budou platné jenom v těchto zařízeních. Výběrový soubor je dán dobrovolností a tvoří ho pracovníci uvedených zařízení, kteří byli ochotni vyplnit předložený dotazník.

#### 4.3.1 Místo realizace výzkumu

Místem konání výzkumu byly domovy pro osoby se zdravotním postižením Sociálních služeb Uherské Hradiště, příspěvkové organizace.

Obrázek 2: Mapa místa konání výzkumu



A – DZP Javorník, B – DZP Zborovice, C – DZP Kvasice, D - DZP Velehrad Vincentinum, E – DZP Staré Město,  
F – DZP Medlovice, G – DZP Kunovice – Cihlářská, H – DZP Kunovice Na Bělince, I – DZP Uherský Brod

Zdroj: Mapy.cz

Tato organizace zastřešuje jedenáct domovů pro osoby se zdravotním postižením, které jsou na území Zlínského kraje.

Nejprve byl požádán o souhlas s provedením dotazníkového šetření ředitel Sociálních služeb Uherské Hradiště, p. o., a po jeho kladné odpovědi byli e-mailem požádáni o souhlas vedoucí všech jedenácti domovů pro osoby se zdravotním postižením. V e-mailu byli stručně informováni o smyslu výzkumu, ke kterému se dotazník vztahuje, a zároveň jim byly nabídnuty informace, které budou při výzkumu zjištěny. V období dvou týdnů od odeslání žádostí přišlo sedm kladných odpovědí, jedna záporná odpověď odůvodněná špatnými zkušenostmi z minulosti a tři oslovené domovy pro osoby se zdravotním postižením na e-mail nereagovaly. Po opětovné žádosti o účast pracovníků se k výzkumu přidaly další dva domovy, které na první e-mail nereagovaly. V následující tabulce jsou všechny oslovené domovy pro osoby se zdravotním postižením, ty z nich, které přislíbily účast na výzkumu, jsou vyznačeny zvýrazněným písmem, v tabulce jsou uvedeny počty uživatelů v těchto zařízení a počty klíčových pracovníků.

Tabulka 1: *Místa konání výzkumu s počty uživatelů a klíčových pracovníků.*

Název zařízení	Počet uživatelů	Počet KP
DZP Kunovice Na Bělince	<b>63</b>	<b>27</b>
DZP Velehrad Vincentinum	<b>50</b>	<b>10</b>
DZP Velehrad Buchlovská	128	-
DZP Velehrad Salašská	51	-
DZP Kunovice Cihlářská	<b>76</b>	<b>18</b>
DZP Medlovice	<b>37</b>	<b>9</b>
DZP Javorník	<b>123</b>	<b>35</b>
DZP Kvasice	<b>31</b>	<b>10</b>
DZP Zborovice	<b>95</b>	<b>24</b>
DZP Staré Město	<b>64</b>	<b>16</b>
DZP Uherský Brod	<b>64</b>	<b>17</b>

*Zdroj: Vlastní výzkum leden – únor*

Po podrobném seznámení s problematikou individuálního plánování a po prostudování metodik individuálního plánování s uživateli v domovech, které se účastní výzkumu, následovala konstrukce dotazníku.

#### 4.3.2 Pilotní ověření dotazníku

Funkčnost dotazníku byla ověřena předvýzkumem. *Předvýzkum by měl být jakýmsi zmenšeným modelem výzkumu.* (Chrásková, 2007, s. 27) Předvýzkum proběhl v DZP Uherský Brod, kde byl pěti klíčovými pracovníky předložený dotazník. Na základě návrhu jednoho z respondentů předvýzkumu, byly pozměněny otázky 20, 21 a 22, které se vztahují k postupu přidělování klíčových pracovníků jednotlivým uživatelům. U této otázky bylo upozorněno, že možnosti přidělování klíčového pracovníka uživateli jsou popsány v metodice individuálního plánování. Proto se ptáme, co nejčastěji ovlivňuje přidělení klíčového pracovníka uživateli. V následujících otázkách ověřujeme povědomí pracovníků o možnostech ukončení spolupráce s uživatelem. K ostatním položkám neměl nikdo z oslovených klíčových pracovníků připomínky a dotazník označili za srozumitelný. Finální verze dotazníku je k nahlédnutí v příloze – P1.

## 5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

Data získaná dotazníkovým šetřením v domovech pro osoby se zdravotním postižením byly přepsány do tabulky v programu Excel a zpracovány statistickými metodami. Vyhodnocení otázek je rozčleněno do několika částí. První část tvoří sociodemografické údaje o respondentech, následuje popisná analýza údajů o individuálním plánování průběhu poskytování sociální služby a ověřování hypotéz. V závěru jsou zodpovězeny výzkumné otázky, které byly položeny na začátku výzkumu.

### 5.1 Sociodemografické údaje o respondentech

Začátek dotazníku pro klíčové pracovníky v domovech pro osoby se zdravotním postižením tvoří otázky směřující ke zjištění sociodemografických údajů o respondentech. Tyto údaje jsou zapsány v následující tabulce číslo 2.

Tabulka 2: Sociodemografické údaje o respondentech výzkumu

	Vzdělání			Celkem
	SŠ bez maturity	SŠ s maturitou	Vysokoškolské	
Ženy	43	77	11	131
Muži	3	10	0	13
<b>Celkem</b>	<b>46</b>	<b>87</b>	<b>11</b>	<b>144</b>
Věk do 25 let	2	1	1	4
26 - 35 let	3	14	4	21
36 - 45 let	18	31	5	54
46 - 55 let	19	36	1	56
56 a více let	4	5	0	9
<b>Celkem</b>	<b>46</b>	<b>87</b>	<b>11</b>	<b>144</b>
Délka praxe do 1 roku	1	4	0	5
1 -5 let	15	25	3	43
6 - 10 let	15	21	6	42
11 - 15 let	8	15	1	24
16 - 20 let	4	12	1	17
21 a více let	3	10	0	13
<b>Celkem</b>	<b>46</b>	<b>87</b>	<b>11</b>	<b>144</b>

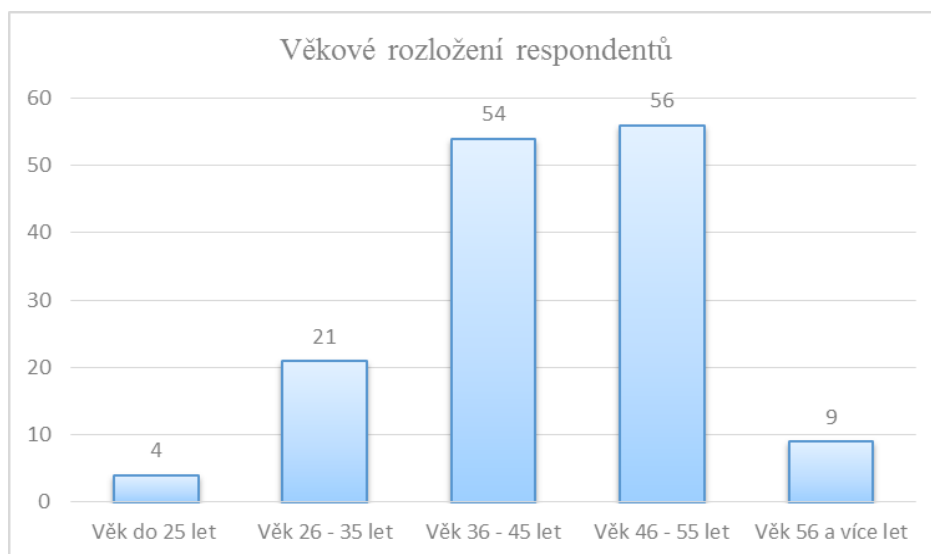
Zdroj: Vlastní výzkum leden – únor 2014

Mezi respondenty dotazníkového šetření je převážná většina žen. Z celkového počtu respondentů ženy tvoří 91 % a muži 9 %.

### Věkové rozložení

Věkové rozložení respondentů je rozděleno do pěti kategorií. Nejpočetněji je zastoupená věková kategorie pracovníků 46 – 55 let, která tvoří 39 % z celkového počtu respondentů, druhou nejpočetnější věkovou kategorií je 36 – 45 let, její podíl z celkového počtu dotázaných je 37 %. Věkovou kategorií 26 – 35 let označilo v dotazníku 15 % respondentů a 6 % pracovníků označilo kategorii nad 56 let. Nejméně zastoupenou je věková kategorie do 25 let, kterou v dotazníku označilo 3 % dotázaných. Věkové rozvrstvení pracovníků znázorňuje následující graf číslo 1.

Graf 1: Věkové rozložení respondentů



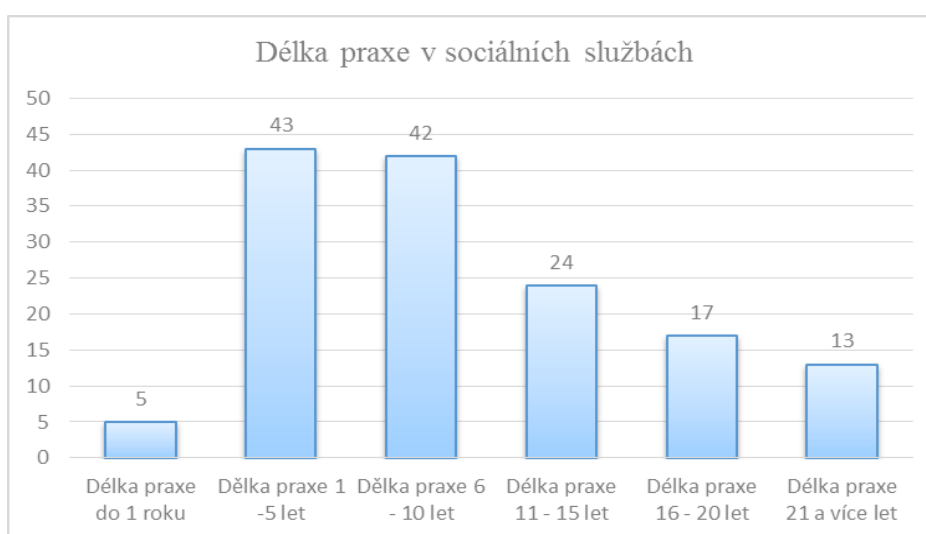
Zdroj: Vlastní výzkum leden – únor 2014

### Délka praxe

Dalším jevem sledovaným ve výzkumu je délka praxe respondentů, která je rozdělena do šesti kategorií.

Nejkratší délku praxe, to je do 1 roku udávají pouhé 3 % respondentů. Délku praxe od jednoho do pěti let naopak označilo 30 % respondentů, což je největší podíl. Praxi šest až deset let zaškrtnulo v dotazníku 29 % respondentů. Rozmezí mezi jedenácti a patnácti lety praxe má 17 % respondentů. 12 % respondentů pracuje v sociálních službách mezi šestnácti a dvaceti lety. Do kategorie s praxí delší než 21 let spadá 9 % respondentů. Délku praxe respondentů znázorňuje následující graf číslo 2.

Graf 2: *Délka praxe respondentů v sociálních službách*



*Zdroj: Vlastní výzkum leden – únor 2014*

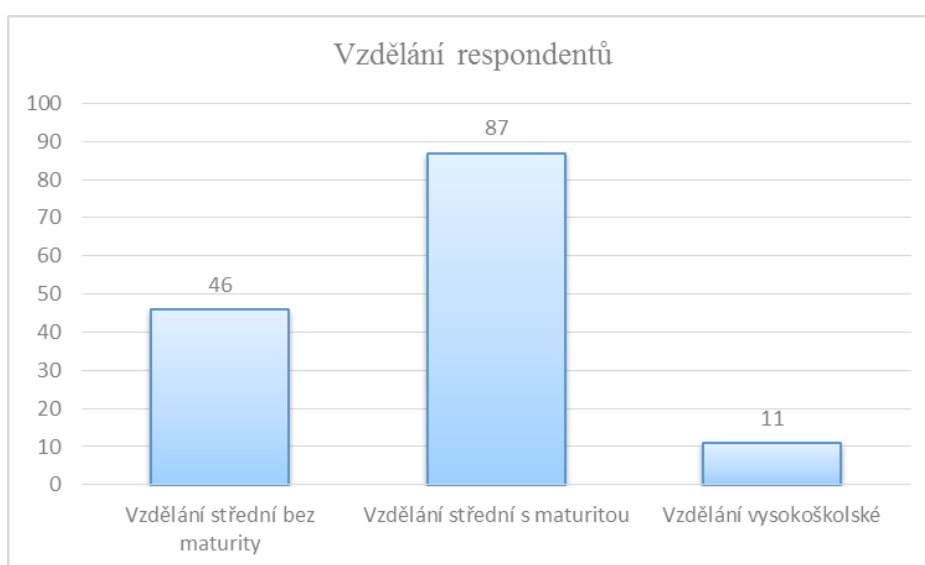
## Vzdělání

Dalším důležitým zjišťovaným údajem je vzdělání respondentů. Vzdělání je rozděleno do tří kategorií. Vzhledem k tomu, že dotazník je určen klíčovými pracovníky v domovech pro osoby se zdravotním postižením, chybí u této otázky možnost základního vzdělání. Součástí práce klíčového pracovníka je základní výchovná nepedagogická činnost, která zahrnuje například upevňování základních hygienických a společenských návyků a provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvoj osobnosti, zájmů a znalostí uživatele sociálních služeb. Pracovník, který provádí základní nepedagogickou činnost, musí mít podle zákona č. 108/2006 Sb. střední vzdělání s výučním listem nebo střední vzdělání ukončené maturitní zkouškou. Klíčového pracovníka v domovech pro osoby se zdravotním postižením může vykonávat rovněž sociální pracovník. Sociální pracovník

musí mít podle stejného zákona vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání. Proto se u otázky o vzdělání respondenta objevují tyto tři možnosti.

Největší část respondentů výzkumu 60 %, má středoškolské vzdělání s maturitou, druhou největší skupinou jsou respondenti se středním vzděláním bez maturity, kterých je 32 %. Respondentů s vysokoškolským vzděláním je 8 %. Vzdělání respondentů názorně dokládá následující graf číslo 3.

Graf 3: Vzdělání respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum leden – únor 2014

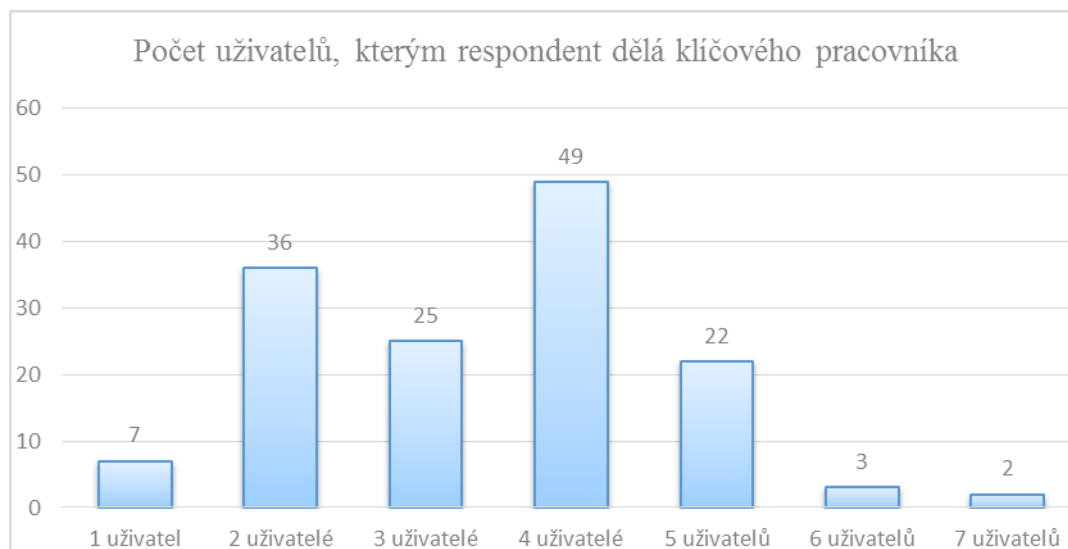
### Počet uživatelů , kterým dělá respondent klíčového pracovníka

Důležitým zjišťovaným údajem pro výzkum je, kolika uživatelům dělá respondent klíčového pracovníka. Zjištění tohoto údaje bude použito při dalším porovnávání. Například zda počet uživatelů, se kterými pracovník plánuje souvisí s jeho hodnocením systému individuálního plánování.

Mezi respondenty výzkumu se nejčastěji vyskytuje klíčový pracovník, který plánuje se čtyřmi uživateli - 34 %, druhou nejpočetnější skupinu tvoří 25 % pracovníků, kteří plánují se dvěma uživateli. 17 % pracovníků plánuje se třemi uživateli. S pěti uživateli plánuje 15 % pracovníků. Nejmenší četnost mají ve výzkumu klíčoví pracovníci, kteří plánují

s jedním, šesti nebo sedmi uživateli. Z celkového počtu respondentů tvoří pohých 8 %. Zjištěné skutečnosti znázorňuje graf číslo 4.

Graf 4: *Počet uživatelů, kterým respondent dělá klíčového pracovníka*



*Zdroj: Vlastní výzkum leden – únor 2014*

V následující tabulce jsou zaznamenány charakteristiky polohy zjištěných skutečností. Podle Chrásky (2007, s. 48) je modus hodnotou s nejvyšší četností a medián prostřední hodnotou pokud zjištěné údaje seřadíme podle velikosti. Dalším výpočtem v tabulce je směrodatná odchylka, která nám poskytuje informaci o tom, jak dalece jsou jednotlivé hodnoty kolem střední hodnoty nakupeny. (Chráska, 2007, s. 52)

Tabulka 3: *Medián a modus zjištěných počtů uživatelů na klíčového pracovníka*

Celkem respondentů	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu	Směrodatná odchylka
144	3,416	4	4	49	1,283

*Zdroj: Vlastní výzkum leden – únor 2014*



## 5.2 Popisné charakteristiky vztahující se k názorům pracovníků na individuálního plánování

V této části jsou popsány zjištěné skutečnosti, které se týkají názoru pracovníků na systém individuálního plánování průběhu poskytování sociální služby. Údaje získané dotazníkovým šetřením jsou graficky znázorněny histogramy četnosti a doplněny popisem relativní četnosti jevu. Některé další informace jsou pro přehlednost doplněny tabulkami četností.

V následující tabulce jsou zaznamenány některé charakteristiky systému individuálního plánování doplněné četnostmi kladných a záporných názorů pracovníků. Tyto údaje jsou pak níže popsány a následně graficky znázorněny.

Tabulka 4: *Názory pracovníků na systém individuálního plánování*

	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne
Metodika IP je pro mě srozumitelná	67	58	16	3
Mohu se podílet na tvorbě metodiky IP	78	32	15	19
Mám dost času během pracovní doby na IP	32	47	26	39
Mám na pracovišti dostatek informací o IP	69	50	20	5
Jsem spokojen se spoluprací v týmu při IP	62	63	12	7
IP je přínosné pro mou práci z hlediska kvality poskytované služby	49	57	25	13
IP je přínosné pro uživatele z hlediska poskytované služby	54	51	23	16
Jsem spokojen s podporou instruktora IP	73	42	16	13
Jsem spokojen s podporou vedení při IP	72	49	10	13
Jsem spokojen se systémem IP	63	50	19	12
Obtížnost IP stoupá se stupněm závislosti	68	48	16	12

*Zdroj: Vlastní výzkum leden – únor 2014*

### Metodika individuálního plánování

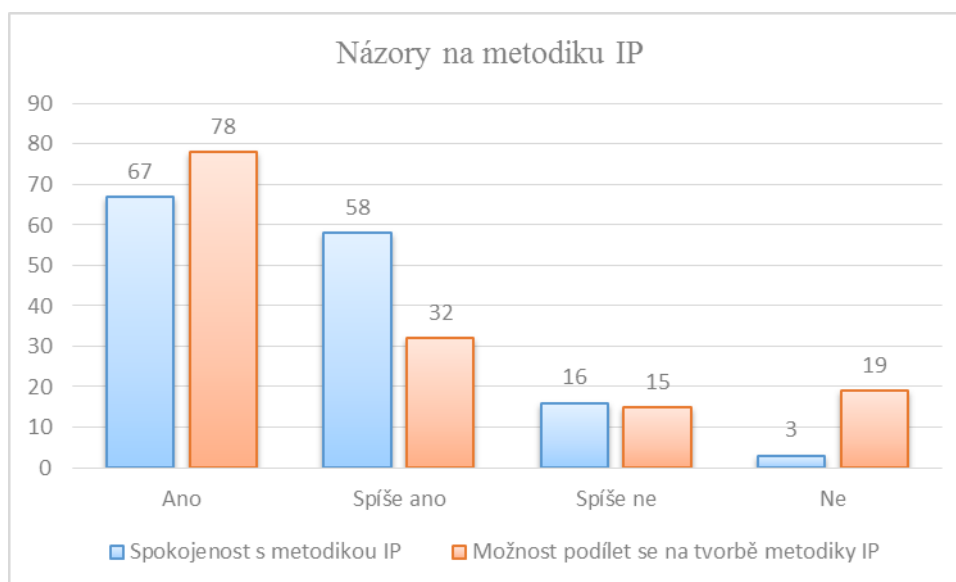
V dotazníkovém šetření bylo zjišťováno, jakou možnost mají pracovníci při ovlivňování tvorby metodiky individuálního plánování a zda tuto metodiku považují za srozumitelnou.

Na dotaz zda považují metodiku za srozumitelnou, odpovědělo kladně a spíše kladně 87 % dotázaných. Převážná většina respondentů tedy považuje metodiku individuálního

plánování za srozumitelnou. Pouze 13 % pracovníků odpovědělo, že je pro ně metodika nesrozumitelná nebo spíše nesrozumitelná.

Na dotaz o možnosti podílet se na tvorbě metodiky individuálního plánování odpovědělo ano nebo spíše ano 76 % respondentů. 24 % dotázaných uvedlo, že nemá nebo spíše nemá možnost ovlivnit podobu metodiky individuálního plánování. V následujícím grafu číslo 5 jsou znázorněny zjištěné názory pracovníků na srozumitelnost metodiky a jejich možnost podílet se na její tvorbě.

Graf 5: *Názory respondentů na metodiku IP průběhu poskytování sociální služby*



*Zdroj: Vlastní výzkum leden – únor 2014*

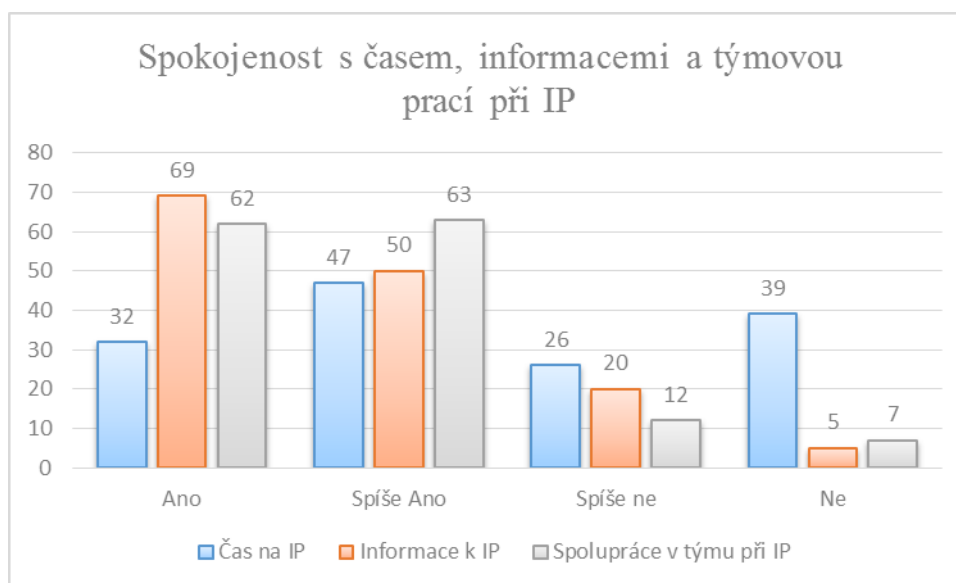
### **Spokojenost s časem, informacemi a týmovou spoluprací při individuálním plánování**

Důležitými faktory při individuálním plánování průběhu poskytování sociální služby jsou pro klíčové pracovníky dostatek času, který mohou této práci věnovat, dostatek informací o plánování, které mají k dispozici a spolupráce celého týmu na procesu plánování.

Nadpoloviční většina respondentů, celkem 55 %, pokládá čas, který mohou individuálnímu plánování věnovat v průběhu pracovní doby, za dostatečný a spíše dostatečný. Za nedostatečný a spíše nedostatečný pokládá čas na plánování 45 % pracovníků. S informacemi o individuálním plánování, které mají možnost na pracovišti získat, je

spokojeno a spíše spokojeno 62 % respondentů. Nespokojeno nebo spíše nespokojeno s těmito informacemi na pracovišti je 18 % klíčových pracovníků. Spokojenost s týmovou prací při plánování je ještě vyšší než u předešlých činitelů. Spokojeno a spíše spokojeno je v tomto případě 87 % dotázaných. Spíše nebo zcela nespokojeno je s týmovou prací 13 % dotázaných. Následující graf číslo 6 znázorňuje popsání údajů:

Graf 6: Spokojenost s časem, informacemi a týmovou prací při IP



Zdroj: Vlastní výzkum leden – únor 2014

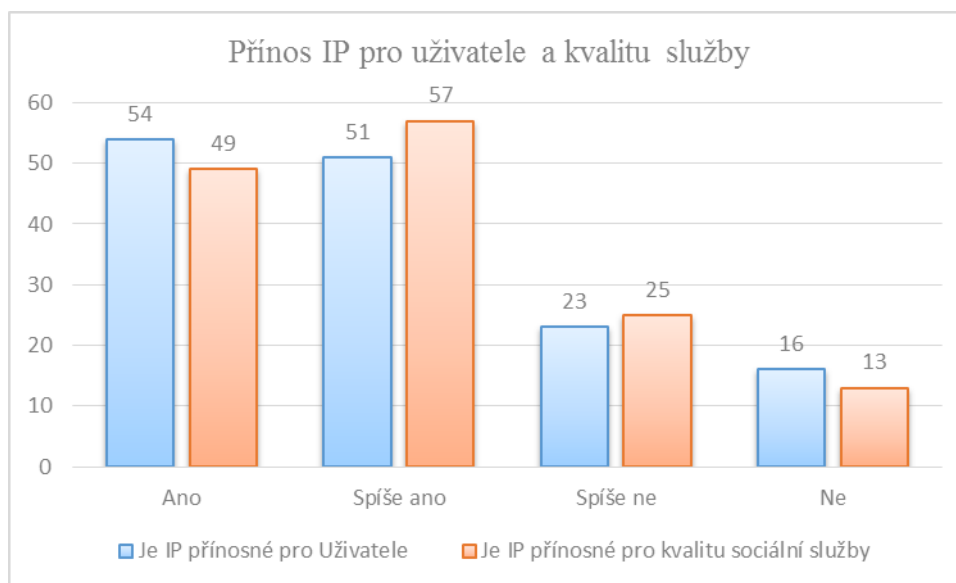
### Názory pracovníků na užitečnost systému individuálního plánování

Velmi důležitým pro funkčnost systému individuálního plánování je názor pracovníků, kteří s uživateli plány sestavují a provází je při jejich plnění. Úkolem tohoto výzkumu je vedle dalších informací zjistit, zda klíčoví pracovníci považují systém individuálního plánování za přínosný pro uživatele a za přínosný pro zkvalitnění poskytované služby.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že za zcela nebo spíše přínosný pro uživatele považuje systém plánování 73 % pracovníků. Pro 27 % dotázaných pracovníků je systém plánování spíše neúčinný nebo zcela neúčinný. Pozitivní a spíše pozitivní vliv na kvalitu poskytované služby má systém plánování podle 74 % dotázaných. Naproti tomu pro 26 % respondentů je tento systém nepřínosný nebo spíše nepřínosný.

Výsledky dotazníkového šetření, které se týkají názorů klíčových pracovníků na přínos individuálního plánování pro uživatele a kvalitu poskytované služby jsou výrazně pozitivní. Před provedením dotazníkového šetření jsme předpokládali kritičtější postoj pracovníků k otázce užitečnosti plánování.

Graf 7: Přínos IP pro uživatele a kvalitu poskytované sociální služby



Zdroj: Vlastní výzkum leden – únor 2014

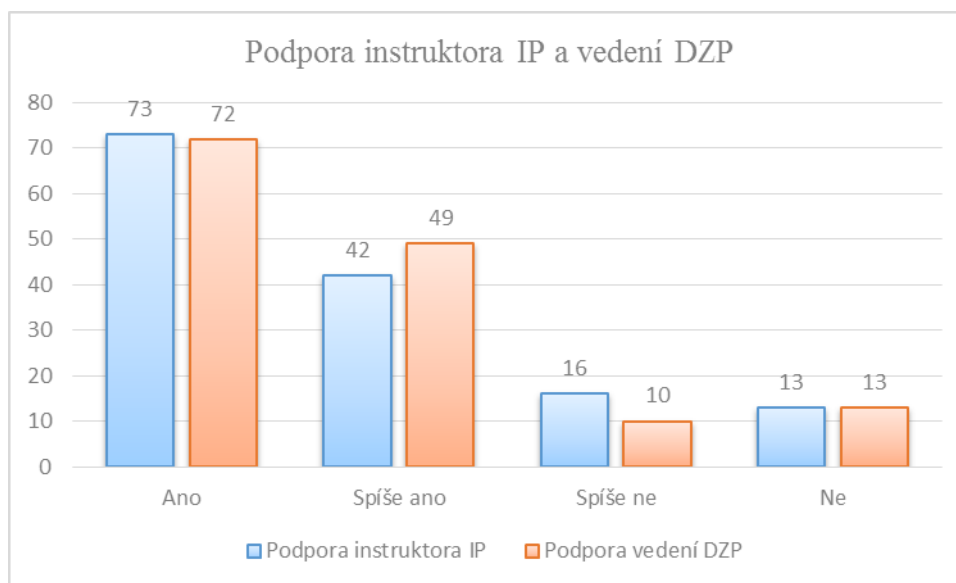
### **Spokojenost klíčových pracovníků s podporou instruktora individuálního plánování a vedení domova pro osoby se zdravotním postižením.**

Nařízení vlády č. 222/2010 Sb. o katalogu prací ve veřejných službách popisuje pracovníka v sociálních službách v kapitole „Sociální služby“. Individuální plánování s popisem této činnosti bylo do katalogu přidáno až v roce 2010. Katalog se zmiňuje o pracovnících, kteří koordinují činnost klíčových pracovníků a plánování sociálních služeb. V domovech pro osoby se zdravotním postižením, které se zapojily do výzkumného šetření, se tito pracovníci nazývají instruktoři individuálního plánování.

Většina pracovníků, 80 %, je spokojena nebo spíše spokojena s podporou instruktora individuálního plánování. Nespokojeno nebo spíše nespokojeno s podporou instruktora individuálního plánování je 20 % respondentů. Ještě větší podíl respondentů je spokojen s podporou vedení v souvislosti s individuálním plánováním. Spokojeno a spíše spokojeno

s podporou vedení je 84 % respondentů a nespokojeno nebo spíše nespokojeno je 16 % z celkového počtu dotázaných. Z údajů je patrné, že podpora koordinátora individuálního plánování a podpora vedení domova pro osoby se zdravotním postižením je pracovníky vnímána vyrovnaně a většinou pozitivně. Výše popsané údaje znázorňuje graf číslo 8.

Graf 8: *Vnímání podpory instruktora individuálního plánování a vedení v souvislosti s IP*



*Zdroj: Vlastní výzkum leden – únor 2014*

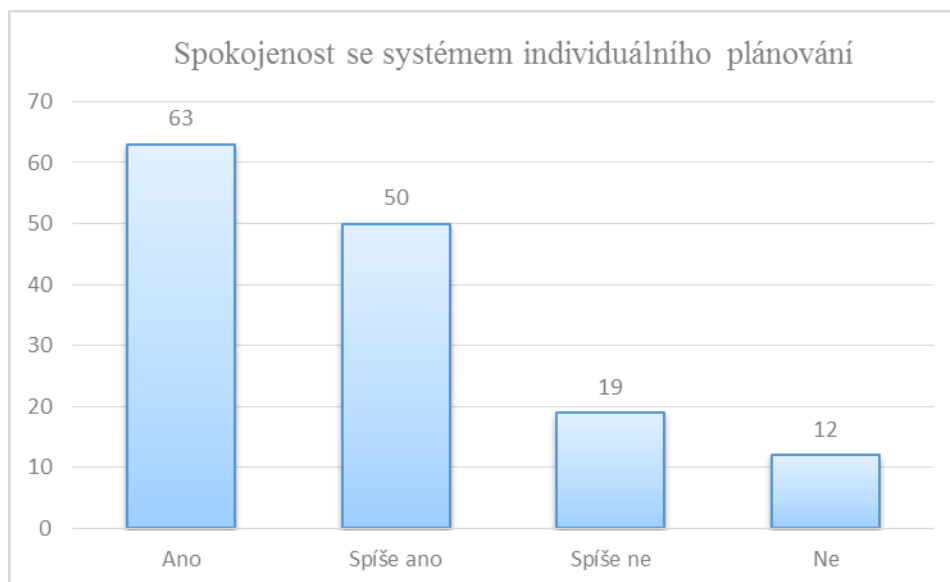
### **Spokojenost pracovníků se systémem individuálního plánování**

System individuálního plánování měl možnost za uplynulých sedm let v domovech pro osoby se zdravotním postižením zdomácnět. Období, kdy se systém individuálního plánování s uživatelem zaváděl a pro pracovníky byl nový a neznámý, už pominulo. Pracovníci měli dostatek času vytvořit si v plánování s uživatelem svůj řád a většinou měli možnost zasáhnout do tvorby metodiky individuálního plánování. Nyní se zabýváme otázkou, zda jsou s nastaveným systémem plánování spokojeni.

Převážná většina, to je 78 % respondentů, je se systémem plánování spokojena a spíše spokojena. Nespokojeno nebo spíše nespokojeno je 32 % respondentů. Údaje týkající se spokojenosti pracovníků se systémem individuálního plánování budou použity při ověřování hypotéz. Vzhledem ke kladnému hodnocení systému individuálního plánování

pracovníky, se objevuje otázka, zda je třeba tento systém měnit. Míra spokojenosti se systémem individuálního plánování je znázorněna v grafu číslo 9.

Graf 9: Spokojenost se systémem individuálního plánování



Zdroj: Vlastní výzkum leden – únor 2014

### **Obtížnost individuálního plánování v souvislosti se stupněm závislosti uživatele na pomoci jiné fyzické osoby.**

Předmětem výzkumu je mimo jiné i zjišťování zda klíčoví pracovníci vnímají plánování s uživatelem s vyšší mírou závislosti na pomoci jiné fyzické osoby za obtížnější. Na otázku, jestli vzrůstá obtížnost plánování se stupněm závislosti uživatele na pomoci jiné fyzické osoby, odpovědělo 80 % respondentů ano nebo spíše ano. Pouhých 20 % účastníků výzkumu rozhodně nevidí nebo spíše nevidí souvislost mezi obtížností plánování a stupněm závislosti uživatele na pomoci jiné fyzické osoby. Odpovědi na tuto otázku hrají roli i při ověřování hypotézy, která ověřuje souvislost mezi spokojeností pracovníků se systémem plánování a vnímanou obtížností plánování v souvislosti se stupněm závislosti uživatele na pomoci další fyzické osoby. Názory pracovníků na obtížnost individuálního plánování v souvislosti se stupněm závislosti uživatele na pomoci další fyzické osoby jsou znázorněny v následujícím grafu s číslem 10.

Graf 10: Obtížnost individuálního plánování v souvislosti se stupněm závislosti uživatele

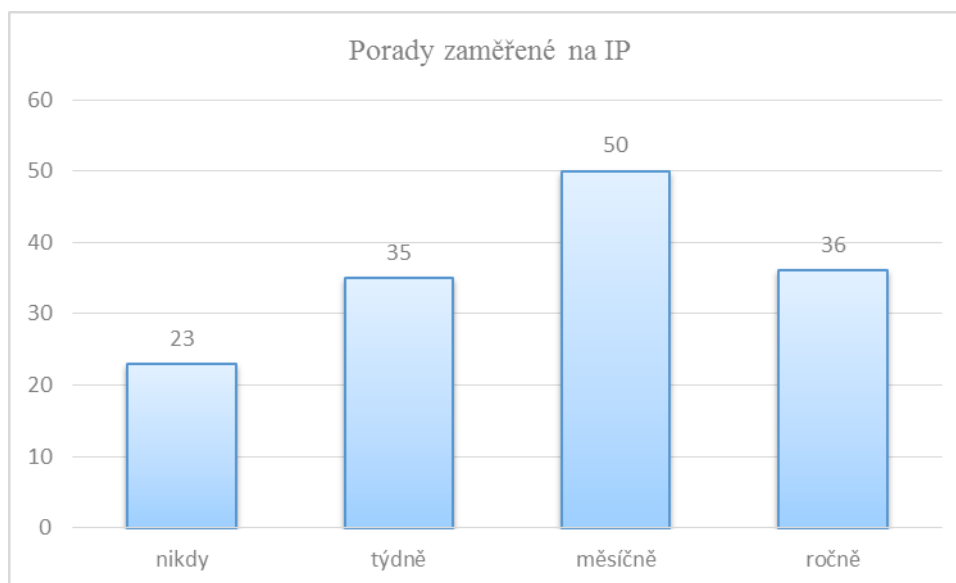


Zdroj: Vlastní výzkum leden – únor 2014

### Frekvence porad pracovníků se zaměřením na individuální plánování

Vzhledem k tomu, že na péči o uživatele se podílí celý pracovní tým, je nutné, aby dobře fungoval systém předávání informací mezi pracovníky a sdílení jejich názorů na plánování v týmu. Z odpovědí na otázku o frekvenci porad zaměřených na plánování je patrné, že ne všechna pracoviště, mají zavedeny pravidelné porady o plánování. Překvapivě 16 % respondentů uvedlo, že na jejich pracovišti žádné porady neprobíhají. Čtvrtina pracovníků označila kategorii několikrát ročně. Z toho šest respondentů upřesnilo, že porady probíhají 5x ročně, čtyři respondenti napsali četnost porad 4x ročně, tři respondenti uvedli četnost porad 3x ročně a 7 respondentů upřesnilo, že porady k individuálnímu plánování probíhají 1x nebo 2x ročně. Patnáct respondentů se blíže k četnosti porad během roku nevyjádřilo. Jednou nebo několikrát měsíčně probíhají porady u 35 % respondentů, většina z těchto pracovníků (32) uvedla, že poradu zaměřenou na plánování mají 1x měsíčně. Počet porad během měsíce 2x nebo 3x uvedlo 7 respondentů a 11 dotázaných blíže nespécifikovalo počet měsíčních porad. Četnost porad, alespoň 1x týdně označilo 24 % dotázaných, z toho čtrnáct respondentů uvedlo četnost 1x týdně, šest respondentů uvedlo počet 2x týdně a sedm respondentů 5x nebo 7x týdně. Počet porad v týdnu neupřesnilo 7 dotázaných. Frekvenci porad zaměřených na individuální plánování znázorňuje graf číslo 11.

Graf 11: Frekvence porad zaměřených na individuální plánování



Zdroj: Vlastní výzkum leden – únor 2014

### Výběr klíčových pracovníků

Každý z domovů pro osoby se zdravotním postižením má popsán mechanismus výběru klíčových pracovníků pro uživatele v metodice individuálního plánování. Většinou o výběru klíčového pracovníka pro uživatele rozhoduje více faktorů. Směrodatným je názor uživatele, s kým by rád úžeji spolupracoval, ale je třeba vzít na vědomí i další faktory. Je důležité, aby mezi pracovníkem a uživatelem probíhala komunikace, proto je vhodné přihlídnout k potřebám uživatele a schopnostem a možnostem pracovníka.

Z uvedených kategorií respondenti nejčastěji volili možnost, která připisuje největší podíl při přidělování klíčového pracovníka uživateli názoru pracovního týmu. Celkem tuto možnost označilo 34 % respondentů. Dalším nejčastějším vlivem je podle pracovníků názor uživatele, tuto odpověď označilo 31 % dotázaných. Podle 29 % dotázaných má největší vliv na přidělování klíčového pracovníka uživateli instruktor individuálního plánování a nejmenší část respondentů, pouhých 8 %, si myslí, že nejdůležitější je v tomto případě názor pracovníka. Následujícím graf znázorňuje uvedená fakta.



Graf 12: Vliv na přidělování klíčových pracovníků uživatelům



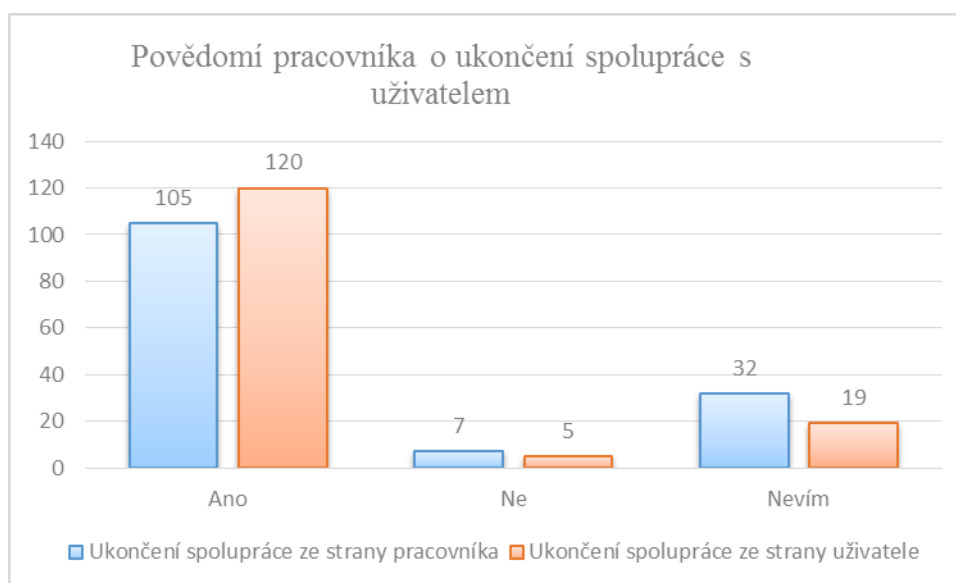
Zdroj: Vlastní výzkum leden – únor 2014

### Informovanost klíčových pracovníků o možnosti ukončení spolupráce s uživatelem

V metodikách individuálního plánování všech domovů pro osoby se zdravotním postižením, které se zapojily do tohoto výzkumného šetření, je uvedeno, že spolupráce klíčového pracovníka a uživatele může být ukončena ze strany uživatele i pracovníka. V této části se zabýváme otázkou, jestli pracovníci vědí o možnosti uživatele i klíčového pracovníka ukončit spolupráci, kterou nepovažují za funkční.

Podle výsledků výzkumu si většina pracovníků uvědomuje, že spolupráci při plánování může ukončit jak uživatel, tak i klíčový pracovník. O možnosti ukončení spolupráce ze strany uživatele ví 83 % respondentů a ze strany pracovníka 73 % respondentů. Možnost změny na podnět klíčového pracovníka nepřipouští 5 % respondentů a možnost změny na přání uživatele popírají pouhé 3% dotázaných. Pracovníků, kteří neví, že mohou sami ukončit spolupráci, kterou nepovažují za funkční je 22 % a 13 % dotázaných neví jestli uživatel může ukončit spolupráci, pokud je se svým klíčovým pracovníkem nespokojen. Následující graf číslo 13 dokresluje popsání skutečnosti.

Graf 13: Možnost ukončení spolupráce při individuálním plánování



Zdroj: Vlastní výzkum leden – únor 2014

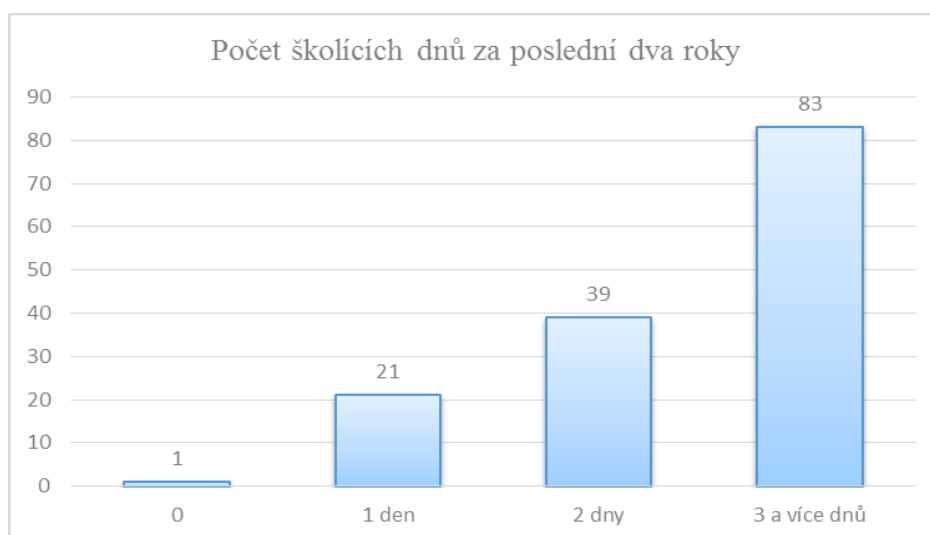
### Školení pracovníků v oblasti individuálního plánování

Zákon č. 108/2006 Sb. ukládá povinnost pracovníkům sociálních služeb a sociálním pracovníkům povinnost dalšího vzdělávání, kterým si obnovuje a upevňuje kvalifikaci. Rozsah povinného vzdělávání je 24 hodin za rok. Mezi další vzdělávání patří studium na vysoké nebo vyšší odborné škole, účast v kurzech akreditovaných MPSV, odborné stáže v zařízeních sociálních služeb a účast na školicích akcích bez akreditace, které pořádá poskytovatel sociální služby. (Procházková, 2009, s. 49)

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že nejvíce zaměstnanců, 73 %, bylo proškoleny v posledních dvou letech v alternativní a augmentativní komunikaci. Školení o agresivitě a agresi absolvovala polovina respondentů. Na školení o individuálním plánování bylo 45 % respondentů. Na téma aktivizace uživatelů se proškolilo 31 % dotázaných. Mezi další školení, které uvedli pracovníci v dotazníku patří školení o první pomoci, inkontinenci, o psychických diagnózách, syndromu vyhoření, bazální stimulaci a lidských právech. Četnost těchto školení byla menší než 2 %. Dalším zkoumaným jevem byl počet školicích dnů, které respondenti na školení strávili. Nejvíce pracovníků v posledních dvou letech

uvedlo dobu strávenou na školení tři nebo více dnů Tuto četnost uvedlo 58 % dotázaných . Dva školící dny se vzdělávalo 27 % dotázaných. Jeden den na školení strávilo 15 % respondentů a jen jeden respondent uvedl, že na školení během posledních dvou let nebyl.

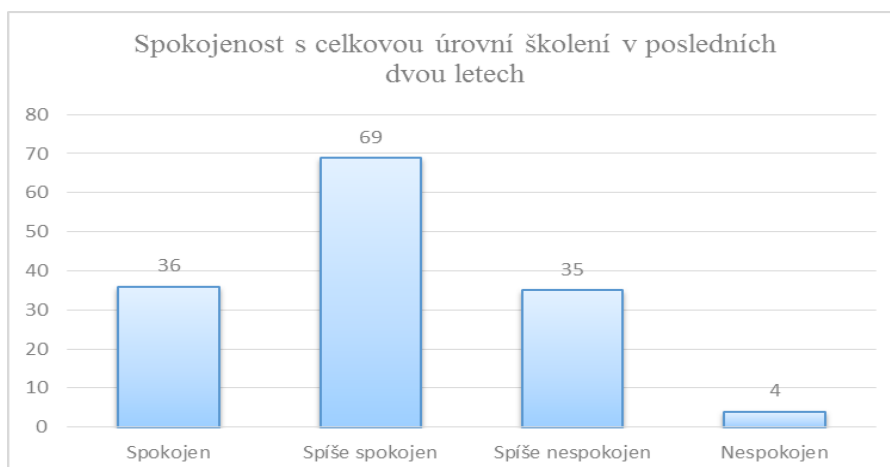
Graf 14: Počet školících dnů za poslední dva roky



Zdroj: Vlastní výzkum leden – únor 2014

Poslední informace, kterou jsme v souvislosti se školením pracovníků zjišťovali je spokojenost s celkovou úrovní školení za poslední dva roky. Celkově je se školeními spokojeno či spíše spokojeno 73 % respondentů. Spíše nespokojeno nebo zcela nespokojeno s proškolením je 27 % respondentů. Tři čtvrtiny pracovníků spokojených s celkovou úrovní školení proběhlých v posledních dvou letech pokládáme za velmi vysokou. Zjištěná fakta dokládá graf číslo 15.

Graf 15: Celková spokojenost s úrovní školení v posledních dvou letech



Zdroj: Vlastní výzkum leden – únor 2014

### Názory pracovníků na obtížnost jednotlivých kroků při individuálním plánování

Proces individuálního plánování je možné rozdělit do několika částí. Předmětem výzkumu jsou také názory pracovníků na obtížnost těchto kroků. V následující tabulce číslo 5 jsou popsány četnosti vnímané obtížnosti jednotlivých kroků individuálního plánování.

Tabulka 5: Vnímání obtížnosti jednotlivých kroků individuálního plánování pracovníky

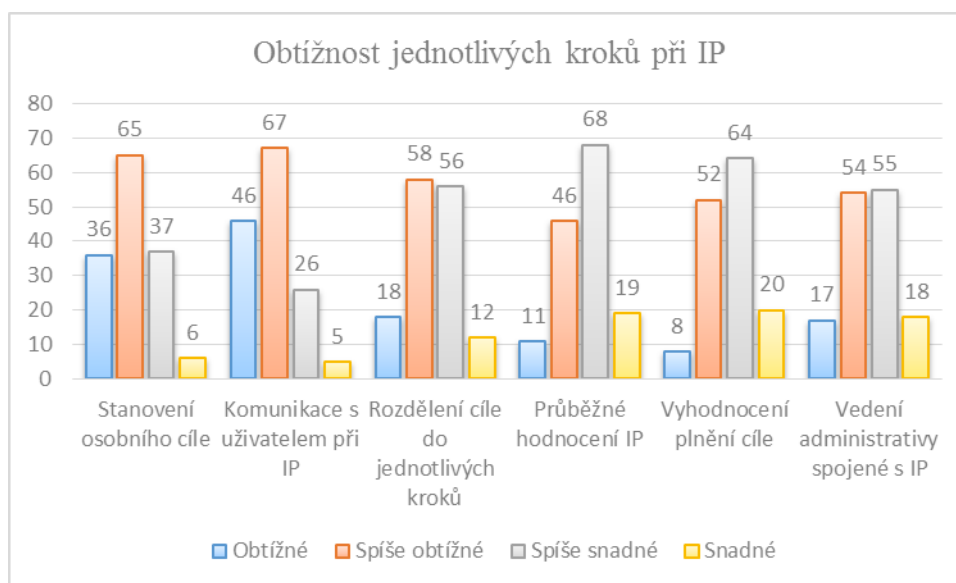
Jednotlivé kroky IP	Obtížné	Spíše obtížné	Spíše snadné	Snadné
Stanovení osobního cíle	36	65	37	6
Komunikace s uživatelem při IP	46	67	26	5
Rozdělení cíle do kroků	18	58	56	12
Průběžné hodnocení IP	11	46	68	19
Vyhodnocení plnění cíle	8	52	64	20
Vedení administrativy spojené s IP	17	54	55	18

Zdroj: Vlastní výzkum leden – únor 2014

Za nejobtížnější část označili respondenti komunikaci s uživatelem v průběhu individuálního plánování. Celkem připadá komunikace s uživatelem při individuálním plánování obtížná nebo spíše obtížná 79 % respondentů. Spíše snadná nebo snadná je komunikace pro 21 % dotázaných. Druhou nejobtížnější oblastí při plánování je stanovení osobního cíle s uživatelem. Soudíme, že obtížnost stanovení cíle může souviset s vysokou

obtížností vnímanou pracovníky při komunikaci s uživatelem. Stanovení osobního cíle pokládá za obtížně a spíše obtížně 70 % dotázaných a zbývajících 30 % respondentů považuje stanovení cíle uživatele při individuálním plánování za snadné nebo spíše snadné. Rozfázování cesty ke splnění cíle vnímá jako spíše obtížné nebo obtížně 53 % dotázaných. Spíše snadná nebo snadná je tato část plánování pro 47 % respondentů. Další částí individuálního plánování je sestupně podle obtížnosti vedení administrativy spojené s individuálním plánováním. Za obtížnou a spíše obtížnou považuje administrativu 50 % respondentů, druhá polovina respondentů pokládá vedení administrativy za snadné a spíše snadné. Vyhodnocení plnění cíle považuje za obtížné nebo spíše obtížně 42 % dotázaných. Zbývajících 58 % považuje vyhodnocení plnění cíle za snadné a spíše snadné. Nejméně obtížnou součástí plánování je podle pracovníků průběžné vyhodnocování individuálního plánování. Tuto činnost považuje za obtížnou nebo spíše obtížnou 40 % respondentů. Naopak jako snadné a spíše snadné hodnotí průběžné hodnocení individuálního plánování 60 % respondentů. Zatímco pracovníci hodnotí systém individuálního plánování častěji jako přehledný, srozumitelný a většinou jsou s tímto systémem spokojeni, jednotlivé kroky individuálního plánování vnímají většinou jako obtížné. Největší problémy spatřují v komunikaci s uživatelem při procesu individuálního plánování. Popsané skutečnosti znázorňuje následující graf číslo 16.

Graf 16: *Vnímání obtížnosti jednotlivých kroků individuálního plánování pracovníky*



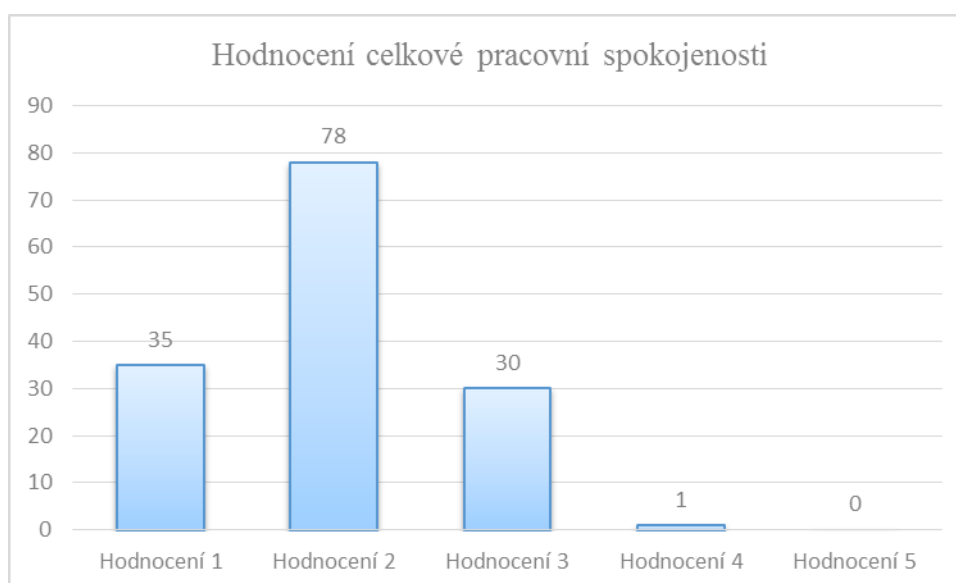
Zdroj: *Vlastní výzkum leden – únor 2014*

### Celková pracovní spokojenost klíčových pracovníků

Poslední skutečností zjišťovanou při dotazníkovém šetření je celková pracovní spokojenost klíčových pracovníků v domovech pro osoby se zdravotním postižením v Sociálních službách Uherské Hradiště, p. o. Celková pracovní spokojenost byla do dotazníku zařazena kvůli zjišťování souvislosti se spokojeností se systémem individuálního plánování.

Respondenti měli za úkol oznámkovat svou celkovou pracovní spokojenost čísly 1 – 5. Přitom 1 = nejvyšší spokojenost a 5 = nejnižší spokojenost. Pracovníci nejčastěji zvolily čísla 1 – 3, číslo 4 označil pouze 1 respondent a číslo 5 neoznačil nikdo. Nejčastěji hodnotili respondenti svou pracovní spokojenost číslem 2, toto číslo si vybralo 54 % dotázaných. Číslo 1 zvolilo 24 % respondentů a číslo tři 21 %. Číslem 4 ohodnotilo pracovní spokojenost pouhé 1 %, to je 1 respondent. Uvedené údaje jsou znázorněny v následujícím grafu s číslem 17.

Graf 17: Celková pracovní spokojenost respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum leden – únor 2014

### 5.3 Verifikace hypotéz

Pro testování stanovených hypotéz bylo provedeno třídění druhého stupně, ve kterém se vyhledávají dva shodné znaky u respondentů. (Chráska, 2007, s. 177) Údaje byly přepsány do kontingenčních tabulek. Dalším krokem bylo zvolení vhodných statistických metod k vyhodnocení vztahu mezi jevy.

Odpovědi respondentů u hypotéz H1, H2 a H3, byly sloučeny do dvou kategorií. Do jedné kategorie se sloučily odpovědi respondentů „ano“ a „spíše ano“, do druhé kategorie odpovědi „ne“ a „spíše ne“.

**Hypotéza 1: Klíčoví pracovníci s vysokoškolským vzděláním hodnotí systém individuálního plánování pozitivněji než pracovníci s nižším stupněm vzdělání.**

Vztahu mezi vzděláním a hodnocením systému individuálního plánování se týkají položky dotazníku číslo 2 a 16.

**H1<sub>0</sub>:** Mezi hodnocením systému individuálního plánování klíčovým pracovníkem a stupněm jeho vzdělání neexistuje žádný vztah.

**H1<sub>A</sub>:** Předpokládáme, že existují statisticky významné rozdíly v hodnocení systému individuálního plánování klíčovými pracovníky s rozdílným stupněm vzdělání.

Tato hypotéza vychází z předpokladu, že názory na systém individuálního plánování se liší podle stupně vzdělání klíčového pracovníka. K tomuto předpokladu nás vedla myšlenka, že vyšší vzdělání umožňuje lepší chápání kontextu individuálního plánování. Hypotéza byla ověřena testem nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku. Nezávislou proměnnou je v tomto případě vzdělání pracovníka a závislou proměnnou pozitivní či negativní vnímání systému individuálního plánování pracovníkem. Údaje byly přepsány do kontingenční tabulky, ve které jsou vedle pozorovaných četností vypočítány četnosti očekávané. V jednom případě je vypočtená očekávaná četnost nižší než 5. Vzhledem k tomu, že podíl této četnosti je nižší než 20 % z očekávaných četností, je v souladu s Chráskou (2007, s. 78) možné použít test nezávislosti chí-kvadrát.

Tabulka 6: *Hypotéza 1 – kontingenční tabulka*

Vzdělání	Spokojenost se systémem IP	O	Nespokojenost se systémem IP	O	Σ pozorovaných četností
SŠ bez maturity	36	36,10	10	9,90	<b>46</b>
SŠ s maturitou	68	68,27	19	18,73	<b>87</b>
Vysokoškolské	9	8,63	2	2,37	<b>11</b>
<b>Σ</b>	<b>113</b>		<b>31</b>		<b>144</b>

*Zdroj: Vlastní výzkum leden – únor 2014*

Z kontingenční tabulky byl vypočítán podle vzorce  $f=(r-1).(s-1)$  stupeň volnosti 2 a očekávané četnosti ke každému údaji tabulky. Hodnota chí-kvadrátu byla vypočítána podle následujícího vzorce:

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

Tabulka 7: *Výpočet hodnoty chí-kvadrátu*

Pozorované četnosti ( <i>P</i> )	Očekávané četnosti ( <i>O</i> )	$\frac{(P - O)^2}{O}$
36	36,097	0,00028
68	68,27	0,00107
9	8,632	0,01521
10	9,903	0,00101
19	18,729	0,00390
2	2,368	0,05776
		<b>0,07923</b>

*Zdroj: Vlastní výzkum leden – únor 2014*

Překvapivě očekávané četnosti téměř přesně kopírují pozorované. Testovým kritériem  $x^2$  je hodnota 0,07923. Tuto hodnotu srovnáme s kritickou hodnotou pro chí-kvadrát ve statistických tabulkách (Chráska, 2007, s. 248) pro vypočítaný stupeň volnosti 2 a hladinu významnosti 0,05. Riziko chybného rozhodnutí je v takovém případě menší než 5 %. Vzhledem k tomu, že kritická hodnota testového kritéria pro stupeň volnosti 2 a hladinu významnosti 0,05 je 5,991 a vypočítaná hodnota  $x^2$  je výrazně nižší, přijímáme nulovou hypotézu.



**Mezi hodnocením systému individuálního plánování průběhu poskytované sociální služby klíčovým pracovníkem a stupněm jeho vzdělání neexistuje žádný vztah.**

**Hypotéza 2: Klíčoví pracovníci, kteří jsou spokojeni se systémem individuálního plánování, udávají vyšší pracovní spokojenost než ti, kteří jsou nespokojeni se systémem individuálního plánování.**

Tento vztah vyjadřují položky dotazníku číslo 16 a 31.

**H<sub>20</sub>:** Mezi spokojeností pracovníků se systémem individuálního plánování a jejich celkovou pracovní spokojeností neexistuje vztah.

**H<sub>2A</sub>:** Předpokládáme, že existují statisticky významné rozdíly mezi hodnocením systému individuálního plánování klíčovými pracovníky s rozdílným stupněm pracovní spokojenosti.

Tato hypotéza vychází z předpokladu, že individuální plánování průběhu poskytování sociální služby s uživatelem je důležitou součástí práce klíčových pracovníků. Hodnocení systému individuálního plánování tedy může ovlivnit pracovní spokojenost klíčového pracovníka. Hypotéza byla ověřena testem nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku. Nezávislou proměnnou je v tomto případě kladné či záporné hodnocení systému individuálního plánování pracovníkem a závislou proměnnou jeho hodnocení pracovní spokojenosti na škále 1 -5. Prvním krokem bylo sestavení kontingenční tabulky s četnostmi uvedených znaků. Pracovní spokojenost byla sice měřena na škále 1 – 5, ale vzhledem k tomu, že žádný respondent neoznačil možnost 5 (nejmenší spokojenost) a pouze 1 respondent označil číslo 4 je stupeň 4 a 5 v tabulce vynechán. Kategorie pracovní spokojenosti jsou 1, 2 a 3 a více, přitom číslo 1 označuje největší pracovní spokojenost a číslo 3 nejmenší pracovní spokojenost mezi respondenty.

Údaje byly přepsány do kontingenční tabulky, ve které jsou vedle pozorovaných četností vypočítány četnosti očekávané. Všechny očekávané četnosti v následující tabulce mají hodnotu větší než 5, proto mohl být k výpočtu použit test dobré shody chí-kvadrát.

Tabulka 8: *Hypotéza 2 – Kontingenční tabulka*

Stupeň pracovní spokojenosti	1	O	2	O	3	O	$\Sigma$ pozorovaných četností
Spokojen se systémem IP	33	27,75	60	59,35	18	23,90	<b>111</b>
Nespokojen se systémem IP	3	8,25	17	17,65	13	7,10	<b>33</b>
<b><math>\Sigma</math></b>	<b>36</b>		<b>77</b>		<b>31</b>		<b>144</b>

*Zdroj: Vlastní výzkum leden – únor 2014*

Z kontingenční tabulky byl vypočítán podle vzorce  $f=(r-1).(s-1)$  stupeň volnosti 2. Hodnota chí-kvadrátu byla vypočítána podle následujícího vzorce:

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

Tabulka 9: *Výpočet hodnoty chí-kvadrátu*

<i>P</i>	<i>O</i>	$\frac{(P - O)^2}{O}$
33	27,75	0,99324
3	8,25	3,34091
60	59,35	0,00712
17	17,65	0,02394
18	23,9	1,45649
13	7,1	4,90282
		<b>10,72452</b>

*Zdroj: Vlastní výzkum leden – únor 2014*

Testovým kritériem  $x^2$  je hodnota 10,72452. Tuto hodnotu srovnáme s kritickou hodnotou pro chí-kvadrát ve statistických tabulkách (Chrásková, 2007, s. 248) pro vypočítaný stupeň volnosti 2 a hladinu významnosti 0,01. Riziko chybného rozhodnutí je v takovém případě menší než 1%. Vzhledem k tomu, že kritická hodnota testového kritéria pro stupeň volnosti 2 a hladinu významnosti 0,01 je 9,210 a vypočítaná hodnota  $x^2$  je vyšší, přijímáme alternativní hypotézu.

**Existují statisticky významné rozdíly mezi hodnocením systému individuálního plánování klíčovými pracovníky s rozdílným stupněm pracovní spokojenosti.**

Pozorovaná četnost pracovníků, kteří jsou celkově spokojeni se svou prací a zároveň jsou spokojeni i se systémem individuálního plánování je výrazně vyšší, než je očekávaná četnost. Zároveň je pozorovaná četnost u pracovníků, kteří hodnotí pozitivně systém individuálního plánování a negativně pracovní spokojenost, výrazně nižší. Z toho lze usuzovat, že nespokojenost se systémem individuálního plánování negativně ovlivňuje celkovou pracovní spokojenost.

**Hypotéza 3: Klíčoví pracovníci, kteří plánují maximálně se třemi uživateli, hodnotí systém individuálního plánování lépe, než klíčoví pracovníci, kteří plánují s vyšším počtem uživatelů.**

Tento vztah vyjadřují položky dotazníku číslo 5 a 16.

**H<sub>30</sub>:** Mezi spokojeností pracovníků se systémem individuálního plánování a počtem uživatelů, kterým dělají klíčového pracovníka, neexistuje vztah.

**H<sub>3A</sub>:** Předpokládáme, že existují statisticky významné rozdíly mezi hodnocením systému individuálního plánování klíčovými pracovníky s rozdílným počtem uživatelů, se kterými plánují.

Tato hypotéza vychází z předpokladu, že počet uživatelů, se kterými klíčový pracovník plánuje, ovlivňuje jeho pracovní vytížení a tím i jeho hodnocení systému individuálního plánování. Počet uživatelů, se kterými klíčoví pracovníci plánují, se v tomto výzkumném šetření pohybuje od jednoho do sedmi. Protože krajní kategorie jsou respondenty málo obsazeny, rozhodli jsme se rozdělit počet uživatelů, kterým respondent dělá klíčového pracovníka, rozdělit do dvou skupin. První skupinu tvoří pracovníci, kteří jsou klíčovými pracovníky pro 1 až 3 uživatele a druhá skupina zahrnuje pracovníky, kteří jsou klíčovými pro 4 až 7 uživatelů. Hypotéza byla ověřena testem nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku. Nezávislou proměnnou je v tomto případě počet uživatelů, kterým respondent dělá klíčového pracovníka a závislou proměnnou jeho kladné či záporné hodnocení systému individuálního plánování. Údaje byly přepsány do čtyřpolní tabulky, ve které jsou vedle

pozorovaných četností vypočítány četnosti očekávané. Všechny očekávané četnosti v následující tabulce mají hodnotu větší než 5, proto mohl být k výpočtu použit test dobré shody chí-kvadrát.

Tabulka 10: *Hypotéza 3 – Čtyřpolní tabulka*

KP pro počet uživatelů	Spokojenost se systémem IP		Nespokojenost se systémem IP		Σ pozorovaných četností
	O	O	O	O	
1 – 3	60	53,36	8	14,64	<b>68</b>
4 – 7	53	59,64	23	16,36	<b>76</b>
<b>Σ</b>	<b>113</b>		<b>31</b>		<b>144</b>

*Zdroj: Vlastní výzkum leden – únor 2014*

Hodnotu  $x^2$  vypočítáme dle Chrásky (2007, s. 83) podle následujícího vzorce:

$$x^2 = n \times \frac{(ad - bc)^2}{(a + b) \times (a + c) \times (b + d) \times (c + d)}$$

$$x^2 = 144 \times \frac{(60 \times 23 - 53 \times 8)^2}{(60 + 53) \times (60 + 8) \times (53 + 23) \times (8 + 23)} = \mathbf{7,270}$$

Hodnota  $x^2$  je 7,270. Po porovnání s kritickou hodnotou testového kritéria ve statistických tabulkách se stupněm volnosti 1 a hladinou významnosti 0,01, která je 6,635, odmítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní.

**Existují statisticky významné rozdíly mezi hodnocením systému individuálního plánování klíčovými pracovníky s rozdílným počtem uživatelů, se kterými plánují.**

Očekávané četnosti jsou u pracovníků, kteří jsou nespokojeni se systémem individuálního plánování a zároveň plánují se čtyřmi a více uživateli, výrazně nižší než pozorované. Očekávané četnosti pracovníků nespokojených se systémem plánování a plánujících se třemi a méně uživateli je výrazně vyšší než četnost pozorovaná. Z tohoto vztahu můžeme vyvodit, že s počtem uživatelů, se kterými pracovník plánuje, narůstá nespokojenost se systémem individuálního plánování.

## 5.4 Shrnutí výsledků výzkumu

Výzkumu se zúčastnilo celkem 144 klíčových pracovníků z domovů pro osoby se zdravotním postižením Sociálních služeb Uherské Hradiště, p. o., kteří vyplnili anonymní dotazník. Vyhodnocení výsledků zjištěných v dotazníkovém šetření bylo rozděleno do tří částí. První část se věnuje vyhodnocení sociodemografických údajů o respondentech, další část tvoří třídění prvního stupně a poslední část obsahuje třídění druhého stupně. Vyhodnocením získaných dat byly vyvozeny následující závěry vztahující se k výzkumným otázkám.

Převážnou většinu respondentů, téměř 91 %, tvoří ženy. Věk klíčových pracovníků se pohybuje ve všech kategoriích nabídnutých v dotazníku. Nejčastěji jsou zastoupeny věkové kategorie 46 – 55 let s 39 % respondentů a kategorie 36 – 45 let s 37 % respondentů. Nejméně zastoupené jsou okrajové kategorie nad 56 let a do 25 let. Dalším zjišťovaným údajem je délka praxe respondentů. Z odpovědí vyplývá, že největší podíl, 30 % respondentů, tvoří pracovníci s praxí od 1 do 5 let a 29 % pracovníků s praxí 6 – 10 let. Vzdělání je údajem, který figuruje i v třídění druhého stupně. Největší podíl reprezentuje 60 % respondentů se středoškolským vzděláním s maturitou. Vysokoškolského vzdělání dosáhlo pouhých 11 % dotázaných a neobjevil se mezi nimi žádný muž. Pro další statistické výpočty je rovněž důležitý počet uživatelů, kterým respondent dělá klíčového pracovníka. Počet uživatelů se pohybuje od jednoho do sedmi. Nejčastěji uváděným počtem, modem, jsou 4 uživatelé, klíčoví pracovníci, kteří plánují se 4 uživateli, tvoří 34 % respondentů. Středovou hodnotou, mediánem, jsou rovněž 4 uživatelé.

### **HVO: Jak hodnotí klíčoví pracovníci systém individuálního plánování?**

Součástí systému plánování je metodika, podle které celý proces probíhá. Předmětem výzkumu bylo zjišťování, zda pracovníci metodiku považují za srozumitelnou a mohou do ní zasahovat. Velká většina respondentů, celkem 87 %, je s metodikou individuálního plánování spokojeno a celkem 76 % respondentů uvedlo, že do její tvorby mají možnost zasáhnout. Velkou spokojenost udávají respondenti také s množstvím informací k systému individuálního plánování, které mají k dispozici na svém pracovišti. Informace na pracovišti považuje za dostatečné 62 % ze všech respondentů. Se spoluprací v týmu, která je při procesu plánování velmi důležitá, je spokojeno 87 % dotázaných. O poznání méně

jsou respondenti spokojeni s časem, který mohou individuálnímu plánování v průběhu pracovní doby věnovat, dostatek času na individuální plánování má 55 % respondentů. Systém plánování považuje 73 % respondentů za přínosný pro uživatele poskytované sociální služby a 74 % dotazovaných považuje plánování za přínosné pro kvalitu sociální služby. Velmi často hodnotili kladně respondenti podporu instruktora individuálního plánování - 79 % a podporu vedení při individuálním plánování vnímá pozitivně 90 % dotázaných. Celkově je se systémem individuálního plánování spokojeno 78 % dotázaných. O tom, že obtížnost individuálního plánování do velké míry určuje stupeň závislosti uživatele na péči další fyzické osoby, se kterou klíčový pracovník plánuje, je přesvědčeno 80% respondentů. Podporou pro pracovníky jsou schůzky týkající se individuálního plánování, které na pracovišti probíhají u 35 % respondentů 1x měsíčně, tato četnost byla mezi dotázanými nejčastější. Za překvapivý považujeme fakt, že 16 % respondentů žádné porady na pracovišti na téma individuálního plánování nemá.

Systém plánování je tedy celkově přijímán nečekaně kladně. Obtížné je však plánování s uživateli s vyšším stupněm závislosti na péči další osoby a téměř polovina respondentů by uvítala více času na plánování v rámci pracovní doby. Hypotézy, které se k této otázce vztahují, jsou vyhodnoceny na závěr shrnutí výsledků výzkumu.

### **DVO 1: Jaký je postup při výběru klíčových pracovníků?**

Na tuto otázku odpovídají metodiky domovů pro osoby se zdravotním postižením, které se účastnily dotazníkového šetření. Ve všech metodikách ke standardu 5 se shodně uvádí, že klíčový pracovník je uživateli určen při přijetí do sociální služby vedoucím pracovníkem. Změna může nastat na žádost uživatele nebo klíčového pracovníka. V dotazníkovém šetření jsme zjišťovali, jaký faktor nejvíce určování klíčového pracovníka ovlivňuje. Největší podíl respondentů, 34 %, se domnívá, že nejdůležitější je při určování klíčového pracovníka uživateli názor pracovního týmu. Názor uživatele a názor instruktora individuálního plánování však považuje za nejvíce určující rovněž kolem 30% respondentů. Většina dotazovaných si je vědoma možnosti ukončení neefektivní spolupráce jak ze strany uživatele, tak i ze strany pracovníka. Přitom větší povědomí pracovníci mají o možnosti ukončení spolupráce ze strany uživatele.

**DVO 2: Jak jsou klíčoví pracovníci spokojeni se vzděláváním v oblasti individuálního plánování služby s uživatelem?**

Pracovníci sociálních služeb a sociální pracovníci mají zákonnou povinnost dále se vzdělávat, aby si obnovili a upevnili svou kvalifikaci. Rozsah povinného vzdělávání je minimálně 24 hodin za rok. Do povinného vzdělávání pracovníků se počítají akreditované kurzy MPSV, odborné stáže, školicí akce pořádané poskytovatelem sociální služby a studium na vysoké nebo vyšší odborné škole se zaměřením na sociální problematiku. Tři čtvrtiny respondentů výzkumného šetření bylo nejčastěji proškolenáno v problematice alternativní a augmentativní komunikace, polovina respondentů prošla školením na téma agrese a agresivita a třetina respondentů byla na školení o individuálním plánování. Více než polovina dotazovaných uvedla, že rozsah školení v posledních dvou letech dosáhl alespoň 3 školicích dnů a téměř třetinový podíl respondentů uvedl počet dvou školicích dnů v posledních dvou letech. Se školením bylo 73 % dotazovaných spokojeno.

Vzhledem k tomu, že pracovníci považují plánování s uživatelem s vyšší mírou závislosti na pomoci další fyzické osoby za obtížnější a 79 % pracovníků považuje komunikaci s uživatelem při individuálním plánování za obtížné, je školení o alternativní a augmentativní komunikaci výbornou volbou. Vysoká spokojenost pracovníků s úrovní školení je velmi pozitivní zjištěnou informací.

**DVO 3: Jaký je průběh individuálního plánování průběhu služby s uživatelem?**

Respondenti výzkumu byli vyzváni, aby se vyjádřili k obtížnosti jednotlivých kroků procesu individuálního plánování s uživatelem. Za nejobtížnější při individuálním plánování považují respondenti komunikaci s uživatelem (79 %). Výrazně nadpoloviční většina respondentů považuje za obtížné stanovení osobního cíle s uživatelem a rozfázování cesty k cíli do jednotlivých kroků. Pro polovinu dotazovaných je obtížné administrativní zpracování individuálního plánování.

Zatímco systém individuálního plánování vnímají pracovníci jako srozumitelný a přehledný a jsou s ním spokojeni, jednotlivé kroky plánování považují naopak za obtížné. Nejobtížnější částí individuálního plánování je pro většinu pracovníků komunikace s uživatelem, stanovení osobního cíle s uživatelem a rozfázování tohoto cíle do jednotlivých kroků.

### Hypotézy

V průběhu výzkumu byly testovány tyto tři hypotézy. Podrobný popis testování hypotéz je obsažen v předchozím shrnutí výsledků výzkumu.

Tabulka 11: *Platnost hypotéz*

<b>H1</b>	Klíčovní pracovníci s vysokoškolským vzděláním hodnotí systém individuálního plánování pozitivněji než pracovníci s nižším vzděláním.	<b>Nepotvrzeno</b>
<b>H2</b>	Klíčovní pracovníci, kteří jsou spokojeni se systémem individuálního plánování, udávají vyšší pracovní spokojenost než ti, kteří jsou nespokojeni se systémem individuálního plánování.	<b>Potvrzeno</b>
<b>H3</b>	Klíčovní pracovníci, kteří plánují s maximálně třemi uživateli, hodnotí systém individuálního plánování lépe, než pracovníci, kteří plánují s vyšším počtem uživatelů.	<b>Potvrzeno</b>

*Zdroj: Vlastní výzkum leden – únor 2014*



## ZÁVĚR

Diplomová práce je zaměřena na názory zaměstnanců na individuální plánování průběhu poskytování sociální služby v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Zatímco teoretická část se zabývá všeobecnými informacemi o systému individuálního plánování a sociální službě domov pro osoby se zdravotním postižením, praktická část se zaměřuje pouze na domovy pro osoby se zdravotním postižením, které zastřešuje příspěvková organizace Sociální služby Uherské Hradiště.

Hlavním cílem praktické části bylo zjistit, jak hodnotí klíčoví pracovníci systém individuálního plánování. Další informace jsou obsažené ve vedlejších cílech. Jedná se o způsob přidělování klíčových pracovníků uživateli, proškolení klíčových pracovníků v problematice individuálního plánování a průběhu individuálního plánování. Praktická část diplomové práce je vzhledem ke svým cílům postavena na kvantitativní výzkumné strategii, konkrétně na metodě dotazníkového šetření.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že systém individuálního plánování průběhu poskytování sociální služby si za dobu své existence našel v domovech pro osoby se zdravotním postižením své místo. Většina respondentů výzkumu je se systémem plánování spokojena a vidí jeho přínos jak pro uživatele, tak i pro zvýšení kvality poskytované sociální služby. Školení na téma individuálního plánování v průběhu posledních dvou let absolvovali s jedinou výjimkou všichni dotazovaní a s jejich úrovní jsou většinou spokojeni. Pracovníci mají povědomí o způsobu přidělování klíčového pracovníka uživateli a většina z nich ví, že neefektivní spolupráce může být ukončena jak ze strany uživatele, tak i ze strany pracovníka. Přes spokojenost se systémem individuálního plánování, vnímají pracovníci jednotlivé fáze cyklu plánování jako obtížné a největší problém spatřují v komunikaci s uživatelem a při stanovení osobního cíle s uživatelem.

V budoucnu by bylo vhodné, aby poskytovatel sociální služby zvážil možnost proškolení pracovníků v jednotlivých krocích individuálního plánování se zaměřením na komunikaci s uživatelem. Dalším doporučením je obohatit metodiku ke standardu číslo 5 o doporučené počty uživatelů na jednoho klíčového pracovníka a v těchto počtech zohlednit stupeň závislosti uživatele na pomoci další fyzické osoby, neboť obtížnost plánování podle pracovníků ovlivňují tyto skutečnosti. Další výzkum by bylo vhodné směřovat ke komunikaci s uživatelem při individuálním plánování.

Výsledky výzkumného šetření budou poskytnuty všem na výzkumu zúčastněným domovům pro osoby se zdravotním postižením a příspěvkové organizaci Sociální služby Uherské Hradiště, která jejich činnost koordinuje.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- [1] ČÁMSKÝ, Pavel, Dagmar KRUTILOVÁ, Jan SEMBDNER a Pavel SLADKÝ. Manuál pro tvorbu a zavádění standardů kvality poskytovaných sociálních služeb. In: *Centrum sociálních služeb Praha* [online]. 2008 [cit. 2014-04-12]. Dostupné z: [http://www.csspraha.cz/users\\_data/file/manual-standardy-kvality.pdf](http://www.csspraha.cz/users_data/file/manual-standardy-kvality.pdf)
- [2] ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2011, 263 s. ISBN 978-802-6200-277.
- [3] ČESKO. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů*, 2006. ISSN 1211-1244.
- [4] ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů*, 2006. ISSN 1211-1244.
- [5] *Encyklopedia of social work*. 20th ed. Oxford: Oxford University Press, 2011, 4 sv. ISBN 978-0-19-530661-3
- [6] GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.
- [7] HAICL, Martin – HAICLOVÁ, Veronika. Metody individuálního plánování služby s uživateli. In BICKOVÁ, Lucie et al. *Individuální plánování v sociálních službách a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: APSS ČR, 2011. 272 s. ISBN: 978-80-904668- 1-4. s. 149-156
- [8] HAICL, Martin. Legislativní rámec plánování služby a způsoby jeho naplnění. In BICKOVÁ, Lucie et al. *Individuální plánování v sociálních službách a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: APSS ČR, 2011. 272 s. ISBN: 978-80-904668-1-4. s. 35 – 44.
- [9] HANZL, Vladimír. Daleká cesta marné volání. *Rezidenční péče*. Praha: Malcom, 2013, roč. 9, č. 3. ISSN 1801-8718. s. 10-13.
- [10] HAUKE, Marcela. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. Praha: Grada Publishing, 2011, 135 s. ISBN 978-802-4738-499.

- [11] HOLMEROVÁ, Iva. Nominace na Vážkomila pro inspekce sociálních služeb. *Rezidenční péče*. 2013, roč. 9, č. 4. ISSN: 1801-8719. s. 6.
- [12] CHALOUPKOVÁ, Soňa. SMART nemusí být "chytrý". *Sociální služby*. 2012, roč. 14, č. 10. ISSN 1803-7348. s. 22-24.
- [13] CHRENKOVÁ, Monika, Hana SOBKOVÁ a Zuzana VAJĎÁKOVÁ. *Metodické a koordinační dovednosti v sociálních službách: sborník studijních textů pro metodiky sociální prevence a sociální kurátory pověřené koordinační činností*. Ostrava: Ostravská univerzita Ostrava, 2007. ISBN 9788073682293.
- [14] Individual planning for children and young people living in out: Policy and practiceguide. In: *NSW Government* [online]. 2011 [cit. 2014-02-04]. Dostupné z: [http://www.adhc.nsw.gov.au/\\_\\_data/assets/file/0020/240482/Individual\\_Planning\\_for\\_CYP\\_in\\_OOHC\\_Policy\\_Guide\\_Jan2011.pdf](http://www.adhc.nsw.gov.au/__data/assets/file/0020/240482/Individual_Planning_for_CYP_in_OOHC_Policy_Guide_Jan2011.pdf)
- [15] Inovace systému kvality sociálních služeb. In: *MPSV* [online]. 2013 [cit. 2013-11-24]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/15274/standardy\\_v2.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/15274/standardy_v2.pdf)
- [16] JANDOUREK, Jan, 2008. *Průvodce sociologií*. Praha: Grada, 208 s. ISBN 978-80-247.
- [17] JOHNOVÁ, Milena. Individuální plánování pro lidi se zdravotním postižením. In: *Quip: Kvalita v praxi* [online]. 2008 [cit. 2014-01-31]. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/005/000636.pdf>
- [18] JOHNOVÁ, Milena. Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: průvodce poskytovatele In: *MPSV* [online]. 2002 [cit. 2013-09-04]. Dostupné z:
- [19] KOČMAN, David a Jan PALEČEK. Inovace systému kvality sociálních služeb: Podnět k revizi standardů kvality sociálních služeb. In: *MPSV* [online]. 2012 [cit. 2014-03-24]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/14146/C1\\_zprava.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/14146/C1_zprava.pdf)
- [20] Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele podporující sociální začlenění uživatele do společnosti. In: *MPSV* [online]. 2007. [cit. 2012-12-20]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce\\_podpory.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf)

- [21] KOŘÍNKOVÁ, Dana. Překážky transformace ústavní péče. In: *Quip: Společnost pro změnu* [online]. 2008 [cit. 2014-01-28]. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/004/000600.pdf>
- [22] Kritéria transformace, humanizace a deinstytucionalizace vybraných služeb sociální péče. In: *MPSV* [online]. 2009 [cit. 2014-03-16]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7059/Doporuceny\\_postup\\_3\\_2009.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7059/Doporuceny_postup_3_2009.pdf)
- [23] MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003, 287 s. ISBN 80-717-8549-0.
- [24] MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005, 351 s. ISBN 80-736-7002-X.
- [25] MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007, 183 s. ISBN 978-807-3673-109.
- [26] MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001, 309 s. ISBN 80-717-8473-7.
- [27] MERHAUTOVÁ, Jana a Radka MRAZÍKOVÁ. Jak individuálně plánovat. In BICKOVÁ, Lucie et al. *Individuální plánování v sociálních službách a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: APSS ČR, 2011, 272 s. ISBN: 978-80-904668-1-4. s. 125 - 148
- [28] Nařízení vlády č. 222/2010 Sb.: o katalogu prací ve veřejných službách a správě. In: *MPSV* [online]. 2010 [cit. 2013-09-04]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/ppropo.php?ID=nv222\\_2010o](http://www.mpsv.cz/ppropo.php?ID=nv222_2010o)
- [29] O'BRIEN, Connie Lyle a John O'BRIEN. Kořeny plánování zaměřeného na člověka. In: *Quip: Společnost pro změnu* [online]. 2009 [cit. 2014-02-23]. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/013/001593.pdf>
- [30] O'BRIEN, John. Rozhovor s Johnem O'Brienem. In: *Quip: Společnost pro změnu* [online]. 2008 [cit. 2014-02-23]. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/005/000634.pdf>
- [31] Personální zajištění, doprovod. In: *MPSV* [online]. 2012 [cit. 2014-02-23]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/13369>

- [32] PÖRTNER, Marlis. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha: Portál, 2009, 175 s. ISBN 978-807-3675-820.
- [33] Práce s klientem s rizikem chování: Manuál průvodce dobrou praxí. In: MPSV [online]. 2007 [cit. 2013-11-24]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7059/Doporuceny\\_postup\\_3\\_2009.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7059/Doporuceny_postup_3_2009.pdf)
- [34] Příspěvek na péči. In: MPSV [online]. 2013 [cit. 2014-01-28]. Dostupné z: <http://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>
- [35] SCHMIDBAUER, Wolfgang. *Syndrom pomocníka*. Praha: Portál, 2008, 234 s. ISBN 978-807-3673-697.
- [36] SKŘIČKOVÁ, Zuzana. Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné druhy sociálních služeb poskytovaných v přirozené komunitě a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti. In: MPSV [online]. 2007 [cit. 2013-08-13]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce\\_podpory.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf)
- [37] SOKOL, Radek a Věra TREFILOVÁ. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb: výklad je zpracován k právnímu stavu ke dni 1. 1. 2008*. Praha: ASPI, 2008, 424 s. ISBN 978-807-3573-164.
- [38] SOLOVSKÁ, Vendula. *Rozvoj dovedností dospělých lidí s mentálním postižením*. Praha: Portál, 2013, 191 s. ISBN 978-80-262-0369-8
- [39] Standardy kvality sociálních služeb. In: MPSV [online]. 2009 [cit. 2013-09-06]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5963>
- [40] Standardy kvality sociálních služeb: výkladový sborník pro poskytovatele. In: MPSV [online]. 2008 [cit. 2014-02-03]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/5966/4\\_vykladovy\\_sbornik.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/5966/4_vykladovy_sbornik.pdf)
- [41] ŠVEŘEPA, Milan. Milan Šveřepa ve Dvaceti minutách Radiožurnálu. *Český rozhlas* [online]. 2013 [cit. 2014-03-16]. Dostupné z: [http://www.rozhlas.cz/radiozurnal/dvacetminut/\\_zprava/1297953](http://www.rozhlas.cz/radiozurnal/dvacetminut/_zprava/1297953)
- [42] TAJANOVSKÁ, Andrea. Lidské potřeby a jejich naplňování. In BICKOVÁ, Lucie et al. *Individuální plánování v sociálních službách a role klíčového pracovníka v*

- sociálních službách*. Tábor: APSS ČR. 2011, 272 s. ISBN: 978-80-904668-1-4. s. 205-216
- [43] ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007, 128 s. ISBN 978-80-86429-36-6.
- [44] VÁVROVÁ, Soňa. *Kontext transformace pobytových sociálních služeb*. Zlín: Fakulta humanitních studií Univerzity Tomáše Bati, 2009, CD-ROM. ISBN 978-80-7318-869-6.
- [45] VÍTOVÁ, Marcela. Jsem klíčový pracovník. In BICKOVÁ, Lucie et al. *Individuální plánování v sociálních službách a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: APSS ČR. 2011, 272 s. ISBN: 978-80-904668-1-4. s. 113 - 124
- [46] VÝROST, Jozef. *Sociální psychologie*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Editor Ivan Slaměník. Praha: Grada, 2008, 404 s. ISBN 978-802-4714-288.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

č.	Číslo
IP	Individuální plánování
HVO	Hlavní výzkumná otázka
DVO	Dílčí výzkumná otázka
KP	Klíčový pracovník
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
SŠ	Středoškolské vzdělání
VŠ	Vysokoškolské vzdělání



**SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obrázek 1: <i>Cyklus a organizace plánování</i> .....	34
Obrázek 2: <i>Mapa místa konání výzkumu.</i> .....	41

**SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1: <i>Věkové rozložení respondentů</i> .....	45
Graf 2: <i>Délka praxe respondentů v sociálních službách</i> .....	46
Graf 3: <i>Vzdělání respondentů</i> .....	47
Graf 4: <i>Počet uživatelů, kterým respondent dělá klíčového pracovníka</i> .....	48
Graf 5: <i>Názory respondentů na metodiku IP průběhu poskytování sociální služby</i> .....	50
Graf 6: <i>Spokojenost s časem, informacemi a týmovou prací při IP</i> .....	51
Graf 7: <i>Přínos IP pro uživatele a kvalitu poskytované sociální služby</i> .....	52
Graf 8: <i>Vnímání podpory instruktora IP a vedení postižením v souvislosti s IP</i> .....	53
Graf 9: <i>Spokojenost se systémem individuálního plánování</i> .....	54
Graf 10: <i>Obtížnost IP v souvislosti se stupněm závislosti uživatele</i> .....	55
Graf 11: <i>Frekvence porad zaměřených na individuální plánování</i> .....	56
Graf 12: <i>Vliv na přidělování klíčových pracovníků uživatelům</i> .....	57
Graf 13: <i>Možnost ukončení spolupráce při individuálním plánování</i> .....	58
Graf 14: <i>Počet školicích dnů za poslední dva roky</i> .....	59
Graf 15: <i>Celková spokojenost s úrovní školení v posledních dvou letech</i> .....	60
Graf 16: <i>Vnímání obtížnosti jednotlivých kroků individuálního plánování pracovníky</i> .....	61
Graf 17: <i>Celková pracovní spokojenost respondentů</i> .....	62

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1: <i>Místa konání výzkumu s počty uživatelů a klíčových pracovníků</i> .....	42
Tabulka 2: <i>Sociodemografické údaje o respondentech výzkumu</i> .....	44
Tabulka 3: <i>Medián a modus zjištěných počtů uživatelů na klíčového pracovníka</i> .....	48
Tabulka 4: <i>Názory pracovníků na systém individuálního plánování</i> .....	49
Tabulka 5: <i>Vnímání obtížnosti jednotlivých kroků IP pracovníky</i> .....	60
Tabulka 6: <i>Hypotéza 1 – kontingenční tabulka</i> .....	64
Tabulka 7: <i>Výpočet hodnoty chí-kvadrátu</i> .....	64
Tabulka 8: <i>Hypotéza 2 – Kontingenční tabulka</i> .....	66
Tabulka 9: <i>Výpočet hodnoty chí-kvadrátu</i> .....	66
Tabulka 10: <i>Hypotéza 3 – Čtyřpolní tabulka</i> .....	68
Tabulka 11: <i>Platnost hypotéz</i> .....	72

## SEZNAM PŘÍLOH

**P1:** Finální verze dotazníku.

# PŘÍLOHA P I: FINÁLNÍ VERZE DOTAZNÍKU

## DOTAZNÍK PRO KLÍČOVÉ PRACOVNÍKY

---

Vážený pane, vážená paní,

jsem studentkou Sociální pedagogiky na UTB ve Zlíně a pracuji v DZP Uherský Brod. Prosím Vás o laskavé vyplnění dotazníku, který je součástí mé diplomové práce a zabývá se názory pracovníků na systém individuálního plánování. Dotazník je zcela anonymní. Děkuji za Váš čas

Renata Pleváková

**Pokyny k vyplnění dotazníku: pokud není uvedeno jinak, označte křížkem Vámi zvolenou odpověď.**

---

### OTÁZKY SOCIÁLNĚ DEMOGRAFICKÉ

1. Jste:

- muž
- žena

2. **Zaškrtněte prosím Vaši věkovou kategorii (v letech)**

- do 25 let
- 26 až 35 let
- 36 až 45 let
- 46 až 55 let
- 56 a více let

3. **Uveďte délku Vaší praxe v DOZP**

- do 1 roku
- 1 - 5
- 6 - 10
- 11 - 15
- 16 - 20
- 21 a více

4. **Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- středoškolské bez maturity
- středoškolské s maturitou
- vysokoškolské

5. **Kolika uživatelům děláte klíčového pracovníka? Napište počet: \_\_\_\_\_**

6. V následující tabulce rozdělte uživatele, kterým děláte klíčového pracovníka, podle stupně závislosti na pomoci jiné fyzické osoby.

Stupeň závislosti	Počet uživatelů
I.	
II.	
III.	
IV.	

**OTÁZKY ZAMĚŘENÉ NA SYSTÉM INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNOVÁNÍ (dále jen „IP“)**

V každém řádku tabulky vyznačte odpověď, která nejvíce vystihuje Váš názor.

		ano	spíše ano	spíše ne	ne
7.	Považujete metodiku IP ve vašem zařízení za srozumitelnou?				
8.	Máte možnost podílet se na tvorbě metodiky IP?				
9.	Jste spokojen/a s časem, který můžete v průběhu pracovní doby IP věnovat?				
10.	Máte na pracovišti dostatek informací k IP?				
11.	Jste spokojen se spoluprací v týmu při IP?				
12.	Považujete IP za přínosné pro vaši práci?				
13.	Považujete IP za přínosné pro uživatele z hlediska kvality poskytované služby?				
14.	Jste spokojen/a s podporou instruktora IP?				
15.	Jste spokojen/a s podporou vedení při IP?				
16.	Jste spokojen/a se systémem IP ve vašem zařízení?				
17.	Stoupá obtížnost plánování se stupněm závislosti uživatele na pomoci jiné fyzické osoby?				

**18. Jak často probíhají na Vašem pracovišti společné porady zaměřené na individuálního plánování?**

- žádné porady neprobíhají
- týdně – napište kolikrát: \_\_\_\_\_

- měsíčně – napište kolikrát: \_\_\_\_\_
- ročně – napište kolikrát: \_\_\_\_\_

### **OTÁZKY ZAMĚŘENÉ NA VÝBĚR KLÍČOVÝCH PRACOVNÍKŮ VE VAŠEM ZARÍZENÍ**

#### **19. Co nejvíce ovlivňuje přidělování klíčových pracovníků jednotlivým uživatelům**

- názor uživatele
- názor pracovníka
- názor instruktora IP nebo vedení
- názor pracovního týmu

#### **20. Mají klíčoví pracovníci možnost ukončit spolupráci, pokud podle jejich názoru nefunguje?**

- ano
- ne
- nevím

#### **21. Mají uživatelé možnost vyměnit klíčového pracovníka?**

- ano
- ne
- nevím

### **OTÁZKY ZAMĚŘENÉ NA VZDĚLÁVÁNÍ KLÍČOVÝCH PRACOVNÍKŮ V OBLASTI IP**

#### **22. Na jaké téma jste v posledních dvou letech absolvovala školení?**

- školení v oblasti komunikace (asertivita, alternativní a augmentativní komunikace...)
- školení o zvládnání agrese a agresivity
- školení o systému IP
- školení o aktivizaci uživatelů
- jiné, napište jaké:  
\_\_\_\_\_

#### **23. Kolik školicích dnů jste se v posledních dvou letech vzdělával/a v oblasti individuálního plánování? (mezi taková školení patří také školení v oblasti komunikace, asertivity, zvládnání agrese a podobně)**

- 1 den
- 2 dny
- 3 dny a více

#### **24. Jak jste celkově spokojeni s úrovní školení v oblasti IP?**

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

## OTÁZKY ZAMĚŘENÉ NA JEDNOTLIVÉ KROKY INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNOVÁNÍ

V každém řádku vyznačte výraz, který nejvíce vystihuje Váš názor na obtížnost dané činnosti v rámci IP

	Prováděná činnost	Obtížné	Spíše obtížné	Spíše snadné	Snadné
25.	Stanovení osobního cíle s uživatelem				
26.	Komunikace s uživatelem při IP				
27.	Rozfázování cíle do jednotlivých kroků				
28.	Průběžné vyhodnocování IP				
29.	Vyhodnocení plnění cíle				
30.	Vedení administrativy spojené s IP				

31. Na závěr prosím, ohodnoťte svou celkovou pracovní spokojenost. V řadě známek zakroužkujte číslo, které podle Vás nejlépe vystihuje Vaši spokojenost v zaměstnání (1 je jako ve škole největší spokojenost a 5 nejmenší spokojenost).

1    2    3    4    5

Děkuji za Váš čas, který jste věnovali vyplnění dotazníku.



