

# **Individuální plánování z pohledu klíčových pracovníků ve vybraném zařízení sociálních služeb**

Bc. Jarmila Březovská

---

Diplomová práce  
2021



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2020/2021

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Jarmila Březovská**  
Osobní číslo: **H190460**  
Studijní program: **N0111A190013 Sociální pedagogika**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**  
Forma studia: **Kombinovaná**  
Téma práce: **Individuální plánování z pohledu klíčových pracovníků ve vybraném zařízení sociálních služeb**

### Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.  
Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti individuálního plánování, denních stacionářů, klíčového pracovníka a poskytování sociálních služeb.  
Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.  
Realizace kvalitativního výzkumu formou rozhovorů.  
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.  
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

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

**Seznam doporučené literatury:**

- ČERMÁKOVÁ, Kristýna a Milena JOHNOVÁ, 2002. Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. ISBN 80-86552-45-4.
- HAUKE, Marcela, 2011. Pečovatelská služba a individuální plánování. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3849-9.
- MATOUŠEK, O., P. KODYMOVÁ a J. KOLÁČKOVÁ, 2005. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-x.
- ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2007. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
- VÝROST, J., I. SLAMĚNÍK a E. SOLLÁROVÁ, 2019. Sociální psychologie: teorie, metody, aplikace. Praha: Grada. ISBN 978-810-247-5775-9.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Zuzana Hrnčířiková, Ph.D.**  
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **15. ledna 2021**  
Termín odevzdání diplomové práce: **23. dubna 2021**

---

**Mgr. Libor Marek, Ph.D.**  
děkan



**doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.**  
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 15. ledna 2021

## 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 .....

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 nevytáčeně 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 už nejmeně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlášení 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) *Přítí, 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, ušije-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). *Odpovídá-li autor takového díla udělit svolení bez vázného 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 užit 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 přihlídnou k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce se zabývá procesem individuálního plánování ve vybrané organizaci z pohledu klíčových pracovníků. Cílem práce je pokusit se zjistit postoj klíčových pracovníků vybrané sociální služby k individuálnímu plánování. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se věnuje oblasti sociálních služeb v České republice a standardům kvality. Dále jsou vymezeny základními pojmy týkající se osob se zdravotním postižením, klíčovým pracovníkem, procesem individuálního plánování a vybranou organizací Denního stacionáře pro osoby se zdravotním postižením. Praktická část předkládá empirický výzkum zaměřený na hledání odpovědí na hlavní výzkumnou otázku pomocí technik kvalitativního výzkumu.

Klíčová slova: sociální služby, standardy kvality sociálních služeb, zdravotní postižení, uživatel sociální služby, individuální plánování, klíčový pracovník.

## **ABSTRACT**

The thesis deals with the process of individual planning in the selected organization from the perspective of key workers. The aim of the work is to try to find out the attitude of key workers of the selected social service towards individual planning. The work is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part deals with the field of social services in the Czech Republic and quality standards. The basic terms are further concerning people with disabilities, key worker, individual planning process and selected organisation of the Day Care Centre for People with Disabilities. The practical part presents empirical research aimed at finding answers to the main research question using qualitative research techniques.

Keywords: social services, social services quality standards, disability, social service user, individual planning, key worker.

Touto cestou bych ráda poděkovala mé vedoucí diplomové práce PhDr. Zuzaně Hrnčířkové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, vstřícné jednání a podporu. Zároveň bych chtěla vyjádřit poděkování organizaci a především jejím pracovníkům, kteří byli ochotni se mnou spolupracovat. Mé poděkování patří také mému manželovi, dětem a přátelům, kteří mě během zpracování bakalářské práce plně podporovali.

*Motto:*

*„Není nic těžšího než vyjádřit významnou myšlenku tak, aby jí každý rozuměl.“*

Arthur Schopenhauer

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

# OBSAH

ÚVOD.....	10
<b>I</b> <b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1</b> <b>SOCIÁLNÍ SLUŽBY V LEGISLATIVNÍM UKOTVENÍ</b> .....	<b>12</b>
1.1    SOCIÁLNÍ SLUŽBY V ČR .....	13
1.1.1    Sociální poradenství .....	14
1.1.2    Služby sociální péče .....	15
1.1.3    Služby sociální prevence .....	17
1.1.4    Cílové skupiny sociálních služeb .....	20
1.2    STANDARDSY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB .....	21
1.3    DODRŽOVÁNÍ STANDARDŮ KVALITY A INSPEKCE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB .....	23
<b>2</b> <b>OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM</b> .....	<b>25</b>
2.1    VYMEZENÍ POJMU ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ.....	25
2.2    VYMEZENÍ POJMU MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ A MENTÁLNÍ RETARDACE .....	26
2.2.1    Klasifikace mentální retardace .....	27
2.2.2    Modely mentální retardace.....	29
2.3    KOMBINOVANÉ POSTIŽENÍ.....	32
<b>3</b> <b>INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ A JEHO PROCESY</b> .....	<b>34</b>
3.1    VYMEZENÍ POJMU INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ .....	34
3.2    INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ V PRŮBĚHU SOCIÁLNÍ SLUŽBY .....	35
3.3    VÝZNAM A MEZE INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNOVÁNÍ .....	37
3.4    PROCESY SESTAVENÍ INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNOVÁNÍ .....	39
3.5    METODY INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNOVÁNÍ.....	41
3.6    CHYBY PŘI INDIVIDUÁLNÍM PLÁNOVÁNÍ .....	43
<b>4</b> <b>KLÍČOVÝ PRACOVNÍK</b> .....	<b>45</b>
4.1    VYMEZENÍ POJMU.....	45
4.2    KLÍČOVÝ PRACOVNÍK V KONTEXTU PROFESÍ .....	46
4.3    POŽADAVKY NA KLÍČOVÉHO PRACOVNÍKA.....	48
4.4    ROLE KLÍČOVÉHO PRACOVNÍKA .....	49
4.5    CHYBY KLÍČOVÉHO PRACOVNÍKA PŘI JEDNÁNÍ S UŽIVATELEM.....	50
<b>5</b> <b>DENNÍ STACIONÁŘ PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM</b> .....	<b>52</b>
5.1    ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA VYBRANÉHO SOCIÁLNÍHO ZAŘÍZENÍ DENNÍHO STACIONÁŘE PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM .....	52
<b>II</b> <b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>57</b>
<b>6</b> <b>METODOLOGIE VÝZKUMU</b> .....	<b>58</b>



6.1	VÝZKUMNÝ PROBLÉM .....	58
6.2	VÝZKUMNÉ CÍLE .....	58
6.3	VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	59
6.4	DRUH VÝZKUMU .....	60
6.5	TECHNIKA SBĚRU DAT .....	60
6.6	ZNĚNÍ OTÁZEK POLOSTRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU .....	61
6.7	VÝBĚR A CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU .....	63
6.8	PRŮBĚH ZÍSKÁVÁNÍ DAT.....	64
<b>7</b>	<b>ANALÝZA DAT .....</b>	<b>66</b>
7.1	ZODPOVĚDNOST .....	66
7.2	VYJÁDŘENÍ NÁZORU.....	68
7.3	VNITŘNÍ NASTAVENÍ .....	70
7.4	KOMPLEXNOST POSTUPU .....	71
<b>8</b>	<b>INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT.....</b>	<b>76</b>
<b>9</b>	<b>SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU .....</b>	<b>79</b>
<b>10</b>	<b>VÝZNAM VÝZKUMU A DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....</b>	<b>81</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>83</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>85</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>90</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>91</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>92</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>93</b>

## ÚVOD

Individuální plánování je jeden z nejvýznamnějších kroků zajištění kvality poskytovaných služeb, ale přesto jsou tyto procesy opakovaně diskutovaným tématem u všech poskytovatelů sociálních služeb z důvodu mnoha nejasností. Proces individuálního plánování si každý poskytovatel nastavuje a definuje dle svých parametrů ve vnitřních směrnících a postupech, ale zároveň musí dbát, aby byla zachována stanovená kritéria, která se řídí zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Kritéria stanovená zákonem jsou univerzální a platí pro všechny poskytované druhy sociálních služeb na území České republiky stejně. Cílem individuálního plánování by mělo být poskytnutí sociální služby v co největším rozsahu a zájmu uživatele a hledání cílů a prostředků mezi poskytovatelem a uživatelem sociální služby, jež povedou k dosažení společného cíle, který byl stanoven v procesu individuálního plánování.

Diplomová práce se bude zabírat oblastí procesu uchopení individuálního plánování a jeho využití z pohledu klíčových pracovníků.

Cílem teoretické části diplomové práce je seznámení se se sociálními službami a jejich ukotvením v české legislativě a dodržování standardů kvality, mechanismu kontrol inspekce v sociálních službách, nastavení procesu individuálního plánování v oblasti metod, chyb a významu plánování v návaznosti na seznámení se s charakteristikou fungování sociálního zařízení Denního stacionáře pro osoby s mentálním postižením, které je součástí praktické části diplomové práce. Podstatnou částí teoretické práce bude kapitola seznamující s problematikou osob s různými druhy postižení, jejich klasifikací a modely postižení. Neméně důležitou kapitolou bude definování role, popis, funkce a možné chyby klíčového pracovníka při procesu individuálního plánování.

Stanovený cíl praktické části diplomové práce je zaměřen na zmapování, zjištění a postoj klíčových pracovníků ve vybraném sociálním zařízení k procesu individuálního plánování. Zabývá se nejen problematikou procesu individuálního plánování, ale především výzkumem, jak na proces individuálního plánování ve vybrané sociální službě pohlíží samotný klíčový pracovník. V rámci výzkumného šetření bude použita forma kvalitativní strategie s využitím metody polostrukturovaných rozhovorů s klíčovými pracovníky vybrané sociální služby. Na základě zjištěných dat bude možné upozornit vybranou sociální službu a její klíčové pracovníky na nevhodné postupy při procesu individuálního plánování.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 SOCIÁLNÍ SLUŽBY V LEGISLATIVNÍM UKOTVENÍ

V této kapitole si vymezíme sociální služby v legislativním ukotvení České republiky, popíšeme si druhy, formy a cílové skupiny sociálních služeb. V neposlední řadě se seznámíme se standardy kvality v sociálních službách a jejich mechanismy.

Legislativní ukotvení sociálních služeb v České republice a následný systém sociální péče je řadí pod resort Ministerstva práce a sociálních věcí. V sociálních službách nastaly změny přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění (dále jen zákon o sociálních službách), který nabyl účinnost dne 1. 1. 2007. Přijetím zákona se zásadně změnil přístup k osobám, které chtějí využívat sociální službu nebo již tak činní. Zákon zaručuje pomoc a podporu všem osobám, které jsou v nepříznivé sociální situaci. V zákoně jsou jasně vymezeny a definovány druhy sociálních služeb, nárok na bezplatné poskytování sociálního poradenství nebo možnost volby nabídky sociálních služeb. Hlavní je i změna role zájemců a uživatelů o sociální službu, kdy mají samostatnou možnost volby rozhodnutí o druhu, způsobu a průběhu nasmlouvaní sociální služby.

Zákon o sociálních službách doplňuje vyhláška 505/2006 Sb., v platném znění, jejíž součástí je příloha č. 1, která vymezuje schopnosti zvládat základní životní potřeby. Toto jsou základní ukotvující dokumenty současného legislativního systému sociálních služeb v České republice.

Přijetím zákona o sociálních službách byl také zřízen Registr poskytovatelů sociálních služeb, který eviduje všechny registrované a poskytované sociální služby na území České republiky. Krajský úřad vede registr poskytovatelů sociálních služeb v listinné a elektronické podobě, kde jsou evidováni všichni poskytovatelé sociálních služeb, kterým bylo vydáno rozhodnutí o registraci. Do registru se zapisují i poskytovatelé sociálních služeb ve zdravotnickém zařízení ústavní péče, speciální zdravotnická zařízení hospicového typu a dětské domovy.

Zákon o sociálních službách, také v části první, úvodního ustanovení § 5 jasně vymezuje působnost v oblasti sociálních služeb a v § 6 vymezuje poskytovatele sociálních služeb na:

### § 5 Působnost v oblasti sociálních služeb

#### (1) Státní správu

- a) Ministerstvo práce a sociálních věcí,
- b) krajské úřady,

- c) obecní úřady obcí s rozšířenou působností,
- d) okresní správa sociálního zabezpečení,
- e) Úřad práce České republiky – krajské pobočky a pobočka pro hlavní město Prahu.

(2) Výkon působnosti obecních úřadů obcí s rozšířenou působností a krajských úřadů podle tohoto zákona je výkonem přenesené působnosti.

(3) V oblasti sociálních služeb vykonávají působnost podle tohoto zákona také obce a kraje.

§ 6 Poskytovatelé sociálních služeb jsou při splnění podmínek:

- územní samosprávné celky a jimi zřizované právnické osoby,
- další právnické osoby,
- fyzické osoby,
- ministerstvo práce a sociálních věcí a jím zřízené organizační složky státu (ČESKO, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, vyhláška 505/2006 Sb., v platném znění: MPSV ČR).

## 1.1 Sociální služby v ČR

Autoři (viz níže v textu) zabývající se problematikou sociálních služeb definují pojem sociální služby odlišně, ale v zásadním bodě se shodují a vystihují účel, princip a poslání sociálních služeb. V Bíle knize sociálních služeb (2003, s. 6) je poslání sociálních služeb specifikováno jako udržení si nebo znovu dosažení svého místa ve společnosti.

Molek (2009, s. 8) uvádí sociální služby jako „*nehmotné produkty směřované přímo mezi poskytovateli a zákazníkem bez uplatňování autorských práv. Obecně lze o službách hovořit jako o aktivitě, která naplňuje určitý cíl a může být orientována buď na člověka (zdravotní a sociální služby) nebo na předmět (opravárenské služby)*“.

Autorky Hrozenková a Dvořáčková (2013, s. 70) popisují sociální služby, jako zajišťující podporu a pomoc osobám v nepříznivé zdravotní či sociální situaci v důsledku ohrožení sociálním vyloučením, kdy tento soubor činností slouží k řešení, pomoci a začlenění do běžného života.

Sociální služby podle Matouška jsou: „*Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé*

*nositeli. Sociální služby proto zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případě zájmy širšího společenství“ (Matoušek a kol., 2007, s. 9).*

Mahrová, Venglářová a kol. (2008, s. 41) uvádí, že sociální služby jsou „*specializované činnosti, které mají pomoci člověku řešit jeho nepříznivou sociální situaci“*.

V zákoně o sociálních službách, § 3a) je vymezení pojmu sociální služba dle zákona specifikována jako „*sociální službou činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení“*.

Gulová (2011, s. 31) za hlavní cíle zákona o sociálních službách uvádí:

- podporu procesu sociálního začleňování uživatelů sociálních služeb,
- tvorbu podmínek pro uspokojování oprávněných potřeb lidí,
- zajištění potřebné podpory a pomoci v oblastech sociálního začleňování a důstojných podmínek pro život.

Malík Holasová (2014, s. 20) hodnotí, že: „*Sociální služba je kvalitní, je-li nabídka služeb v souladu s potřebami a požadavky uživatele.*“

## **Druhy sociálních služeb**

Sociální služby jsou rozděleny dle § 32 zákona o sociálních službách do tří kategorií:

- a) sociální poradenství,
- b) služby sociální péče,
- c) služby sociální prevence.

### **1.1.1 Sociální poradenství**

Sociální poradenství Mahrová, Venglářová a kol. (2008, s. 41) dělí na základní a odborné. Základní sociální poradenství je pro všechny poskytovatele sociální služby povinné a poskytuje se každému, kdo si o radu požádá. Podstatou je poskytnutí potřebných informací, které mohou dopomoci k vyřešení nepříznivé životní situace. Odborné poradenství je specifitější a poskytuje se ve specializovaných poradnách, které se zaměřují na danou problematiku žadatele, příkladem: drogová závislost, cizinci, senioři či osoby se zdravotním, mentálním, duševním postižením atd.

Dělení poradenství dle zákona o sociálních službách:

**Základní sociální poradenství**, jehož cílem je bezplatné poskytnutí pomoci, informací a případné řešení situací osob v nepříznivé životní nouzi.

**Odborné sociální poradenství** je poskytováno osobám se specifickými životními potřebami a problémy. Cílem je pomoc v manželských a rodinných poradnách, v poradnách pro seniory, v poradnách pro oběti trestných činů, v poradnách pro osoby se zdravotním znevýhodněním. Pod odborné poradenství se řadí i sociální práce s rizikovými osobami a půjčování kompenzačních pomůcek. Poskytování poradenství a rozsahu úkonů upravuje také vyhláška č. 505/2006 Sb., v platném znění.

Podle Krejčířové a Treznerové (2011, s. 29) je poradenství „základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb; poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit“. Takto získané informace slouží k řešení nepříznivé sociální situace klienta. Služba je poskytována bezplatně.

### 1.1.2 Služby sociální péče

Cílem služby sociální péče je napomáhat osobám zajistit fyzickou a psychickou soběstačnost s možností zapojení do běžného života společnosti v co největší míře. Pokud jim toto jejich stav neumožňuje, pak je cílem zajistit důstojné prostředí a zacházení. Se zákonným ustanovením v doslovné či přenesené míře pracují ve svých publikacích autoři Matoušek a kol. (2007, s. 43); Mahrová, Venglářová a kol. (2008, s. 41); Molek (2009, s. 14) či Krejčířová a Treznerová (2011, s. 32).

Specifikaci služby sociální péče nalezneme v zákoně o sociálních službách, § 38 - § 52, který služby sociální péče člení na:

#### § 39 Osobní asistence

- terénní služba, která je časově neomezena a poskytována v přirozeném sociálním prostředí, při činnostech, které osoba potřebuje.

#### § 40 Pečovatelská služba

- terénní nebo ambulantní služba, která je poskytována ve vymezeném čase v domácnostech či v zařízeních sociálních služeb.

#### § 41 Tísňová péče

- terénní služba, kterou se poskytuje nepřetržitá hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými vysokému riziku ohrožení na zdraví a životě.

## § 42 Průvodcovské a předčitatelské služby

- terénní nebo ambulantní služba napomáhající osobám, které mají sníženy schopnosti v oblasti orientace a komunikace k vyřízení si vlastních záležitostí.

## § 43 Podpora samostatného bydlení

- terénní služba poskytovaná osobám se sníženou soběstačností, které potřebují pomoc jiné fyzické osoby.

## § 44 Odlehčovací služby

- terénní, ambulantní nebo pobytová služba poskytovaná osobám, o které se pečuje v jejich přirozeném prostředí za účelem poskytnutí pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.

## § 45 Centra denních služeb

- ambulantní služba poskytovaná osobám se sníženou soběstačností, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

## § 46 Denní stacionáře

- ambulantní služba poskytovaná osobám se sníženou soběstačností, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

## § 47 Týdenní stacionáře

- pobytová služba poskytovaná osobám se sníženou soběstačností, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

## § 48 Domovy pro osoby se zdravotním postižením

- pobytová služba poskytovaná osobám se sníženou soběstačností, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

## § 49 Domovy pro seniory

- pobytová služba poskytovaná osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, jejichž situace si vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

## § 50 Domovy se zvláštním režimem

- pobytová služba určena pro osoby se sníženou soběstačností, demencí a ostatními typy demencí, jejichž situace vyžaduje pomoc druhé osoby. Služba a režim zařízení je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

## § 51 Chráněné bydlení

- pobytová služba poskytovaná formou skupinového či individuálního bydlení osobám se sníženou soběstačností, které vyžadují pomoc jiné fyzické osoby.



§ 52 Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče

- pobytová služba, určená osobám nevyžadující zdravotní péči, ale jejich zdravotní stav je neuspokojivý, proto potřebují pomoc jiné fyzické osoby. Osoby nemohou být propuštěny ze zdravotního zařízení ústavní péče do té doby, pokud jim není zajištěn pomoc osobou blízkou či druhou osobou nebo zajištěna ambulantní, terénní či pobytová služba v zařízení sociálních služeb (Březovská, BP, 2017).

### 1.1.3 Služby sociální prevence

*„Napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Dále je cílem těchto služeb překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů“ (ČESKO, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, § 53).*

Z citovaného zákonného ustanovení vychází autoři zabývající se touto problematikou, kteří se ztotožňují s tím, že hlavním cílem služby sociální prevence je zabránit sociálnímu vyloučení osob. Důvody vyloučení mohou být krizová životní situace, životní návyky, způsob života vedoucí ke konfliktu se společností a mnoho dalších příčin. Autoři se také shodují, že cílem tohoto druhu služeb je pomoci takovým osobám překonat vzniklou nepříznivou situaci a tím chránit nejen je, ale i společnost před vznikem a šířením nežádoucích, mnohdy až sociálně patologických jevů (Molek, 2009, s. 12; Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 41; Matoušek a kol., 2007, s. 44; Krejčířová a Treznerová, 2011, s. 41).

Zákon o sociálních službách, § 53 - § 70, člení služby sociální prevence na:

§ 54 Raná péče

- ambulantní nebo terénní služba určená pro děti do 7 let a jejich rodiče, které je zdravotně postižené nebo ohrožené v důsledku nepříznivého zdravotního stavu se zaměřením na podporu rodiny a vývoj dítěte.

§ 55 Telefonická krizová pomoc

- terénní služba poskytovaná na určitou dobu osobám nacházejícím se v ohrožení zdraví, života nebo obtížné životní situaci, kterou momentálně nemohou řešit sami.

§56 Tlumočnické služby

- terénní a ambulantní služby pro osoby s poruchami komunikace a smyslovým postižením, které bez pomoci fyzické osoby nejsou schopni komunikovat s okolím.

#### § 57 Azylové domy

- pobytová služba poskytující na určitou dobu bydlení pro osoby v sociální tísní spojené se ztrátou bydlení.

#### § 58 Domy na půl cesty

- pobytová služba pro osoby do 26 let věku, které po dosažení zletilosti opouštějí školská, ústavní, výchovná zařízení nebo osoby po propuštění výkonu trestu.

#### § 59 Kontaktní centra

- ambulantní, popřípadě terénní nízkoprahová zařízení poskytující služby závislým osobám s cílem snižování sociálních a zdravotních rizik.

#### § 60 Krizová pomoc

- terénní, ambulantní nebo pobytová služba určena na přechodnou dobu pro osoby nacházející se v krizových situacích ohrožení zdraví či života, momentálně neschopné řešit svoji tíživou životní situaci.

#### § 60a Intervenční centra

- terénní, ambulantní nebo pobytová služba určena osobám ohroženým násilným chováním.

#### § 61 Nízkoprahová denní centra

- ambulantní nebo terénní služba denních nízkoprahových zařízení pro osoby bez přístřeší.

#### § 62 Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež

- ambulantní nebo terénní služba denních nízkoprahových zařízení, která je poskytována bezplatně dětem od 6 do 26 let ohroženým společensky nežádoucími jevy s cílem zlepšení kvality života, snížením sociálních nebo zdravotních rizik a umožnění se lépe orientovat v sociálních podmínkách a prostředí.

#### § 63 Noclehárny

- ambulantní služba určená osobám bez přístřeší, které projevily zájem o přenocování a využití hygienického zařízení.

#### § 64 Služby následné péče

- terénní, ambulantní nebo pobytová služba pro osoby závislé na návykových látkách a osoby s chronickým duševním onemocněním, které prošly ústavní léčbou

v zdravotnickém zařízení, ambulantní léčbou nebo ji právě podstupují a také osobám, které abstinují.

#### § 65 Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi

- terénní, ambulantní nebo pobytová služba poskytovaná rodině s dítětem, u kterého je ohrožen vývoj v důsledku dlouhodobé nepříznivé situace, kterou rodiče nedokážou sami vyřešit.

#### § 66 Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením

- terénní, ambulantní nebo pobytová služba pro osoby důchodového věku nebo osoby se zdravotním postižením ohrožené sociálním vyloučením.

#### § 67 Sociálně terapeutické dílny

- ambulantní služba pro osoby se sníženou soběstačností nebo pro osoby se zdravotním postižením, které je obtížné začlenit na otevřeném či chráněném trhu práce s cílem podpory zdokonalování pracovních návyků a dovedností pomocí sociálně pracovní terapie.

#### § 68 Terapeutické komunity

- pobytová služba i na přechodnou dobu pro osoby závislé na návykových látkách a osoby s chronickým duševním onemocněním, které mají zájem se začlenit do běžného života.

#### § 69 Terénní programy

- terénní služba, kterou je možno poskytovat anonymně, určena pro osoby vedoucí rizikový způsob života či jsou tímto způsobem ohroženy, taktéž pro problémové skupiny, uživatele drog, osoby bez přístřeší, osoby sociálně vyloučené a jiné sociálně ohrožené skupiny, přičemž cílem služby je zmenšovat rizika jejich způsobu života.

#### § 70 Sociální rehabilitace

- terénní, ambulantní nebo pobytová služba, která je souborem specifických činností, podporující samostatnost, soběstačnost, posílení návyků a dovedností, pro běžný a samostatný způsob života, potenciálu a kompetencí osob využívající tuto službu.

### Formy poskytování sociálních služeb

Formy poskytování sociálních služeb jsou v zákoně o sociálních službách uvedeny pod § 33 jako:

- a) sociální služby pobytové,
- b) sociální služby ambulantní,
- c) sociální služby terénní.

Členění forem sociálních služeb popisuje Molek (2009, s. 16) následovně:

**Sociální služby ambulantní** jsou spojeny s aktivní účastí člověka, který dochází sám nebo v doprovodu do zařízení, které sociální službu poskytuje. Součástí poskytování sociální služby není ubytování.

**Sociální služby terénní** jsou poskytovány osobám v jejich přirozeném prostředí.

**Sociální služby pobytové** spojují pobytové služby s ubytováním v zařízení, jež poskytují sociální služby.

#### 1.1.4 Cílové skupiny sociálních služeb

Sociální služby by pozbyly svého smyslu nebýt osob a cílových skupin, kterým propojený systém sociálních služeb pomáhá v jejich nepříznivé životní situaci. Existuje mnoho cílových skupin, na které se sociální služby zaměřují. Matoušek a kol. (2007, s. 79-106) dělí cílové skupiny sociálních služeb takto:

- služby pro nezaměstnané, služby reagující na chudobu a bezdomovectví,
- služby pro děti s rodiny,
- služby pro rizikové děti a mládež,
- služby pro staré lidi,
- služby pro etnické menšiny,
- služby pro uprchlíky,
- služby pro lidi s postižením,
- služby reagující na krize a služby pro lidi trpící duševními nemocemi,
- služby pro nemocné,
- služby pro lidi se závislostmi,
- služby související s výkonem spravedlnosti,
- služby pro občany.

## 1.2 Standardy kvality sociálních služeb

Standardy kvality sociálních služeb vznikaly pod záštitou Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky ve spolupráci s odbornou veřejností, poskytovateli a klienty sociálních služeb. První verze Standardů kvality vznikala v letech 2001 až 2002, které jsou zpracovány v publikaci Standardy kvality sociálních služeb – Průvodce poskytovatele – MPSV 2003 - ISBN 80-86552-66-7. Tento vypracovaný průvodce je do současné doby platným metodickým materiálem v tvorbě zavádění standardů kvality do praxe. S účinností zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách po 1. lednu 2007 nebyl vypracován aktuálnější metodický materiál, který by reagoval na novou právní úpravu (Manuál pro tvorbu a zavádění standardů kvality poskytovaných sociálních služeb, 2008, s. 10).

*„Standardy popisují, jak má vypadat sociální služba, která podporuje zapojení uživatele do běžného života v jeho přirozeném prostředí, posiluje jeho samostatnost a nezávislost, je zajišťována bezpečně a odborně. Jsou nástrojem k zajištění kvality při poskytování sociální služby. Jsou soborem měřitelných a ověřených kritérií. Příloha č. 2 k vyhlášce č. 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, stanovuje kritéria, která musí jednotlivé standardy naplnit“ (Hauke, 2011, s. 126).*

Matoušek (2010, s. 126) uvádí, že: *„Standardy kvality sociálních služeb mohou být prostředkem, jak organizace mohou hodnotit svoji práci.“* Důležitým faktorem je stanovení si měřitelných cílů, které se bude dařit naplňovat a následně hodnotit pro informovanost organizací, jak pracují a kam směřují.

Standardy dle Bickové (2011, s. 53-54 a 56-57) popisuje jako psanou nebo zvykovou normu označující stavy, u kterých lze posuzovat míru jejich naplnění. Standardy sociálních služeb jsou brány jako kritéria, která posuzují poskytovanou sociální službu a zároveň i měřítkem jejího hodnocení. Podstatou standardů kvality sociálních služeb je zajištění poskytování, respektování a ochrana práv osob/uživatelů, kteří sociální službu využívají, jakožto i pracovníků, kteří sociální službu poskytují. Cílem standardů je:

- *„zvýšit kvalitu poskytovaných služeb,*
- *zajistit ochranu práv a svobod uživatelů sociálních služeb,*
- *podporovat rovný přístup a plnohodnotný život uživatelů sociálních služeb a tím aplikovat politiku sociálního začleňování,*
- *podporovat setrvání člověka nacházejícího se v nepříznivé osobní situaci a v jeho přirozeném prostředí,*

- *podporovat přirozené zdroje uživatelů služeb, jejich nezávislost a autonomii“.*

Čermáková a Johnová (2002, s. 5-6) uvádějí, že standardy jsou formulovány obecně z důvodu, že se vztahují na všechny typy sociálních služeb. Jednotlivé standardy jsou pro větší přehlednost a srozumitelnost doplněny kritérii, která mají pomoci posoudit, zda dané sociální služby splňují požadavek standardu. Důležitým faktorem je, že kritéria jsou měřitelná a poskytovatelé sociálních služeb si mohou sami zjistit, zda službu poskytují dle svých představ a požadavků. V současné době je platných celkem patnáct standardů kvality sociálních služeb, které se dělí do tří základních kategorií:

**Procedurální standardy** jsou nejdůležitější, protože určují, jak má poskytování a průběh sociální služby probíhat. Řadí se sem osm standardů:

- Standard 1 Cíle a způsob poskytování sociálních služeb
- Standard 2 Ochrana práv osob
- Standard 3 Jednání se zájemcem o sociální službu
- Standard 4 Smlouva o poskytování sociální služby
- Standard 5 Individuální plánování průběhu sociální služby
- Standard 6 Dokumentace o poskytování sociální služby
- Standard 7 Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby
- Standard 8 Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje

**Personální standardy** jsou zaměřeny na personální zajištění sociální služby. Jsou zde zařazeny dva standardy:

- Standard 9 Profesionální a organizační zajištění sociální služby
- Standard 10 Profesionální rozvoj zaměstnanců

**Provozní standardy** určují podmínky, za jakých se sociální služba bude poskytovat v oblasti dostupnosti, prostorů a ekonomického zajištění. Do tohoto okruhu spadá pět standardů kvality:

- Standard 11 Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby
- Standard 12 Informovanost o poskytované sociální službě
- Standard 13 Prostředí a podmínky

Standard 14 Nouzové a havarijní situace

Standard 15 Zvyšování kvality sociálních služeb

Chaloupková (2013, s. 13) uvádí, že standardy kvality sociálních služeb jsou provázány a navazují na sebe, proto nelze upřednostňovat jeden vybraný standart oproti ostatním.

### 1.3 Dodržování standardů kvality a inspekce sociálních služeb

Naplňování a dodržování sociálních standardů kvality ze strany poskytovatelů specifikuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, v § 97, § 98 a § 99 v části čtvrté Inspekce poskytování sociálních služeb. Inspekce kontroluje v současné době především kvalitu poskytované služby, dodržování a naplňování kritérií a standardů jednotlivých sociálních služeb. Jsou stanoveny právní předpisy a metodiky, kterými se inspekce kvality v sociálních službách musí řídit:

- *„Ustanovení k inspekci poskytování sociálních služeb podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách,*
- *Metodika MPSV k provádění inspekci poskytování sociálních služeb,*
- *Aktualizace Metodiky MPSV k provádění inspekci sociálních služeb od 1. 1. 2010.“*

Stanovení pravomoci k výkonu inspekce má krajský úřad a MPSV.

*„Předmětem inspekce u poskytovatelů sociálních služeb je*

- a) plnění podmínek stanovených pro registraci zákonem o sociálních službách,*
- b) plnění povinností poskytovatelů sociálních služeb stanovených v § 88 a 89 zákona o sociálních službách,*
- c) kvalita poskytovaných sociálních služeb.“*

Inspekce kvality po Aktualizaci Metodiky MPSV k 1. 1. 2010 kontroluje pouze druhou a třetí oblast. Plnění podmínek stanovených registrací bylo z těchto kontrol vyčleněno. Důležité je při kontrole inspekce dodržení postupu a průběhu, jenž stanovuje zákon č. 552/1991 Sb., o státní kontrole (Malíková, 2011. s. 135).

Podle Hrozencké a Dvořáčkové (2013, s. 77) má inspekce v systému sociálních služeb nezastupitelné místo s cílem zajištění ochrany uživatelů sociálních služeb proti neodborným nebo nevyhovujícím postupům poskytovatelů sociálních služeb, ale také k rozvoji kvality sociálních služeb. Inspekce probíhá v místě poskytování sociální služby týmem, který je tvořen nejméně třemi členy.

Malík Holasová (2014, s. 57) doplňuje informace o délce inspekce v zařízení v rozsahu 1 až 3 dnů, kdy inspektoři kontrolují důležité dokumenty, provádějí rozhovory se zaměstnanci, uživateli a prohlédnou si prostory zařízení, kde je sociální služba poskytována. V sociálních službách rozlišujeme tři typy inspekci:

- Základní inspekci, která se zaměřuje na vybrané standardy kvality.
- Hlubková inspekce, která se provádí při zjištění pochybení v základní inspekci.
- Následná inspekce, jejímž cílem je kontrola plnění nápravných opatření.

Proces inspekce je náročný jak pro poskytovatele, tak inspektory, kteří ji provádějí. Inspekce je nezbytným nástrojem, který vede ke zlepšení kvality sociálních služeb.



## 2 OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Následující kapitola je zaměřena na vymezení pojmů zdravotní postižení, mentální retardace, mentální postižení a kombinované postižení. Tyto termíny postižení si záměrně vymežíme a poukážeme na jejich rozdílnost. Dále se obeznámíme s klasifikací a modely mentální retardace.

Za zdravotně postiženou osobu je považován člověk, jehož nemoc či postižení není krátkodobé, ale trvá měsíce či roky, zanechává zdravotní následky, které ho omezují v určitých činnostech, kvalitě života a uplatnění ve společnosti. Pojem postižení zahrnuje fyzickou, mentální či smyslovou vadu s přechodným nebo trvalým charakterem. Takto specifikovaná postižení ovlivňují život jedince a kladou na něj a jeho okolí značné nároky.

### 2.1 Vymezení pojmu zdravotní postižení

Význam pojmu zdravotní postižení a osoba se zdravotním postižením byl uznán v České republice zavedením do právního řádu zákonem č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v platném znění (dále jen zákon o zaměstnanosti). Osoby, které jsou považovány za osoby se zdravotním postižením, vymezuje § 67 odst. 2 zákona o zaměstnanosti ve své úvodní části jako:

- a) *invalidní ve třetím stupni (dále jen „osoby s těžkým zdravotním postižením“),*
- b) *invalidní v prvním nebo druhém stupni, nebo*
- c) *zdravotně znevýhodněné (dále jen „osoba zdravotně znevýhodněná“).*

(ČESKO, Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v platném znění: MPSV ČR).

Oproti tomu zákon o sociálních službách, definuje v § 3 zdravotní postižení jako „*tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované, jehož dopady činí a mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby*“ (ČESKO, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění: MPSV ČR).

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením v úvodní části Preambule bod d) uznává zdravotní postižení pojmem „*který se vyvíjí a který je výsledkem vzájemného působení mezi osobami s postižením a bariérami v postojích a v prostředí, které brání jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti, na rovnoprávném základě s ostatními*“ (Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením, 2006, v platném znění: MŠMT ČR).

## 2.2 Vymezení pojmu mentální postižení a mentální retardace

Světová zdravotnická organizace definuje mentální retardaci jako: „*Stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujících se během vývojového období, postihující všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez, nebo současně s jiným somatickými nebo duševními poruchami*“ (WHO, MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených problémů: desátá revize, aktualizované vydání k 1. 1. 2021, v platném znění, dále jen WHO, MKN-10).

Autoři zabývající se problematikou mentálního postižení ve svých publikacích používají termíny „mentální postižení“ a „mentální retardace“ jako synonyma. Na doporučení Mezinárodní ligy asociací pro osoby s mentálním handicapem (ISLMH), je vhodnější používání označení „*člověk (dítě, mladistvý) s mentálním postižením (s mentální retardací)*“.

Smyslem tohoto pojmenování je skutečnost, že retardace není součástí daného člověka, ale jeden z mnoha osobnostních rysů (Švarcová, 2000, s. 25).

Zigler a Hodapp (1986, s. 4) uvádí, že nejvšeobecnější charakteristika retardovaných lidí je ta, že jejich intelektuální úroveň je nižší než úroveň průměrného člověka ve společnosti.

Švarcová (2000, s. 24-25) výklad pojmu mentální postižení a mentální retardace popisuje následovně: „*Mentálním postižením nebo mentální retardací nazýváme tedy trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku organického poškození mozku. Mentální postižení není nemoc, je to trvalý stav, způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku.*“ Dále autorka Švarcová popisuje, že u člověka s mentálním postižením se vyskytují charakteristické osobní rysy a společenské znaky, které se odvíjejí od hloubky a rozsahu mentální retardace, míře postižení psychických funkcí a psychického vývoje. K mentálně postiženým/retardovaným se řadí děti, mládež a dospělí, u kterých dochází k odlišnostem vývoje rozumových, psychických vlastností a také adaptačních poruch. U každého jedince je míra postižení a mentální retardace odlišná z důvodu organického poškození mozku.

Dle Valenty (2018, s. 31, 33) je pojem mentální postižení (mental disability) bráno jako změkčující výraz oproti základnímu pojmu mentální retardace (mental retardation), který

je vnímán jako společensky neúnosný a hanlivý. Mentální postižení nemá status coby terminus technicus, přesto je užíván především v pedagogické a poradenské praxi.

Autor Langer (1996, s. 5) uvádí, že mentální retardace se nazývá oligofrenie nebo také slabomyslnost, což dle autora je celková nevyvinutost osobnosti s postižením rozumových schopností.

Oproti tomu Valenta (2018, s. 34) popisuje, že: *„Mentální retardaci lze vymezit jako vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i časně postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnosti jedince.“* Což je možné přeložit jako zpoždění duševního vývoje osobnosti.

Dle Bendové (2011, s. 9) je mentální retardace *„stav zastaveného či neúplného vývoje, který je charakterizován narušením dovedností projevujících se během vývojového období, přispívajících k povšechné úrovni inteligence, tj. poznávacích, řečových, pohybových a sociálních schopností“*.

### 2.2.1 Klasifikace mentální retardace

Světová zdravotnická organizace (WHO) seřadila klasifikaci nemocí do kategorií, které následně definovala z nemocí a přidružených zdravotních problémů. Dle historického vývoje klasifikace za přispění jednotlivců a skupin odborníků z celého světa se klasifikace aktualizuje s vývojem a posunem získaných informací o nemocech. V současné době platí desátá revize mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) mentální retardace, která se dělí do šesti kategorií dle inteligenčního kvocientu (WHO, MKN-10, 2021, s. 6).

Měřítkem určení stupně mentální retardace jsou obvykle využívány standardizované testy inteligence. Také je možné využít škály, které slouží k učení sociální adaptace v určitém prostředí, ale toto měření mentální retardace je jen přibližné, protože je třeba brát v úvahu intelektové funkce posuzovaného a posouzení a vyhodnocení diagnostika, který šetření prováděl. Určená diagnóza by měla odpovídat aktuálnímu stavu a duševních funkcí posuzované osoby (WHO, MKN-10, 2021, s. 244).

Členění mentální retardace do skupin dle MKN-10:

### **F70 Lehká mentální retardace**

**Patří sem:** lehká slabomyslnost (oligofrenie)

lehká mentální subnormalita

Dospělá osoba pohybující se v rozmezí IQ mezi 50 až 69 odpovídají mentálnímu věku 9 až 12 let. Osoba s takto diagnostikovaným IQ je schopna vykonávat pracovní činnosti, udržovat sociální vztahy a zapojovat se do společenského života.

### **F71 Střední mentální retardace**

**Patří sem:** střední slabomyslnost (oligofrenie)

imbecilita

Hodnoty IQ dosahují 35 až 49, což u dospělé osoby odpovídá mentálnímu věku 6 až 9 let. Projevuje se zde zřetelně vývojové opoždění v dětském věku, avšak v dospělosti je takto postižená osoba schopna se vyvinout k určité hranici soběstačnosti, nezávislosti a ovládat komunikační techniky k vyjádření nutných potřeb a přání. Takto postižená osoba ovšem bude potřebovat podporu a vedení k různým činnostem ve společnosti, ale i pracovním životě.

### **F72 Těžká mentální retardace**

**Patří sem:** těžká mentální subnormalita

idioimbecilita

Pásmo IQ u dospělé osoby v hodnotách 20 až 34 což odpovídá mentálnímu věku 3 až 6 let. Osoba, která se nachází v tomto stupni retardace, potřebuje trvalou potřebu péče a podpory druhé osoby.

### **F73 Hluboká mentální retardace**

**Patří sem:** hluboká slabomyslnost (oligofrenie)

idiocie

Osoba v tomto pásmu dosahuje IQ nejvýše 20 což odpovídá u dospělého mentálnímu věku 3 roků. Takový stav u osoby s hlubokou retardací způsobuje úplnou závislost na pomoci druhé osoby při všech úkonech o vlastní osobu a hájení svých zájmů. Úplná závislost na podpoře a péči jiných osob.

### **F78 Jiná mentální retardace**

Tato kategorie se používá v případě, pokud nelze využít obvyklých metod při stanovení intelektové retardace. Příkladem mohou být osoby nevidomé, neslyšící, nemluvící, ale také osoby s autismem, těžkou poruchou chování a těžce postižené osoby.

### **F79 Neurčená mentální retardace**

**Patří sem:** mentální: deficit NS

subnormalita NS

Kategorie neurčené mentální retardace se využívá tehdy, je-li mentální retardace prokázána, ale chybí dostatečné množství informací pro zařazení pacienta do již shora uvedených kategorií.

Ke stupni mentálního postižení v MKN-10 se u osob rozlišuje i specifické chování sebepoškozování, afekty vzteku, Downův syndrom a jiné, které se označují přidáním další číslice za stupeň postižení. Toto členění je určeno k položkám F70-F79.

0 „Žádná nebo minimální porucha chování.

1 Významná porucha chování, vyžadující pozornost nebo léčbu.

8 Jiné poruchy chování.

9 Bez zmínky o poruchách chování.“

(WHO, MKN-10, 2021, s. 244-245)

### **2.2.2 Modely mentální retardace**

Náhled a postoj na mentální retardaci a osoby takto postižené se v průběhu dějin lišil. Hledaly se vhodné přístupy a kompromisy, jak k takto hendikepovaným osobám přistupovat. V současné době je popisováno několik odlišných přístupů a pohledů na osoby s mentální retardací. Lečbych (2012, s. 34-41) uvádí, že na pojem mentální retardace se nahlíží z různých úhlů pohledu, který závisí na specifikaci a zaměření dané skupiny osob. Jinak na mentální retardaci nahlízejí odborníci z lékařství, kteří se směřují k diagnostikování a určení příčiny problému a vzniklých limitů související s postižením. Odlišný přístup a chápání mají sociální pracovníci, kteří se snaží takto postižené osoby začleňovat do sociálního dění, aby se neocitli na okraji sociálního vyloučení. Psychologové se zaměřují na diagnostiku kognitivních funkcí v návaznosti na rozvoj či uchování

stávajících schopností a dovedností. V neposlední řadě je třeba zohlednit i vnímání mentální retardace u takto postižených osob z pohledu rodinných příslušníků a pohledu samotných osob takto postižených. Podstatou modelů mentální retardace je pochopení skutečnosti v návaznosti na poskytnutí výkladu. Rizikem takto formulované skutečnosti je možnost zjednodušení. Proto je vždy vhodné se na pochopení dané skutečnosti dívat z vícera úhlů pohledu, které poskytnou plastický a prostorový dojem vnímání reality. Autor popisuje tyto modely:

### **Medicínský model (klasifikační, limitační)**

Tento model Lečbych (2012, s. 35-37) popisuje jako dominantní, který má dlouhou tradici v našem prostředí a rozvíjí se. Medicínský model jasně vymezuje pojem mentální retardace jedince a vzniklé nedostatky v oblasti rozumových schopností, adaptace a limity. Dle názvu je patrné, že se tento model častěji využívá v oblasti zdravotnictví, kde je jeho podstatou určení a podchycení vývojových poruch. Významné je hledání příčin mentální retardace a následné včasné diagnostikování, které upozorní na zpomalení rozvoje mentálních schopností v nízkém věku. Nevýhoda tohoto modelu je spojena se zvyšujícím se věkem osob s mentálním postižením, kdy nebyla provedena včasná diagnostika, a nebyly započaty podpůrné metody pro zpomalení rozvoje mentálního postižení. Kritizována je především diagnostika adolescentů a dospělých, kdy se míra IQ určuje na rozumových schopnostech ve formě standardizovaných testů inteligence a následně se určuje dle členění mentální retardace do skupin dle MKN-10. Podrobný popis členění mentální retardace do skupin dle MKN-10 je uveden v podkapitole 2.2.1. Přesné definování tohoto modelu nelze zcela vymezit, jelikož může nastat řada neočekávaných problémů. Můžeme říct, že tento model má zaměření a funkce diagnostické, klasifikační a částečně rehabilitační.

### **Model ústavní péče**

Dle Lečbycha (2012, s. 37) je tento model založen na soucitu a soucítění s osobami s postižením, které potřebují pomoc druhých lidí. Jedná se o altruistické chování s cílem ochrany lidí s mentální retardací, které jsou vyčleněny z dění společnosti a potřebují chráněné prostředí. Výhodou a předností tohoto modelu je komplexnost v péči o osoby s mentální retardací v celodenní péči při uspokojování jejich základních potřeb, které jim rodina již nedokáže zajistit. Takovou sociální péči mohou poskytovat chráněná bydlení, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem a jiné. Oproti

těmto výhodám modelu je možný vznik závislosti postižené osoby na poskytované sociální službě a komplexnosti péče a v riziku sociálního vyloučení, izolovanosti, ztráty motivace, nedůvěry a stigmatizace.

### **Popisný model**

Jak uvádí Lečbych (2012, s. 37-39) je popisný model alternací medicínského modelu. Účelem tohoto modelu je zamezení negativních jevů vycházejících z požívání diagnostických výrazů k popisu člověka. Předchází negativním jevům spojeným s nálepkováním osob s mentální retardací, kdy takové zařazení a určení nálepky může ohrozit kvalitu života zapříčiněnou vznikem předsudků a zkresleného vnímání ze strany veřejnosti. Podstatou tohoto modelu je kladení důrazu na to vidět člověka s mentální retardací jako lidskou bytost, která má veškerá lidská práva na spokojený a klidný život.

### **Model ekologický (podpůrný)**

Ekologický, podpůrný model dle Lečbycha (2012, s. 39-40) vznikl ve snaze vytvoření praktického modelu pro osoby s mentální retardací v oblasti integrace a participace do běžného života společnosti. Mentální retardace není chápána jako absolutní charakteristika vymezená jednotlivcem, ale je chápána jako interakce jedince s faktory prostředí, kdy by člověk měl žít v prostředí, které je mu blízké. Rozhodující v tomto modelu je míra podpory, kterou osoby s mentální retardací potřebují. Podstatným faktorem tohoto modelu je hledání silných stránek u osob s postižením, motivace a co největší snaha o zapojení do dění ve společnosti. K pilířům ekologického modelu patří:

- možnosti/kompetence – popis toho, co osoba zvládne a v čem a jak se dokáže zapojit do společnosti,
- prostředí – popis nároků, které dané prostředí klade na osobu v souvislosti se silou, která v prostředí působí,
- fungování – míra podpory, kterou osoba bude potřebovat pro zvládnutí nároků prostředí,
- čas – vymezení času po jakou dobu bude podpora v daném prostředí působit.

Výhodou ekologického podpůrného modelu je využitelnost v praxi především v oblasti integrace, kdy popis možností a kompetencí nám umožňuje vytvořit spíše představu o zapojení osob s mentální retardací, než popis omezení. Míra podpory odráží konkrétní

věci, které osoby k zapojení potřebují, a nekoresponduje se stupněm postižení intelektu. Podstatný je i časový úsek, který upozorňuje na vývoj a zrání osobnosti.

### 2.3 Kombinované postižení

Kombinované postižení a kategorie osob s kombinovanými vadami nemá doposud jasně stanovenou terminologii a definici. Podle autorek Růžičkové a Kramosilové (2017, s. 149) se v České republice používají termíny kombinované postižení, kombinované vady, vícenásobné postižení nebo multihandicap.

**Kombinované postižení** je postižení osob, u kterých se vyskytují dvě nebo více druhů postižení současně. Mohou to být kombinace vad duševních, smyslových či tělesných. Příčiny vzniku těchto kombinací vad se mohou různit a následně se projevovat závažnými obtížemi a bariérami v komunikaci s okolím, psychickými obtížemi nebo sníženou schopností pohybu. Příčiny vzniku postižení mohou být vrozené, porodem nebo následkem úrazu či nemoci (Cílové skupiny poskytování sociálních služeb: Služby zdravotně postiženým, 2021).

Podle Slowíka (2016, s. 149): „*Kombinace několika druhů postižení bývají často zapříčiněny genetickými anomáliemi a někdy se projevují formou souborů mnoha příznaků – tedy syndromů (Downův syndrom, Turnerův syndrom, Edwardsův syndrom, Patauův syndrom, Tourettův syndrom aj.). Primární postižení bývá v některých případech velmi obtížné stanovit.*“

V Defektologickém slovníku (Edelsberger, 2007, s. 158) je definice vyjádřena takto: „*V defektologii jde o kombinované vady, když jedinec je postižen současně dvěma nebo více vadami.*“ Tak jak není ustanovené vymezení a pojem kombinovaného postižení, tak se zatím odborníci na danou problematiku nedokázali shodnout na jednotné klasifikaci osob s kombinovaným postižením. Jedním z důvodů je obtížnost určení společných faktorů pro jednotlivé kategorie.

Jesenský (2000, s. 5) člení kombinované postižení takto:

1. „*Slepohluchoněmota a lehčí smyslové postižení.*“
2. *Mentální postižení s tělesným postižením.*
3. *Mentální postižení se sluchovým postižením.*
4. *Mentální postižení s chorobou.*



5. *Mentální postižení se zrakovým postižením.*

6. *Mentální postižení s obtížnou vychovatelností.*

7. *Smyslové a tělesné postižení.*

8. *Postižení řeči se smyslovým, těsným a mentálním postižením a chronickou chorobou.*“

S ohledem na různorodost a specifčnost kombinovaných vad je velice náročné zjistit, určit a zařadit tyto osoby do jednotlivých skupin. Kombinace několika druhů postižení je náročná, protože takto handicapovaný člověk je vícenásobně omezen ve všech směrech jeho životního působení. V přístupu k těmto osobám s kombinovaným postižením se v současnosti upřednostňuje přístup a pohled ne na jeho postižení, ale na stávající schopnosti a možnosti. Hlavní podstatou je maximální využití potencionálu handicapovaného člověka k jeho osobnímu rozvoji a participace ve společnosti (Slowík, 2016, s. 153).

### 3 INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ A JEHO PROCESY

Třetí kapitola je zaměřena na individuální plánování a jeho procesy, kde si popíšeme individuální plánování v průběhu poskytování sociální služby, jeho význam, ale i meze, procesy a metody sestavení a v neposlední řadě i chyby, kterých je možno se při individuálním plánování dopustit.

Dle Johnové (2007, s. 77) je „výsledný plán důležitým důkazem o naplňování tohoto požadavku, samotný proces plánu – individuální plánování – je ještě důležitější“.

Individuální plánování je proces zahrnující v první řadě jednání se zájemcem o službu, sepsání smlouvy o rozsahu a činnosti poskytované sociální služby a podpis smlouvy o čerpání služby a následné vytvoření individuálního plánu uživatele sociální služby. Dohodnuté a nastavené cíle jsou plánovány individuálně s ohledem na schopnosti a přání uživatele a možnosti poskytovatele sociální služby. Cílem je zachování v dohodnuté míře takového způsobu života, na jaký byl začátkem využívání sociální služby zvyklý (Hauke, 2011, s. 124).

Pojem „plánování služby“ se začal používat v sociálních službách v souvislosti se zpracováním „Národních standardů kvality sociálních služeb“ v roce 2002. Národní standardy kvality sociálních služeb se staly v letech 2000-2003 výstupem česko-britského projektu, jehož smyslem bylo nastavení změn kvality poskytovaných sociálních služeb. Schválením zákona o sociálních službách v roce 2006 byl přijat i pojem „plánování služby“, který je jedním ze symbolů změn v sociálních službách, ale i jedním z hlavních požadavků na kvalitu poskytovaných sociálních služeb (Haicl a Haiclová, 2011, s. 23).

#### 3.1 Vymezení pojmu individuální plánování

*„Plánování služby je formální i neformální příležitost rozvíjet vztahy i kvalitu sociálních služeb. Plánování služby je pro nás – současnou generaci panovníků v pomáhajících profesích i generaci uživatelů – zásadní výzvou a příležitostí. Je naší odpovědností, zda a jak s touto příležitostí naložíme“* (Haicl a Haiclová, 2011, s. 23). Autoři individuální plánování radí ke královské disciplíně.

Podle Bickové a Hrdinové (2011, s. 73) je individuální plánování proces, který se vyvíjí a má svoji dynamiku. Může být živý a akční, ale mohou nastat chvíle, kdy se v plánování

nemůžeme hnout z místa. Lze říct, že je to „*záměrný proces, jehož smyslem a účelem je poskytovat uživateli podporu v tom, co potřebuje*“.

Individuální plánování/IP dle slovníčku pojmů (2011, s. 220) je „*proces, při němž se stanovují kroky (prostředky), jimiž je třeba dosáhnout požadované změny nepříznivé sociální situace klienta*“.

Hermanová (2011, s. 227) uvádí individuální plánování jako „*proces řešení přání a potřeb uživatelů sociálních služeb, které může ovlivnit multidisciplinární tým. Jedná se o logickou metodu vzájemně propojených činností, které se realizují ve prospěch a za spolupráce uživatele při zachování individuální péče*“.

### **3.2 Individuální plánování v průběhu sociální služby**

Tato podkapitola nás blíže seznámí se standardem č. 5, který je nedílnou metodickou součástí individuálního plánování.

Poskytovatelé sociálních služeb mají povinnost uloženou zákonem poskytovat uživateli nasmlouvanou sociální službu dle jeho potřeb, schopností a přání. Na dodržování a plnění těchto požadavků slouží „*Standardy kvality sociálních služeb*“, se kterými jsme se blíže seznámili v kapitole 1.2.

Pro plánování a průběh poskytované sociální služby je podstatný standard č. 5, který nám určuje jak v plánování postupovat. Při definování budeme vycházet z publikace autorek Čermákové a Johnové (2002, s. 45-53) *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe – Průvodce poskytovatele*, kterou jako metodickou příručku pro poskytovatele v sociálních službách vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí v roce 2002. Autorky uvádějí, že Standard č. 5 *Plánování a průběh služby* = „*Poskytování služeb vychází z osobních cílů a potřeb uživatele a je postaveno především na jeho schopnostech. Průběh služby je přiměřeně plánován. Pro lepší pochopení a srozumitelnost autorky Standard č. 5 „Plánování a průběh služby“ rozčlenily do šesti kritérií:*

#### **Kritérium 5.1**

„*Průběh služby vychází z vnitřních zdrojů a možností uživatele, sleduje dosažení dohodnutých osobních cílů a je plánován společně s uživatelem.*“ Podstatou a cílem tohoto kritéria je, že poskytovaná sociální služba má stanovený cíl, který umožní osobě v nepříznivé sociální situaci setrvat v přirozeném prostředí a být jeho nedílnou součástí.

Takto stanovený obecný cíl bude převeden do podoby osobního cíle uživatele, který se bude prostřednictvím sociální služby a podrobným naplánováním snažit svého stanoveného cíle dosáhnout.

### **Kritérium 5.2**

*„Naplnování osobních cílů uživatele je v průběhu služby přehodnocováno. Uživatel má možnost měnit své osobní cíle.“* Autorky v tomto kritérii uvádějí, že při poskytování sociální služby má uživatel možnost a právo změnit svůj osobní cíl či naplánovaný postup plnění. Poskytovatel by na to měl pružně reagovat a především respektovat přání uživatele ohledně změny nastavení nového cíle a postupů.

### **Kritérium 5.3**

*„Zařízení má vypracovaná písemná vnitřní pravidla, kterými se řídí plánování procesu poskytování služeb. Zařízení stanoví tato pravidla v závislosti na charakteru služeb. V závislosti na charakteru služby je stanoven způsob, jakým je zaznamenán průběh jejího poskytování (včetně termínů a způsobu, jakým může být poskytování služby přehodnoceno).“* Cílem tohoto kritéria dle autorek je, aby plánování služby odpovídalo potřebám uživatelů a nárokům služby na kvalitu. Toho lze dosáhnout stanovením a nastavením rámcových pravidel v oblastech souhrnu cílů, postupů a termínů a způsobu dosažení. Kritérium obsahuje i základní okruhy zásad, jak postupovat při procesu plánování. Podstatným faktorem je písemné zaznamenávání z důvodu, že do poskytování sociální služby může být zapojeno více pracovníků a písemné záznamy slouží k přehlednějšímu předávání informací o uživateli, slouží jako základ pro revizi plánů a pokračování sociální služby.

### **Kritérium 5.4**

*„Za plánování a průběh služby pro jednotlivé uživatele odpovídají konkrétní pracovníci zařízení.“* Určení zodpovědného pracovníka pro uživatele je důležité pro určení a nastavení plnohodnotného čerpání sociální služby. Autorky uvádějí, že se osvědčilo z praxe, stanovit klíčového pracovníka, který úzce kooperuje s uživatelem, je mu nápomocen a je propojením k ostatním pracovníkům podílejícím se na plánu péče.

### **Kritérium 5.5**

*„V zařízení je uplatňován systém sdílení potřebných informací o službách, které jsou poskytovány jednotlivým uživatelům.“* Pro naplnění kritéria je třeba dle autorek nastavení

systemu předávání informací o průběhu poskytované sociální službě těm kompetentním pracovníkům, kteří se do práce s uživateli zapojují.

### **Kritérium 5.6**

*„Zařízení má stanovená kritéria pro posouzení toho, zda je dosahováno osobních cílů uživatelů služeb.“* Podstatou je stanovení si jasných kritérií v poskytované sociální službě, které budou vést k naplnění a ukončení nasmlouvané dohody. Zařízení dle autorek by mělo mít přesnou představu, jak má vypadat výstup poskytované sociální služby, aby mohlo zodpovědně ukončit poskytování služeb nebo pokračovat stávajícím způsobem.

K standardu č. 5 Malíková (2011, s. 72-73) dodává, že *„slouží k dosažení konkrétních, reálných a průkazných výsledků poskytovaných služeb. Jeho význam potvrzuje fakt, že má celkem pět kritérií, z čehož čtyři jsou zásadní, tedy povinná a musí být v plné míře naplněna“*. Dále autorka poukazuje na souvislost standardu č. 5 s Listinou základních práv a svobod v bodech:

- právo na svobodu projevu,
- právo na osobní svobodu a volný pohyb,
- právo na ochranu osobních dat,
- právo na vzdělání a na přístup k informacím,
- nedotknutelnost osoby a jejího soukromí,
- právo na ochranu zdraví a jiné.

Hauke (2011, s. 74) standard č. 5 považuje za klíčový a přirovnává ho ke „kuchařce“, jenž metodicky slouží především klíčovým pracovníkům v procesu individuálního plánování s uživateli, aby výsledkem jejich spolupráce bylo sestavení smysluplného individuálního plánu.

### **3.3 Význam a meze individuálního plánování**

Individuální plánování má své klady, ale i úskalí. Odborníci, kteří se touto problematikou zabírají, upozorňují, že je třeba najít a zvolit vhodný systém kroků, který povede k naplnění stanoveného cíle plánování. Mohou ovšem nastat i situace, kdy takto nastavené parametry individuálního plánování mohou vykazovat nedostatky.

Hauke (2011, s. 17–18) popisuje význam individuálního plánování ze dvou hledisek:

1. Význam individuálního plánování pro uživatele spočívá v:
  - uživatel je rovnocenný partner v procesu,
  - uživatel má právo se rozhodovat, zda služba, kterou si zvolil, mu pomáhá v naplňování jeho představ a cílů,
  - uživatel je seznámen se svými právy a povinnostmi,
  - uživatel se cítí bezpečněji, když je obeznámen, jak sociální služba bude probíhat a jsou mu opakovaně sděleny všechny informace, na kterých se s poskytovatelem domluvil,
  - uživatel a poskytovatel se ve vzájemné spolupráci snaží dosáhnout cíle, který si na začátku spolupráce stanovil uživatel.
2. Význam individuálního plánování pro poskytovatele spočívá v tom, že:
  - individuální plánování je prostředkem stanovení kapacity sociální služby,
  - poskytovatel má větší bezpečí a obranu při plánování proti požadavkům uživatele, které si v průběhu plánování nestanovil a nezahrnul do plánu,
  - individuální plánování je kontrolním mechanismem k efektivitě využívání sociální služby,
  - jednotný postup všech pracovníků, kteří se podílejí, na spolupráci s uživatelem, aniž by museli opakovaně zjišťovat, jakým způsobem požaduje uživatel službu poskytovat,
  - individuální plánování je prostředkem ke zvyšování kvality služby, ke změnám nabídky služeb na základě zjišťování potřeb, přání a cílů uživatelů,
  - na základě individuálního plánování může organizace sestavovat rozvojové plány.

Johnová, Haifo, Klíma, Chábová a Brožová (2007, s. 76-77) uvádějí, že individuální plánování je třeba chápat v kontextu celého zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, a ne pouze jako jeden ze standardů. Důležitost a význam autoři vidí v posilování autority uživatele a jeho kompetence, v rozpoznání, zda je služba pro něj vhodná, splňuje jeho potřeby, cíle a hodnoty. Jestli uživatel rozumí všemu, co mu jeho sestavený individuální plán nabízí a má z toho pocit bezpečí a má pocit, že se někdo zajímá jeho problémy. Významným přínosem pro poskytovatele je, že individuální plánování umožňuje zachovat standardní kvalitu služeb, při nastalých změnách, rozvíjí sociální

služby na základě sdělených potřeb uživatelů služeb, poskytuje bezpečí pro uživatele a je nástrojem kontroly uvnitř organizace.

Zápory v individuálním plánování spatřuje Hauke (2011, s. 19-20) v nedostatku zaměstnanců organizace a v časové dotaci na vyhotovení a sestavení individuálního plánu uživatele ze strany organizace. Některé organizace to mohou řešit tak, že se individuálně plánuje pouze formálně nebo individuální plán zaměstnanci tvoří doma ve svém osobním volnu a pak ho uživatelům přinesou pouze podepsat. Problémovým faktorem je i počet uživatelů na jednoho klíčového pracovníka.

Bicková (2011, s. 76-77) vidí obtíže v individuálním plánování v existenci vícero způsobů individuálního plánování v organizaci, odmítání a považování za zbytečnost proces individuálního plánování ze strany managementu, v zatěžování pracovníků zbytečnou administrativou, potřebou ze strany poskytovatele mít vše dokonale nastaveno, z převážně zdravotnického pohledu nad sociálním pohledem v podstatě individuálního plánování, vytvoření individuálních plánů bez uživatelů, v chybné komunikaci mezi pracovníky a managementem, v absenci podpory pracovníků ze strany zaměstnavatele v identifikaci potřeb (supervize, podpora odborníka).

### 3.4 Procesy sestavení individuálního plánování

Individuální plánování podle Malíkové (2011, s. 182-183) je proces složený z částí, které jsou důležité jak pro klíčového pracovníka, tak pro klienta a jsou děleny na etapy:

**Zkoumání situace = porozumění situaci**, ve které jde především o porozumění klienta, jak chápe vlastní situaci, ve které se ocitnul, jak chápe funkci klíčového pracovníka a jakou pomoc může od něho očekávat. Důležité je vzájemné porozumění, které je základem úspěšné spolupráce mezi klientem a pracovníkem.

**Plánování = pojmenování změny a plán jejího dosažení** po procesu porozumění situace mezi klientem a pracovníkem, kde je třeba formulovat cíl a definovat kritéria, která nám pomohou stanovený cíl naplnit. Důležitou fází plánování je stanovení termínů a osob, které budou zodpovědní za plnění nastavených jednotlivých činností. Podstatné je provedení analýzy rizikových situací, aby se minimalizovala možná hrozící rizika klientům.

**Realizace plánu = společná práce** mezi klientem a pracovníkem v realizaci všech naplánovaných činností ve stanoveném rozsahu s pozorností na náročnost při plnění a posouzení nároků na klienta.

**Vyhodnocení = revidování plánů** je poslední fáze všech předchozích kroků, která má za úkol kroky plánování uzavřít a zhodnotit. Důležité je posouzení dosaženého cíle a optimální podpory ze strany klíčového pracovníka k uživateli v adekvátní míře zájmů a ponechání svobody klientovy.

Podstatou a smyslem individuálního plánování je naplnění všech čtyř kroků, které se neustále pravidelně opakují. Odlišují se pouze obsahem z důvodu aktuální situace klienta.

Autoři Walker, Koroloff a Schutte (2003, s. 107 A - 2) uvádějí, že proces individuálního plánování především obsahuje vytýčení cílů, konkrétní ukazatele, strategie a kroky, které nás dovedou ke stanovenému cíli.

Hermanová (2011, s. 227) popisuje proces individuálního plánování v pěti krocích.

1. krok            Zjišťování přání a představ, zhodnocení uživatele a jeho potřeby.
2. krok            Stanovení plánu péče dle bio-psycho-sociálního stavu uživatele, stanovení společného cíle uživatele a klíčového pracovníka. Tento nastavený cíl reálného splňuje možnosti uživatele, ale i poskytovatele sociální služby.
3. krok            Společné plánování čerpání nesmlouvané sociální služby, které povede k naplnění stanoveného cíle.
4. krok            Provedení navržených opatření.
5. krok            Provedení hodnocení efektu poskytnuté sociální služby.

Všechny tyto fáze na sebe úzce navazují a opakují se. Důležité je, aby klíčový pracovník uživatele dobře poznal a zjistil jeho potřeby, přání a problémy a následně se s uživatelem či zákonným zástupcem společně dohodnul na správné strategii péče.

Oproti tomu Haicl (2011, s. 228) popisuje, že individuální plán by měl obsahovat:

1. krok            **Záznam o společném plánování a vyhodnocování služby** – dialog mezi klíčovým pracovníkem a uživatelem sociální služby:

- záznam o osobním cíli – dojednání, jakým způsobem bude uživatel podpořen sociální službou,
- záznam o způsobu poskytování služby v činnostech – dojednání a rozsah, jakým způsobem bude sociální služba poskytována,



- záznam o vyhodnocení způsobu poskytování služby a podpory osobních cílů nebo individuálních potřeb uživatele sociální služby.
2. krok        **Záznam o průběhu služby** – jak byla služba poskytována, doložení důkazů poskytnuté podpory, splnění osobních cílů, potřeb a nastavení nových přání.
3. krok        **Individuální plán předcházení a řešení rizik** – vyhotovení jen dle potřeby.
- Podle Haicla mají být individuální plány a veškeré záznamy efektivní, jasné, věcné a kultivované.

### 3.5 Metody individuálního plánování

V individuálním plánování, které je zaměřeno na člověka nacházíme řadu metod, které můžeme využít, ale je důležité vědět, že každá metoda má svůj význam a je třeba vědět, kdy kterou použít. Malíková (2011, s. 182) uvádí, že klíčoví pracovníci by měli mít dostatek znalostí a dovedností, pro správné používání metod, aby individuálně mohli uplatnit tu nejvhodnější. Mezi tyto metody autorka zařazuje:

- rozhovor s reflektujícími osobami,
- studium dokumentace,
- osobní profil klienta,
- elektronickou komunikační tabulku,
- využití počítačové techniky pro komunikaci.

Oproti tomu Hauke (2011, s. 83-85) za důležité metody individuálního plánování považuje analýzu dokumentace, pozorování a rozhovor.

Haicl a Haiclová (2011, s. 151-156) uvádějí, že: „*konkrétní techniky při plánování služby se liší podle přístupů (modelů), které klíčový pracovník či organizace uplatňuje*“. Dle autorů je rozhovor základní metodou plánování, ale pokud rozhovoru brání překážky na straně uživatele v percepční či expresivní složce řeči, nastane změna na straně klíčového pracovníka a začne používat v rozhovoru prostředky alternativní a augmentativní komunikaci. U nekomunikujícího uživatele, vyvstává otázka volby vhodné komunikační metody na zjištění potřeb a podpory s uživatelem. Autoři metody rozdělují do několika hlavních přístupů:

- a) „*intuitivní (úvodní fáze kontaktu s potřebami uživatele vychází z prožitků, pocitů, intuice klíčového pracovníka)*,

- b) *racionální (úvodní fáze kontaktu je založena na myšlenkových procesech a analýze klíčového pracovníka),*
- c) *rozhovor s referujícími osobami,*
- d) *studium dokumentace uživatele“.*

„V praxi se, ale s „učebnicově čistým“ nepoužíváním těchto metod nesetkáváme.“ Klíčový pracovník si spíše zvolí a vytvoří vlastní kombinaci metod, které využije na zjištění potřeb uživatele. Mohou to být metody:

- **Pozorování uživatele v reálné situaci** je prováděno přímým pozorováním uživatele, bez zapojení aktivní činnosti. Jedná se o nerušené pozorování uživatele v jeho činnostech, chování, myšlení a pocitů, ale také v tom, co mu nevyhovuje a čemu se brání. Důležité jsou naše vlastní pocity, myšlenky, fantazie a prožívání, které mohou být důležitým vodítkem pro tvorbu hypotéz o uživatelských potřebách.
- **Empatická fantazie** je metoda vcítění se do role uživatele a jeho situací. Následně zkoumáme naše potřeby, reakce a postupy řešení situací. Vyhodnocené empatické poznatky následně zpracujeme do hypotéz či námětů, které mohou být následně využity v potřebách uživatele.
- **Modelový rozhovor pracovník – pracovník empatický** je technika nácviku využívání například v supervizi, kdy jeden účastník představuje klíčového pracovníka a druhý účastník hraje uživatele. Mezi oběma aktéry probíhá dialog o plánování sociální služby v návaznosti na kladené otázky a reakce na ně. Po ukončení modelové situace oba aktéři vyhodnotí zjištěné informace, které by mohly následně uživateli pomoci.
- **Imaginativní rozhovor** je představa dialogu mezi klíčovým pracovníkem a uživatelem. Smyslem metody je představa klíčového pracovníka, jak by mohl uživatel odpovídat a reagovat. Tyto představy klíčový pracovník v mysli sleduje a následně usuzuje, jakou podporu uživateli poskytnout. Tako metoda je vhodná pro uživatele, kterého klíčový pracovník zná již dlouhou dobu.
- **Analýza uspokojení potřeb** se liší od předešlých technik, které jsou především založeny na představivosti, fantazii, imaginaci. Tato metoda se opírá o uvědomění a vychází z předpokladu, že lidské potřeby se neliší. Podstatou je, že klíčový pracovník vypracuje seznam lidských potřeb dle odborné literatury, které následně hodnotí, zda by byl uživatel schopen každou jednotlivou potřebu naplnit.

- **Rozhovor s referujícími osobami a studium dokumentace** je metodou, kdy se můžeme dovědět důležité informace o potřebách uživatele od rodiny, blízké osoby či spolupracovníků, kteří uživatele znají. Podstatné v rozhovoru je nechat osobu spontánně hovořit o uživateli a posléze se vhodnými otázkami doptávat na to, co nás ještě zajímá a co potřebujeme vědět.

### 3.6 Chyby při individuálním plánování

Individuální plánování má stanovená kritéria, které by poskytovatelé sociálních služeb měli dodržovat, ale není přesně specifikované, jak se individuální plánování má provádět a z tohoto důvodu se mohou vyskytovat chyby vedoucí k výskytu problémů jak na straně poskytovatele, tak uživatele.

Malíková (2011, s. 187) za nejčastější chyby v individuálním plánování považuje:

- informace, které jsou nedostatečně a nesrozumitelně formulovány, k vytvoření individuálního plánu z důvodů nepochopení si mezi klíčovým pracovníkem a uživatelem,
- neprofesionální chování pracovníků organizace,
- chybné komunikační techniky a přístupy ze strany klíčových pracovníků k uživatelům,
- nedostatek empatie a naslouchání ze strany klíčového pracovníka,
- nedůvěra klienta ke klíčovému pracovníkovi, k jeho projevu, chování a přístupu,
- negativní postoj klíčového pracovníka k procesu individuálního plánování, k samotné funkci klíčového pracovníka a přístupu ke klientovi,
- nedostatečná znalost intuitivních, alternativních a augmentativních komunikačních technik,
- tvorba individuálního plánu bez spolupráce s klientem,
- neschopnost týmové spolupráce a realizace individuálního plánu klienta klíčovým pracovníkem.

Chyby při individuálním plánování podle Čermákové a Johnové (2002, s. 45-50) mohou nastat tehdy, když se více pozornost směřuje k uživatelům, kteří si pozornost personálu vynucují anebo jsou problémoví, agresivní nebo hluční. Oproti tomu uživatelé, kteří jsou klidní, nenápadní, tiší a neupozorňují na sebe, mohou dostat podpory méně z důvodu, že je personál neregistruje. Pro smysluplné zachování sociální služby a podpory je třeba, aby

uživatel projevoval zájem. Chyby a omyly, které mohou v individuálním plánování nastat, označují autorky tyto:

- naplánovaná míra podpory neodpovídá sestavenému plánu,
- není stanoven cíl, čeho a kdy má být dosaženo,
- jednotný individuální plán pro všechny uživatele služby, stejná míra podpory,
- sestavení individuálního plánu pracovníkem, bez přítomnosti uživatele,
- cíle individuálního plánu jsou příliš obecné,
- u uživatelů s komunikačními problémy není snaha zjišťovat osobní cíl a preference,
- individuální plány nejsou pravidelně aktualizovány,
- detailnost a propracovanost individuálních plánů nedává prostor uživatelům pro spontánnost a přirozený život,
- záznamy a informace týkající se uživatelů a jejich individuálního plánování rozděleny a zapisovány nejednotně na různá místa,
- neexistující nebo formálně nastavená pravidla pro posouzení, zda uživatel dosáhl splnění svého osobního cíle.

## 4 KLÍČOVÝ PRACOVNÍK

Tato kapitola je zaměřena na klíčového pracovníka a jeho postavení v kontextu profesí, které zastává. Dále si popíšeme požadavky, role a chyby, které se vážou k této pozici.

Za klíčového pracovníka je považován vybraný zaměstnanec sociální služby organizace, který koordinuje, spolupracuje, plánuje a tvoří spolu v součinnosti s uživatelem jeho individuální plán pro poskytování a následné čerpání vybrané sociální služby (Hauke, 2011, s. 124). Přes nejasnost vymezení pojmu klíčového pracovníka je tato role podstatnou a nedílnou součástí v procesu individuálního plánování a jsou na ni kladeny vysoké nároky.

### 4.1 Vymezení pojmu

Přesná definice pojmu klíčového pracovníka není stanovena. Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., ani prováděcí vyhláška č. 505/2006 Sb., v platném znění, termín „klíčový pracovník“ nespecifikují.

Hauke (2011, s. 75 a 78) definuje klíčového pracovníka jako důležitou postavu, která má své místo v poskytování sociální služby a měla by to být důvěryhodná osoba, na kterou se může uživatel kdykoliv obrátit o pomoc či radu, dokáže naslouchat jeho problémům.

Srovnáním s Malíkovou (2020, s. 160-161) je za klíčového pracovníka určena osoba, kterou stanovil koordinátor po dohodě s uživatelem sociální služby, který si má právo sám zvolit osobu, která bude jeho klíčovým pracovníkem. Do funkce klíčového pracovníka mohou být delegováni nejčastěji pracovníci v sociálních službách, aktivizační pracovníci nebo terapeuti, ojediněle i všeobecné sestry. Z pozice zařazení je ale sestra odborný pracovník se stanovenými kompetencemi a role klíčového pracovníka jí nepřísluší. Zastávání role klíčového pracovníka je velice náročná ve smyslu nastavení kvalitního individuálního plánu a jeho následného plnění v propojení s dalšími pracovníky, kteří se na plnění nastaveného plánu mohou podílet.

Podle Chloupkové (2013, s. 33) je: *„Klíčový pracovník = pracovník, který si se mnou povídá, zajímá se o to, co bych chtěl, co mám rád, chce mi pomoci zvládnout to, co mi nejde, dělá se mnou můj plán.“*

Čermáková a Johnová (2002, s. 48) definují klíčového pracovníka jako toho, který si všímá potřeb, zájmů a cílů uživatele. Koordinuje práci týmu lidí, kteří jsou zapojeni do spolupráce u daného uživatele v návaznosti na tvorbu a realizaci individuálního plánu uživatele.

Shora citovaní autoři se však shodují, že role klíčového pracovníka a dobře navázaná spolupráce s uživatelem je důležitým faktorem při poskytování a čerpání sociální služby ke spokojenosti všech zúčastněných stran.

V zahraničí se pod pojmem klíčový pracovník představuje osoba oplývající znalostmi, které aplikuje v přístupu k práci s lidmi (Lindon, 2012, s. 20).

## 4.2 Klíčový pracovník v kontextu profesí

Matoušek (2010, s. 14) uvádí, že sociální pracovník, který je v daném období nejzpůsobilější ke koordinaci péče u klienta se může stát klíčovým pracovníkem, ale je třeba, aby organizace a poskytovaná sociální služba reagovala na klientovy potřeby a požadavky.

Sociální pracovník má široké spektrum sociální práce a pohybu zasahující do specializovaných oblastí, ale i sociálně-správní činnosti, kde může vykonávat svoji profesi na nejrůznějších úrovních sociální práce a zároveň výrazným způsobem vstupuje do života společnosti. Sociální pracovník se setkává s lidmi, kteří jsou sociálně vyloučeni na okraj společnosti a nacházejí se v náročných životních situacích, kdy z pozice odborníka jim nabízí svoji pomoc tuto tíživou situaci vyřešit (Gulová, 2011, s. 35).

Dle zákona o sociálních službách, § 109 je sociální pracovník osobou, jenž „*vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb*“. Podle § 110 k výkonu povolání sociálního pracovníka je třeba splňovat podmínky vyššího odborného vzdělání dle akreditace v oborech sociální práce, sociální pedagogiky, sociální a humanitní práci, sociálně právní činnost, charitativní činnost nebo dosažením vysokoškolského vzdělání získané

v bakalářském, magisterském nebo doktorském programu se zaměřením na sociální práci, politiku, pedagogiku, péči, patologii, právo nebo speciální pedagogiku.

Předpokladem výkonu povolání sociálního pracovníka je bezúhonnost, způsobilost k právním úkonům, zdravotní a odborná způsobilost podle sociálního zákona s povinností dalšího vzdělávání (Malíková, 2011, s. 86).

Klíčové ukazatele pro výkon práce sociálního pracovníka vidí Malíková (2011, s. 91-92) v oblasti zájmu oboru sociální práce, svědomitosti a zodpovědnosti, komunikačními schopnostmi, empatickým přístupem, kolegiálnítou v týmu a schopností týmové spolupráce, dodržování norem a předpisů, aktivitou a ochotou, pohotovostí a flexibilitou při řešení nečekaných situací a úkolů, samovzděláváním v oboru, profesním růstem a v neposlední řadě profesionálním vystupováním.

V kapitole 4 a podkapitole 4.1 jsme popisovali a definovali klíčového pracovníka, který vychází z pozice pracovníka v sociálních službách.

Podle zákona o sociálních službách, § 116 je pracovníkem v sociálních službách ten, kdo vykonává:

- přímou obslužnou péči ve stanoveném rozsahu zákona,
- základní výchovou nepedagogickou činnost ve stanoveném rozsahu zákona,
- pečovatelskou činnost ve stanoveném rozsahu zákona,
- činnost pod dohledem sociálního pracovníka ve stanoveném rozsahu zákona.

Malíková (2011, s. 92-95) popisuje, že pracovník v sociálních službách musí splnit kvalifikační požadavky v rozsahu základního nebo středního vzdělání, absolvování akreditovaného specializovaného kurzu v rozsahu 150 nebo 200 hodin a splňovat předpoklady pro výkon povolání v oblastech bezúhonnosti, zdravotní způsobilosti a odborné způsobilosti. Pracovník v sociálních službách disponuje všeobecnými znalostmi a má základní znalosti z psychologie a komunikace, ovládá základní poznatky ošetřovatelství, při práci se řídí platnými právními a hygienickými předpisy, vnitřními normami a metodikou dané organizace, dodržuje etický kodex, spolupracuje s týmem pracovníků, plní roli klíčového pracovníka a především pečuje o svěřené klienty a respektuje jejich práva.

Činnosti pracovníka v sociálních službách jsou rozděleny do tří základních kategorií:

- Přímá obslužná péče klade důraz na nácvik jednoduchých denních činností a pomoci při hygieně, čistotě, soběstačnosti, posilování aktivizace s vytváření sociálních vazeb a kontaktů.
- Základní výchovná nepedagogická péče se zaměřuje na opevnění a prohloubení základních hygienických a společenských návyků.
- Pečovatelská činnost spočívá v přímém styku s osobami v jejich domácím prostředí při zajišťování komplexní péče, sociální pomoci a společenských kontaktů.

Bicková (2011, s. 83) uvádí, že spolupráce pracovníků v sociálních službách/klíčových pracovníků se sociálním pracovníkem je často v praxi oddělena. „*Tato oddělenost nepřispívá ke kvalitě služby ani k týmovému duchu a pro uživatele může být velkou zátěží z důvodu duplicitního získávání informací.*“ Při prvotním jednání je sociální pracovník, který získává potřebné informace týkající se klienta, pokud tyto informace nepředá dál klíčovým pracovníkům, dochází k opětovné fázi sběru informací. Takto zdvojená činnost je časově náročná a neefektivní. Pokud je dobře nastavený systém kooperace mezi sociálním a klíčovým pracovníkem v předávání informací, mají zajištěné funkční předávání informací, ušetří čas a klient nebude zatěžován opakovaným dotazováním.

Rozdílnost těchto pracovních pozic je v rozsahu vzdělání a náplně práce jednotlivé pozice. Sociální pracovník zabezpečuje a zaštituje sociální agendu týkající se uživatele, kdežto pracovník v sociálních službách/klíčový pracovník je pravidelně v kontaktu a přímé péči u uživatele a snaží se dopomoci ke splnění stanovených cílů, potřeb a přání nestanovených v rámci sjednané sociální služby. Důležité je také podotknout, že záleží na typu sociální služby a interním nastavení organizační struktury dané organizace a v pohledu na pozice sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách.

### 4.3 Požadavky na klíčového pracovníka

Kvalita poskytované sociální služby je přímo závislá na personálu, který je nástrojem sociálního působení. Podle Malík Holasové (2014, s. 21) se kvalitní sociální služba pozná tak, že je vykonávána kvalifikovanými pracovníky.

Na klíčového pracovníka je kladeno organizací mnoho nároků na jeho schopnosti a dovednosti. Důležitý je rozvoj kompetencí a znalostí, které klíčový pracovník získá,



ovšem tento rozvoj není okamžitý, ale postupně se vytváří vzděláváním a praktickými zkušenostmi při výkonu daného povolání (Vítová, 2011, s. 115).

Nároky na kvalitního klíčového pracovníka jsou směřovány jak na osobnostní, tak i odborné vlastnosti a znalosti. Autorka Malíková (2020, s. 161) ve své publikaci specifikuje požadavky na klíčového pracovníka v oblasti dostatečných znalostí individuálního plánování, zákonných norem a předpisů, respektování osobnosti uživatele jako partnera, dokáže ovládat, klíčovat a definovat problémy uživatele formou verbální a neverbální komunikace, umí naslouchat, má znalosti z psychologie, umí pracovat a rozvíjet svou emoční inteligenci a má etické předpoklady k výkonu klíčového pracovníka.

Hauke (2011, s. 76) tyto všechny požadavky na klíčového pracovníka ještě doplňuje o dosažení vzdělání minimálně střední odborné s výučním listem a kvalifikační kurzem pracovníka v sociálních službách, odborném a osobnostním rozvoji, dodržování etického kodexu a zvládání administrativní činnosti spojené s vedením dokumentace uživatelů.

#### 4.4 Role klíčového pracovníka

Člověk v průběhu svého života prochází životními fázemi a změnami postojů a rolí, stejně tak se mohou lišit role klíčového pracovníka dle charakteru poskytované sociální služby.

Matoušek (2005, s. 173) popisuje roli klíčového pracovníka jako průvodce sociálními službami a prostředníkem při jejich zajištění.

Klíčový pracovník může být při prvotním sociálním šetření v roli pozorovatele. Tato role má své opodstatnění, zejména proto, že se před nástupem do sociální služby seznámí s novým zájemcem a následovně nastupující uživatel již zná tvář klíčového pracovníka, což může částečně odbourat a ulehčit nástup do nového prostředí (Chaloupková, 2013, s. 59).

Autorky Čermáková a Johnová (2002, s. 48) uvádějí, že klíčový pracovník může zastávat role:

- terapeuta,
- poradce,
- obhájce, hájící zájmy uživatele,
- osoby, která vyhledává a kontaktuje uživatele,

- zprostředkovatele služeb,
- nákupčího služeb pro daného uživatele.

Nejvíce se však vyskytuje a preferuje kombinace všech těchto rolí v jednom.

Vítová (2011, s. 119-120) role klíčového pracovníka definuje obdobně jako Čermáková a Johnová na poradce – konzultanta řešení, zprostředkovatele informací, terapeuta, obhájce. Vítová přisuzuje klíčovému pracovníkovi také roli pomocníka při vyhledávání potřeb a osobních cílů uživatelů. Tato role klíčového pracovníka je více využívána v pobytových službách, kde je třeba dohledat informace, které samotní uživatelé nezvládají sdělit.

V neposlední řadě je důležité dle Vítové u klíčového pracovníka role realizačního pracovníka, který se snaží aplikovat do přímé praxe všechny nesmlouvané a reálné požadavky, úkony a cíle uživatele v návaznosti na zpětné monitorování nastalých změn u uživatele a rychlého přehodnocení nastavené sociální služby.

Podle Malíkové (2020, s. 162) je role klíčového pracovníka všestranně náročná. Celková zátěž, která plyne z povinností pozice klíčového pracovníka, může být ovlivněna různými okolnostmi pracovního a soukromého dění, v návaznosti na stresující, zavazující a komplikovaný celkový výkon role klíčového pracovníka.

Všechny tyto vyjmenované role kladou na klíčového pracovníka vysoké nároky v oblastech znalostí, dovedností a schopností. Organizace poskytující sociální službu očekává, že tyto nároky budou ze strany klíčových pracovníků dodržovány a plněny. Je zřejmé, že ne každý pracovník v sociálních službách je dostatečně kompetentní a má předpoklady pro výkon role klíčového pracovníka a zvládnutí všech požadovaných postojů k úspěšnému navázání spolupráce s uživatelem sociální služby.

#### **4.5 Chyby klíčového pracovníka při jednání s uživatelem**

Z důvodu kladení vysokých nároků na výkon pozice klíčového pracovníka může docházet k profesnímu pochybení a selhání, kdy by si osoby zastávající pozici klíčového pracovníka měly dát pozor na prohřešky, které Vítová (2011, s. 121) specifikuje jako:

- *„manipulaci,*
- *nepřijetí uživatele,*
- *devalvaci potřeb uživatele*

- *poučování a moralizování,*
- *nerespektování soukromí,*
- *nálepkování,*
- *obcházení,*
- *infantilizaci,*
- *mocenskou pozici,*
- *zachraňování,*
- *vytváření vztahu závislosti“.*

Malíková (2011, s. 233) poukazuje na nejčastější chyby klíčových pracovníků v úkolování uživatele, v poukazování na jeho handicap, zmatečné podávání informací, které uživatel nechápe, netrpělivost ze strany klíčového pracovníka na vyjádření požadavku ze strany uživatele, které má za následek unáhlenost při utváření závěrů týkající se uživatele. Za možné chyby mohou dle Malíkové (2020, s. 162) i nevhodně nastavené pracovní podmínky pro klíčové pracovníky. Podle autorky není klíčovým pracovníkům poskytnuta dostatečná podpora ze strany vedení, není správně nastavena týmová spolupráce mezi pracovníky, realizované vzdělávání klíčových pracovníků není cíleno na oblast, která by rozšiřovala znalosti a schopnosti v praxi klíčového pracovníka a absence pracovních porad zaměřených na individuální plánování. Drobný výčet těchto nedostatečných podmínek může být následnou příčinou vzniku chyb při jednání klíčových pracovníků se zájemci či uživateli sociálních služeb.

## **5 DENNÍ STACIONÁŘ PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM**

V této kapitole si představíme vybranou organizaci poskytující sociální službu, která je předmětem našeho výzkumného šetření. Představíme si její zaměření, cílovou skupinu uživatelů a celkový chod zařízení.

### **5.1 Základní charakteristika vybraného sociálního zařízení Denního stacionáře pro osoby se zdravotním postižením**

Vybrané sociální zařízení spadá pod záštitu Sociálních služeb Vyškov, příspěvková organizace (dále jen SSV, p.o.), jejímž zřizovatelem je Jihomoravský kraj. SSV, p.o. poskytují dle zákona tři sociální služby:

- Domov pro seniory,
- Domov se zvláštním režimem pro osoby s chronickým duševním onemocněním,
- Denní stacionář pro osoby se zdravotním postižením.

V diplomové práci se dále budeme zabírat sociální službou Denního stacionáře pro osoby se zdravotním postižením.

Denní stacionář pro osoby se zdravotním postižením (dále jen Denní stacionář) se nachází v areálu Nemocnice Vyškov, příspěvková organizace. Prostory zařízení byly rekonstruovány přímo pro potřeby cílové skupiny uživatelů v oblasti přístupnosti, využitelnosti a bezbariérovosti. Zařízení disponuje vlastním bezbariérovým vchodem, šatnou pro uživatele, multifunkční místností sloužící k zájmovým, volnočasovým, relaxačním činnostem a odpočinku, jídelnou pro uživatele s vybavením pro aktivity nácviku vaření, sebeobsluhy a podáváním nasmlouvané stravy (svačina, oběd), keramickou, textilní a výtvarnou dílnou, které slouží k nácviku jednoduchých pracovních aktivit a postupů v návaznosti na procvičování kognitivních činností, jemné a hrubé motoriky, místností pro individuální aktivity s využitím moderních technologií, sociálním zázemím pro uživatele (toalety, sprchový kout, hydromasážní vana), zázemím pro personál v podobě šatny, kuchyně a sociálního zařízení (toalety, sprcha). Pro imobilní uživatele je k dispozici hydraulický zvedák a lůžko.

Služba Denního stacionáře je poskytována od 1. 1. 2007 ambulantní formou pro cílovou skupinu uživatelů ve věkové hranici 18-50 let s kombinovaným nebo mentálním

postížením, kteří žijí v přirozeném prostředí rodiny a nejsou schopni samostatného života bez pomoci druhých osob. Sociální služba je poskytována celoročně, v pracovní dny pondělí až pátek od 6:30 do 16:30 hodin. Kapacita ambulantní formy poskytování sociální služby činí 14 uživatelů.

Posláním Denního stacionáře je podpora a rozvoj soběstačnosti osob s mentálním postižením ve věku 18–50 let, které žijí v přirozeném prostředí rodiny, a které bez pomoci nejsou schopny samostatně žít. Usiluje o zlepšení kvality života osob s mentálním postižením a zaměřuje se na doplnění rodinné péče, které spočívá v nabídce komplexu služeb podporujících samostatnost a důstojnost člověka. Uživatelům umožňuje důstojnou existenci, žít co nejvíce běžným způsobem života, zůstat součástí rodiny a přirozeného prostředí.

Zařízení Denního stacionáře je rozděleno do dvou oddělení:

- **Oddělení obslužné a výchovné péče**
- **Oddělení s rozšířenými pracovními aktivitami**

Uživatel při podpisu smlouvy na čerpání sociální služby je dle sdělených informací, schopností a dovedností zařazen do jednoho ze dvou oddělení. Aktivita a činnost uživatelů v obou odděleních je přizpůsobena jejich schopnostem, dovednostem a potřebám s ohledem na jejich zdravotní stav.

Sociální služba Denního stacionáře je zpoplatněna dle vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, a to ve čtyřech stupních:

Tabulka 1 Hodinová sazba za pobyt v zařízení

Popis	Úhrada za hodinu
1. stupeň – lehká podpora (dohled)	20,-
2. stupeň – střední podpora (částečná dopomoc)	35,-
3. stupeň – převážná podpora (dopomoc)	50,-
4. stupeň – úplná podpora (vykonání úkonu)	60,-

Z nabídky poskytovaných služeb a aktivit si uživatel po dohodě s klíčovým pracovníkem stanoví náplň, rozsah, míru podpory sociální služby a jasně konkretizuje, čeho chce pomocí sociální služby dosáhnout a kam se posunout. Nabízená pomoc při naplňování dohodnutých potřeb je plněna v souladu s Regionální kartou Jihomoravského kraje v těchto oblastech:

- **Osobní hygiena** – běžná denní hygiena v péči o ústa, česání, mytí vlasů, péče o nehty, péče o oči, uši, koupání, výkon fyziologické potřeby včetně následné očisty.
- **Zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu** – oblékání, svlékání, obouvání, zouvání, celková úprava vzhledu.
- **Samostatný pohyb** – změny polohy na lůžku, vstávání a uléhání na lůžko, stání a sezení, přemísťování předmětů denní potřeby a manipulace s nimi, pohyb v prostoru stacionáře i mimo něj.
- **Zajištění stravování** – výběr stravy, příprava stravy, přijímání stravy, zajištění potravin.
- **Zajištění kontaktu se společenským prostředím** – v komunikaci mít dostatečnou slovní zásobu či alternativní dovednost vyjádření vlastních potřeb a navázání kontaktu, ve společenském kontaktu při navazování a udržování partnerských, přátelských a jiných společenských vztahů, v orientaci v čase, místě, osobách a ve využívání služeb a zapojování do sociálních aktivit.
- **Seberealizace** – vzděláváním a získáváním znalostí a dovedností, pracovním uplatněním, oblíbenými činnostmi.
- **Péče o zdraví a bezpečí** – zajištění bezpečí přivoláním pomoci, prevence zranění a zdravotních rizik, zajištění pomůcek, rozpoznání zhoršujícího se stavu, provedení jednoduchého ošetření, návštěva lékaře a dodržování léčebného režimu, rozvoj a prevence hybnosti, znalost zásad zdravé výživy.
- **Uplatňování práv a oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí** – hospodaření s finančními prostředky, řešení dluhů a exekucí, uzavírání smluv, nakládání s majetkem, využití sociálních dávek a jiných výhod, zajištění platných osobních dokladů, uplatňování politických práv - práva volit, petičního práva, ochrana před zneužíváním - ochrana běžných základních práv, uplatňování pomoci ombudsmana, znalost kontaktů na pomáhající subjekty.

Aktivizační a zájmová činnost v zařízení Denního stacionáře je cílena především na socializaci a začleňování uživatelů do běžného života společnosti formou kulturních a společenských akcí ve Vyškově a širokém okolí, celodenními výlety v blízkém i dalekém okolí, kde uživatelé za podpory zaměstnanců mají možnost nacvičovat orientaci v dopravě, ve městě a komunikaci s cizími lidmi. Dle nastavených požadavků a cílů se s uživateli pracuje na zachování, udržení a fixaci stávajících znalostí v oblasti kognitivních schopností a myšlení ve formě čtení, psaní, počítání, prací na PC, poslechem hudby, muzikoterapií či vyprávěním na určitá témata za pomoci didaktických a odborných pomůcek. V rozvoji pracovních schopností a dovedností je aktivita cílena na procvičování jemné a hrubé motoriky, kognitivního cvičení formou nácviku jednoduchých pracovních postupů s následnou fixací a kreativity. Tyto aktivity jsou prováděny v dílenských blocích keramické, tkalcovské a tvořivé dílny, kdy každý z přítomných uživatelů má možnost si vybrat pracovní činnost, která se mu líbí a nejvíce mu vyhovuje. Je dbáno i na pohybové aktivity, které probíhají formou vycházek, jednoduchého rozcvičování a společenských her. Denní stacionář v rámci zkvalitnění sociální služby nabízí uživatelům formou fakultativní činnosti perličkovou lázeň a speciální péči o dutinu ústní. Dále je možno zajistit zprostředkování doplňkových služeb logopedického poradenství, ballterapie a rehabilitace.

O plynulé zajištění a zabezpečení chodu sociální služby Denního stacionáře při výkonu přímé péče v zařízení se personálně starají čtyři zaměstnanci:

- Vedoucí Denního stacionáře: Pracovník v sociálních službách – základní výchovná nepedagogická činnost
- Pracovník v sociálních službách – základní výchovná nepedagogická činnost (dva zaměstnanci)
- Pracovník v sociálních službách – přímá obslužná péče

Všichni tyto pracovníci splňují podmínky pro výkon pracovních pozic, které zastávají. V rámci celkové organizační struktury sociální služby Denního stacionáře je personální zajištění rozšířeno dle propočtu pracovních míst (obrázek 1).

(MPSV: Registr poskytovatelů sociálních služeb; SSV, p.o.)

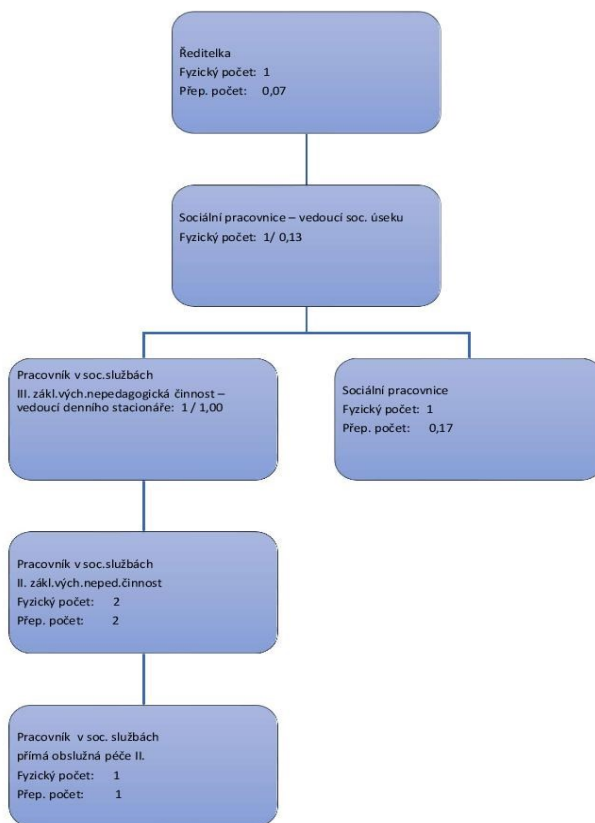
Obrázek 1 Celková struktura a personálního zajištění Denního stacionáře

Sociální služby Vyškov, příspěvková organizace  
Polní 252/1, 682 01 Vyškov  
Denní stacionář pro osoby se zdravotním postižením

### Popis personálního zajištění

#### Organizační struktura, počty pracovních míst – přímá péče

Úsek sociální – denní stacionář: rok 2020 změny k 1.1.2020





## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 6 METODOLOGIE VÝZKUMU

Empirická část práce je zaměřena na výzkumné šetření ve vybrané organizaci poskytující sociální službu Denního stacionáře.

Metodologie dle Hendla (2016, s. 31) se „zabývá *systematizací, posuzováním a navrhováním strategií a metod výzkumu*“. Dále autor uvádí, že výzkum (Hendl, 2016, s. 26) je proces poznatků, které jsou plánovanou a systematickou činností, jejichž snahou je zodpovězení položených otázek a zjišťování nových skutečností, které mohou vést k rozvoji vědního oboru.

### 6.1 Výzkumný problém

Výzkumný problém byl zvolen na základě osobní zkušenosti s procesem individuálního plánování s cílem získání informací a postojů klíčových pracovníků v sociální službě Denního stacionáře k celkovému procesu individuálního plánování. Pozornost je směřována ke klíčovým pracovníkům a jejich pohledu na důležitost procesu individuálního plánování.

Podstatou výzkumného šetření a potažmo celé diplomové práce je zjištění, zda individuální plánování není jen formálním procesem, který sociální služby musí plnit, jelikož jim to ukládá zákon. Pozornost je směřována ke klíčovým pracovníkům a jejich pohledu a pochopení důležitosti procesu individuálního plánování. Pochopení podstaty procesu individuálního plánování může klíčovým pracovníkům organizace pomoci vnímat individuální plánování, ne jako nutnou zákonnou povinnost, ale jako nástroj sloužící k bližšímu kontaktu a pochopení potřeb a přání uživatele sociální služby. V neposlední řadě dle zjištěných informací bude možné upozornit vybranou sociální službu a její klíčové pracovníky na nesprávné postupy při procesu individuálního plánování.

### 6.2 Výzkumné cíle

**Hlavním cílem** výzkumu je:

Zjistit, jaký je postoj k procesu individuálního plánování v sociálních službách ve vybrané organizaci z pohledu klíčových pracovníků.

Pro dosažení cíle výzkumu je třeba stanovit **dílčí cíle**, které nám pomohou lépe se orientovat v průběhu a procesu individuálního plánování ve vybrané organizaci. Pro lepší přehlednost byly tyto dílčí cíle rozděleny do čtyř kategorií; přístup k procesu

a provádění individuálního plánování, význam procesu individuálního plánování, chápání role klíčového pracovníka, sestavování a přehodnocování individuálního plánování.

#### **Přístup k procesu a provádění individuálního plánování**

1. Zjistit, jak jednotliví klíčoví pracovníci přistupují a provádí individuální plánování.

#### **Význam procesu individuálního plánování**

2. Zjistit, jaký význam přikládají individuálnímu plánování klíčoví pracovníci.

#### **Chápání role klíčového pracovníka**

3. Zjistit, jak je role klíčového pracovníka chápána samotným klíčovým pracovníkem.

#### **Sestavování a přehodnocování individuálního plánování**

4. Zjistit, jakým způsobem, kdy a kde klíčoví pracovníci sestavují a přehodnocují individuální plán.

### **6.3 Výzkumné otázky**

Na základě stanovených cílů výzkumu byly formulovány následující výzkumné otázky.

**HVO: Jaký je postoj k procesu individuálního plánování v sociálních službách ve vybrané organizaci z pohledu klíčových pracovníků?**

#### **Přístup k procesu a provádění individuálního plánování**

**DVO 1:** Jak jednotliví klíčoví pracovníci přistupují a provádí individuální plánování?

#### **Význam procesu individuálního plánování**

**DVO 2:** Jaký význam přikládají individuálnímu plánování klíčoví pracovníci?

#### **Chápání role klíčového pracovníka**

**DVO 3:** Jak je role klíčového pracovníka chápána samotným klíčovým pracovníkem?

#### **Sestavování a přehodnocování individuálního plánování**

**DVO 4:** Jakým způsobem, kdy a kde klíčoví pracovníci sestavují a přehodnocují individuální plán?

## 6.4 Druh výzkumu

Pro realizaci výzkumného šetření byl zvolen kvalitativní výzkum, který poskytuje možnosti zkoumání zjištěných dat do hloubky. Výhodou zvolené metody je získání velkého množství informací od omezeného počtu vzorku participantů v jejich přirozeném prostředí. Švaříček a Šed'ová (2014, s. 18) uvádějí, že při kvalitativním přístupu je výzkum prováděn v přirozeném prostředí s cílem výzkumníka porozumět situaci tak, jak ji chápou participanté, kteří se podílejí na tvorbě výsledků výzkumu. Dále autoři zmiňují, že *„v kvalitativním výzkumu vždy platí, že míra důvěry a otevřenosti zkoumaných aktérů vůči výzkumníkovi velmi silně ovlivňuje kvalitu získaných dat“* (Švaříček a Šed'ová 2014, s. 76).

Strauss a Corbinová (1999, s. 10) uvádějí, že kvalitativní výzkum se zabývá životem lidí, jejich příběhy a chování, chodem organizací, vzájemných stavů nebo společenských hnutí.

Kvalitativní výzkum Skutil (2011, s. 69) označuje jako *„zkoumání jevů, kdy do popředí nevstupuje kvantifikace dat, nýbrž jejich podrobná analýza“*.

Pro metodu sběru dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, jehož cílem je *„získat detailní a komplexní informace o studovaném jevu“* (Švaříček a Šed'ová, 2014, s. 13).

Rozhovor je jednou z nejčastěji používaných metod sběru dat v kvalitativním výzkumu, kdy prostřednictvím předem připraveného seznamu témat a otázek a následných přímých výpovědí lidí, kteří mají osobní zkušenost se zkoumaným jevem, můžeme získat náhled do dané problematiky a sesbírat potřebné informace.

Švaříček a Šed'ová (2014, s. 159-160) definují rozhovor jako nestandardizované dotazování jednoho participanta výzkumu zpravidla jedním výzkumníkem za pomoci několika otevřených otázek. Metodou rozhovoru je možné zkoumat členy určitého prostředí a sociální skupiny s cílem získání jednotného povědomí o jednání a událostech, jakými disponují členové zkoumané skupiny.

Pro získání potřebných informací jsme využili metodu sběru dat ve formě polostrukturovaného rozhovoru, kde jsme vycházeli z předem připraveného seznamu otázek k danému tématu výzkumu.

## 6.5 Technika sběru dat

Jako výzkumný nástroj byl použit polostrukturovaný rozhovor, který obsahoval celkem 24 otázek. Při tvorbě otázek polostrukturovaného rozhovoru jsme cílili na pochopení

smyslu jednotlivých otázek a jejich významu. Na začátku rozhovoru bylo položeno 5 úvodních otázek, které měly pomoci navázat kontakt a uvolnění s dotazovanými participanty. Současně jsme položením úvodních otázek získali základní informace a povědomí o pracovních zkušenostech participantů na pozici klíčového pracovníka.

- Úvodní otázky (otázky 1-5)
- Přístup k procesu a provádění individuálního plánování (otázky 6-9)
- Význam procesu individuálního plánování (otázky 10-14)
- Chápání role klíčového pracovníka (otázky 15-16)
- Sestavování a přehodnocování individuálního plánování (otázky 17-21)
- Závěrečné otázky (otázky 22-24)

V konečné fázi rozhovoru byl ponechán prostor na dodatečné vyjádření participantů v závěrečných otázkách, které měly za cíl doplnit případné vyjádření participantů k tématu rozhovoru.

Součástí přípravy polostrukturovaného rozhovoru byl také předvýzkum. Spočíval v realizaci dvou rozhovorů s klíčovými pracovníky vybrané organizace v sociální službě Domova se zvláštním režimem. Účelem předvýzkumu bylo prověřit formulaci otázek z hlediska srozumitelnosti a pochopení za účelem získání požadovaných a plnohodnotných odpovědí a údajů.

## 6.6 Znění otázek polostrukturovaného rozhovoru

Na začátku rozhovoru byly participantům položeny úvodní otázky, které sloužily k uvolnění napětí a získání základních informací o pracovních zkušenostech participanta. Jednotlivé otázky byly voleny za účelem zjištění vzdělání v oboru, celkové pracovní zkušenosti v sociálních službách, ve vybrané organizaci a na pozici klíčového pracovníka. Dotazování na otázku č. 4 „Jak dlouho pracujete na pozici klíčového pracovníka?“ bylo záměrné z toho důvodu, že ne všichni pracovníci v sociálních službách zastávají role klíčových pracovníků. Pro náš výzkum byla tato informace podstatná.

### Úvodní otázky

1. Jak dlouho pracujete v sociálních službách?
2. Jak dlouho pracujete ve vybrané organizaci?
3. Máte vzdělání v oboru sociální práce či příbuzném oboru?

4. Jak dlouho pracujete na pozici klíčového pracovníka?
5. Pro kolik uživatelů jste klíčovým pracovníkem?

### **Přístup k procesu a provádění individuálního plánování**

6. Jak Vy provádíte individuální plánování?
7. Jaký je Váš přístup k individuálnímu plánování?
8. Kde individuální plánování provádíte?
9. Kdy individuální plánování provádíte?

### **Význam procesu individuálního plánování**

10. Co Vy si myslíte o procesu individuálního plánování?
11. Jak Vy se při procesu individuálního plánování cítíte?
12. Kde a jak jste získala informace o individuálním plánování?
13. Jaké jsou Vaše znalosti o individuálním plánování? Ohodnoťte se jako ve škole.
14. Jaké máte podmínky k provádění individuálního plánování ze strany Vaší organizace? (časové, materiální, personální)

### **Chápání role klíčového pracovníka**

15. Jak Vy chápete funkci role klíčového pracovníka?
16. Je role klíčového pracovníka přínosem pro výkon Vašeho povolání?

### **Sestavování a přehodnocování individuálního plánování**

17. Kdy zpracováváte individuální plán?
18. V jaké podobě individuální plán zpracováváte? (ruční formou, elektronickou formou)
19. Co obsahuje individuální plán?
20. Kde individuální plán zpracováváte?
21. Myslíte si, že Vámi sestavený individuální plán obsahuje vše, co je k zajištění péče uživatele?

## Závěr

22. Napadá Vás ještě něco důležitého k tématu, o čem jsme v rozhovoru nehovořili?
23. Váš osobní názor na danou tematiku?
24. Chtěl/a byste se na něco zeptat Vy?

## 6.7 Výběr a charakteristika výzkumného vzorku

Na základě stanoveného výzkumného problému jsme pro výběr výzkumného vzorku zvolili metodu totálního výběru. Miovský (2006, s. 131) uvádí, že se jedná o „výzkumný soubor tvořený všemi možnými prvky uvažovaného základního souboru“. Zjednodušeně řečeno výběrový soubor je totožný jako soubor základní.

Vzhledem k tomu, že je práce zaměřena na vybranou organizaci poskytující sociální službu Denního stacionáře, budou výsledná zjištění výzkumu směřována pouze na tuto vybranou organizaci a zaměstnance dané služby. Do výzkumného souboru byli vybráni všichni čtyři zaměstnanci zmíněné sociální služby Denního stacionáře, kteří zároveň také vykonávali funkci klíčového pracovníka. V průběhu měsíce září 2020 byli zaměstnanci dané sociální služby osloveni s žádostí o poskytnutí rozhovorů. Všichni vyslovili souhlas za předem stanovených podmínek. Z důvodu malého počtu a obav participantů bylo výzkumné šetření co nejvíce anonymní. Participantů vyslovili obavy z možné identifikace při zodpovídání položených otázek. S participanty bylo dohodnuto, že nebudou oslovováni jmény, ale zkratkami a pořízená nahrávka rozhovoru bude sloužit pouze jako podklad pro účely přepisu rozhovoru do písemné formy a nebude dále nikde publikována nebo přehrávána druhým osobám. Základní informace o participantech jsou uvedeny následovně.

### Participant 1

KP\_1 pracuje a má praxi v oboru sociálních služeb jedenáct let. Ve vybrané organizaci pracuje patnáct měsíců na pozici pracovníka v sociálních službách – výchovná nepedagogická činnost. Pozici klíčového pracovníka ve vybrané organizaci zastává jeden rok. V současné době je klíčovým pracovníkem pro šest uživatelů. Pro výkon povolání absolvoval akreditovaný kurz pracovníka v sociálních službách v rozsahu 150 vyučovacích hodin.

### **Participant 2**

KP\_2 pracuje a má praxi v oboru sociálních služeb dvacet let. Ve vybrané organizaci pracuje dvacet let na pozici pracovníka v sociálních službách – výchovná nepedagogická činnost. Pozici klíčového pracovníka ve vybrané organizaci zastává čtrnáct let. V současné době je klíčovým pracovníkem pro čtyři uživatele. Pro výkon povolání absolvoval akreditovaný kurz pracovníka v sociálních službách v rozsahu 150 vyučovacích hodin.

### **Participant 3**

KP\_3 pracuje a má praxi v oboru sociálních služeb šest let. Ve vybrané organizaci pracuje tři roky na pozici pracovníka v sociálních službách – výchovná nepedagogická činnost a zároveň vedoucí sociální služby denního stacionáře. Pozici klíčového pracovníka ve vybrané organizaci zastává dva a půl roku. V současné době je klíčovým pracovníkem pro čtyři uživatele. Pro výkon povolání absolvoval akreditovaný kurz pracovníka v sociálních službách v rozsahu 150 vyučovacích hodin a následně studium na VŠ.

### **Participant 4**

KP\_4 pracuje a má praxi v oboru sociálních služeb deset let. Ve vybrané organizaci pracuje devět let na pozici pracovníka v sociálních službách – výchovná nepedagogická činnost. Pozici klíčového pracovníka ve vybrané organizaci zastává osm let. V současné době není klíčovým pracovníkem pro žádného uživatele. Pro výkon povolání absolvoval akreditovaný kurz pracovníka v sociálních službách v rozsahu 150 vyučovacích hodin.

## **6.8 Průběh získávání dat**

Výzkumné šetření bylo realizováno v Denním stacionáři pro osoby se zdravotním postižením, který se nachází v Jihomoravském kraji v období od října 2020 do listopadu 2020. Již v září byli participanti seznámeni s průběhem rozhovoru a byly dohodnuty podmínky týkající se zachování anonymity participantů. Rozhovory s participanty byly realizovány v kanceláři vedoucí denního stacionáře. Participanti byli znovu informováni o účelu, pro který jsou informace získávány, o způsobu vedení rozhovoru a jeho nahrávání na záznamové zařízení. Byl jim předložen Informovaný souhlas účastníků výzkumu, který si prostudovali a stvrdili podpisem. Dále byli participanti poučeni o možnosti odmítnutí poskytnout rozhovor či odmítnout pořízení zvukového záznamu.



Švaříček a Šedřová (2014, s. 45) uvádějí, že: „*Důvěrnost confidentiality znamená, že nebudou zveřejňována žádná data, jež by umožnila čtenáři identifikovat účastníky výzkumu. Pokud toho výzkumník nemůže dosáhnout, neměl by výzkumnou zprávu publikovat.*“

Po sdělení všech informací bylo přistoupeno k realizaci samotného rozhovoru, který byl zaznamenáván na záznamové zařízení. Na začátku rozhovoru byli participanté znovu požádáni, aby při spuštění nahrávacího zařízení vyslovili svůj souhlas s nahráváním rozhovoru. Současně s rozhovorem byl použit i záznamový arch, na kterém bylo schéma otázek rozhovoru, a zároveň sloužil pro zaznamenávání neverbálního chování, které nás na participantech zaujalo. Participanté odpovídali na položené jednotlivé otázky k danému tématu svým stanoveným tempem. Po ukončení rozhovoru bylo participantům poděkováno za jejich ochotu a čas při poskytnutí rozhovoru.

## 7 ANALÝZA DAT

Tato kapitola je zaměřena na analýzu zjištěných dat, které byly získány z rozhovorů s participanty.

Zaznamenané záznamy nahrávek rozhovorů s jednotlivými participanty byly následovně převedeny procesem transkripce do písemné podoby. Transkripce dle Hendla (2016, s. 212) „je proces převodu mluveného projevu z interview nebo ze skupinové diskuse do písemné podoby. Jedná se o časově velmi náročnou proceduru.“

Dalším krokem bylo odstranění nepodstatných pasáží textu výpovědí participantů technikou shrnujícího protokolu.

Poté bylo přistoupeno k otevřenému kódování, které Švaříček a Šedřová (2014, s. 211) označují za univerzální a efektivní způsob k nastartování analýzy dat. Každé výzkumné otázce byla přidělena barva, kterou jsme posléze použili v textu rozhovoru k označení pasáží podstatných pro danou otázku.

Získané výpovědi a data jsme shrnuli do tabulky a vytvořili kategorizovaný seznam kódů (Tabulka č. 2). Dalším krokem po zpracování kódů a kategorií byla technika vyložení karet. Techniku „vyložení karet“ Švaříček a Šedřová (2014, s. 226) popisují jako nejjednodušší nastavbu otevřeného kódování, kdy se jednotlivé kategorie uspořádají do obrazce či linky a na tomto základě se sestaví text, který převypráví obsah jednotlivých kategorií.

### 7.1 Zodpovědnost

Kategorie „Zodpovědnost“ byla směřována k přístupu a procesu participantů k individuálnímu plánování. Jak participanti individuální plánování provádějí, kdy a kde ho provádějí a jak k procesu přistupují.

**KP\_1:** uvedl: „*Jako kladnej*“. Dále participant uvedl že: „*Co ti mám říct upřímně jako, že určitě to není pro všechny uživatele. U některých prostě to nejde nastavit.*“

**KP\_2:** odpovídal obdobě: „*Kladnej. Ono záleží komu se ten cíl jako nastavuje. Pokud je to lehkej mentální uživatel, kterej si dokáže říct sám, kterej, jakej cíl by chtěl, tak je i jako docela splnitelnej, ale pokud je to těžkej mentální uživatel, tak ten cíl se nastavit nedá. A ani pozorováním toho uživatele za ty roky se nedá až přesně určit, co by chtěl přesně za*

*ten cíl nastavit. A ono nastavit cíl i pro nějakýho takovýho opravdu těžce mentálního a splnit ho, i kdyby to bylo obyčejné zapínání bundy, tak je prostě i nesplnitelné.*“

Odpověď **KP\_3**: *zněla: „Řekla bych, že mám zodpovědný přístup k individuálnímu plánování, protože je to přínosem jak pro nás pracovníky, tak i pro ne všechny uživatele.“*

**KP\_4**: *vypověděl, že: „...záleží komu daný cíl nastavuji. Pokud je uživatel schopen komunikace, je nastavení té komunikace jednodušší a tím pádem je to jednodušší i pro mě. Řekla bych, že mám celkově zodpovědný přístup k individuálnímu plánování, vnímám to jako přínos.“*

Na otázku jak klíčoví pracovníci prováděli individuální plánování, účastníci odpověděli takto:

**KP\_1**: *„Určitě pozorováním. Rozhovor jak s uživatelem, tak třeba zákonných zástupců.“*

**KP\_2**: *„Tak na to, že vlastně já ji znám už delší dobu, takže mě už už tak jakoby pozorováním. Víím, co vlastně každé potřebuje nebo by chtěl. Nebo jak bych to řekla, prostě už je to daný, jakoby daný, že je tak dobře znám, že nastavit plán nebyl nikdy docela a tak ani jako nebyl problém.“*

**KP\_3**: *„Já individuální plánování provádím dle zjištěných informací, které mi poskytne vedoucí zařízení, sociální pracovník. Dále je to pozorovací metodou, když máme uživatele, který přijde do služby jako nový, takže pozorovací metodou. Pak je to výměnou informací s dalšími klíčovými pracovníky, kteří vlastně pracují v týmu klíčových pracovníků.“*

**KP\_4**: *„Pokud jsem klíčovým pracovníkem a provádím individuální plánování zejména pozorováním, případně komunikací s uživatelem nebo jeho zákonným zástupcem.“*

Na otázku kde a kdy individuální plánování účastníci prováděli, odpověděli takto:

**KP\_1**: [odmlčení] *„V zařízení, kdykoliv někam jdeme – nějaké kulturní akce, vycházky, při stravování, prostě všude. Během celého dne.“* Na otázku kdy účastník individuální plánování provádí bylo zodpovězeno *„Prakticky během celé pracovní, naší pracovní doby.“*

**KP\_2**: *„Kde? V zařízení. V zařízení a hlavně jako [odmlčení] při, ať jsou to vlastně při při činnostech, v dílnách...“* Na položenou otázku kdy provádí účastník individuální plánování, *zněla odpověď „V zařízení a hlavně jako [odmlčení] při, ať jsou to vlastně při při činnostech, v dílnách...“*

**KP\_3:** „...v průběhu čerpání sociální služby. Provádíme ho v zařízení denního stacionáře, ale provádíme ho vlastně celý den průběžně...“ Participant na položenou otázku kdy provádí individuální plánování odpověděl, že: „Individuální plánování se provádí dle nastavených potřeb uživatele. Máme stanovení hlavního cíle, to je jednou ročně. Pak jednou za půl roku to přehodnocujeme, ale pokud je potřeba přehodnotit to okamžitě, tak přehodnocujeme okamžitě a nečekáme až na nastavený termín přehodnocování.“

**KP\_4:** „Individuální plánování provádíme v průběhu celé pracovní doby. Celý den průběžně, kdy sledujeme toho uživatele, jak se zapojuje v dílnách a kolektivu. Výsledky pak jednotlivě zpracováváme a vyhodnocujeme.“ Odpověď participanta na otázku, kdy plánování provádí, zněla: „To individuální plánování provádíme podle potřeb uživatele a podle stanoveného harmonogramu individuálního plánování.“

## 7.2 Vyjádření názoru

V této kategorii jsme chtěli zjistit, jaký význam přikládají klíčový pracovníci individuálnímu plánování a jak celkově o individuálním plánování smýšlejí.

Participant odpovídali na otázky, jak smýšlejí a jaké mají pocity při procesu individuálního plánování:

**KP\_1:** „Tak jak pro koho. Individuálně je to.“ Participant byl touto otázkou zaskočen a nevěděl, jak má odpovědět. Na otázku jak se při individuálním plánování cítí, sdělil že: „Standardně.“

**KP\_2:** „Myslím si, že ty cíle individuálního plánování nejsou pro všechny, že jako pro někoho jo, myslím si, že někomu by šel nastavit, ale někomu je opravdu hodně těžký.“ Své pocity participant popsal jako: „Když je to někdo, kdo si sám ten cíl dokáže nastavit, říct si co by chtěl, čeho by chtěl dosáhnout, tak se to úplně pracuje lehce samo. Ale pokud je to cíl, které ani rodiče nebo zákonný zástupce ti neřekne, co by chtěl a mám to z těžce mentálního uživatele prostě něco mu nastavit, tak prostě je to těžký... nejde to prostě, je to... myslím si, že je to zbytečný.“

**KP\_3:** „No, já si myslím, že ten proces je nevhodný pro všechny uživatele naší služby. Pro ty uživatele, kteří nemají tak velký handicap, jak mentální, tak fyzický, pro ně je posun toho individuálního plánování zcela určitě jako dobrý, ale u uživatelů s horšeným zdravotním stavem a mentálním stavem si myslím, že individuální plánování

*je nepodstatné, protože tam je potřeba zabezpečit jejich potřeby, Na individuální plánování v posunu rozvoji, tam není prostor.“* Dále participant uvádí, že jeho pocity při individuálním plánování vycházejí ze vzniklých situací: *„Záleží, jak s kým to individuální plánování momentálně dělám. ...obohacení jak nás pracovníků o informace, tak i klientů protože sledujeme toho uživatele, vnímáme jeho potřeby.“*

**KP\_4:** *„Záleží na tom, komu ten cíl nastavujeme. Myslím, že ty cíle individuálního plánování nejsou pro všechny. U uživatelů, kteří jsou na tom zdravotně hůř, se ten cíl nastavuje jen těžko.“* Participant se k pocitům vyjadřuje, že: *„Záleží na tom, s kým to individuální plánování provádím. Někdy to jde lehce, protože uživatel relativně řekne, co by chtěl. Nebo jeho zákonný zástupce. Někdy jsem bezradná, protože ani zákonný zástupce ani uživatel neřekne, co by chtěl nastavit.“*

Dále byli participant dotazováni kde získávání informace o individuálním plánování, jaké jsou jejich znalostí ohledně individuálního plánování a jak organizace zabezpečuje a poskytuje zázemí a podmínky k provádění individuálního plánování.

#### **Participant uvedli toto:**

**KP\_1:** Participant na otázku jak získával informace o individuálním plánování, odpovídal váhavě a v rozpacích. *„Tak hlavně teda pozorováním, pozorováním, názory ostatních [mlčí] nevím. Od těch zákonných zástupců, když potřebujeme něco třeba si zjistit nebo ověřit. I od ostatních uživatelů, kteří jsou schopni komunikace.“* Na otázku osobních znalostí a svého ohodnocení participant váhal a následovně odpověděl: *„Od jedničky do pětky? Tak asi dva a tři myslím. Rezervy jsou vždycky všude že, vždycky se dá ještě něco. Když tak si nechám poradit.“* Na položenou otázku ohledně podmínek a zázemí v organizaci odpověděl participant následovně: *„Máme různé dílny, pracovní.“* Výzkumním musel blíže položenou otázku specifikovat a doptávat se, pro lepší pochopení a zodpovězení otázky ze strany participanta. VYZ: *„Jaké ty máš podmínky, abys dobře a kvalitně naplánovala, plánovala a zapisovala. Je tady dostatek času na to, abys ten individuální plán zpracovala a napsala?“* KP\_1: [mlčí] *„Asi jo myslím. Ten čas si vždycky musím najít.“* VYZ: *„Materiálně, je tady k tomu jako vybavení [KP\_1: – určitě] aby to fungovalo to plánování, jako aby bylo zaznamenáno do těch dokumentů, tak jak má být.“* KP\_1: *„Je, je.“* VYZ: *„A personálně?“* KP\_1: *„Taky.“*

**KP\_2:** Participant sdělil, že informace získává: *„Tak hlavně jako v zařízení, tady. Ve škole na školení.“* V hodnocení znalostí týkajících se individuálního plánování participant

hodnotil jako dobré: „řekla tak dva méně.“ Participant dále uvedl, že: „za těch čtrnáct, patnáct let co vlastně jsem, dělám klíčového pracovníka, tak si myslím, že jsem to, že nemám takovej problém. Vše navazuje jedno na druhý. Vím, co kdy má být vlastně, kdy se má zhodnotit...“ Na poskytované podmínky a zázemí organizace participant odpověděl, že: „Já si myslím, že jsou tady dobrý podmínky. Máme místnost, kde máme vlastně individuální, kde můžeme v klidu si s uživatelem promluvit, kde máme na to klid na psaní.“

**KP\_3:** „Informace jsem získala od mé nadřízené, od z různých školení, kurzů, seminářů. Také samoučením a studiem na vysoké škole.“ Znalosti o individuálním plánování participant ohodnotil: „Tak řekla bych tak, tak 2; 2,5. Tak dvojku bych řekla, že mám ty znalosti toho individuální plánování, ale neustále je potřeba se zdokonalovat a učit, protože v individuálním plánování nejsou dany meze a každá organizace si to nastavuje podle kapacity a zvoleného, zvolené sociální služby.“ Podmínky, které poskytuje organizace k provádění individuálního plánování, participant popsal jako: „výborné. Máme svoji vlastní individuální plánovací místnost, kde s uživateli chodíme. Máme tam klid na na rozhovory, na zapisování podstatných věcí a informací. Časově to máme vyhrazeno také v pořádku, každý z nás ze zaměstnanců má určitý vyhrazený časový úsek, kdy si své potřebné individuální plány a zápisy chodí zapisovat.“

**KP\_4:** Informace k individuálnímu plánování participant získává: „Od nadřízené, vzděláváním, na školení...“ Znalosti a následné ohodnocení participant popsal následovně: „Tak asi tak trojku. Myslím, že nějaké znalosti o individuálním plánování bych měla.“ Ohledně podmínek k provádění individuálního plánování, které poskytuje organizace, se participant vyjádřil: „Podmínky máme dobré. Máme vyhrazenou místnost, kde individuální plánování s uživateli provádíme. Kde máme klid a můžeme se tomu plně věnovat.“

### 7.3 Vnitřní nastavení

V kategorii „Vnitřní nastavení“ jsme zjišťovali, jak participant chápou svoji roli klíčového pracovníka a zda role klíčového pracovníka je přínosem pro výkon povolání.

**KP\_1:** Participant na položenou otázku „Jak chápe roli klíčového pracovníka“ váhal s odpovědí. Posléze se vyjádřil: „mám zkušenosti nějaký...“ Přínosem pro výkon klíčového pracovníka vidí participant ve: „Zkušenosti jak dál pracovat...“

**KP\_2:** „*Tak ta role není špatná jako, protože ten uživatel vlastně když ví, že já jsem jeho klíčový pracovník, tak se vlastně na mě i nejvíc obrací. Nejvíc obrací, že má takovou důvěru vlastně v toho pracovníka – svého klíčovýho – a víc jako se asi ten uživatel [odmlčení] jak bych to řekla, má k němu takovou důvěru, líp se ten cíl aji plní. I když vlastně jsme všichni tady od toho taky, že vlastně zastupujeme jedna druhou vlastně, když není tady přítomen klíčový pracovník.*“ Přínos pro výkon klíčového pracovníka vidí participant v tom, že: „*že znám toho uživatele a [odmlčení] nevím jak bych to řekla. Já si myslím, že je.*“

**KP\_3:** Roli klíčového pracovníka participant chápe: „*jako závazek a obohacení v pracovní pozici, kdy mám zodpovědnost za uživatele a za sestavení jeho individuální plánování k v procesu jeho uspokojení potřeb. Takže to chápu jako podstatnou část svého zaměstnání.*“ Na otázku, zda role klíčového pracovníka je přínosná pro výkon jeho povolání, participant odpověděl: „*No, v každém případě určitě, protože se o svých uživateliích dozvím hromadu věcí a je to přínosem a obohacením z jejich strany na moji osobní stránku.*“

**KP\_4:** Participant uvedl, že: „*Roli klíčového pracovníka chápu jako zodpovědnost a do jisté míry i závazek za dobře zpracované individuální plánování a nastavené cíle.*“ Přínos pro výkon povolání participant zhodnotil: „*Určitě ano. V každém případě je přínosem, protože se dozvídám důležité informace, které mi pomáhají více poznat uživatele a lépe mu naplánovat jeho individuální plán.*“

## 7.4 Komplexnost postupu

V kategorii „Komplexnost postupu“ jsme chtěli zjistit, kdy dochází ke zpracování individuálního plánování a co individuální plán obsahuje. Dále nás zajímalo, jakou formou a kde je plán zpracováván. Na závěr jsme chtěli jistit, zda sestavený individuální plán participantů z jejich pohledu obsahuje vše potřebné k zajištění péče uživatele.

**KP\_1:** Participant na otázku, kdy zpracovává individuální plán, odpověděl: „*Tak tři měsíce po nástupu uživatele. Tak ty tři měsíce má tu adaptační dobu...*“ Na otázku obsahu individuálního plánu participant sdělil, že: „*Co bude obsahovat ten cíl, jaký jsou kroky k jeho naplnění, jak vlastně jsme k tomu došli, jak se [odmlčení] teď postup toho plánu, kolikrát by se to tak asi mělo za týden nebo dle potřeby, záleží co je to za cíl, potom hodnocení po po půl roce a pokud není dosaženo po třech letech vůbec tak se potom*

nastavuje nový.“ Participant dále sdělil, že zpracovávání individuálního plánu provádí ruční i elektronickou formou ve vyhrazené místnosti. Při zpracovávání mu vyhovují: „*Obě dvě formy.*“ Ke zpracovávanému plánu a vyhrazenému prostoru se participant vyjádřil následovně: „*Na počítači, máme jenom tu místnost individuální.*“ Na otázku, zda sestavený individuální plán obsahuje vše, k zajištění péče uživatele se participant odpověděl: „*V rámci zařízení je to dostačující.*“

**KP\_2:** Na otázku kdy zpracovává individuální plán a co obsahuje, participant sdělil, že: „*Tak pokud je ten uživatel semka přijde nový, tak po třech měsících se vlastně nastaví individuální plán, krátkodobý cíl a krátkodobý cíl a když už vlastně se nastaví, tak se vlastně začne plnit a pokud ten cíl je dosažitelný, tak se po půl roce může nastavit nový cíl a pokud ten cíl není nastavitelný, tak se v tom cíli pokračuje dál. A pokud ho chce uživatel změnit, po půl roce, že už on to prostě nechce dělat a chce si nastavit nový, tak tady tu možnost taky.*“ Dle participanta individuální plán obsahuje: „*Úplně všechno...Vlastně jak to máme tam nastavený. Vlastně tak to krátkodobý, vlastně ten individuální plán si nastaví dlouhodobý cíl, pak vlastně, který je hodnotí jednou za rok, potom se nastaví vlastně krátkodobý cíl, které se zhodnotí za půl roku, pak které se vlastně popíše tak, že vlastně kolikrát bude ten cíl plněn, záleží ten uživatel, kolikrát týdně do zařízení chodí a pokud možno se pokaždý ten cíl ten den co tady je plní, aby prostě toho cílu mohl dosáhnout a pak se vlastně za půl roku zhodnotí. No a pak obsahuje ještě, myslíš jako ty, jak je obslužný plán, ten se taky vlastně zhodnotí, pak se vlastně hodnotí, dělá se s uživatelem rozhovory. Rozhovory na téma mimořádné situace, spokojenost, přání a stížnosti, takže ty kroky jsou tam řekla bych dobře jako, jedno navazuje na druhý.*“ Participant shodně odpověděl, že individuální plánování zpracovává: „*Vlastně počítačově i písemně... v individuální místnosti.*“ Dle slov participanta k sestavování a obsahu jeho individuálního plánu participant odpověděl: „*Já si to myslím, že jo. Myslím si, že když už jako, že když toho uživatele znám, tak si myslím, že mu nastavím takový cíl, který je schopen zvládnout a něco se naučit nového nebo se zdokonalit v té věci, kterou by chtěl.*“

**KP\_3:** „*Individuální plány zpracováváme dle nastavení organizace. Individuální plánování zpracováváme, pokud dojde nový uživatel jednou jako při nástupu do služby. Po roce přehodnocujeme. Individuální plán necháme běžet, pokud se nic nemění a cíl nebyl naplněn. Po třech letech pokud je jednoznačně markantní, že uživatel není schopen individuální plán splnit, tak okamžitě přecházíme k přehodnocování, přehodnocujeme a nastavujeme nový cíl, který je měřitelný a tím pádem i splnitelný pro, ze strany*



uživatelé.“ K obsahu individuálního plánu participant sdělil, že obsahují: „*Bud' to individuální plánování, rizikové plány, jsou to denní zápisy... vlastně celou škálu, kterou uživatel využívá v plnění sociální a čerpání v sociální službě.*“ K formám zpracování a vyhrazenému prostoru k zpracování individuálního plánu participant sdělil, že: „*Zpracováváme individuální plány jak elektronickou formou, tak i ruční formou. Máme počítačový systém... máme program v počítači Cygnus, kde vlastně zpracováváme elektronicky veškeré věci týkající se individuálního plánování, rizikových plánů, zápisů denních činností, ale zpracováváme i ruční formu, což jsou rizikové plány, takže používáme obě dvě metody, abysme dokumentaci měli celkovou a jednotnou. Individuální plán zpracováváme na, ve nám vyhrazené místnosti pro individuální plánování, kterou nám organizace zajistila a můžeme ji využívat.*“ Sestavený individuální plán v obsahové formě k zajištění péče uživatele dle participanta je: „*Předpokládám, že by měl obsahovat vše, co je potřeba k zajištění a péči uživatele, ale myslím si, že nikdy to není na 100 %, aby to bylo úplně dokonalé a tím, že individuální plán je živý dokument, který se neustále vyvíjí a zpracovává, tak nikdy to nemůže být na 100%.*“

**KP\_4:** Participant plán zpracovává: „*...zpracováváme pokaždé, když dojde nový uživatel. Tři měsíce od nástupu. Potom po roce plán přehodnotíme, a když není naplněn, vytvoříme nový. [odmlka] Jinak přehodnocujeme krátkodobé a dlouhodobé cíle po půl roce nebo podle potřeby uživatele.*“ K obsahu individuálního plánu participant odpovídal, že důležité je: „*Určitě cíl, kterého chceme, dosáhnou. Potom jsou to dlouhodobé a krátkodobé plány, jak často ten uživatel dochází do zařízení, co tam všechno dělá... rizikové plány, plány obsluhy.*“ Co se týče podoby a místa zpracování individuálního plánu participant využívá: „*Obě formy.*“ Dále se participant zmiňuje, že využívá program: „*...Cygnus, kam zapisujeme všechny informace o individuálním plánování*“ a využívá k tomu: „*...místnost, kde máme počítač. Tam máme soukromí a prostor k práci.*“ Obsahově svůj sestavený individuální plán participant hodnotí jako dobrý: „*...zpracováváme podle nastavení organizace. Myslím si, že sestavuji plán tak, aby co nejvíc vyhovoval uživateli v plnění jeho cíle. Ale vždy je co zlepšit.*“

Tabulka 2 Kategorizovaný seznam kódů

<b>Kategorie: Zodpovědnost</b>
<p><b>Kódy:</b></p> <p>Otázka 1: pozorováním, rozhovor; jak je dobře znám, tak nastavit plán nebyl nikdy problém; dle zjištěných informací, které mi poskytne vedoucí zařízení, sociální pracovník; pozorovací metodou; výměnou informací s dalšími klíčovými pracovníky; zejména pozorováním, případně komunikací s uživatelem nebo jeho zákonným zástupcem;</p> <p>Otázka 2: kladnej, to není pro všechny uživatele, to nejde nastavit; kladnej; záleží, komu se ten cíl nastavuje; nesplnitelnej cíl; zodpovědný přístup; záleží, komu daný cíl nastavuji;</p> <p>Otázka 3: v zařízení, kdykoliv někam jdeme, prostě všude, během celého dne, během celé naší pracovní doby; v zařízení; při činnostech; v dílnách; v průběhu čerpání sociální služby; celý den průběžně; dle nastavených potřeb uživatele; pokud je potřeba; v průběhu celé pracovní doby; průběžně; podle potřeb uživatele; podle stanoveného harmonogramu individuálního plánování;</p>
<b>Kategorie: Vyjádření názoru</b>
<p><b>Kódy:</b></p> <p>Otázka 1: jak pro koho; individuálně; cíle individuálního plánování nejsou pro všechny; obohacení jak nás pracovníků, tak i klientů; proces je nevhodný pro všechny uživatele naší služby; na individuální plánování tam není prostor; vnímám to jako přínos;</p> <p>Otázka 2: pracovní (emoce), standardně; pracuje se lehce, samo; je to těžký; je to zbytečný; záleží na tom, s kým to plánování momentálně dělám; mám celkově zodpovědný přístup; záleží na tom, s kým to individuální plánování provádím; někdy jsem bezradná;</p> <p>Otázka 3: pozorováním; názory ostatních; od zákonných zástupců; od ostatních uživatelů; v zařízení; ve škole; na školení; sledujeme toho uživatele, vnímáme jeho potřeby; od mé nadřízené; z různých školení, kurzů, seminářů; samoučením; studiem na vysoké škole; od nadřízené; vzděláváním; na školení;</p> <p>Otázka 4: Dva – tři myslím; rezervy jsou vždycky všude; když tak si nechám poradit; dva méně; dva, dva méně; neustále je potřeba se zdokonalovat a učit; nejsou dány meze; asi tak trojku;</p>

Otázka 5: máme různé dílny, pracovny; čas si vždycky musím najít; materiálně je k tomu vybavení; aby bylo zaznamenáno do těch dokumentů; dobrý podmínky; v klidu; klid na psaní; výborné; vlastní individuální plánovací místnost; dobré; vyhrazená místnost;

#### **Kategorie: Vnitřní nastavení**

##### **Kódy:**

Otázka 1: máš zkušenosti nějaký; ta role není špatná; uživatel má k němu důvěru; líp se plní cíl; závazek a obohacení v pracovní pozici; podstatná část svého zaměstnání; v každém případě určitě; zodpovědnost a do jisté míry i závazek;

Otázka 2: určitě je to nějakým přínosem pro mou práci; zkušenosti jak dál pracovat; je; znám toho uživatele; ano; dozvídám se důležité informace;

#### **Kategorie: Komplexnost postupu**

##### **Kódy:**

Otázka 1: tři měsíce po nástupu uživatele; to je taky individuální; po třech měsících; po půl roce se může nastavit cíl nově; pokud ho chce uživatel změnit; když vím, že ten cíl byl špatně nastaven; dle nastavení organizace; pokud dojde nově uživatel; po roce přehodnocujeme; po třech letech; přehodnocování; pokaždé, když dojde nový uživatel; tři měsíce od nástupu; po roce plán přehodnotíme; podle potřeby uživatele;

Otázka 2: obě dvě formy (ruční i elektronická); počítačově i písemně; jak elektronickou formou, tak i ruční formou; počítačový program; obě formy; program Cygnus;

Otázka 3: obsah cíle; kroky k jeho naplnění; postup plánu; kolikrát za týden nebo dle potřeby; hodnocení po půl roce; dlouhodobý cíl, krátkodobý cíl, obslužný plán; rizikové plány, denní zápisy, vlastně celou škálu, kterou uživatel využívá v plnění sociální a čerpání v sociální službě; cíl, kterého chceme dosáhnout; dlouhodobé a krátkodobé plány, rizikové plány; plány obsluhy;

Otázka 4: na počítači; individuální místnost; ve vyhrazené individuální místnosti pro individuální plánování; máme místnost, kde máme počítač; soukromí a prostor k práci;

Otázka 5: v rámci zařízení je to dostačující; myslím, že jo; individuální plán je živý dokument, který se neustále vyvíjí a zpracovává; podle nastavení organizace; aby co nejvíc vyhovoval uživateli;

## 8 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT

Analýzou dat z rozhovorů s participanty jsme se snažili zodpovědět položené výzkumné otázky, které směřovaly k naplnění stanovených dílčích otázek a hlavního výzkumného cíle. Získaná data jsou interpretována technikou vyložení karet, jak je uvedeno v kapitole 7. Jednotlivé kategorie byly nasyceny kódy, které jsou doloženy v Tabulce 2. Nyní si zodpovíme jednotlivé výzkumné otázky.

### **Jak jednotliví klíčoví pracovníci přistupují a provádí individuální plánování?**

Při zjišťování odpovědí na tuto výzkumnou otázku byly kladeny podotázky, které nám měly zodpovědět celistvý přístup participantů při provádění individuálního plánování. Každý z participantů byl dotazován, jaký zastává přístup k individuálnímu plánování a jak, kdy a kde individuální plánování provádí. Participant se shodovali, že zastávají kladný a zodpovědný přístup k individuálnímu plánování a vnímají ho jako přínosný. Participant se ovšem také zmiňovali a popisovali úskalí, které ovlivňuje jejich přístup k procesu. Důležitým faktorem v přístupu participantů k individuálnímu plánování je, komu individuální plán nastavují. Dle vyjádření participantů, je sestavování individuálního plánu jednodušší s uživateli, kteří dokážou vyjádřit a popsat, jaký je požadavek z jejich strany ohledně nastavení individuálního cíle, než uživatelé, kteří nejsou schopni specifikovat, jaký cíl požadují. Participant se také vyjádřili, že ne u všech uživatelů se tento cíl dá nastavit tak, aby byl splnitelný. Všichni participant se shodli, že samotné individuální plánování provádějí především pozorováním, při kterém zjišťují a vyhodnocují, co uživatel chce a potřebuje. Dále jsme zjistili, že participant při provádění individuálního plánování uživatelů využívají možnosti samotného rozhovoru s uživatelem či zákonným zástupcem, ale i výměnou informací mezi klíčovými pracovníky. Také čerpají z informací, které dostanou od vedoucího zařízení, nebo sociálního pracovníka. Participant se shodli, že individuální plánování uživatelů provádějí průběžně po celou pracovní dobu, dle potřeb uživatelů a nastavených cílů. Bylo zdůrazněno, že organizace má stanovená pravidla a harmonogram, kdy se má individuální plán tvořit a přehodnocovat. Pokud se ovšem vyskytne nepředvídatelná situace, provádí se individuální plánování okamžitě. Individuální plánování probíhá dle participantů především v prostorách zařízení poskytující sociální službu. Dále na aktivitách a činnostech, které jim jsou nabízeny poskytovány sociální službou, při stravování, na vycházkách, ale také na návštěvách kulturních a společenských akcích.

**Jaký význam přikládají individuálnímu plánování klíčový pracovníci?**

Ze získaných odpovědí participantů, na otázku „co si myslí a jak se cítí v procesu individuálního plánování“ vyplynulo, že proces není vhodný pro všechny uživatele a je to individuální záležitost. Znovu se opakovalo vyjádření participantů, že ne každý uživatel je schopen se vyjádřit k sestavování plánu a následného nastavení cíle z důvodu jeho mentálního či fyzického handicapu. Mnohdy samotný zákonný zástupce uživatele neví, jaký cíl a spolupráci by chtěl nastavit. Z těchto odpovědí participantů vyplynulo, že sestavování individuálního plánu pro takto postiženého uživatele je těžké a do určité míry i zbytečné. Spíše by se mělo cílit na zajištění jejich potřeb, než na nastavování nereálných cílů. Dále bylo zjišťováno, odkud participanté získávají a čerpají informace týkající se individuálního plánování, jaké mají znalosti týkající se individuálního plánování a jakou známkou by se ohodnotili. Participant KP\_1 byl v rozpacích a na položenou otázku reagoval váhavě. Jeho odpověď i přes doplňující podotázky byla zodpovězena v části, že sebe ohledně znalostí individuálního plánování hodnotí známkou tři, jelikož má rezervy a nebrání se radám od druhých kolegů. Ze sesbíraných odpovědí zbývajících participantů vyplynulo, že potřebné informace čerpají ze školení, kurzů a seminářů, kterých se účastní. Dále získávají informace od nadřízených pracovníků v organizaci, studiem na VŠ a samostudiem. Na své znalosti týkající se individuálního plánování participanté odpověděli, že jejich znalosti, kterými disponují, vyplývají z letité praxe, ale že je třeba neustále se vzdělávat a zdokonalovat v oboru. Svě ohodnocení znalostí individuálního plánování se pohybovalo v rozmezí známky dva až tři. Neméně důležité bylo i získání informací týkajících se zajištění podmínek a zázemí participantů k provádění individuálního plánování ze strany zaměstnavatele. Všichni participanté se shodli, že jim organizace vytvořila vhodné zázemí a podmínky k individuálnímu plánování. V zařízení mají vyhrazenou individuální místnost a i dostatečný časový prostor na zpracovávání individuálních plánů, vedení zápisů a rozhovorů s uživateli.

**Jak je role klíčového pracovníka chápána samotným klíčovým pracovníkem?**

Snažili jsme se zjistit, jak každý dotazovaný participant chápe roli klíčového pracovníka a zda je mu tato role přínosem k výkonu jeho povolání. Každý z dotazovaných participantů popisoval svůj postoj k roli a její přínos odlišně. Z jednotlivých zjištěných odpovědí vyplynulo, že participanté svoji roli chápou jako získávání nových zkušeností, ale také jako závazek a zodpovědnost při sestavování individuálního plánu uživatelů. Tato role nabývá

významu, jelikož uživatel má důvěru k samotnému participantovi. Zároveň je participanty role klíčového pracovníka chápána jako důležitá část pracovní pozice v zaměstnání. Celkově se všichni participanti shodli, že role klíčového pracovníka je pro ně osobně přínosná z důvodu získání nových zkušeností a zjištění podstatných informací týkajících se uživatelů.

### **Jakým způsobem, kdy a kde klíčoví pracovníci sestavují a přehodnocují individuální plán?**

Zjišťovali jsme od participantů, kdy a co obsahuje individuální plán, jakou formou a kde individuální plán zpracovávají. Z odpovědí participantů vyplynulo, že individuální plán zpracovávají dle nastavení organizace. Ke zpracovávání dochází vždy s příchodem nového uživatele sociální služby. Následovně po třech měsících adaptační doby čerpání služby se individuální plán přehodnotí, nebo zůstane zachován ve stávající podobě. Participant se vyjádřili, že celkově nastavený individuální plán uživatele se přehodnocuje po roce trvání nebo dle okamžitých potřeb uživatele, kdy může docházet k ukončení stávajícího individuálního plánu z důvodu neschopnosti dosažení a naplnění stanoveného cíle. Pokud k tomuto kroku dojde, nastavuje se nový individuální plán s reálným a splnitelným cílem ze strany uživatele i sociální služby. Individuální plán dle participantů obsahuje stanovený a dohodnutý cíl služby, dlouhodobé a krátkodobé cíle, rizikové a obslužné plány, rozhovory s uživateli, denní zápisy o čerpání nasmlouvané sociální služby. Při zpracovávání individuálního plánu využívají participant jak počítačovou formu zápisu v programu Cygnus, tak i ruční formu zápisu v místnosti, která je k tomuto účelu vyhrazena. Dále byli participant dotazováni, jak sami hodnotí svůj sestavený individuální plán. Zda si myslí, že obsahuje všechny potřebné náležitosti k zajištění potřebné péče uživatele. Participant se k této položené otázce vyjadřovali individuálně, ze svého subjektivního úhlu pohledu. Z odpovědí vyplynulo, že osobně si myslí, že jejich zpracované individuální plány jsou dobré a vychází z nastavení parametrů organizace, které jsou v rámci zařízení dostačující. Dále participant sdělili, že vycházejí se znalostí uživatelů a zjištěných potřeb uživatelů, že individuální plán je živý dokument, který se neustále vyvíjí a nelze ho zpracovávat na 100 % a vždy je co zlepšovat, což se vše odráží na jejich samotném sestavení individuálních plánů jednotlivých uživatelů.

## 9 SHRUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Informace z rozhovorů s participanty našeho výzkumu, nám umožnily získat odpovědi na nastavené dílčí výzkumné otázky a tím složit odpověď na hlavní výzkumnou otázku, která zněla: **Jaký je postoj k procesu individuálního plánování v sociálních službách ve vybrané organizaci z pohledu klíčových pracovníků?** Z výzkumného šetření nám vyplynulo, že participanti zastávající roli klíčového pracovníka mají kladný a zodpovědný postoj i přístup k individuálnímu plánování. Svoji roli chápou jako závazek, zodpovědnost, obohacení, ale i projev důvěry ze strany uživatele ke klíčovému pracovníkovi. Úskalí shledávají v nastavování individuálního plánu uživatelům, kteří nejsou schopni své potřeby a přání vyjádřit z důvodu jejich závažného mentálního a fyzického handicapu. Pro takto indisponované uživatele, je dle participantů, složitě či nevhodné nastavování individuálního plánu, jelikož jak samotní uživatelé, tak i jejich zákonní zástupci mnohdy nevědí jaký vhodný a splnitelný cíl v individuálním plánu nastavit. Individuální plán participanti rozpracovávají po příchodu nového uživatele. Po uplynutí adaptační doby uživatele v sociální službě plán nechávají, pokud je vyhovující nebo přehodnocují a nastaví nový. Další přehodnocení následuje po jednom roce. Individuální plán se řídí a zpracovává dle nastavených pravidel organizace, nebo pokud se vyskytne nepředvídatelná situace na straně uživatele, která vyžaduje okamžité přehodnocení a změnu v individuálním plánu. Obsahem individuálního plánu dle participantů jsou stanovené dlouhodobé a krátkodobé cíle, rizikové a obslužné plány, rozhovory s uživateli, denní zápisy o čerpání nesmlouvané sociální služby. Potřebné informace týkající se uživatelů k vytvoření plánu, participanti získávají pozorováním a rozhovorem s uživateli, rodinnými příslušníky, od vedoucího zařízení nebo sociálního pracovníka. Důležitá je také komunikace a sdělování informací mezi klíčovými pracovníky v organizaci. Individuální plánování dle zjištěných informací provádějí participanti po nasmlouvaný časový úsek čerpání sociální služby uživatelů v zařízení, na aktivitách, které jsou sociální službou nabízeny, na výletech či společenských a kulturních akcích. Zaznamenání zjištěných důležitých informací týkajících se individuálního plánu jednotlivých uživatelů se zpracovává ruční písemnou formou a elektronickou formou v programu Cygnus, ve vyhrazené místnosti, kterou organizace participantům vytvořila jako zázemí pro zpracovávání a vedení dokumentace uživatelů. Cílem výzkumu bylo také zjistit, kde participanti zastávající roli klíčového pracovníka získávají informace týkající se individuálního plánování, jak své znalosti hodnotí a jak celkově hodnotí své individuální plánování. Vyjádření participantů

k získávání informací týkajících se jejich znalostí individuálního plánování vychází ze školení, kurzů a seminářů, kterých se účastní. Dále získávají informace od nadřízených pracovníků v organizaci, studiem na VŠ a samostudiem. Své znalosti participanti hodnotí dobře v ohodnocení známkou dva až tři. Také se participanti vyjádřili, že jsou důležité znalosti týkající se uživatelů a jejich potřeb, a že je vždy co zlepšovat v jejich individuálním plánování.



## 10 VÝZNAM VÝZKUMU A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě výsledků výzkumu vyplynulo, že postoj klíčových pracovníků vybrané organizace k celistvosti procesu individuálního plánování je kladný. Sobek (2012, s. 5) píše „*Aby individuální plánování mělo smysl, musíme především vědět, proč se této činnosti máme společně s klienty věnovat...*“

Výzkum byl směřován na konkrétní čtyři pracovníky organizace poskytující sociální službu Denního stacionáře pro osoby se zdravotním postižením. Význam a cíl výzkumného šetření ve vybrané sociální službě spočíval v zjištění názorů jednotlivých klíčových pracovníků na jejich postoj k procesu individuálního plánování, znalosti, informace, zájem, pocity, ale i sebehodnocení jejich výkonů týkající se celkového procesu. Zjištěním následných informací mělo přinést vhled do celkové problematiky procesu individuálního plánování z pohledu klíčových pracovníků dané sociální služby a možného zjištění nedostatků či vědomostních mezer, které by mohli vést jako doporučení k nastavení nových změn postupů klíčovými pracovníky, ale i organizace v přístupu k individuálnímu plánování.

Všichni dotazovaní účastníci výzkumného šetření se shodli, že role klíčového pracovníka obnáší povinnost vůči uživateli ve vytvoření individuálního plánu. Celkový proces individuálního plánování chápou jako závazek, zodpovědnost obohacení a projevení důvěry ze strany uživatele. Své individuální plánování a sestavené plány považují za dostačující a plnící svou určenou funkci. Nutno podotknout, že odpovědi účastníků na položené otázky jsou jejich subjektivním názorem a jejich osobním hodnocením. Nastavení hodnot a objektivního pohledu na danou problematiku celkového procesu individuálního plánování se může lišit. Pokud by byly otázky směřovány na vedoucí pracovníky organizace, kteří role klíčových pracovníků také vykonávají, ale v omezené míře a spíše na proces dohlíží, mohlo by dojít k rozkolu. Dotazovaní klíčoví pracovníci mohli své znalosti nadhodnocovat a na položené otázky neodpovídat dle reálné skutečnosti. Zdůvodněním může být jiný úhel pohledu na jednotlivé kroky při procesu individuálního plánování a to i přes fakt, že jsou jasně daná a nastavená vnitřní pravidla a metodiky organizace.

Nabízí se otázka, zda toto výzkumné šetření mělo smysl provádět a co nám mělo odhalit. Z pohledu dotazovaných účastníků vybrané sociální služby bylo výzkumné šetření zcela jistě přínosné, protože zjištěné informace zainteresovaným účastníkům výzkumu

nastínily jejich silné a slabé stránky v procesu individuálního plánování. Ze zjištěných informací nám vychází, že klíčoví pracovníci v procesu individuálního plánování vidí velké úskalí s uživateli, kteří nejsou schopni vyjádřit své potřeby a přes to musí složitě individuální plánování tvořit, aby dodrželi veškeré zákonné i organizační normy. Jako doporučení pro praxi by bylo možné organizaci doporučit zjednodušení procesu individuálního plánování ve smyslu cílení na zabezpečení potřeb a splnitelných cílů uživatelů.

Z pohledu sociální pedagogiky je možno proces individuálního plánování pojmut ve smyslu potřeby pomoci těm, kteří se dostali do složité životní situace. Můžeme říci, že klíčoví pracovníci v tomto procesu zastávají pozici průvodců, kteří se snaží vytvářet soulad mezi potřebami jedinců a společnosti (Kraus, 2008, s. 39, 43).

## ZÁVĚR

Pro poskytování kvalitní péče v návaznosti na spokojenost uživatele je třeba využívat určeného nástroje, kterému se v naší diplomové práci věnujeme. Jedná se o individuální plánování, které je určeným nástrojem pro poskytování kvalitní péče uživatelům v plnění reálně nastavených potřeb a přání plynoucí ze společné dohody o navázání spolupráce. Důležitým faktorem v plnění individuálního plánování je, aby bylo prováděno v souladu s jednotlivými kroky, které jsou uváděny odborníky a odbornou literaturou.

Diplomová práce se zabývá individuálním plánováním z pohledu klíčových pracovníků ve vybraném zařízení sociálních služeb. Cílem práce bylo zjistit, jak individuální plánování vnímají, jaký mají přístup a postoj k tomuto procesu klíčoví pracovníci vybrané organizace poskytující sociální službu Denního stacionáře pro osoby se zdravotním postižením.

Teoretická část diplomové práce byla věnována sociálním službám v České republice a jejich mechanismu dodržování norem a zákonů při jejich poskytování. Dále jsme se v práci zabývali vymezením jednotlivých pojmů osob se zdravotním postižením, celkovému procesu individuálního plánování a osobě klíčového pracovníka. Poslední kapitola teoretické části byla věnována popisu a seznámení se s vybranou organizací poskytující sociální službu, která byla zvolena pro naši výzkumnou část diplomové práce.

V metodologické části jsme hledali odpověď na hlavní výzkumnou otázku: Jaký je postoj k procesu individuálního plánování v sociálních službách ve vybrané organizaci z pohledu klíčových pracovníků?

Praktická část diplomové práce byla vypracována pomocí kvalitativního pojetí výzkumu. Výzkumný soubor tvořili 4 participanti, kteří pracovali na pozici klíčového pracovníka ve vybrané organizaci poskytující sociální službu Denního stacionáře pro osoby se zdravotním postižením. S participanty byly vedeny polostrukturované rozhovory a na základě zjištěných dat byla provedena analýza pomocí otevřeného kódování a techniky vyložení karet. V interpretaci dat jsme zodpověděli dílčí výzkumné otázky, které nás vedly k naplnění dílčích výzkumných cílů.

Výzkumem bylo zjištěno, že klíčoví pracovníci mají kladný a zodpovědný přístup k individuálnímu plánování a vnímají ho jako přínosný faktor. Stanovenou roli klíčového pracovníka participanti označili za zodpovědnou, obohacující, jako závazek, ale také projev důvěry ze strany uživatele. Úskalí je především spatřováno v nastavování

individuálního plánování uživatelů, kteří nejsou schopni vyjádřit své potřeby a přání z důvodu jejich zdravotní indispozice. Při zpracovávání individuálního plánu se participanti řídí nastavenými vnitřními pravidly a metodikami organizace nebo okamžitou potřebou změny ze strany uživatele. Obsah individuálního plánování tvoří soubor dokumentace od dlouhodobých a krátkodobých cílů, rizikových a obslužných plánů, rozhovorů s uživateli a denními zápisy o průběhu čerpané služby. Dále z výzkumu vyplynulo, že všechny důležité informace participanti získávají pozorováním, rozhovory s uživateli či rodinnými příslušníky, sdělováním a komunikací od vedoucího zařízení, sociálního pracovníka či v týmovou komunikaci a spoluprací klíčových pracovníků. Toto šetření dle výzkumu provádějí po dobu čerpání sociální služby uživatelů na aktivitách, výletech, společenských a kulturních akcích. Zjištěné informace se zpracovávají písemnou a elektronickou formou v programu Cygnus ve vyhrazené místnosti pro zpracovávání dokumentace individuálního plánování. Vzdělávání a znalosti týkající se individuálního plánování participanti získávají na školení, kurzech, seminářích, samovzděláváním či studiem v daném oboru. Z výzkumu vyplynulo, že dotazovaní participanti své zpracovávané individuální plány a znalosti týkající se individuálního plánování hodnotí dobře, ale že je neustále třeba co zlepšovat.

Výzkum byl cílen na malou skupinu participantů zastávající roli klíčového pracovníka, který provádí individuální plánování vybraným uživatelům čerpající sociální službu. Zjištěné výsledky výzkumu poukázaly, že dotazovaní participanti proces individuálního plánování nezavrhují a není pro ně zátěží, ale naopak přínosem a zjištěním nových informací. Nutno podotknout, že tato zjištění odpovědí vychází ze subjektivního vyjádření každého participanta a následného spojení do celku odpovědi na položenou výzkumnou otázku. V rámci prohloubení vhledu na výzkumné šetření by bylo možné provést stejný výzkum tentokrát zaměřený na vedoucí pracovníky stejné organizace, kteří primárně roli klíčového pracovníka nevykonávají, ale na tento proces dohlíží. Porovnání zjištěných výsledků výzkumu by mohlo být zajímavé z důvodů různých úhlů pohledů na danou problematiku. Výstupním faktorem by mohlo být doporučení organizace, jak nejlépe nastavit proces individuálního plánování.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

1. BENDO VÁ, Petra a Pavel ZIKL, 2011. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3854-3.
2. BICKOVÁ, Lucie a Dana HRDINOVÁ, 2011. *Standardy kvality a jejich provázanost s individuálním plánováním*. In: BICKOVÁ, Lucie et – al. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. ISBN 978-80904668-1-4.
3. ČERMÁKOVÁ, Kristýna a Milena JOHNOVÁ, 2002 *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: průvodce poskytovatele*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. ISBN 80-865-5245-4.
4. EDELSBERGER, Ludvík, 2000. *Defektologický slovník*. Jinočany: H & H. ISBN 80-86022-76-5. GULOVÁ, Lenka. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3379-1.
5. HAICL, Martin a Veronika HAICLOVÁ, 2011. *Metody individuálního plánování služby s uživateli*. In: BICKOVÁ, Lucie et – al. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. ISBN 978-80904668-1-4.
6. HAUKE, Marcela, 2011. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3849-9.
7. *Slovníček pojmů*, 2011. In: BICKOVÁ, Lucie et – al. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. ISBN 978-80904668-1-4.
8. HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
9. HERMANOVÁ, Marie, 2011. Jak by do obsahu i formy měl být podle vás veden individuální plán? In: BICKOVÁ, Lucie et – al. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. ISBN 978-80904668-1-4.
10. HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.
11. CHLOUPKOVÁ, Soňa, 2013. *Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4678-4.

12. JESENSKÝ, Ján, 2000. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 80-704-1196-1.
13. KRAMOSILOVÁ, Miluše a Veronika RŮŽIČKOVÁ, 2017. *Koheze speciální pedagogiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5257-9.
14. KRAUS, Blahoslav, 2008. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-383-3.
15. KREJČÍŘOVÁ, Olga a Ivana TREZNEROVÁ, 2011. *Malý lexikon sociálních služeb*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2754-6.
16. LANGER, Stanislav, 1996. *Mentální retardace: etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova*. 3. přeprac. vyd. Hradec Králové: Kotva. ISBN 80-900-2548-X.
17. MAHROVÁ, Gabriela, Martina, VENGLÁŘOVÁ a kol, 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. ISBN 80-247-2138-4.
18. MALÍK HOLASOVÁ, Věra, 2014. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4315-8.
19. MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.
20. MALÍKOVÁ, Eva, 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2030-7.
21. MATOUŠEK, Oldřich a kol, 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.
22. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed, 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 80-736-7002-X.
23. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed, 2010. *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0.
24. MATOUŠEK, Oldřich, 2007. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-310-9.
25. MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

26. MOLEK, Jan, 2009. *Marketing sociálních služeb*. Praha: VÚPSV. ISBN 978-80-7416-026-4.
27. *MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : desátá revize : obsahová aktualizace k 1.1.2018*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. Desátá revize. Tabelární část. Aktualizované vydání k 1. 1. 2021. ISBN 978-80-7472-168-7.
28. SKUTIL, Martin, 2011. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-778-7.
29. SLOWÍK, Josef, 2016. *Speciální pedagogika. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0095-8.
30. SOBEK, Jiří, 2012. *Jak dobře individuálně plánovat: Praktická příručka pro každého, kdo se účastní individuálního plánování*. Praha: Adpontes.
31. STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce. SCAN. ISBN 80-858-3460-X.
32. ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva, 2000. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-717-8506-7.
33. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
34. VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH, 2012. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4738-291.
35. VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH, 2018. *Mentální postižení. 2.*, přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0378-2.
36. VÍTOVÁ, Marcela, 2011. *Jsem klíčový pracovník*. In: BICKOVÁ, Lucie et – al. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. ISBN 978-80904668-1-4.

### Cizojazyčná literatura

1. LINDON, Jennie, 2012. *The Key Person Approach*. Practical Pre-School Books, St Jude's Church, London. ISBN 978-1-909280-21-2.
2. WALKER, Janet S., Nancy KOROLOFF a Kathryn SCHUTTE, 2003. *Implementing high-quality collaborative Individualized Service/Support Planning: Necessary conditions*. Reseach and Training Center on Family Support and Children's Mental Health Portland State University. [online]. [cit. 2021-04-05].
3. ZIGLER, Edvard a Robert M. HODAPP, 1986. *Understanding Mental Retardation*. Cambridge University Press. ISBN 978-0521318785.

### Internetové zdroje

1. BŘEZOVSKÁ, Jarmila. Uplatnění andragogického vzdělávání ve vybraných sociálně terapeutických dílnách. Zlín, 2017. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav pedagogických věd. Vedoucí práce doc. PhDr. Mgr. Jaroslav Balvín, CSc.
2. ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2006, částka 37, s. 1257–1289. [online] [cit. 2021-04-05]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.
3. ČESKO. Zákon č. 435 ze dne 13. května 2004 o zaměstnanosti. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2004, částka 143, s. 8270–8316. [online] [cit. 2021-04-05]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-435>.
4. ČESKO. Vyhláška č. 505 ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2006, částka 164, s. 7021–7048. [online] [cit. 2021-04-05]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>.
5. JOHNOVÁ, M., M. HAIFO, P. KLÍMA, A. CHÁBOVÁ a E. BROŽOVÁ, 2007. Individuální plánování: Principy a význam individuálního plánování. [online] [cit. 2019-02-20]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/kvalita-socialnich-sluzeb-standardy-podpora>
6. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. *Bílá kniha v sociálních službách*. Praha, únor 2003[online] [cit. 2021-04-05]. Dostupné z: [http://www.cekas.cz/php/pdf/Bila\\_kniha\\_unor\\_2003.pdf](http://www.cekas.cz/php/pdf/Bila_kniha_unor_2003.pdf)



7. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. *Manuál pro tvorbu a zavádění standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*. 2008 [online] [cit. 2021-04-05]. Dostupné z: [www.csspraha.cz › wcd › file › manual-standardy-kvality](http://www.csspraha.cz/wcd/file/manual-standardy-kvality).
8. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. *Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením*. 2006 [online] [cit. 2021-04-05]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/umluva-osn-o-pravech-osob-se-zdravotnim-postizenim>
9. Základní sociální poradenství. Centrum pro zdravotně postižené. [online] [cit. 2021-04-05]. Dostupné z: <https://www.sluzbypostizenym.cz/sluzby/bezplatne-sluzby/vseobecne-informace>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

aj.	a jiné
BP	bakalářská práce
ČR	Česká republika
DS	Denní stacionář
ISBN	Mezinárodní standardní číslo knihy (International Standard Book Number)
KP	klíčový pracovník
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MŠMT	Ministerstvo školství a tělovýchovy
odst	odstavec
Sb.	Sbírka zákonů
SSV, p.o.	Sociální služby Vyškov, příspěvková organizace
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Celková struktura a personálního zajištění Denního stacionáře .....	56
-------------------------------------------------------------------------------	----

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Hodinová sazba za pobyt v zařízení .....	53
Tabulka 2 Kategorizovaný seznam kódů .....	74

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**PŘÍLOHA P I** - Informovaný souhlas participanta

**PŘÍLOHA P II** - Rozhovor č. 3 - participant „KP\_3“

# PŘÍLOHA P I: INFORMOVANÝ SOUHLAS PARTICIPANTA

## Informovaný souhlas účastníka výzkumu

Vážený pane, vážená paní,

**v souladu se zásadami etické realizace výzkumu<sup>1</sup> Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci diplomové práce.**

**Název projektu:** „Individuální plánování z pohledu klíčových pracovníků ve vybraném zařízení sociálních služeb.“

Předmětný výzkum bude realizován formou polostrukturovaného rozhovoru, který bude zaznamenáván na diktafon, následně převeden do textové podoby a zpracován. Získané informace budou použity výhradně pro účely výše uvedené diplomové práce. S ohledem na povahu poskytovaných informací bude plně respektováno Vaše případné rozhodnutí účastnit se výzkumu anonymně či ho odmítnout. Veškeré údaje, které by Vás mohly identifikovat budou smazány a nebudou v textu uvedeny ani nijak zveřejněny.

Děkuji Vám za účast v mém výzkumném šetření.

Bc. Jarmila Březovská

Současně tímto žádám, aby mnou poskytnuté informace byly prezentovány:

(zvolte, prosím, jednu z možností)

s uvedením mého skutečného jména

anonymně

V ..... dne ..... Podpis: .....

---

<sup>1</sup> Všeobecnou deklaraci lidských práv, nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) a dalšími obecně závaznými právními předpisy (jimiž jsou zejména Helsinská deklarace přijatá 18. Světovým zdravotnickým shromážděním v roce 1964, ve znění pozdějších změn (Fortaleza, Brazílie, 2013), zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, zejména ustanovení jeho § 28 odst. 1, a Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně publikované pod č. 96/2001 Sb. m. s., jsou-li aplikovatelné).

## **PŘÍLOHA P II: ROZHOVOR Č. 3 - PARTICIPANT „KP\_3“**

**VYZ:** Rozhovor bude nahráván pouze pro účely analýzy dat. Veškeré údaje, které by Vás mohly identifikovat budou smazány a nebudou v textu a zveřejněny.

VYZ: Souhlasíte s pořízením zvukového záznamu?

KP\_3: Ano, s nahrávkou souhlasím.

VYZ: Můžeme přistoupit k otázkám rozhovoru?

KP\_3: Ano.

-----  
----

### **1. Jak dlouho pracujete v sociálních službách?**

KP\_3: V sociálních službách pracuji zhruba šest let.

### **2. Jak dlouho pracujete ve vybrané organizaci.**

KP\_3: Ve vybrané organizaci sociálních služeb denního stacionáře pracuji dva roky a devět měsíců.

### **3. Máte vzdělání v oboru sociální práce či příbuzného oboru?**

KP\_3: Vzdělání v oboru si teď dokončuji a dělám, dokončuji magisterské studium v oboru sociální pedagogice, jinak mám kurz pracovníka sociálních služeb, službách. A dále mám bakalářské vzdělání v andragogice v profilaci řízení lidských zdrojů v neziskové sféře.

### **4. Jak dlouho pracujete, pracujete na pozici klíčového pracovníka?**

KP\_3: Ve vybrané organizaci denního stacionáře na pozici klíčového pracovníka pracuji 2,5 roku.

### **5. Pro kolik uživatelů jste klíčovým pracovníkem?**

KP\_3: Mám momentálně, jsem klíčovým pracovníkem pro čtyři uživatele...

## **Přístup k procesu a provádění individuálního plánování**

### **1. Jak Vy provádíte individuální plánování?**

KP\_3: Já individuální plánování provádím dle zjištěných informací, které mi poskytne vedoucí zařízení, sociální pracovník. Dále je to pozorovací metodou, když máme uživatele, který přijde do služby jako nový, takže pozorovací metodou. Pak je to výměnou informací s dalšími klíčovými pracovníky, kteří vlastně pracují v týmu klíčových pracovníků.

### **2. Jaký je Váš přístup k individuálnímu plánování?**

KP\_3: Přístup k individuálnímu plánování [odmlčení], Řekla bych, že mám zodpovědný přístup k individuálnímu plánování, protože je to přínosem jak pro nás pracovníky, tak i pro naše všechny uživatele, ale jelikož zákon nám ukládá individuálnímu plánování

provádět, tak svým způsobem je to povinnost, ale je to i obohacení jak nás pracovníků o informace, tak i klientů, uživatelů o posun v jejich dosavadním působení v životě.

### **3. Kde individuální plánování provádíte?**

KP\_3: Individuální plánování provádíme v průběhu čerpání sociální služby. Provádíme ho v zařízení denního stacionáře, ale provádíme ho vlastně celý den průběžně, protože sledujeme toho uživatele, vnímáme jeho potřeby, pak vlastně, pak to zpracováváme dle předepsaných harmonogramů plánování, tak jak to má být.

### **4. Kdy individuální plánování provádíte?**

KP\_3: Individuální plánování se provádí dle nastavených potřeb uživatele. Máme stanovení hlavního cíle, to je jednou ročně. Pak jednou za půl roku to přehodnocujeme, ale pokud je potřeba přehodnotit to okamžitě, tak přehodnocujeme okamžitě a nečekáme až na nastavený termín přehodnocování.

## **Postoj k procesu individuálního plánování**

### **1. Co Vy si myslíte o procesu individuálního plánování?**

KP\_3: No, já si myslím, že ten proces je nevhodný pro všechny uživatele naší služby. Pro ty uživatele, kteří nemají tak velký handicap, jak mentální, tak fyzický, pro ně je posun toho individuálního plánování zcela určitě jako dobrý, ale pro osoby, které v mentální klientely, v mentálním handicapu nemají... u uživatelů s s horšeným zdravotním stavem a mentálním stavem si myslím, že individuální plánování je nepodstatné, protože tam je potřeba zabezpečit jejich potřeby, Na individuální plánování v posunu rozvoji, tam není prostor.

VYZ: Tak, zadruhé.

### **2. Jak Vy se při procesu individuálního plánování cítíte?**

KP\_3: No, jak se cítím. Záleží, jak s kým to individuální plánování momentálně dělám. Pokud je to uživatel, který si sám dokáže zvolit své potřeby a přání, je individuální plánování jednodušší, komfortnější a je příjemnější jak u uživatelů nebo zákonných zástupců, s kterými to individuální plánování také projednáváme, kdy u těchto uživatelů či zákonných zástupců nevíme přesně jejich přání a potřeby k jejich vyjádření, proto je v tomto individuální a ten proces toho individuálního plánování podstatně složitější a není tak komfortní.

### **3. Kde a jak jste získala informace o individuálním plánování?**

KP\_3: Informace jsem získala od mé nadřízené, od z různých školení, kurzů, seminářů. Také samoučením a studiem na vysoké škole.

### **4. Jaké jsou vaše znalosti o individuálním plánování. Ohodnoťte se jako ve škole.**

KP\_3: Zkušenosti řekla bych tak 3,5; 4. Teďka otázka... to to je horší, tak to ne. Tak řekla bych tak, tak 2; 2,5. Tak dvojku bych řekla, že mám ty znalosti toho individuální plánování, ale neustále je potřeba se zdokonalovat a učit, protože v individuálním



plánování nejsou dány meze a každá organizace si to nastavuje podle kapacity a zvoleného, zvolené sociální služby...

### **5. Jaké máte podmínky k provádění individuálního plánování ze strany Vaší organizace? Časové, materiální, personální.**

KP\_3: Podmínky máme vytvořeny v rámci organizace pro zaměstnance na individuální plánování výborné. Máme svoji vlastní individuální plánovací místnost, kde s uživateli chodíme. Máme tam klid na rozhovory, na zapisování podstatných věcí a informací. Časově to máme vyhrazeno také v pořádku, každý z nás ze zaměstnanců má určitý vyhrazený časový úsek, kdy si své potřebné individuální plány a zápisy chodí zapisovat.

### **Chápání role klíčového pracovníka**

#### **1. Jak Vy chápete roli klíčového pracovníka?**

KP\_3: Já chápu roli klíčového pracovníka jako závazek a obohacení v pracovní pozici, kdy mám zodpovědnost za uživatele a za sestavení jeho individuální plánování k v procesu jeho uspokojení potřeb. Takže to chápu jako podstatně podstatnou část svého zaměstnání.

#### **2. Je role klíčového pracovníka přínosem pro výkon Vašeho povolání.**

KP\_3: No... v každém případě určitě, protože se o svých uživateli dozvím hromadu věcí a je to přínosem a obohacením z jejich strany na moji osobní stránku.

### **Sestavování a přehodnocování individuálního plánování**

#### **1. Kdy zpracováváte individuální plán?**

KP\_3: Individuální plány zpracováváme dle nastavení organizace. Individuální plánování zpracováváme, pokud dojde nový uživatel jednou jako při nástupu do služby. Po roce přehodnocujeme. Individuální plán necháme běžet, pokud se nic nemění a cíl nebyl naplněn. Po třech letech pokud je jednoznačně markantní, že uživatel není schopen individuální plán splnit, tak okamžitě přecházíme k přehodnocování, přehodnocujeme a nastavujeme nový cíl, který je měřitelný a tím pádem i splnitelný pro, ze strany uživatele.

VYZ: Zadruhé.

#### **2. V jaké podobě individuální plán zpracováváte? Ruční formou, elektronickou formou.**

KP\_3: Zpracováváme individuální plány jak elektronickou formou, tak i ruční formou. Máme počítačový si... máme program v počítači Cygnus?, kde vlastně zpracováváme elektronicky veškeré věci týkající se individuální plánování, rizikových plánů, zápisů denních činností, ale zpracováváme i ruční formou, což jsou rizikové plány, takže používáme obě dvě metody, abysme dokumentaci měli celkovou a jednotnou.

#### **3. Co obsahuje individuální plán?**

KP\_3: individuální plán vlastně obsahuje to, co už jsme řekla. Buďto individuální plánování, rizikové plány, jsou to denní zápisy, jednotlivé činnosti jak v sociální

rehabilitaci, tak sociálně terapeutické v těch dílnách, takže obsahuje vlastně celou škálu, kterou uživatel využívá v plnění sociální a čerpání v sociální službě.

#### **4. Kde individuální plán zpracováváte?**

KP\_3: Individuální plán zpracováváme na, ve námi vyhrazené místnosti pro individuální plánování, kterou nám organizace zajistila a můžeme ji využívat.

#### **5. Myslíte si, že Vámi sestavený individuální plán obsahuje vše, co je k zajištění péče uživatele?**

KP\_3: Předpokládám, že by měl obsahovat vše, co je potřeba k zajištění a péče uživatele, ale myslím si, že nikdy to není na 100%, aby to bylo úplně dokonalé a tím, že individuální plán je živý dokument, který se neustále vyvíjí a zpracovává, tak nikdy to nemůže být na 100%.

-----  
VYZ: Na závěr. Napadá Vás ještě něco důležitého k tématu, o čem jsme v rozhovoru nehovořili? Váš osobní názor na danou tematiku? Chtěla byste se na něco zeptat?

KP\_3: Ne, děkuji. Myslím si, že otázky byly vyčerpávající.

VYZ: Děkuji Vám za pozornost. Za Váš čas, který jste věnovala zodpovězení mnou položených otázek v daném tématu diplomové práce a následnému výzkumnému šetření. Pokud budete mít zájem seznámit se s výsledky výzkumu, ráda vás s nimi obeznámím.

KP\_3: Dobře, děkuji. Ráda se seznámím potom s výsledným šetřením. Děkuji.

VYZ: Prosím.