



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní
a pedagogická



INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ V PRŮBĚHU TRANSFORMACE A DEINSTITUCIONALIZACE POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO OSOBY S POSTIŽENÍM

Bakalářská práce

Studijní program: B7508 – Sociální práce
Studijní obor: 7502R024 – Sociální práce a penitenciární péče
Autor práce: **Kateřina Koutecká**
Vedoucí práce: Mgr. Lenka Nádvorníková, Ph.D.



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kateřina Koutecká**
Osobní číslo: **P11000099**
Studijní program: **B7508 Sociální práce**
Studijní obor: **Sociální práce a penitenciární péče**
Název tématu: **Individuální plánování v průběhu transformace a deinstitutionalizace pobytových sociálních služeb pro osoby s postižením**
Zadávací katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl:

Zjistit vliv prostředí velkokapacitního zařízení a prostředí malých domácností na individuální plánování s lidmi s postižením.

Požadavky:

1. Studium odborných zdrojů.
2. Formulace teoretických východisek a vymezení základních pojmů.
3. Projektování průzkumu a stanovení časového rozvrhu.
4. Sběr dat.
5. Vyhodnocení dat a jejich interpretace.
6. Formulace závěrů.
7. Stanovení vhodných návrhů opatření pramenících z výsledků výzkumu.

Metody:

Metoda dotazování - technika rozhovoru, analýza primárních a sekundárních dat, kazuistická studie.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

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

Seznam odborné literatury:

- BICKOVÁ, L., aj., 2011. Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách. 1. vyd. Tábor: RUDI. ISBN 978-80-904668-1-4.
- KOPŘIVA, K., 2010. Lidský vztah jako součást profese. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-922-4.
- KRUTILOVÁ, D., ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., 2009, Sociální služby - Tvorba a zavádění Standardů kvality poskytovaných sociálních služeb. 1. vyd. ISBN 978-80-254-3427-7.
- MATOUŠEK, O., 2010. Sociální práce v praxi. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0.
- Sociální práce/Sociálna práca, roč. 11, č. 3/2011. ISSN 1213-6204.
- VÁGNEROVÁ, M., 2012. Psychopatologie pro pomáhající profese. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0225-7.
- VYBÍRAL, Z., 2009. Psychologie komunikace. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-387-1.
- ZATLOUKAL, L., 2008. Plánování rozvoje sociálních služeb metodou komunitního plánování. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2128-5.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Lenka Nádvorníková

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce:

2. dubna 2013

Termín odevzdání bakalářské práce:

25. dubna 2014



doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.
děkan

L.S.



doc. PaedDr. PhDr. Ilona Pešatová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 23. dubna 2013

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 25. 4. 2014

Podpis: Koubek

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí své bakalářské práce Mgr. Lence Nádvorníkové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, vlídnost a trpělivost, kterou mi při tvorbě této práce věnovala. Další poděkování bych ráda věnovala své rodině, především svým dvěma synům, za neuvěřitelnou podporu a trpělivost.

V Liberci dne 25. 4. 2014

.....

Název bakalářské práce: Individuální plánování v průběhu transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb pro osoby s postižením

Jméno a příjmení autora: Kateřina Koutecká

Akademický rok odevzdání bakalářské práce: 2013/2014

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Lenka Nádvorníková, Ph.D.

Anotace:

Bakalářská práce se zabývá individuálním plánováním v průběhu procesů transformace a deinstitucionalizace pobytových sociálních služeb pro osoby s postižením. Teoretická část pojednává o významu transformace a deinstitucionalizace, jakožto změně v poskytování sociálních služeb, o individuálním plánování, které je procesem osobní změny člověka s postižením vedoucím (nejen) k jeho samostatnosti. Také pojednává o souběžnosti a vzájemném propojení těchto tří procesů, jako ideálním způsobu, jak s podporou sociální služby zmocnit člověka s postižením, pomoci mu zvýšit jeho autonomii a umožnit mu poté žít pouze s takovou mírou podpory sociální služby, kterou vyžaduje jeho postižení.

V empirické části se autorka zabývá vlivem prostředí velkokapacitního zařízení a prostředí malých domácností na realizaci individuálního plánování s lidmi s postižením a jejich následnou samostatnost. Pro svůj kvalitativní průzkum si zvolila pobytové zařízení sociálních služeb, které je zařazeno do projektu Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky, nazvaného "Podpora transformace sociálních služeb" a uskutečnila jej v průběhu tohoto procesu.

Klíčová slova:

Osoba s postižením, individuální plánování, proces transformace a deinstitucionalizace, sociální služba, samostatnost

Title of the bachelor thesis: Individual planning during transformation and deinstitutionalization of residential social care for persons with handicap

Author: Kateřina Koutecká

Academic year of the bachelor thesis submission: 2013/2014

Supervizor: Mgr. Lenka Nádvorníková, Ph.D.

Summary:

The bachelor thesis deals with individual planning during transformation and deinstitutionalization processes of stay welfare services for disabled people. Theoretical part concerns itself with the importance of transformation and deinstitutionalization as a change in providing welfare services, with individual planning which is a process of personal change of a disabled person leading (not only) to his independence. It also deals with a parallelism and mutual interconnection of these three processes as an optimal way how to empower a disabled person with support of a welfare service, how to help him increase his independence and consequently enable him to live with such an extend of welfare service, that is required by his disablement.

In the empirical part, the author deals with the influence of the environment of a large capacity institution and the environment of small households on realization of individual planning with disabled people and their consequential independence. For her qualitative research she chose a stay welfare service institution which is put in a Ministry of Labour and Social Affairs of the Czech Republic project called “Support of welfare services transformation” and she realized the research during this process.

Key words:

A disabled person, individual planning, process of transformation and deinstitutionalization, welfare service, independence

Obsah

Úvod.....	9
1 Transformace a deinstitutionalizace.....	10
1.1 Vývoj transformace v České republice.....	10
1.2 Vymezení pojmu transformace sociálních služeb.....	11
1.3 Vymezení pojmu deinstitutionalizace sociálních služeb.....	11
1.3.1 Důvody deinstitutionalizace.....	11
1.4 Projekt "Podpora transformace sociálních služeb".....	12
2 Individuální plánování.....	13
2.1 Legislativní rámec.....	13
2.2 Vymezení pojmu individuální plánování.....	13
2.3 Role klíčového pracovníka a ostatních spolupracujících osob.....	16
2.4 Individuální plán.....	17
2.5 Vyhodnocování rizik a rizikové plány.....	22
3 Sociální služby.....	26
3.1 Domov pro osoby se zdravotním postižením.....	26
3.2 Domov se zvláštním režimem.....	26
3.3 Chráněné bydlení.....	27
4 Zdravotní postižení.....	28
4.1 Příčiny vzniku zdravotního postižení.....	29
4.2 Mentální a kombinované postižení.....	29
4.3 Práce s lidmi s mentálním a kombinovaným postižením.....	30
5 Průzkumný projekt.....	32
5.1 Formulace průzkumného problému.....	32
5.2 Cíle.....	33
5.3 Průzkumné otázky práce.....	34
5.4 Operacionalizace.....	35
5.5 Metodologie průzkumu.....	35
5.6 Charakteristika průzkumného souboru.....	36
6 Kazuistické studie.....	38
6.1 Kazuistická studie č. 1.....	38
6.2 Kazuistická studie č. 2.....	45
6.3 Kazuistická studie č. 3.....	50
6.4 Kazuistická studie č. 4.....	55
6.5 Kazuistická studie č. 5.....	61
7 Analýza a interpretace dat.....	66
7.1 Charakteristika prostředí zkoumaných sociálních služeb.....	66
7.2 Průběh a realizace individuálního plánování.....	68
7.3 Získávání samostatnosti.....	70
7.4 Vyhodnocení dílčích průzkumných otázek a cílů průzkumu.....	73
Závěr.....	77
Seznam použité literatury.....	81
Seznam příloh.....	83
Příloha č. 1 - Operacionalizace.....	84
Příloha č. 2 - Scénář rozhovoru.....	87
Příloha č. 3 – Individuální plán.....	89
Příloha č. 4 – Rizikový plán.....	90

Úvod

Se vznikem Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále jen zákon o sociálních službách) vznikla poskytovatelům sociálních služeb povinnost individuálně plánovat průběh poskytování sociální služby s jednotlivými klienty. Také vyhláška č. 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, určuje prostřednictvím standardu kvality č. 5 způsob, jakým má být proces individuálního plánování naplňován.

V této bakalářské práci se autorka bude zabývat individuálním plánováním průběhu sociální služby, jako kontinuálním, záměrným a strukturovaným procesem, který směřuje k rozvoji schopností a dovedností lidí s postižením, žijících v sociálních službách, aby dokázali žít plnohodnotný život v běžné společnosti. Také se bude zabývat transformací a deinstitucionalizací sociálních služeb, procesy, které mění sociální služby z ústavní péče na komunitní služby, poskytované v lokalitách, kde se lidé stávají součástí běžné společnosti. Souběžný průběh a vzájemné propojení těchto třech procesů je ideálním způsobem, jak zmocnit člověka s postižením a pomoci mu svůj život uchopit do vlastních rukou, pomoci mu zvýšit svou autonomii a žít pouze s takovou mírou podpory sociální služby, kterou vyžaduje jeho handicap.

V empirické části se autorka bude zabývat vlivem prostředí velkokapacitního zařízení a prostředí malých domácností na realizaci individuálního plánování s lidmi s mentálním postižením a kombinovaným postižením a jejich následnou samostatností. Pro svůj kvalitativní výzkum si zvolila pobytové zařízení sociálních služeb, které je zařazeno do individuálního projektu Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky (dále jen MPSV), nazvaného "Podpora transformace sociálních služeb", financovaného z prostředků Evropského sociálního fondu.

1 Transformace a deinstitucionalizace

1.1 Vývoj transformace v České republice

Před rokem 1989 byly sociální služby poskytovány pouze ve formě institucionální péče. Lidé, kterým taková služba byla poskytována, byli postaveni do role svěřenců, kterým bylo nutné poskytovat celoživotní péči, a stali se součástí zavedeného režimu, denních harmonogramů a skupinově poskytované péče bez ohledu na individualitu každého z nich. Ústavní zařízení se nacházela v lokalitách s menším počtem obyvatel, na okraji společnosti, daleko od přátel a rodinných příslušníků. Právě rodiče lidí s postižením byli často postaveni do neřešitelné situace, kdy se museli přizpůsobit řešení, které považovala společnost za jediné správné, a tím byla institucionální péče (Čámský, aj. 2011, s. 10-11). Společnost nenabízela jinou alternativu než umístění dítěte s postižením do ústavní péče, proto jistý podíl na zakládání a provozu komunitních a terénních služeb měli později často právě jejich rodiče.

Po roce 1989 byl zahájen proces transformace a deinstitucionalizace, především s aplikací principů ochrany lidských práv. Žádoucí změny však často těžce přijímal management ústavních zařízení, který kvalitu spíše spojoval s kvalitou vybavení než s kvalitou poskytované služby (Čámský, aj. 2011, s. 11). Zavedením standardů kvality do praxe a aplikací zákona o sociálních službách se postupnými kroky změnilo poskytování sociálních služeb v České republice podle evropského trendu směrem k individuálním potřebám každého člověka s postižením, žijícího s podporou pobytové sociální služby. Mezi hlavní úkoly pobytových sociálních služeb tedy v současné době patří především zachování důstojnosti a zvyšování autonomie člověka s postižením, aby s individuálně nastavenou mírou podpory zvládl žít běžný život svého vrstevníka ve společnosti. Transformace a deinstitucionalizace jsou procesy, s nimiž bývá spojován také pojem humanizace sociálních služeb, který vyjadřuje zlidštění přístupu k lidem, zaměření se na individuální přístup k nim a vnímání člověka s postižením především, jako lidské bytosti, která má stejná práva, jako lidé v běžné společnosti. A z důvodu dřívějšího omezení jejich práv neskonale toužili po změně, která se již v sociálních službách odehrává, aby jim vynahradila jejich zkušenosti, často spojené s nelidským přístupem pracovníků ústavních zařízení.

1.2 Vymezení pojmu transformace sociálních služeb

Transformace sociálních služeb je *proces změny řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování sociálních služeb tak, aby výsledným stavem byla péče v běžných životních podmínkách* (Čámský, aj. 2011, s. 12). Změnou prochází sociální služba postupně, v jednotlivých krocích a v delším časovém horizontu. Nelze ji zajistit pouze změnou pravidel a místa poskytování služby, ale je nutná i změna myšlení jednotlivých pracovníků, kteří v rámci této služby poskytují podporu klientům. Pokud je s touto změnou ztotožněn pracovník poskytující podporu člověku s postižením, nastává ideální stav pro jeho práci s klientem v souladu s nově poskytovanou službou.

1.3 Vymezení pojmu deinstitutionalizace sociálních služeb

Pojem deinstitutionalizace je možné chápat, jako *přechod od dominantního poskytování pobytových sociálních služeb směrem k poskytování sociálních služeb zaměřených na individuální podporu života člověka v přirozeném prostředí* (Čámský, aj., 2011, s. 12). Deinstitutionalizace směřuje k plnohodnotnému životu člověka s postižením ve společnosti, jako jejího aktivního a autonomního člena, který přijímá podporu komunitní sociální služby podle individuálního posouzení jeho potřeb. Úkolem této služby je pomoci člověku s postižením snižovat jeho závislost na službě samotné, na tak nízkou míru poskytované podpory, kterou mu umožňuje jeho handicap po pečlivém vyhodnocení možných rizik.

1.3.1 Důvody deinstitutionalizace

Deinstitutionalizace je proces, který je důležitým mezníkem, důležitou změnou pro každou pobytovou sociální službu. Důvody, proč je hodna pozornosti a podpory, svědčí jednoznačně pro zkvalitnění poskytované sociální služby, ale především pro zvýšení kvality života lidí s postižením, kteří ji využívají. Těmito důvody jsou zvýšení ochrany lidských práv, umožnění podpory rozvoje osobnosti a kompetencí člověka, žijícího s podporou sociální služby, zvyšování jeho účasti v běžném životě společnosti, ale také dosažení nejlepší praxe sociálních služeb a účelnost poskytování sociálních služeb (Adamec, A., aj. 2013, s. 15-19). Z výše uvedeného vyplývá, že deinstitutionalizací nebývá obohacen pouze klient dané služby, ale také pracovníci, kteří tuto službu a podporu lidem s postižením poskytují. Naplnění a radost z odvedené práce, nalezení jejího smyslu, názorová shoda s cíli a posláním dané organizace je pro pracovníky zdrojem motivace a energie pro další práci. Účelnost sociální

služby se deinstitucionalizací zvyšuje, pro její individuálně nastavenou míru podpory, kterou jednotlivým klientům poskytuje, čímž se zajistí využití přirozených zdrojů, ve formě lidských znalostí, dovedností, schopností, vztahů, dostupných služeb a finančních prostředků. Deinstitucionalizace je tedy proces, který jistě přispívá ke zvyšování kvality pobytových sociálních služeb v mnoha směrech.

1.4 Projekt "Podpora transformace sociálních služeb"

V rámci Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost, Česká republika začala využívat prostředky Evropského sociálního fondu k realizaci projektu "Podpora transformace sociálních služeb". Tento projekt trval od dubna 2009 do května 2013 a nyní stále pokračuje v navazujícím projektu. Jeho hlavním záměrem se stalo přispění k realizaci deinstitucionalizace pobytových zařízení sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením. Projekt byl realizován ve 13 krajích České republiky, mimo hlavního města Prahy, a do pilotního zahájení procesu transformace bylo zapojeno 32 vybraných nejvíce rizikových zařízení pro osoby se zdravotním postižením. Realizátorem projektu se stal Odbor sociálních služeb a sociálního začleňování MPSV ČR. Proces transformace zajišťovalo Národní centrum podpory transformace sociálních služeb (dále jen Národní centrum) formou regionálních transformačních týmů (Evropský sociální fond v ČR 2009).

Do tohoto projektu byl zařazen i Ústav sociální péče Lobendava, příspěvková organizace, která se stala základnou pro kvalitativní výzkum autorky této bakalářské práce. V rámci výzkumu bude možno nahlédnout do prostředí cílového zařízení pobytových sociálních služeb, určeného jako vhodné k zahájení procesů transformace, deinstitucionalizace a humanizace sociálních služeb.

2 Individuální plánování

2.1 Legislativní rámec

Se vznikem Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále jen zákon o sociálních službách) vznikla poskytovatelům sociálních služeb povinnost individuálně plánovat průběh poskytování sociální služby s lidmi, kteří službu užívají. Plánování vyplývá z osobních cílů, potřeb a schopností klientů dané sociální služby, jejichž pracovníci jsou povinni vést písemné individuální záznamy a hodnotit průběh poskytování sociální služby. Individuální plánování průběhu poskytování sociální služby musí probíhat za účasti člověka, kterému je služba poskytována s ohledem na jeho zdravotní stav. To znamená, že se člověk žijící s podporou sociální služby na všech krocích individuálního plánování podílí, jak je to jen možné a do jaké míry mu spolupráci umožňuje jeho handicap (Zákon č. 108/2006 Sb., § 88, písm. f).

Také vyhláška č. 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, určuje prostřednictvím standardu kvality č. 5, způsob, jakým má být proces individuálního plánování průběhu sociální služby naplňován. Poskytovatel je povinen zpracovat vnitřní pravidla, která poskytují povinný rámec individuálního plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby, a podle kterých je povinen postupovat. Poskytovatel je též povinen zajistit plánování a hodnocení průběhu poskytování sociální služby, prostřednictvím určeného zaměstnance (klíčový pracovník), přímo pro každého člověka a společně s tímto člověkem, žijícím s podporou sociální služby. Těmto klíčovými pracovníkům, kteří individuálně plánují s jednotlivými uživateli služby, musí poskytovatel umožnit vzájemné předávání informací o průběhu poskytování sociální služby, například při pravidelných schůzkách za tímto účelem (Vyhláška č. 505/2006 Sb., příloha 2, odst. 5).

2.2 Vymezení pojmu individuální plánování

Individuální plánování je proces, který vychází z dvou různých teoretických přístupů. Jedním z nich je úkolově orientovaný přístup a druhým je přístup zaměřený na osobu.

Úkolově orientovaný přístup

Základními rysy tohoto přístupu je partnerství a posilování. Tyto rysy jsou dány předpokladem, že klient je hlavní hybnou silou pro řešení svých problémů, je jejich aktivním

účastníkem a v co největší míře participuje na jejich vyřešení. Je důležité stavět na silných stránkách klientových schopností a tyto schopnosti poté posilovat zaměřením se na individuální práci s ním, na vyřešení explorovaného problému, splněním formulovaného úkolu na základě dohody o cílech (Matoušek, O., 2007, s. 231-234).

Z výše uvedeného vyplývá, že individuální plánování je procesem, který se odehrává na základě partnerského vztahu klienta a klíčového pracovníka, jehož cílem je posílení klientových schopností. Toto zlepšení schopností klienta s sebou nese vyřešení klientova problému, v případě individuálního plánování naplnění potřeby, a také posílení klientova sebevědomí a víry ve vlastní schopnosti, možnosti a dovednosti.

Přístup zaměřený na osobu

Přístup zaměřený na osobu vychází z koncepce Carla Rogerse, který na základě svého humanistického přístupu ke klientovi zjistil, že *změny se nejlépe dosáhne, když se podaří porozumět jeho pohledu na svět* (Pörtner, M., 2009, s.21). Humanistický pohled na člověka je pohledem na jedinečnou neopakovatelnou bytost, která má schopnosti k růstu, sebeaktualizaci, ke změnám a řešení problémů. Tyto schopnosti mohou být narušeny nebo omezeny, což je nutné kompenzovat objevením a posílením vnitřních zdrojů ležících ladem. Je nutné brát člověka jako bytost s vlastním vnitřním světem, který mu dává smysl, a proto by měl být stejným způsobem pochopen a přijat. Postoj zaměřený na člověka vyžaduje empatii, úctu k osobnosti a opravdovost (kongruenci), která vyžaduje přijetí vlastního prožívání a schopnost odhadnout, kdy jej odhalit a v jaké míře. Kongruence také znamená čitelnost podmínek konkrétní situace pro všechny zúčastněné (Pörtner, M., 2009, s. 23-24).

Tento přístup poukazuje na to, že individuální práce s klientem je založená na porozumění, poznání a pochopení vnitřního světa klienta bez jeho hodnocení. Na tomto základě lze navázat partnerský vztah s klientem a pracovat spolu s ním na jeho růstu, naplnění jeho potřeb a rozvoji jeho schopností a dovedností k zlepšení jeho autonomie pro další samostatnější a kvalitnější život člověka v běžné společnosti.

Individuální plánování

Individuální plánování je proces, kterým poskytovatel sociální služby plní svou zákonem danou povinnost individuálně plánovat průběh poskytování sociální služby, ale také

s použitím rovnocenného partnerství pracuje na rozvoji individuálního přístupu ke každému člověku s postižením, čímž zvyšuje kvalitu poskytované služby a kvalitu života lidí, kterým tuto službu poskytuje. Tento proces se odehrává na základě individuálně zjištěných potřeb a přání člověka, žijícího s podporou sociální služby, a s ohledem na jeho možnosti, schopnosti a dovednosti, při čemž spolupracují klíčový pracovník, klient sociální služby, tým klíčových pracovníků, také rodinní příslušníci, přátelé, zákonní zástupci aj., na tom, aby s pomocí realizace individuálního plánu dosáhli změny. Změnou je myšleno zlepšení možností, schopností, dovedností a kvality života člověka s postižením, s co největším podílem jeho spolupráce. Cílem je dosažení jeho autonomie, stavu, kdy v co největší míře zvládá sebeobslužné úkony a dokáže obhájit svá práva, při kterých byl dříve závislý na pomoci a podpoře pracovníků sociální služby.

Odborná literatura uvádí, že *individuální plánování je proces, ve kterém uživatel a poskytovatel hledají cíle, které bude uživatel ve spolupráci s poskytovatelem dosahovat - budou tedy hledat "cíl společné práce"* (Hauke, M. 2011, s. 16). Bicková též označuje individuální plánování jednoduše jako "kontraktování", tedy dojednávání, jakým způsobem bude jednotlivému člověku služba poskytována (Bicková, L., aj. 2011, s. 26). Jednoznačně je zde myšleno, že toto dojednávání se odehrává mezi pracovníkem dané sociální služby a člověkem, kterému je tato služba poskytována. Podobně popisují individuální plánování Krutilová aj., vidí jej jako *dialog mezi uživatelem a pověřeným (klíčovým) pracovníkem o potřebách uživatele* a také zdůrazňuje, že se tento proces odehrává na základě potřeb člověka užívajícího službu a možností poskytovatele mu tyto potřeby pomoci naplnit (Krutilová, D., aj. 2008, s. 139).

Názory odborné veřejnosti jsou různé a jejich pohled na individuální plánování se liší podle rozmanitých zkušeností z praxe. Johnová uvádí, že individuální plánování slouží jako přínos pouze tehdy, pokud daní pracovníci vidí jeho smysl a praktické využití, tvrdí, že poté je může i bavit (Sociální práce/Sociální práca 2011, s. 5). Z pohledu streetworkerů je individuální plánování spíše dohodoplánováním, z důvodu jednorázových setkání s klienty, kdy jediným možným způsobem, jak poskytnout odpovídající pomoc, nebo podporu, je uzavření okamžité společné dohody zakládající se na aktuálních potřebách klienta a snaha o rychlé vytvoření individuálního plánu vedoucího k jejich uspokojení (Sociální práce/Sociální práca 2011, s. 10-12).

Z výše uvedeného vyplývá, že individuální plánování je proces, který je otevřený individuálním proměnám, respektive vyžadující přizpůsobení se druhu sociální služby, cílové skupině klientů a především individualitě každého člověka jako jedinečné bytosti. Tento proces zároveň změnil směr a způsob poskytování podpory a pomoci v sociálních službách tak, že individualita každého člověka už není přizpůsobována poskytované službě, ale sociální služba a míra poskytované podpory se mění podle individuálních potřeb každého člověka, který je příjemcem sociální služby.

2.3 Role klíčového pracovníka a ostatních spolupracujících osob

Klíčový pracovník

Klíčovým pracovníkem se stává zaměstnanec poskytovatele pověřený k individuálnímu plánování průběhu poskytování sociální služby s klienty dané služby, tedy s konkrétním člověkem s postižením, jenž mu byl přidělen, nebo si jej klient sám vybral a dohodli se na společném plánování. Klíčovým pracovníkem se může stát pracovník, který má odpovídající vzdělání, dovednosti a kompetence, a vykonává svou činnost pod dohledem sociálního pracovníka. Jeho role v procesu individuálního plánování je rolí spolukoordinátora a zprostředkovatele, rolí důvěrníka, ale také rolí podporující a zúčastněné osoby, která člověku s postižením pomáhá při takových úkonech, při kterých ho jeho handicap omezuje při jeho samostatném provedení. Klíčový pracovník je osobou, která musí znát daného člověka s postižením velice blízce, znát jeho životní minulost, přítomnost, ale také jeho ambice do budoucna, sny, přání, také zdravotní stav, skutečná omezení a možnosti při vykonávání úkonů v péči o sebe sama. Tyto informace čerpá z osobní dokumentace klienta a od spolupracovníků, kteří mu také poskytují podporu. Nejpřirozenějším a nejautentičtější způsobem získávání informací se ale stává především rozhovor s klientem po navázání důvěry klienta ve schopnosti, dobrou vůli a ochotu svého klíčového pracovníka. Takto utvořené partnerství je nejlepším předpokladem pro úspěšný průběh individuálního plánování.

Ostatní spolupracující osoby

Partnerství mezi klíčovým pracovníkem a člověkem s postižením je respektováno při týmové spolupráci s ostatními klíčovými pracovníky, ale také není jediným zdrojem pro

individuální práci. Tým klíčových pracovníků si navzájem poskytuje informace o aktuálních individuálních plánech jednotlivých klientů dané sociální služby a jejich průběhu, zpětnou vazbu, názor diskutovaný v týmu, podporu, spolupráci, zkušenosti, sdílení úspěchů a neúspěchů při individuální práci jednotlivých klíčových pracovníků. Týmová spolupráce je nezbytnou součástí individuálního plánování průběhu poskytování sociální služby také v rámci změn, které se odehrávají v samotné sociální službě. Týmová spolupráce může probíhat při schůzkách klíčových pracovníků s profesionálním vedením supervizora, což jsou týmové supervize, nebo s neprofesionálním vedením sociálního, nebo jiného pracovníka.

Při individuálním plánování mohou spolupracovat i jiné osoby, které se spolupodílejí na průběhu plnění jednotlivých kroků, vedoucích k naplnění osobního cíle člověka s postižením. Těmito osobami mohou být rodinní příslušníci, přátelé, jiní zaměstnanci dané sociální služby, sociální pracovníci, lékař aj.

2.4 Individuální plán

Individuální plán je soubor rozmanitých individuálně modifikovaných postupů, jejichž aplikací při individuálním plánování průběhu sociální služby se realizuje a naplňuje osobní cíl člověka s postižením, který je v souladu s posláním a cíli organizace a navazuje na smlouvu klienta uzavřenou před začátkem poskytování sociální služby s danou organizací. Definováním žádoucích změn v životě člověka, jejich konkretizací a určením úkolů pro jednotlivé členy týmu se postaví základ pro vytvoření individuálního plánu.

Zjišťování potřeb

Rozdílem mezi stávající životní situací a žádoucí situací v životě člověka s postižením je možné definovat jeho potřebou. Zjišťování potřeb u člověka s postižením, žijícího s podporou sociální služby je klíčovým úkolem právě pro pověřeného zaměstnance poskytovatele, tedy klíčového pracovníka a jeho tým. Navázáním důvěry s člověkem s handicapem a prokázáním zájmu o kvalitu jeho života získává klíčový pracovník prostor pro zjištění a porozumění zásadním a změnu vyžadujícím potřebám, které spolu s tímto člověkem s postižením definuje a posune je směrem k jejich naplnění. Zjištěné potřeby se stávají osobním cílem v tom případě, že splňují určitá kritéria, stanovená pro určování smysluplných osobních cílů při individuálním plánování.

Potřeby je možné rozdělit podle A. H. Maslowa na pět stupňů podle jejich zaměření. Jejich naléhavost je většinou seřazena od nižšího stupně k vyššímu, uspokojení potřeb nižšího stupně umožňuje zaměření se na potřeby stupně vyššího a jejich rozmanitost. Fyziologické potřeby jako první stupeň potřeb podle Maslowa souvisí se zachováním lidského života a fyzického zdraví, jsou jimi výživa, vylučování, dýchání, spánek, pohyb, potřeba sucha a tepla. Druhý stupeň navazuje na první ve smyslu sebezáchovy, jako je potřeba bezpečí a ochrany. Na potřebu lásky a sounáležitosti s druhými osobami, potřebu informovanosti, vyjadřování a vyslechnutí jako třetího stupně potřeb navazují potřeby stupně čtvrtého, kterou je potřeba autonomie, ve smyslu svobody a potřeby stupně pátého, jimiž jsou potřeba seberealizace, sebenaplnění (Bednář, M., 2011, s. 41-42). Vzhledem k výše uvedenému je vhodné se při individuální práci s člověkem, žijícím s podporou sociální služby, zaměřit na posloupnost jeho potřeb. Nedostatečně naplněná potřeba nižšího stupně ovlivňuje snahu o dosažení uspokojení potřeb stupně vyššího, což by mohlo proces individuálního plánování značně zkomplikovat a narušit. Jako příklad je možné uvést člověka, který pocítuje hlad, nebo cítí potřebu vylučování, a je mu předkládána možnost ve stejném okamžiku naplnit potřebu seberealizace při práci v socioterapeutické dílně. K chybám dochází také v opačném případě, kdy je preferováno naplňování potřeb nižšího stupně s nepřírozeně vysokou intenzitou, jenž poté překrývá možnost vzniku potřeby stupně vyššího. Při poskytování sociální služby je nutné zajistit, aby její pracovníci vnímali potřeby člověka s postižením při individuální práci s ním a respektovali jejich individualitu a možnost projevit svobodnou vůli při volbě naplnění těchto potřeb.

Osobní cíl

Osobním cílem je v kontextu sociálních služeb to, čeho může uživatel dosáhnout využíváním sociální služby (Bednář, M., 2011, s. 34). Sociální služba by tedy měla být nastavena tak, aby vedla k rozvoji schopností člověka s postižením, jeho dovedností a také ke zvyšování jeho kompetencí a zlepšování autonomie pro co nejvíce samostatný život. Osobní cíl je výsledkem spolupráce člověka, žijícího s podporou sociální služby, klíčového pracovníka a jeho týmu. Vzniká na základě zjištěných potřeb po dohodě s daným člověkem a je základem pro vytvoření jeho individuálního plánu.

Osobní cíl člověka s postižením by měl splňovat určitá kritéria. Měl by být pro daného člověka významný tím, že mu přinese určité zlepšení, zkvalitnění jeho života a zajistí posun

k dosažení jeho potřeb. Význam tímto zajistí i pro samotného klíčového pracovníka, protože zvýší motivaci člověka, s kterým individuálně plánuje, vůli dosáhnout cíle, vůli ke změně.

Dalším kritériem se stává dosažitelnost v reálném čase, z důvodu reálnosti pro samotného člověka s postižením, kterého dosažení cíle motivuje k aktivitě a spolupráci na naplňování dalších svých potřeb. Pokud je naplnění cíle plánováno na delší časový horizont, je vhodné osobní cíl rozdělit do dílčích kroků, jejichž dosažení už pro daného člověka splňuje kritérium dosažitelnosti v pro něj reálném čase. Pro člověka s postižením je také důležitá konkrétnost osobního cíle, jeho zaměřenost a souvislost s jeho chováním, aby bylo jednoznačně stanoveno, jakým způsobem daný člověk pozná, že cíle dosáhl a mohl se těšit z konkrétního úspěchu.

Klíčový pracovník by se měl snažit směřovat člověka s postižením k naplňování osobního cíle, který se týká výskytu, nikoliv nepřítomnosti něčeho. Často se jedná pouze o přeformulování něčeho, co klient nechce v něco, co by jeho potřeby naplnilo. Stejně tak je nutné pojmenovat začátek, v jakém okamžiku je možné s naplňováním osobního cíle začít, ale také, kdy by ho mělo být přibližně dosaženo.

Osobní cíl by také měl být sladěn s realitou. Pokud tomu tak není, je vhodné ho změnit tak, aby se nový osobní cíl tomuto nereálnému cíli přiblížil a dodal člověku s postižením naději alespoň na zlepšení jeho situace.

Velmi důležitým kritériem osobního cíle je nutnost vynaložení určitého úsilí člověka s postižením k tomu, aby byl dosažen. Toto úsilí vedoucí k dosažení cíle se stává impulsem k pozitivnímu sebehodnocení a získání motivace a vůle k další aktivitě při individuální práci na zlepšení svých schopností a dovedností ve spolupráci se svým klíčovým pracovníkem (Bednář, M., 2011, s. 34-35).

Tvorba individuálního plánu

V této fázi procesu individuálního plánu je dán legislativou veliký prostor pro kreativitu a možnost přizpůsobení se individualitě člověka, s kterým klíčový pracovník individuální plán tvoří. Nezáleží zde na formě zaznamenávání průběhu naplňování individuálního plánu, je možné plán tvořit v uzpůsobeném počítačovém programu, ručně psanou formou, nebo kresbou s popisky aj. Musí být ale patrné, jaký osobní cíl byl ve spolupráci se svým klíčovým

pracovníkem zvolen, jakými kroky ho bude dosahováno, jaké osoby na tomto průběhu se budou podílet, jak bude možné poznat, že bylo cíle dosaženo a také následné hodnocení.

Forma zaznamenávání individuálních plánů je řešena také v odborném časopise Sociální práce/Sociální práce v příspěvku nazvaném „Dobrý sluha, ale zlý pán“, ve kterém je diskutováno používání počítačových programů k zaznamenávání individuálního plánu. Jsou zde nastíněné výhody i nevýhody této formy zaznamenávání. Jedná se o formu vyplňování jakéhosi formuláře, který je striktně dán, a tím neposkytuje mnoho prostoru pro možnost přizpůsobení se individualitě člověka, s kterým je tento plán tvořen. Tato forma zaznamenávání poté svádí k stereotypně vykonávané administrativě bez přítomnosti snahy o rozvoj, změnu, nebo obohacení záznamů. Výhodou je zde upotřebení počítačového programu v zařízeních sociálních služeb, kde se s individuálním plánováním začíná pracovat a je nutné nastavit nějakou předlohu, které by se klíčoví pracovníci mohli držet, aplikovat ji do praxe a později ji obohatit jinou formou zaznamenávání s individuálními změnami (Sociální práce/Sociální práce 2011, s. 26).

Na základě stanoveného osobního cíle je klíčovým pracovníkem rozpracován individuální plán a vše konzultováno s klientem. Dosahování osobního cíle je rozpracováno na jednotlivé kroky, které vedou k jeho naplnění. Každý krok je náležitě rozpracován, je určeno, které osoby je nutné do jeho realizace zapojit, aby byl tento krok uskutečněn a mohl na něj navázat krok další. V každém z těchto jednotlivých kroků je největší snahou zapojit v maximální míře právě člověka s postižením, jehož individuální plán je právě realizován. Každý z jednotlivých kroků by měl být náročný jen natolik, kolik je sám člověk s postižením, nebo s podporou spolupracujících osob, schopen zvládnout. Správnou míru náročnosti je důležité dobře odhadnout a po dohodě nastavit tak, aby byla motivující, tedy ne příliš jednoduchá, banální, ale také ne příliš obtížná, pro člověka s postižením neuskutečnitelná. Pokud se i přes snahu klíčového pracovníka nepodaří náročnost odhadnout a dojde k selhání klientových schopností, je vhodné tento krok rozložit na několik jednodušších kroků a nebo se snažit individuální plán přepracovat tak, aby tento obtížný krok byl vynechán a bylo ho možné obejít.

Průběh plnění individuálního plánu

Průběhem je myšleno období mezi začátkem uskutečňování prvního kroku individuálního plánu až do situace, která byla předem určena, jako signál pro úspěšné splnění individuálního

plánu. Je vhodné každou aktivitu, která je vyvinuta ve prospěch naplánovaného osobního cíle, zaznamenávat. Pokud by došlo ke změně klíčového pracovníka u daného člověka s postižením, je mu tímto poskytnut náhled na aktuální fázi plnění individuálního plánu a nedochází ke stagnaci při individuální práci s klientem.

Hodnocení

Hodnocení je jednou z nejdůležitějších činností v procesu individuálního plánování. Poskytuje náhled na činnost, kterou klíčový pracovník a člověk s postižením svou spoluprací formou individuálního plánu zvládli, dokončili, nebo nedokončili, přehodnotili aj. Tento náhled zprostředkovává zpětnou vazbu pro další plánování průběhu sociální služby u daného člověka s postižením, určuje hranice jeho možností a schopností, nebo naopak poukazuje na směr, kterým by se další aktivita měla ubírat, aby bylo možné dál rozvíjet jeho schopnosti, dovednosti, kompetence a zvyšovat jeho autonomii pro co nejvíce samostatný život s podporou, nebo bez podpory sociální služby.

V hodnocení by mělo zaznít, jak je s naplněním osobního cíle, se svým vynaloženým úsilím a následným úspěchem či neúspěchem spokojen sám člověk s postižením. Jeho hodnocení mu umožňuje sebe samotného vidět, jako aktivního účastníka při plánování své budoucnosti, zhodnotit své úsilí a snahu, také získat víru ve své schopnosti, v možnost rozvoje a celkového zlepšení životní situace.

Hodnocení klíčového pracovníka mu umožňuje přehodnotit svou podporu při realizaci individuálního plánu, vhodnost a účinnost jím doporučeného postupu, podíl vynaloženého úsilí svého i úsilí člověka s postižením, se kterým individuální plán sestavil, realizoval a poté zhodnotil. Každý individuální plán, který klíčový pracovník spoluvytváří s lidmi s postižením a s týmem klíčových pracovníků, zhodnocením dostává formu velmi významné, pro budoucí plánování zásadní zkušenosti, na jejichž základě je možné pracovat na tvorbě dalších individuálních plánů.

Metody vhodné pro individuální plánování

Základní a nejdůležitější metodou individuální práce s klientem je rozhovor. Rozhovor je dialog mezi klíčovým pracovníkem a člověkem s postižením, který má svou přípravu, otevření, které je charakteristické získáním důvěry a vytvořením bezpečného prostředí. Dále

se při rozhovoru odehrává dojednávání toho, co klíčový pracovník může nabídnout a co si člověk s postižením přeje. Poté následuje určitý průběh vrcholící vyřešením problému, dosažením cíle. Ukončení rozhovoru je jistým zhodnocením, po němž následuje příprava formou supervizí, autosupervizí a vzděláváním (Úlehla, I., 2005, s. 15). Komunikace při rozhovoru může být verbální, neboli slovní, a neverbální, která je vyjadřována mimikou (výrazem obličeje) a výrazem očí, gestikou (výrazové pohyby rukou), posturologií (postojí), kinetikou (pohyby celého těla), haptikou (dotečky) a proxemikou (prostorem, který si při rozhovoru člověk vyhrazuje). Při poskytování sociálních služeb, v procesu individuálního plánování průběhu sociální služby u lidí s postižením, je neverbální komunikace velmi důležitou složkou komunikace a mnohdy jedinou možnou (Hauke, M., 2011, s. 85). U lidí s postižením je často vyvinuta porucha řečového projevu, především verbálního, a proto je nutné, aby pracovníci dané sociální služby uměli využít neverbální složku řeči, a to metodami alternativní a augmentativní komunikace.

Další metodou využívanou při procesu individuálního plánování je pozorování, které se využívá především u lidí s mentálním postižením, s poruchami komunikace, nebo nekomunikujícími klienty. Je to přirozená metoda, při které je člověk s postižením pozorován ve svém přirozeném prostředí i mimo něj. Vše, co klíčový pracovník zachytí při pozorování, je vhodné zapsat do dokumentace klienta, protože jsou zaznamenávány jedinečné okamžiky, které mohou mít zvláštní význam při snaze o porozumění potřebám člověka s postižením.

Další významnou metodou při individuální práci s klientem je analýza (rozbor) dokumentace. Je zde zachycena značná část života člověka s postižením, nejen jako klienta sociálních služeb, ale i jako člena jeho původní rodiny. Je zde možné čerpat informace o vývoji různých schopností daného člověka, o jeho rodinných poměrech, je možné zachytit důležité životní události, tragédie, nebo naopak pozitivní a významné okamžiky jeho života. Analýza dokumentace je nezbytným krokem před použitím metody rozhovoru, jako součást přípravy na něj, a také jako základ pro formulování otázek a směřování samotného rozhovoru.

2.5 Vyhodnocování rizik a rizikové plány

Vyhodnocování rizik a tvorba rizikových plánů jsou velmi důležitou součástí individuálního plánování průběhu sociální služby klienta, především pokud se jedná o člověka s postižením, obzvláště s mentálním handicapem. Při poskytování sociálních služeb dochází

k situacím, které jsou spojené s určitým rizikem, na které by poskytovatel těchto služeb, především pracovníci v přímé péči o klienty, měli být připraveni. Rizika, nebo rizikové situace jsou součástí běžného života ve společnosti a každý člověk v ní žijící se v rámci socializace naučí rizikům předcházet, rozpoznávat je, zvládat je, nebo je překonávat. Rizika s sebou nenesou jen negativní následky, ale jejich vnímání je možné postavit na základě zkušenosti, kterou nám setkání s určitým rizikem přináší. Riziko tedy velmi úzce souvisí s učením a jejich přítomnost v lidském životě je téměř nenahraditelná. Lidé, žijící větší část svého života s podporou pobytové sociální služby, neměli možnost se v plné míře naučit zvládat rizikové situace, které se stávají lidem v běžné společnosti, protože se během svého života v ústavní péči s těmito situacemi nesetkali a pobytová sociální služba je tedy nedokázala plně vybavit potřebnými schopnostmi v tomto směru. Tyto schopnosti, reagovat adekvátně na své prostředí, rozpoznat rizikové situace, být na ně připraven, umět se jim vyvarovat, nebo své schopnosti potřebným způsobem přizpůsobit, jsou svázané s prostředím, ve kterém člověk žije. Není možné se bez kontaktu s přirozeným společenským prostředím zcela naučit, jak na dané prostředí reagovat a jak předcházet, z tohoto prostředí vycházejícím a hrožícím, rizikům.

V sociálních službách žijí lidé, kteří potřebují různou míru podpory poskytovanou pracovníky, což znamená, že jsou schopni v různé míře předcházet, zvládat, nebo překonávat různá rizika, nebo rizikové situace v jejich přirozeném prostředí. Pro poskytovatele sociální služby toto znamená, že je povinen připravit své pracovníky tak, aby byli schopni s riziky pracovat, správně je při své práci vyhodnotit a nalézt spolu se svými klienty způsob, jak by jim předali potřebné schopnosti k včasnému předvídání, úspěšnému předcházení, správnému vyhodnocování, bezpečnému překonávání, nebo samostatnému zvládnutí rizika a rizikové situace.

Vyhodnocování rizik

Každý člověk reaguje na rizikové situace nepatrně odlišně, protože tato reakce se odehrává na základě intuice a předešlých zkušeností s podobnou situací. U lidí s mentálním postižením je vhodné posilovat reakce na základě opakované zkušenosti formou tréninku a nácviku bezpečné a adekvátní reakce na tyto situace. Tímto způsobem lze dosáhnout velmi velkých a neočekávaných výsledků při práci s rizikovými situacemi týkajícími se klientů. Je také vhodné, aby pracovníci, kteří rizika s klientem vyhodnocují, se vyhýbali možnosti,

že jejich pocity a emoce ovlivní jejich rozhodování při práci s riziky u klientů. Je důležité, aby jejich rozhodování bylo ovlivněno více objektivnějšími faktory. Chybou by se mohlo stát přeceňování vlastního úsudku pracovníka, jeho selektivní vnímání rizika, nebo konfirmační zkreslení rizika tak, že pracovník vnímá jen to, co chce vnímat. Také je důležitá obezřetnost pracovníka, aby nepodlehł efektu dostupnosti událostí a informací, důležitých pro vyhodnocení rizik, čímž by mohlo dojít k podcenění rizika a ohrožení bezpečnosti klienta. Opačný efekt mívá osobní volba pracovníka, kdy je ovlivňován skutečností, že rizika ve spojitosti s druhými vnímá člověk jako nebezpečnější, než ve spojitosti s posouzením rizika vlastní osoby. Na pracovníka v přímé péči o klienta je v tomto směru kladen vysoký nárok na jeho osobní schopnosti rozhodovat se, adekvátně reagovat, vyhodnotit rizika týkající se člověka s postižením, kterému poskytují podporu, a za jehož bezpečí sami odpovídají. Také postoupení kompetencí v rozhodování samotnému člověku s postižením je složitým krokem, který pracovník vědomě podstupuje, a při kterém by měl nastavit kompetence odpovídajícím způsobem podle jeho schopností a s ohledem na jeho právo na svobodné rozhodování o sobě a o svém životě (Sobek, J., 2010, s. 18-25).

Rizika a odpovědnost

Vnímání rizika je ovlivněno mírou odpovědnosti, kterou člověk cítí. Při poskytování sociální služby je pro pracovníka důležité stanovit si rozdělení rizik na přijatelné, zvýšené a nepřijatelné s ohledem na vlastní pocit zodpovědnosti, který cítí, a je pro něj nutné být si vědom, že toto vnímání se může stát ovlivňujícím faktorem při rozhodování.

Právní vymezení odpovědnosti lidí s mentálním postižením je dané tím, že každý člověk je, bez ohledu na svou způsobilost k právním úkonům, zodpovědný za své jednání, ale jen *v tom rozsahu, kdy je schopen posoudit následky svého jednání a ovládnout je* (Sobek, J., 2010, s. 32). Z výše uvedeného tedy vyplývá, že určení této hranice je velmi složitým okamžikem pro pracovníka, který pracuje s riziky v souvislosti s lidmi s postižením.

Rizikové plány

Zaměřením se na všechny oblasti posuzování rizik při práci s lidmi s postižením, obzvláště s mentálním handicapem, je více než pravděpodobné, že se zdaří obsáhnout všechna rizika hrozící člověku s postižením, využívajícímu podporu sociální služby. Posouzení rizik je důležitou a nedílnou součástí individuálního plánování průběhu sociální služby a je nutné

se zaměřit na pečlivé zvážení všech možných situací, které danému člověku hrozí. Mohlo by se zdát, že se jedná o pouhé polemizování a nedůležitou administrativní činnost, ale opak je pravdou. Označení rizika už jako zvýšeného, je už v daném okamžiku velmi přínosné pro práci s klientem, protože při jakékoliv další individuální práci je označené riziko bráno v potaz. Jednotlivé kroky individuálního plánu jsou poté uzpůsobené tak, aby rozvíjely schopnosti klienta při zvládání daného rizika, nebo naučily klienta se dané situaci vyhnout, popřípadě zvolit jinou cestu, kde je toto riziko nižší, zvládnutelné a přijatelné. Zmapováním rizikových oblastí u každého člověka, žijícího s podporou dané sociální služby, je jediným způsobem, jak může poskytovatel dané sociální služby zajistit bezpečí svým klientům, prevenci rizikových situací a snížení rizika poškození jejich zdraví, nebo ztráty života.

Všechna rizika vyhodnocená jako zvýšená by měla být rozpracována do rizikového plánu, kde se přesněji určí o jaké riziko se jedná, jak vysoké je, zda se v minulosti už u daného člověka vyskytlo a jak si je tohoto rizika vědom. Především by zde mělo být uvedeno, jaké preventivní kroky klíčový pracovník a klient spolu naplánovali ke snížení, nebo eliminaci rizika, a také jaká mohou být řešení konkrétních rizikových situací, které by vlivem tohoto rizika mohly vzniknout. Tímto způsobem je více než jasné, že se tímto rizikem konkrétní klíčový pracovník a klient v uvedenou dobu zabývali, hledali preventivní opatření a našli řešení rizikových situací vzniklých působením daného zvýšeného rizika. Toto prokázání konkrétní individuální práce s klientem slouží i jako ochrana poskytovatele, který tímto zajistil vše potřebné k prevenci, řešení a zamezení rizikových situací, hrozících klientům.

Rizika vyhodnocená jako nepřijatelná, nemusí být vždy jednoznačně nepřekonatelná. Je možné formou nácviku určitých situací v rámci individuálního plánování toto riziko zmírnit a později přehodnotit. Vždy je možné se vracet zpět k takto označeným rizikům a v rámci změn, které se odehrávají v životě člověka s postižením, nebo změn v poskytování sociální služby, tyto rizika znovu přehodnotit. Poté zvážit, zda by se dalo individuální práci s daným člověkem posunout hranici daného rizika mezi rizika zvýšená s možností další snahy o jeho překonání.

3 Sociální služby

Formy sociálních služeb se podle zákona o sociálních službách dělí na pobytové, ambulantní a terénní. Pro potřeby této bakalářské práce jsou důležité sociální služby pobytové, které se vyznačují tím, že souvisí s poskytováním ubytování v zařízeních sociálních služeb. V životě lidí, žijících s podporou pobytové sociální služby, mohou nastat změny v jejich potřebě této podpory, a to díky transformaci a deinstitucionalizaci pobytových sociálních služeb a individuální práci s nimi. Tito lidé poté zvládají samostatnější život pouze s podporou ambulantní služby, kdy klient do zařízení dochází, a nebo terénní sociální služby, která je poskytována v přirozeném prostředí člověka s postižením (Zákon č. 108/2006 Sb., § 33).

V této bakalářské práci se tedy jedná především o změny druhu pobytové sociální služby, a to především služby domova pro osoby se zdravotním postižením na službu chráněného bydlení.

3.1 Domov pro osoby se zdravotním postižením

Domovy pro osoby se zdravotním postižením (dále jen DOZP), se vznikem zákona o sociálních službách, nahradily dřívější ústavy sociální péče, kde byla poskytována péče stejné cílové skupině osob, tedy lidem se zdravotním postižením. Tato služba se vyznačuje poskytováním ubytování, stravy, pomoci při zvládání péče o vlastní osobu a při osobní hygieně, aktivizačních a sociálně terapeutických činností, zprostředkování kontaktu s běžným prostředím ve společnosti a pomoci při uplatňování vlastních práv a zájmů, a také při zajišťování osobních záležitostí (Zákon č. 108/2006 Sb., § 48). V těchto zařízeních se začalo individuálně pracovat s klienty, tedy s lidmi s postižením, a postupnými kroky transformace a deinstitucionalizace se zde začaly odehrávat změny v poskytování této sociální služby, nebo se tato služba změnila na jiný druh služby, především na službu chráněného bydlení.

3.2 Domov se zvláštním režimem

Některá zařízení, označená dříve jako ústavy sociální péče, začali poskytovat také službu domova se zvláštním režimem (dále jen DZR) a to v situaci, kdy součástí jejich cílové skupiny se stali lidé s výraznými poruchami chování, s chronickým duševním onemocněním,

různými demencemi, nebo se závislostí na návykových látkách (Zákon č. 108/2006 Sb., § 50). V těchto zařízeních jsou změny v poskytování sociálních služeb dlouhodobější, složitější a náročnější, a to právě pro specifika v péči o klienty dané cílové skupiny.

3.3 Chráněné bydlení

Pobytová služba chráněného bydlení je komunitní služba, která má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení. Je poskytována v malých plně vybavených domácnostech, kde daná skupina lidí s postižením, s chronickým onemocněním, nebo s chronickým duševním onemocněním žije s individuálně nastavenou mírou podpory pracovníků dané sociální služby. Mimo poskytování ubytování a stravy, se chráněné bydlení vyznačuje pomocí nebo podporou při zajištění stravy a chodu domácnosti, poskytováním aktivizačních a sociálně terapeutických činností, zprostředkováním kontaktu s běžným prostředím ve společnosti a pomoc nebo podpora při uplatňování práv, zájmů a obstarávání osobních záležitostí (Zákon č. 108/2006 Sb., § 51). Hlavním rozdílem služeb chráněného bydlení, DOZP a DZR je v prostředí, ve kterém jsou tyto sociální služby poskytovány. Prostedí velkokapacitních zařízení nahrazuje prostředí malých domácností, které jsou individuálně nastaveny. Jsou to tedy komunitní služby, které postupně nahrazují služby ústavní, které jsou v dnešní době často nevyhovující a nesprávně nastavenou variantou pro mnoho lidí s postižením. Chráněné bydlení je sociální služba, kterou lze individuálně nastavit, vybavit ji individuálně nastavenou mírou podpory pracovníků a zajistit její proměnlivost v čase, protože je důležité přizpůsobit ji aktuálním schopnostem a možnostem lidí, žijících s podporou této sociální služby chráněného bydlení. Lidé žijící v chráněném bydlení mají možnost začít žít život, který je blíže k jejich představám o spokojeném životě člověka v běžné společnosti. Umístěním chráněného bydlení v komunitě je také zajištěno, aby lidé s postižením, žijící v chráněném bydlení, měli možnost využívat volně dostupné služby ostatním členům místní komunity, účastnit se místních společenských akcí a nalézt zaměstnání v místě bydliště. Využíváním těchto výhod se lidé včlení do místní společnosti, jsou touto společností přijati a mohou se stát její součástí. Tato skutečnost jim umožní žít obyčejný život jejich vrstevníka v běžné společnosti, což znamená, že se zlepši kvalita jejich života, naroste jejich autonomie a každým dnem mohou pracovat na rozvoji svých schopností, dovedností a možností.

4 Zdravotní postižení

Na zdravotní postižení člověka můžeme pohlédnout z několika hledisek, například z hlediska medicínského, psychologického, z pohledu speciální pedagogiky, nebo v souvislosti s legislativou. Z medicínského hlediska *zdravotní postižení lze vymezit jako ztrátu nebo poškození určitého orgánového systému, v jehož důsledku dochází k narušení, omezení, nebo úplnému chybění některé funkce, nebo kompetence* (Vágnerová, M., 2012, s. 161). Psychologické hledisko nabízí souvislost mezi poruchou orgánového systému a narušením celkového rozvoje osobnosti člověka, a poté i s jeho sociálním postavením, na kterém se podílí míra subjektivního zvládnutí hendikepu v jeho přirozeném prostředí (Vágnerová, M., 2012, s. 161).

Zdravotní postižení je možné rozdělit z hlediska speciální pedagogiky na postižení tělesné, mentální, duševní, smyslové, nebo kombinované. Speciální pedagogika se poté zaměřuje na specifickou přístupů k člověku s postižením, podle jeho potřeb souvisejících s určitým druhem postižení. Pro účely vyhlášky o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných je považováno za těžké zdravotní postižení žáků těžké zrakové, sluchové, tělesné postižení, těžká porucha dorozumívacích schopností, hluchoslepota, souběžné postižení více vad, autismus, středně těžké, těžké či hluboké mentální postižení. Žákům s těžkým zdravotním postižením je podle rozsahu jejich speciálních vzdělávacích potřeb poskytována nejvyšší míra podpůrných opatření (Vyhláška č. 73/2005 Sb., § 1, odst. 5). Obdobným způsobem je zdravotní postižení děleno pro potřeby zákona o sociálních službách, kde je dále upřesněno, že dopady zdravotního postižení činí, nebo mohou činit člověka závislého na pomoci jiné osoby (Zákon č. 108/2006 Sb., § 3, písm. g). Podle zákona o zaměstnanosti je osobou se zdravotním postižením fyzická osoba, která je uznána za invalidní orgánem sociálního zabezpečení. To znamená, že teprve tímto uznáním je této osobě poskytována zvýšená ochrana na trhu práce, kompenzující jeho zdravotní postižení. Takto je osoba se zdravotním postižením chráněna až do doby 12 měsíců po té, kdy už orgánem sociálního zabezpečení za invalidní považována není. Tuto skutečnost je nutné doložit posudkem nebo potvrzením orgánu sociálního zabezpečení (Zákon č. 435/2004 Sb., § 67, odst. 2-4).

Pro potřeby této bakalářské práce bude autorka v dalších kapitolách za osobu s postižením považovat jen osobu s mentálním a kombinovaným postižením.

4.1 Příčiny vzniku zdravotního postižení

Zdravotní postižení vzniká u člověka v prenatálním, perinatálním nebo postnatálním období na základě dědičnosti, závislosti na návykových látkách matky, onemocnění daného člověka, nebo jeho matky v prenatálním období, komplikacemi při porodu, nebo jako následek úrazu, nehody aj.

4.2 Mentální a kombinované postižení

Jednu z nejpočetnějších skupin lidí se zdravotním postižením tvoří lidé s mentálním postižením, a to především s vrozeným mentálním postižením, tedy mentální retardací. Mentální retardace je považována především za stav se snížením intelektových schopností, který vzniká během nitroděložního vývoje člověka, nebo maximálně do 1,5 - 2 let věku dítěte. Vzniká na základě postižení centrální nervové soustavy z různých příčin, jako jsou genetická podmíněnost například u Downova syndromu, vlivem působení fyzikálních, chemických a biologických teratogenních faktorů, například záření, alkohol, drogy, virové a mikrobiální infekce. Dítě s mentální retardací se již od počátku vyvíjí nestandardním způsobem, na rozdíl od jedince s demencí, která se rozvíjí později, a je pro ni typické ubývání již rozvinutých rozumových schopností (Vágnerová, M., 2012, s. 289-291). Mentální retardaci lze tedy vyložit jako narušení nebo opoždění normálního rozumového vývoje, v některých případech také provázený narušením smyslových a pohybových schopností. Poté se jedná o kombinované postižení. Často bývá spojena také s poruchami chování. Mentální retardací se zabývá několik medicínských oborů, jako jsou psychiatrie, neurologie, genetika aj. Závažnost úbytku mentálních schopností jedince, neboli stupeň jeho mentální retardace je dán horní hranicí dosažitelného rozvoje jeho rozumových schopností ve srovnání s normou při psychologické diagnostice inteligence jedince, která poskytuje celkový odhad jeho schopností ve vztahu k populační normě. Průměrný výkon je stanoven hodnotou IQ 100, ale hranicí určující mentální retardaci je IQ 70. Podle mezinárodní klasifikace (MKN-10) je mentální retardace dělena podle jednotlivých stupňů na lehkou, středně těžkou, těžkou a hlubokou mentální retardaci (Franiok, P., 2007, s. 27-33). Lehká mentální retardace (IQ 50-70), dříve označována jako debilita, omezuje člověka především v oblasti abstraktního

myšlení. Ve slovníku člověka s lehkou mentální retardací se téměř nevyskytuje většina abstraktních pojmů, tento člověk hovoří konkrétně v jednoduchých a kratších větách s možností výskytu chyb a zhoršené výslovnosti. Člověk se středně těžkou mentální retardací (IQ 35-49), dříve označovanou jako imbecilita, se projevuje především chudší verbální komunikací se zhoršenou artikulací, s minimálním výskytem konkrétních pojmů a naopak zvýšeným výskytem agramatismů. Myšlení, které je na úrovni předškolního dítěte, je omezeno především v oblasti logiky. Lidé s těžkou mentální retardací, dříve označovanou jako idiocie (IQ 20-34), mají omezeno myšlení pouze na úroveň batolete. Často jsou schopni komunikovat pouze pomocí několika špatně artikulovaných slov, nebo neverbálně. Jejich postižení bývá kombinované, často trpí epilepsií, mají problémy v oblasti motoriky. Jejich život je nerozlučně spjat s péčí druhé osoby. Hluboká mentální retardace (IQ 0-19) odkazuje člověka zcela na péči druhé osoby, protože jeho schopnosti, zpravidla velmi omezené i tělesným postižením, mu dovolují pouze vyjádření libosti a nelibosti, rozlišení známého od neznámého předmětu, osoby, prostředí aj (Vágnerová, M., 2012, s. 301-302).

4.3 Práce s lidmi s mentálním a kombinovaným postižením

Při individuální práci s lidmi s mentálním nebo kombinovaným postižením je nutné přizpůsobit svůj přístup ke každému člověku s ohledem na jeho handicap, ale také na jeho osobní potřeby, způsob komunikace a jeho schopnosti. Je také vhodné dodržovat jisté zásady, které mohou často zjednodušit snahu o navázání komunikace a spolupráce člověka s mentálním, nebo kombinovaným postižením. Je vhodné obsah sdělovaného podat jasnými a jednoduchými větami, používat srozumitelné výrazy a podle osobního tempa, které je nutné respektovat, je vhodné i sdělovanou informaci opakovat, aby měl daný člověk možnost obsah sdělovaného zachytit a zapamatovat si jej. Je také vhodné svůj verbální projev obohatit prvky neverbální komunikace, které jsou pro člověka s handicapem názornější a umožňují mu vnímat komunikaci více smysly. Důležitá je také jeho motivace ke spolupráci, která je vhodné během činnosti s ním posilovat a snažit se o její prohloubení, nebo alespoň udržení. Motivací se pro člověka s mentálním, nebo kombinovaným postižením může stát pochvala, pohlazení, odměna, uznání apod. Pozitivní přínos pro tuto individuální práci a činnost má prostředí, ve kterém probíhá. Pokud se člověk s postižením cítí v daném prostředí dobře, je pravděpodobné, že se může stát i součástí jeho motivace k této činnosti.

Každý člověk v běžné společnosti je jedinečnou a neopakovatelnou bytostí pro svoji osobnost, své potřeby, zájmy, způsob života aj. Každý tedy potřebuje a volí jemně odlišný způsob života, své zájmy a způsob naplňování svých potřeb, a také se setkává s jinými lidmi. Lidé s mentálním a kombinovaným postižením jsou jedineční a neopakovatelní nejen svou osobností, svými potřebami, zájmy, ale také svým typem postižení, které je znevýhodňuje, a tito lidé tím více vyžadují, potřebují, neobejdou se bez individuálně nastaveného přístupu při podpoře, pomoci a péči jim poskytované. Pobytové sociální služby v současné době zvyšují kvalitu jimi poskytovaných služeb, a to nejvíce právě individuálně nastaveným přístupem a individuálním plánováním průběhu poskytování sociální služby s lidmi s mentálním a kombinovaným postižením.

5 Průzkumný projekt

V této kapitole bude věnována pozornost formulaci průzkumného problému, cíli průzkumu a průzkumných otázek, metodologii celého průzkumu a také charakteristikou průzkumného souboru.

5.1 Formulace průzkumného problému

Tento průzkum je zaměřen na zkoumání vlivu prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení a v malých domácnostech na realizaci individuálního plánování a následnou samostatnost klientů této služby. Autorka této práce pracuje od listopadu roku 2009 v pobytovém zařízení sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením, které bylo zahrnuto do projektu "Podpora transformace sociálních služeb" v rámci Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost financovaného z Evropského sociálního fondu, popsáném v kapitole 1.4. v teoretické části této práce. Tento projekt trval od dubna 2009 do května 2013 a nyní stále pokračuje v navazujícím projektu. Hlavním záměrem tohoto projektu byla realizace procesu deinstitucionalizace v pobytových zařízeních sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením. Autorka tedy byla součástí procesu deinstitucionalizace tohoto zařízení a měla možnost sdílet osudy klientů, kterým se v tomto období změnil život od základů, vykročili směrem k získání samostatnějšího způsobu života s podporou dané sociální služby, jejíž průběh byl s každým z nich individuálně plánován. Do projektu byli zařazeni všichni klienti tohoto zařízení, proto mohla autorka studovat a zkoumat změny, které se těmito lidem, klientům daného zařízení, průběžně děly. Průzkum byl prováděn longitudinálně, započal v době, kdy klienti žili v prostředí původní sociální služby ve velkokapacitním zařízení a poté se postupně stěhovali do prostředí nové sociální služby v domácnostech, kde žili a byli součástí průzkumného vzorku ještě minimálně dalších 18 měsíců v době průzkumu. Cílem projektu bylo přestěhování všech klientů dané sociální služby do prostředí malých domácností, aby jim bylo umožněno s podporou této služby pracovat na svém osamostatňování, získávání nových schopností a dovedností spojených právě s životem v novém prostředí. S tímto cílem byl prováděn i výše uvedený longitudinální průzkum, proto byl tento cíl zvolen i pro vlastní bakalářskou práci, aby mohla být zjištěná data využita i pro bakalářskou práci.

Se vznikem zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a poté se zavedením individuálního plánování do praxe v pobytových zařízeních sociálních služeb se začala obracet pozornost poskytovatelů sociálních služeb na prospěch a naplnění potřeb samotného člověka s postižením, jedince, žijícího s podporou sociální služby, aby byla přinejmenším naplněna podstata daného zákona, ale také aby dané zařízení splnilo standardy kvality jimi poskytované služby. Mezi jinými otázkami, které museli začít poskytovatelé pobytových sociálních služeb řešit, byla otázka nevyhovujícího prostředí, ve kterém danou sociální službu poskytují. Jednalo se často o stavební úpravy, snížení kapacity klientů, pro které sociální službu poskytovali. Významná část poskytovatelů pobytových sociálních služeb se rozhodla jít cestou transformace jimi poskytovaných sociálních služeb, která spočívala především ve změně prostředí poskytovaných služeb ve velkokapacitních pobytových zařízeních na sociální služby poskytované v malých domácnostech. V tomto případě se naskytla poskytovatelům možnost individuálně plánovat průběh sociální služby s lidmi žijícími nejdříve v prostředí velkokapacitního zařízení a poté v malých domácnostech a posoudit změnu, která u nich v tomto směru nastala.

Je možné říci, že cílem individuálního plánování průběhu poskytování sociální služby obecně je, že vede k rozvoji nebo udržení především těch schopností a dovedností klienta sociální služby, které umožňují jeho samostatnost v běžném životě. Vystávají tedy otázky, zda je realizace individuálního plánování ovlivněna prostředím, ve kterém člověk přijímající tuto sociální službu žije? Zda prostředí ovlivňuje následnou samostatnost, kterou s podporou této služby v rámci individuálního plánování člověk získává? Je možné říci, že rozhodnutí poskytovatelů o změně jimi poskytované služby se zřejmě stává klíčovým krokem k možnosti individuálně plánovat, nastavit a poskytovat sociální služby tak, aby vedly k maximálně možné samostatnosti jejich klientů? Bylo by možné poté doporučit poskytovatelům sociálních služeb transformaci se změnou prostředí těchto poskytovaných služeb, jako možnost, jak ovlivnit efektivnost individuálního plánování průběhu jimi poskytovaných služeb klientům a získávání jejich následné samostatnosti? Tyto úvahy vedly autorku této práce k průzkumu v teoretické i praktické rovině.

5.2 Cíle

Hlavním cílem této práce je **zjistit vliv prostředí velkokapacitního zařízení a prostředí malých domácností na individuální plánování s lidmi s postižením**. Z důvodů dlouhého

časového horizontu kvalitativního průzkumu bylo nutno operacionalizovat cíle průzkumu a průzkumné otázky, aby bylo umožněno zkoumaný jev lépe a přesněji uchopit a zkoumat. Operacionalizace je podrobně zpracována v Příloze č. 1.

Dílčí cíle se poté zaměří na následné získávání jejich samostatnosti v různých oblastech:

1. Zjistit vliv prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení a v malých domácnostech na samostatnost lidí s postižením v oblasti hospodaření s penězi.
2. Zjistit vliv prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení a v malých domácnostech na samostatnost lidí s postižením v oblasti péče o domácnost?
3. Zjistit vliv prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení a v malých domácnostech na samostatnost lidí s postižením v oblasti pracovního uplatnění?
4. Zjistit vliv prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení a v malých domácnostech na samostatnost lidí s postižením v oblasti samostatného užívání léčivých přípravků?
5. Zjistit vliv prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení a v malých domácnostech na samostatnost lidí s postižením v oblasti trávení volného času?

5.3 Průzkumné otázky práce

Hlavní průzkumná otázka:

Jak prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení a v malých domácnostech ovlivňuje realizaci individuálního plánování s lidmi s postižením? Z důvodů dlouhého časového horizontu kvalitativního průzkumu bylo nutno operacionalizovat cíle průzkumu a průzkumné otázky, aby bylo umožněno zkoumaný jev lépe a přesněji uchopit a zkoumat. Operacionalizace je podrobně zpracována v Příloze č. 1.

Dílčí průzkumné otázky:

1. Jak prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení a v malých domácnostech ovlivňuje samostatnost lidí s postižením v oblasti hospodaření s penězi?
2. Jak prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení a v malých domácnostech ovlivňuje samostatnost lidí s postižením v oblasti péče o domácnost?

3. Jak prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení a v malých domácnostech ovlivňuje samostatnost lidí s postižením v oblasti pracovního uplatnění?

4. Jak prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení a v malých domácnostech ovlivňuje samostatnost lidí s postižením v oblasti samostatného užívání léčivých přípravků?

5. Jak prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení a v malých domácnostech ovlivňuje samostatnost lidí s postižením v oblasti trávení volného času?

5.4 Operacionalizace

Z důvodů dlouhého časového horizontu kvalitativního průzkumu bylo nutno operacionalizovat cíle průzkumu a průzkumné otázky, aby bylo umožněno zkoumaný jev lépe a přesněji uchopit a zkoumat. Operacionalizace je podrobně zpracována v Příloze č. 1.

5.5 Metodologie průzkumu

V tomto průzkumu budou využity metody kazuistické studie, polostrukturovaného rozhovoru a analýzy primárních a sekundárních dat.

Kazuistická studie

Kazuistická studie je pro tento kvalitativní průzkum metodou, která nabízí ucelený vhled do složitosti všech uvedených případů, podrobnou studii důležitých aspektů životní situace jednotlivých lidí s postižením, kteří jsou součástí průzkumného souboru. Umožní zkoumání všech zjištěných dat a souvislostí v kontextu se zkoumanými jevy průzkumu v této bakalářské práci.

Zdrojem dat pro kazuistické studie se v této práci stala lékařská dokumentace, dokumentace vedená sociální pracovníci v daném zařízení, osobní profil zpracovaný v rámci individuálního plánování průběhu sociální služby lidí s postižením, individuální plány, rozhovor.

Jména lidí s postižením byly v kazuistických studiích pozměněny, uvedená jména jsou fiktivní, sloužící pouze pro účely této bakalářské práce. Důvodem byla ochrana jejich osobních dat.

Polostrukturovaný rozhovor

Polostrukturované rozhovory vedené s lidmi s postižením byly zvoleny z důvodů možnosti, kterou postrukturovaný rozhovor nabízí, je možné otázky dovysvětlit, doplnit, vynechat, nebo naopak otázky, které by vhodně doplnily informace související se zkoumaným jevem, připojit. U lidí s postižením je jistě tato tolerance a možnost přizpůsobení se jejich komunikačním dovednostem a možnostem odůvodněná, potřebná a poskytující potřebnou ohleduplnost.

Tato metoda byla použita jako pomocná a doplňující. Její použití bylo zvoleno za účelem doplnění, a upřesnění informací pro tvorbu kazuistických studií. Data získaná touto metodou od jednotlivých lidí s postižením, zařazených do průzkumného souboru, jsou zpracována do kazuistických studií, proto není metoda dotazování v této práci samostatně rozpracována.¹ Scénář polostrukturovaného rozhovoru je uveden v příloze č. 2.

Analýza primárních a sekundárních dat

Analýza primárních a sekundárních dat poskytla autorce této práce možnost vypracování kazuistických studií, základ pro vedení rozhovorů, zpracování a interpretaci dat. Zdrojem primárních dat byla pro autorku této práce lékařská dokumentace, dokumentace vedená sociální pracovníci v daném zařízení, osobní profil zpracovaný v rámci individuálního plánování průběhu sociální služby lidí s postižením, individuální plány, rozhovor. Zdrojem sekundárních dat pro tuto bakalářskou práci byla odborná literatura, odborné časopisy, legislativa aj.

5.6 Charakteristika průzkumného souboru

Základním kritériem pro volbu průzkumného vzorku byla zkušenost jednotlivých respondentů s životem s podporou sociální služby poskytované ve velkokapacitním zařízení a poté v malých domácnostech po změně, transformaci dané sociální služby. Deinstitutionalizace je v tomto případě procesem, který tomuto průzkumnému projektu poskytl podmínky pro jeho vlastní průběh.

¹ Záměrem autorky bylo vytvořit kvalitativní průzkum založený na kazuistických studiích, nikoli kvantitativní průzkum založený na dotazníkovém šetření, proto má dotazník, aplikovaný formou polostrukturovaného rozhovoru, pouze doplňující charakter.

Konkrétní volbou se poté stali lidé s mentální a kombinovaným postižením. Průzkum byl prováděn longitudiálně, započal v době, kdy uvedení lidé s postižením žili v prostředí původní sociální služby ve velkokapacitním zařízení a poté se postupně stěhovali do prostředí nové sociální služby v domácnostech, kde žili a byli součástí průzkumného vzorku ještě minimálně dalších 18 měsíců v době průzkumu. Je tedy možné předpokládat, že použitím výše uvedených metod u lidí s postižením s touto zkušeností, bude získáno dostatečné množství dat v kontextu zkoumaného jevu.

Do základního průzkumného souboru je možné zahrnout 12 jedinců, kteří odpovídají výše uvedeným podmínkám, jedná se o 4 ženy a 8 mužů. 11 lidí z nich trpí lehkým mentálním postižením a 1 středně těžkým mentálním postižením, 2 lidé mají přidruжено další postižení. Do prostředí sociální služby poskytované v malých domácnostech stěhovali v různou dobu.

Do vlastního průzkumného vzorku bylo zahrnuto 5 lidí s lehkým mentálním postižením, z toho má jeden z nich přidruжено i jiné postižení. Jedná se o 2 ženy a 3 muže, kteří žili ve velkokapacitních zařízeních většinu svého života. V prostředí sociální služby poskytované v malých domácnostech žili dva z nich posledních 23 měsíců a ostatní už 3,5 roku.

6 Kazuistické studie

6.1 Kazuistická studie č. 1

Osobní anamnéza

Martina, narozena 1983 (30 let a 3 měsíce), Most

Dg.: Lehká mentální retardace, časný asfyktický syndrom, mikrocefalie, strabismus

Slečna Martina je mladá romská žena, která ráda čte, maluje, poslouchá hudbu, tančí, cvičí a zpívá romské písně. Sama potají začala psát básně a s tímto koníčkem se svěřila až v době, kdy měla básní celou sbírku. Je společenská, ráda chodí na společenské akce, pořádané zřizovatelem, ale i veřejně přístupné akce. Má ráda romantické filmy, na které chodí do kina nejčastěji se svým přítelem, nebo se svou sestrou. Účastní se také různých soutěžních akcí, kde se aktivně zapojuje a na své úspěchy je patřičně hrdá. Sleduje poslední trendy módy, ráda se podle nich obléká. Pravidelně chodí k holiči, má polodlouhé tmavé vlasy probarvené melíry. Denně se líčí a upravuje. Je pracovitá a při práci velmi zručná. Umí vařit a péct, v domácnosti se většinou také ujmá hlavní role při společném vaření. Samostatně nakupuje a plánuje si, co nakoupí a která jídla bude vařit. Samostatně chodí k lékaři, spolupracuje s ním, vyzvedne a zaplatí si léky v lékárně. Léčivé přípravky se s podporou pracovníků chráněného bydlení naučila užívat sama. Zná svá práva a dokáže je do jisté míry obhájit, dokáže se bránit bezpráví. Hospodaří s finanční částkou na dohodnuté časové období.

Zdravotní anamnéza

Slečna Martina se narodila spolu se svým dvojčetem sestrou Irenou v listopadu roku 1983, jako "plod B", jako druhá v pořadí po své sestře. Po porodu trpěla časným asfyktickým syndromem a poté těžkým zanedbáváním péče matky. Nenavštěvovala poradnu dětského lékaře, který ji nemohl poté poskytnout potřebnou zdravotní péči a očkování. Často byla hospitalizována spolu se svou sestrou. Byla u ní zjištěna mikrocefalie a trpěla strabismem. Její psychomotorický vývoj byl značně narušen. Byla schopna chůze až ve dvou letech a devíti měsících, i když neměla žádné paretické, nebo spastické projevy. Slečna Martina byla celkově negativistická, často plakala. Její řeč byla v jejích čtyřech letech na úrovni 20 měsíčního dítěte a IQ u ní bylo odhadováno na hodnotu IQ 55, což je rozmezí lehké

mentální retardace. I přes nepříznivý počáteční vývoj se u slečny Martiny neprojevily žádné další zdravotní potíže a netrpí žádnými dalšími onemocněními. Pouze má k dispozici brýle na krátkozrakost, které nosí pouze v případě potřeby.

Z léčivých přípravků užívá nepatrnou dávku anxiolytik pro občasnou přecitlivělost a úzkostnost, lék na snížení kyselosti žaludku pro občasné žaludeční obtíže a antikoncepci.

Rodinná anamnéza

Ze své nukleární rodiny se slečna Martina ve svém současném životě setkává pouze se svým dvojčetem sestrou Irenou. Matka svou péči o obě dívky zanedbávala od jejich narození a po nařízení ústavní výchovy se o ně již nikdy nezajímala. Otec neprojevoval zájem již od narození. Slečna Martina a její sestra Irena mají také 4 další sourozence, kteří podle dostupných informací žijí od dětství v ústavní péči. Dívky nikdy neprojevily zájem o kontakt s nimi a ani ze strany jejich sourozenců nikdy nedošlo k žádnému kontaktu. Dívkám není známo zda a kde žijí jejich rodiče, sourozenci, ani jiní příbuzní.

Sociální anamnéza

Slečna Martina se spolu se svou sestrou narodily do sociálně slabé rodiny. Na základě upozornění zdravotní sestry dětského lékaře v červnu roku 1984 se odehrálo sociální šetření v této rodině, na jehož základě byl v rodině prováděn pravidelný dohled. Matka slibovala nápravu, která se nedařila. Dívky byly ve věku dvaceti měsíců odebrány matce a soudem byla nařízena jejich ústavní výchova. Od tohoto věku dívky spolu žily postupně v několika zařízeních sociálních služeb, od roku 1988 v Ústavu sociální péče Čížkovice, od roku 1989 v Ústavu sociální péče pro mládež v Dolním Podluží a nakonec od roku 1998 v Ústavu sociální péče Lobendava, kde žijí dodnes.

V Ústavu sociální péče pro dospělé osoby s mentálním a kombinovaným postižením v Lobendavě ji v roce 2002 soud na žádost tohoto zařízení zbavil způsobilosti k právním úkonům. Jejím opatrovníkem se stalo postupně několik zaměstnanců výše uvedeného zařízení a posledním a současným opatrovníkem je obec, ve které se zařízení nachází. Od roku 2002 ji byl přiznán nárok na plný invalidní důchod, nyní invalidní důchod 3. stupně a se změnou legislativy (se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách) ji byl v roce 2007 přiznán také druhý stupeň příspěvku na péči a vznikl ji nárok také na užívání výhod průkazu ZTP.

Vzdělávací anamnéza

V roce 1989 byla zbavena povinnosti vzdělávat se. V jedenácti letech začala navštěvovat pomocnou třídu ve Zvláštní škole ve Varnsdorfu. Od roku 2002 také začala navštěvovat Zvláštní školu ve Šluknově. Naučila se číst jednoduchá slova, pěkně a poměrně správně psát a počítat do sta po deseti, i když s drobnými chybami. Při zacházení s finanční částkou poznala pouze bankovky nižších hodnot. V období od roku 2008 do roku 2010 navštěvovala Střední lesnickou školu a Střední odbornou školu sociální Šluknov, kde se vzdělávala v oboru Provoz společného stravování a úspěšně jej také ukončila.

Pracovní anamnéza

Od roku 2010 také pracovala v ÚSP Lobendava jako uklízečka na dohodu o pracovní činnosti. S upevněním některých pracovních návyků, především s dochvilností, ji pomohli pracovníci DOZP Lobendava v době, kdy tam žila. V tomto zaměstnání pracovala velmi zodpovědně, byly pracovitá, vstřícná a této možnosti pracovat si velice vážila. V únoru 2012 dostala šanci se přestěhovat do Šluknova, kde začala žít s podporou sociální služby chráněného bydlení a do svého zaměstnání se musela naučit dojíždět meziměstskou dopravou. V srpnu téhož roku si sama našla novou práci jako dělnice v soukromé firmě na výrobu dekorativních předmětů v Horní Poustevně, kde pracuje i její sestra Irena.

Vývojová anamnéza

Slečna Martina byla ve svých čtyřech letech ve srovnání se svou sestrou měla chudší verbální projev, ale déle udržela pozornost. Snažila se za sestrou nezaostávat, byla trpělivější při nácviu jednoduchých mechanických činností.

V šesti letech byla vývojově na úrovni dvou až tříletého dítěte, s největším postižením vývoje řeči. Z dostupné dokumentace není patrné, jakým způsobem vývoj další tři roky pokračoval. Žila v ústavní péči, je tedy pravděpodobné, především podle další dochované dokumentace z roku 1992, že se v podnětnějším prostředí její psychomotorický vývoj zlepšil.

V devíti letech se již celkově projevovala jako průbojná, kamarádká, k dospělým slušně se chovající dívka. V některých situacích dávala najevo nadřazenost, ale snažila se, nepodléhala náladám. Byla čilá, vytrvalá, ochotně a ráda se zapojovala do pracovních činností, ráda cvičila péči o vlastní osobu zvládala samostatně, i když samostatná zcela

nebyla. Její schopnost soustředit se a schopnost zapamatování si byla již v této době dle dokumentace dobrá. V oblasti řeči však u ní přetrvávala špatná výslovnost.

V deseti letech se její schopnosti komunikace zlepšily, i přes špatnou výslovnost se velmi dobře dokázala porozumět. V interakcích s vrstevníky byla bezprostřední, kamarádká, mírně nadřazená a na pochvaly převážně zareagovala chlubením se.

V jedenácti až dvanácti letech se začala projevovat velmi sebevědomě, byla temperamentní a živá, mezi vrstevníky byla oblíbená pro své příjemné vystupování. Komunikační dovednosti se stále zlepšovaly, zlepšila se ji slovní zásoba, dokonce byla chválena za dobrý postřeh. V některých situacích, především ve skupině se nerada podřizovala, ráda měla vedoucí úlohu, ráda rozdávala úkoly a pokyny, ale přesto byla přizpůsobivá, uměla se ovládat a měla velmi vyvinutý smysl pro spravedlnost. Začala navštěvovat pomocnou třídu ve Zvláštní škole ve Varnsdorfu.

Ve věku 14 až 15 let se u ní začalo projevovat mírně vzdorovité a urážlivé chování, byla velmi průbojná, dominantní, neměla ráda zákazy, projevovala se občas až drze. Tyto projevy chování přetrvaly až do dospělosti, i když se dokázala ovládat a přizpůsobit se. Velmi dobře komunikovala i s cizími lidmi, i když vzhledem k opačnému pohlaví se občas projevovala stydlivě. V osmnácti letech se přestěhovala do Ústavu sociální péče pro dospělé osoby s mentálním a kombinovaným postižením v Lobendavě.

Vývoj daného případu

V ÚSP Lobendava byla slečna Martina samostatná pouze v péči o vlastní osobu, nebyla zcela samostatná při obstarávání vlastních záležitostí, při zajišťování své zdravotní péče, při vaření, praní, zajišťování kontaktu se společenským prostředím aj. Všechny tyto činnosti za ni dělali pracovníci daného zařízení, s jejichž podporou žila. Se zavedením individuálního plánování do praxe v dané sociální službě se slečna Martina začala učit mnoha drobným činnostem, které ji v její samostatnosti posunuly vpřed. Prát své drobné osobní prádlo v pračce znamenalo naučit se několika dílčím úkonům, roztřídit prádlo, použít prostředky na praní a aviváž, sama pračku zapnout. Ložní prádlo ale stále nosila do ústavní prádelny. Také musela zvládnout sama dojíždět do 10 km vzdáleného města do školy, kde se učila vařit a péct. V roce 2010 začala získávat pracovní návyky, avšak vše s podporou a vedením pracovníků dané sociální služby. Všechny aktivity v daném zařízení organizovali pracovníci

a ve většině případů byla tato činnost podřízena potřebám skupiny, kterou měl daný pracovník v daném okamžiku na starosti. Byla zvyklá se skupině podřizovat, své záležitosti řešila přednostně s pracovníky a to ne s jedním, ale v dané chvíli s tím, který se jí věnoval. Její intimita a soukromí bylo narušeno, protože žila v jednom pokoji s dalšími třemi děvčaty. Prostor, kde by mohla být sama měla pouze v koupelně a na toaletě.

V únoru 2012 se přestěhovala do vlastního pokoje v Chráněném bydlení ve Šluknově. Její sestra Irena, která s podporou služby chráněného bydlení v té době žila již rok a půl, jí předala své zkušenosti a pomohla ji přenést se přes novou situaci. Nastěhovala se do samostatného pokoje v bytě, kde žila i její sestra se svým přítelem, také klientem služby Chráněného bydlení ve Šluknově. V mnohém se začala rozvíjet, spolupracovala, byla nadšená z každé nové aktivity, která v ní budila příslib nového učení, osvojení si nových dovedností a možností posunout se blíže k vlastní samostatnosti. Bohužel během čtyř měsíců nastala situace, kdy se zkomplikovaly osobní vztahy mezi sestrami, protože do slečny Martiny se zamiloval přítel její sestry, slečny Ireny. Situace se vyhrotila do hádek a napadání, což se slečna Martina rozhodla vyřešit suicidiálním pokusem. Naštěstí byl tento pokus neúspěšný a pracovníci chráněného bydlení situaci vyřešili okamžitým přestěhováním slečny Martiny do jiného bytu v chráněném bydlení, kde se sestry nedostaly do kontaktu a nevznikalo riziko dalších konfrontací a napadání. Situace se mezi sestrami během dalších několika týdnů vyřešila a znovu navázaly vztah a byly schopné na nepříjemné události zapomenout. Vše se odehrávalo s podporou pracovníků chráněného bydlení, kterou bylo možné poskytovat zcela individuálně. Pracovníci se věnovali oběma sestrám individuálně, nezávisle jedné na druhé, podporovali je v činnostech, které rozvíjely každou z nich v oblastech, které potřebovaly. Slečna Martina se začala věnovat péči o svůj zevnějšek, nakoupila si nové oblečení, navštěvovala pravidelně kadeřníka, manikúru a pedikúru a cvičila. V soukromí skládala básničky, o kterých dlouho nikomu neřekla. Svěřila se až ve chvíli, kdy měla básní plnou sbírku. Byla překvapena, když se ostatním její básně líbily a dokonce jich i několik zveřejnila na výstavě tvorby klientů, kterou organizoval zřizovatel dané sociální služby. Slečna Martina se také ráda účastnila společenských akcí a na plesu, opět pořádaném zřizovatelem této sociální služby, byla zvolena královnou plesu. Získávala sebedůvěru, která ji dodávala sílu a energii pro další činnosti, ve kterých se chtěla zdokonalit. V rámci individuálního plánování s individuálně poskytovanou podporou pracovníků chráněného bydlení se slečna Martina naučila samostatně pečovat o domácnost, používat domácí

spotřebiče, užívat samostatně své léčivé přípravky, hospodařit s postupně vyšší finanční částkou, samostatně nakupovat, plánovat nákupy potravin na vaření určitých jídel, navštívit lékaře, spořit si z kapesného, plánovat si svůj volný čas, zajistit si kulturní akce aj. S podporou pracovníků v sobě našla odvahu hledat nové zaměstnání, což se jí poté podařilo.

Slečna Martina se dříve projevovala často familiérně, s infantilním verbálním projevem. Byl to jakýsi způsob, jak zapůsobit a získat si přízeň. Po šesti měsících života v chráněném bydlení, kdy se slečna Martina pohybovala častěji v běžné společnosti, se tyto projevy samovolně ztrácely a ze slečny Martiny se stala důstojně a hrdě vystupující mladá žena.

Současný stav

Slečna Martina je třicetiletá žena, která v současné době žije s podporou sociální služby chráněného bydlení, pracuje jako dělnice v soukromé firmě na výrobu dekorativních předmětů. Spoří si, založila si vlastní bankovní účet, aby si mohla vybírat finanční částky sama z bankomatu. Očekává vyřízení své žádosti o navrácení způsobilosti k právním úkonům (dle současného Občanského zákoníku se používá termín svéprávnost), o které si sama požádala v červenci 2012 u opatrovnického soudu. Zamilovala se do muže, který celý svůj život žil v běžné společnosti, navštěvoval běžné školy, pracuje a nikdy nebyl jakkoli omezen ve svém rozhodování. Plánují společnou budoucnost, která by zřejmě započala právě navrácením způsobilosti k právním úkonům slečny Martiny.

Do DOZP by se už vrátit nechtěla, cítila se tam zavřená, v současné době se cítí samostatnější. Je hrdá na své dosažené úspěchy. Velký pokrok podle svého názoru udělala při kontaktu s lidmi, tvrdí: "Už se nebojím chodit mezi lidi." Tvrdí, že nasbírala hodně zkušeností. Své problémy se snaží vyřešit nejdříve sama, nebo s přítelem, poté se teprve obrátí na pracovníky chráněného bydlení.

Individuální plán

Současný individuální plán slečny Martiny je procvičování psaní, čtení a počítání. Tento plán si zvolila, protože se stydí, když musí před někým číst, psát nebo počítat a jde jí to pomalým tempem a dělá chyby. Klíčový pracovník jí zakoupil sešit, kde píše vše, co ji napadne, básničky, příběhy, otázky, myšlenky, problémy. Také začala číst dívčí romány a nyní čte ten, který dostala k vánocům. Počítání procvičuje s klíčovým pracovníkem.

Shrnutí

Slečna Martina se ve své samostatnosti velmi posunula vpřed, hospodaří s vlastními penězi, dokáže platit kreditní kartou, navštěvuje sama lékaře, užívá samostatně své léky, pracuje, o domácnost pečuje téměř samostatně, svůj volný čas si plánuje sama. Svou budoucnost vidí po boku svého přítele, plánují společné bydlení, společný život. Pokud slečně Martině její plány do budoucna vyjdou tak, jak si představuje, bude žít bez podpory sociální služby v běžné společnosti, chtěla by mít svou rodinu, děti a samostatný šťastný život. Podle jejích pokroků, zlepšování schopností a dovedností, úspěchů, kterých dosáhla od února roku 2012 v prostředí své domácnosti, je možné říci, že je už nyní schopna svých snů dosáhnout.

Tabulka dílčích činností č. 1 – slečna Martina		
Okruh činností	DOZP - dovršené schopnosti	CHB - současné schopnosti
Hospodaření s penězi	disponovala pouze kapesným	hospodaří s finanční částkou na měsíc (na stravu), spoří si z výplaty, má svůj bankovní účet, vybírá peníze sama z bankomatu, platí kartou
Péče o domácnost	uklízela, prala osobní prádlo v pračce, žehlila, občas pekla s podporou pracovníka (ostatní jí bylo poskytováno, jiné činnosti dělat nemusela)	domácnost zvládá sama, uklízí, ovládá spotřebiče, vaří sama, pečes sama, potraviny nakupuje sama podle svého výběru a potřeby
Pracovní uplatnění	pracovala jako uklízečka v zařízení, ve kterém žila, pracovala 2 hod denně	sama si našla práci jako dělnice ve výrobě upomínkových předmětů, pracuje na poloviční úvazek
Užívání léčivých přípravků	léčivé přípravky jí podávala zdravotní sestra	léčivé přípravky si podává sama, dostává zásobu na měsíc, pro některé léky si chodí sama k lékaři (pro recept, který vyzvedne sama v lékárně)
Trávení volného času	Společenské akce jí byly organizovány pracovníky, výlety, dovolené, kulturní akce. Ve svém volnu poslouchala hudbu, malovala, chodila na procházky.	Svůj volný čas si organizuje sama, pouze oznámí pracovníkovi, že odchází a kdy přijde. Svůj volný čas věnuje domácnosti, příteli, odpočinku po práci, zařídila si sama pokoj, vaří, zkouší nové recepty, nakupuje, hospodaří se svými penězi (počítá a zaznamenává si). Jejími slovy: "Jako doma". Plánuje společné bydlení s přítelem.

Zdroj: vlastní šetření

6.2 Kazuistická studie č. 2

Osobní anamnéza

Karel, narozen 1965 (48 let a 3 měsíce), Chomutov

Dg.: Lehká mentální retardace, dětská mozková obrna, lehká pravostranná hemipareza, epilepsie - v současné době kompenzovaná, hypertenze, hypertrofie prostaty, glaukom

Pan Karel je muž ve středním věku, který má velice rád hudbu, hraje na klávesy a zpívá. Své hraní na klávesy a zpěv rád prezentuje před publikem, je rád středem pozornosti. Svou vlastní iniciativou dokáže domluvit místo a čas konání jeho prezentace hudby, na kterou vytvoří pozvánky, nebo osobně každého účastníka zvlášť pozve. Pan Karel také rád sleduje televizi, pustí si oblíbené filmy na DVD přehrávači a také poslouchá rádio. S velkým nadšením se účastní společenských akcí, především pokud se mu podaří domluvit s organizátory vlastní prezentaci hudby. Je společenský, rád rozpráví o svých plánech a aktivitách. Hraje fotbal, přidal se k fotbalovému týmu v městě, kde v současné době žije. Fotbal hraje s nadšením, ale v rámci fyzických možností, které mu omezuje jeho zdravotní stav. Také je fanouškem fotbalu, chodí fandit na místní zápasy, nebo sleduje sportovní fotbalové přenosy v televizi. Jeho oblíbeným týmem je Sparta Praha. Žije ve službě chráněného bydlení se svou současnou přítelkyní, slečnou Martou (viz kazuistická studie č. 3), se kterou rád tráví volný čas, povídá si u kávy a ochutnává jídla, která spolu s přítelkyní a podporou pracovníka služby chráněného bydlení uvaří. Nejkrásnější vzpomínky má dle rozhovorů na den, kdy si se slečnou Martou slíbili, že budou žít spolu. Pan Karel je klidný a vyrovnaný muž, který pouze občas nedokáže objektivně odhadnout své schopnosti, v čemž potřebuje největší míru podpory pracovníka chráněného bydlení, aby mu vše pomohl správně a včas vyhodnotit, nebo poté napravit a přijmout následky svého jednání, poučit se.

Zdravotní anamnéza

Pan Karel se narodil s dětskou mozkovou obrnou, která se u něj projevovala především lehkou pravostrannou hemiparezou a epilepsií. Jeho motorické dovednosti, se zřejmě i s tímto postižením rozvíjely dobře, protože v dnešní době nejeví známky zhoršené motoriky, ani motorických funkcí. Jeho jemná motorika je v současné době také bez známek narušení. Trpěl občasnými epileptickými záchvaty, které se postupně s úpravou léčby přestaly objevovat

a v současné době je jeho stav v tomto směru kompenzován natolik, že už jimi přibližně 8 let netrpí vůbec. Jeho IQ bylo v dětském věku vyhodnoceno na IQ 50, což je rozmezí lehké mentální retardace. V průběhu života se u něj objevily další zdravotní potíže, související spíše s jeho věkem. Léčí se s hypertenzí - vysokým krevním tlakem, na jehož úpravu bere pravidelně léky a je pravidelně sledován praktickým lékařem. Jako mnoho mužů trpí hypertrofií (zvětšením) prostaty, s kterou pravidelně navštěvuje urologickou ambulanci. Závažnějším problémem, který mu byl zjištěn před 18 měsíci oční lékařkou, je glaukom - zelený zákal. Pravidelně jednou za 4 měsíce navštěvuje oční lékařku, především pro kontrolu a měření jeho nitroočního tlaku, který je mu upravován očními kapkami. Kapání očních kapek je jednou s činností, kterou pan Karel nezvládá a plně se v tomto směru spoléhá na pracovníky chráněného bydlení, především pro nutnost pravidelné aplikace. Před 8 měsíci pan Karel také podstoupil zákrok, kdy mu byla provedena sanace chrupu v celkové anestezii a odstraněny zbylé zuby. Nyní nosí zubní protézu. Jiné kompenzační pomůcky nepoužívá.

Léčivé přípravky, které pan Karel užívá léčí pouze výše uvedené zdravotní potíže, neužívá žádné léky ovlivňující jeho projevy chování.

Rodinná anamnéza

Pan Karel pochází ze sociálně slabé rodiny. Jeho matka byla ženou v domácnosti a o rodinu se v rámci možností dobře starala. Až do své smrti v lednu roku 2009 byla se synem v písemném kontaktu. Otec byl dělník, který se od rodiny ve věku šesti let pana Karla odstěhoval a o rodinu nejevil příliš velký zájem. V současné době již nežije. Pan Karel měl o tři roky mladšího bratra, který byl celý život zdravý a žil v běžné společnosti. Jeho sociální situace byla až do jeho smrti v březnu roku 2013 velmi špatná, ale se svým bratrem udržoval písemný a telefonický kontakt.

Pan Karel má v současné době hodně přátel, především pro své vstřícné, velmi společenské vystupování a komunikativní schopnosti.

Sociální anamnéza

Do svých sedmi let žil pan Karel u své matky, která mu poskytovala péči v rámci svých možností, které se zhoršily především po odchodu otce od rodiny. Začal navštěvovat Základní devítiletou školu při Ozdravovně Radotín, kde mu jeho čtyřletá docházka nebyla

klasifikována. Poté žil v Dětském domově v Žatci, v ÚSP Čížkovice a od roku 1980 v ÚSP Lobendava. Od června roku 2010 žije v Chráněném bydlení ve Šluknově.

V roce 1984 byl zbaven způsobilosti k právním úkonům na žádost ÚSP Lobendava. Opatrovníkem mu byli stanoveni postupně tři zaměstnanci tohoto zařízení a od července roku 2012 je jeho opatrovník obec Lobendava. V červnu roku 2013 si pan Karel sám zažádal o navrácení způsobilosti k právním úkonům.

Pan Karel do roku 2007 pobíral plný invalidní důchod, který se poté po změně legislativy změnil v invalidní důchod 3. stupně. Od roku 2007 má přiznaný 2 stupeň příspěvku na péči. Užívá výhody průkazu ZTP/P.

Vzdělávací anamnéza

V roce 1972 ve svých šesti letech začal pan Karel navštěvovat Základní devítiletou školu při Ozdravovně Radotín, kde mu jeho čtyřletá docházka nebyla klasifikována. Od roku 2000 do roku 2004 navštěvoval Zvláštní školu ve Šluknově.

Pracovní anamnéza

První pracovní zkušenost měl pan Karel jako hlídač v obchodě s potravinami Centrum Justy, kde dlouho nesetřval, protože podle zaměstnavatele svou náplň práce nezvládl. Další zaměstnání mu umožnilo přímo zařízení ÚSP Lobendava, pro které vykonával pomocné práce v prádelně 3 hodiny denně ve všedních dnech a to od roku 2006. Od září roku 2009 mu byla nabídnuta pracovní pozice dělníka ve firmě Bea CS, spol. s r. o. v Lobendavě, kde pracuje dodnes. Po přestěhování do Chráněného bydlení ve Šluknově v červnu roku 2010 se musel pan Karel naučit dojíždět s podporou pracovníků meziměstskou dopravou do zaměstnání.

Od roku 2005 začal navštěvovat pan Karel Agenturu Pondělí, která mu poskytovala podporu při získávání různých dovedností, především v oblasti samostatnosti. Tuto službu už s panem Karlem Agentura pondělí ukončila pro jeho nezájem.

Vývojová anamnéza

Tuto oblast informací o panu Karlovi nebylo možné zjistit z žádné dochované dokumentace, kterou měla autorka této práce k dispozici. Je možné pouze po analýze ostatních zdrojů dat shrnout, že dětství pana Karla se odehrávalo až na rané dětství

v ústavních zařízeních sociálních služeb a s vyrůstal s jejich podporou. Měl možnost poznat běžný chod rodinného prostředí v raném dětství, které bylo ovšem zřejmě narušeno nepříznivou sociální situací rodiny a poté odchodem otce od rodiny.

Vývoj daného případu

V DOZP bydlel v malém čtyřlůžkovém pokoji se třemi dalšími muži. Koupal se ve společné koupelně, kde byly dva sprchové kouty a dvě vany. Po přestěhování do chráněného bydlení bydlel pan Karel ve dvoulůžkovém pokoji se svou přítelkyní Martou, a tento pokoj byl součástí bytu, kde s nimi bydleli další dva klienti. V tomto bytě bydleli jeden rok a poté jim bylo nabídnuto přestěhování do samostatného bytu 2+1, kde bydlí i v současné době. Mají tedy příležitost žít společný život, ve vlastním soukromí. Pan Karel se rychle zapojil do místní komunity. Když s přítelkyní Martou chodili pravidelně do restaurace, seznámil se s místními lidmi a nabídl jim své hraní na klávesy a zpěv. Několikrát v této restauraci i vystoupil. Přáteli se se sousedy, ke kterým občas se slečnou Martou chodí i na kávu. Stále dojíždí do zaměstnání, stále pracuje jako dělník. Velkou zálibou jsou pro pana Karla taneční zábavy, kam chodí se slečnou Martou, dovolené a pobyty v lázních.

Současný stav

V současné době by se do DOZP vrátit nechtěl, tvrdí: "Ani náhodou, to nepřipadá v úvahu, tady jsem doma, jsem mezi lidma." Zajímá se o dění mezi lidmi a také se často do něj zapojuje. Své problémy řeší se svou přítelkyní slečnou Martou a poté se teprve obrací na pracovníky CHB, dříve pro řešení každého problému chodil za paní ředitelkou. Na klávesy hraje spíše doma své přítelkyni slečně Martě, chtěl chodit do hudební školy, ale nepřijali ho. Stále hraje fotbal v místním fotbalovém týmu a na této aktivitě si velmi zakládá a je hrdý na to, že je členem fotbalového týmu.

Individuální plán

Současný individuální plán pana Karla je snaha o lepší hospodaření s financemi, protože z týdenního finančního obnosu spíše neušetří. Nakupuje bez rozmyslu dražší potraviny, na které má chuť a poté nevychází. Cílem se stalo plánování nákupů, sledování ceny potravin, ukládání ušetřených peněz, spoření na nové dvojlůžko pro pana Karla a jeho přítelkyni, která spoří také.

Shrnutí

Pan Karel už žije v prostředí své domácnosti 3,5 roku po boku slečny Marty. Jeho osamostatnění je patrné především v péči o domácnost, nakupování a plánování vlastního volného času. Hospodaření s penězi je dílčí činností, při které podporu pracovníka chráněného bydlení ještě potřebuje, a to především při nákupu potravin. Výběr potravin, spoření a plánování nákupů je součástí jeho současného individuálního plánu. Vyšší míry samostatnosti dosáhl také při užívání léčivých přípravků jednodenním samostatným užíváním. Budoucnost pana Karla zůstává zřejmě spjata se službou chráněného bydlení, protože jeho samostatnost se poněkud ustálila na určité úrovni a pan Karel nyní pracuje po drobných krůčcích na zlepšování schopností a dovedností v dílčích činnostech, ve kterých jej již určitým způsobem limituje jeho postižení. Svůj život si také představuje po boku své současné přítelkyně, slečny Marty, která s ním sdílí a pečuje o domácnost.

Tabulka dílčích činností č. 2 – pan Karel		
Okruh činností	DOZP - dovršené schopnosti	CHB - současné schopnosti
Hospodaření s penězi	disponoval pouze s kapesným	hospodaří s finanční částkou na týden (na stravu), spoří si na nové společné lůžko s přítelkyní
Péče o domácnost	úklid osobních věcí	úklid domácnosti, ovládání většiny elektrických spotřebičů, obává se pouze při používání elektrické trouby, praní prádla, vaření, nakupuje společně s přítelkyní, potraviny vybírají spolu podle vlastního výběru a potřeby
Pracovní uplatnění	zaměstnán jako dělník	zaměstnán jako dělník stále u stejného zaměstnavatele, do práce dojíždí
Užívání léčivých přípravků	léčivé přípravky jí podávala sestra	dostává připravené léčivé přípravky v lékovce na jeden den, poté je užívá sám, oční kapky mu vkapává přítelkyně
Trávení volného času	Společenské akce mu organizovali pracovníci, podřizoval se činnosti, kterou dělala většina - procházky, sezení na zahradě, hraní fotbalu, pomáhání na záhonech, v zimě odklízel sněh. Zavíral se v koupelně, kde hrál na klávesy	Volný čas si organizuje sám, oznámí pouze, kam odchází a kdy se vrátí. I když stále rád využívá organizované akce pracovníky CHB, dokáže si svůj program zorganizovat sám např. návštěva restaurace s přítelkyní. Tráví rád společné chvíle s přítelkyní doma, posezení u kávy, povídání, sledování filmů a televize.

Zdroj: vlastní šetření

6.3 Kazuistická studie č. 3

Osobní anamnéza

Marta, narozena 1970 (43 let a 3 měsíce), Litoměřice

Dg.: Lehká mentální retardace, glaukom, chronická gastritida, atopický ekzém, alergie na parfémovanou kosmetiku

Slečna Marta je mladá žena, která má pevnou vazbu na svůj současný domov, kterým je byt 2+1 v Chráněném bydlení ve Šluknově, kde žije se svým přítelem. Péče o domácnost je její hlavní náplní dne. Větší část jejích zálib je spojená s jejím domovem a časem stráveným doma. Chová ve svém bytě dvě morčata. Pro každé z nich má vlastní klec a o obě pečuje s velkou starostlivostí. Do doby než si pořídila morčata, věnovala se dalšímu svému koníčku, kterým jsou panenky. Slečna Marta je starostlivá a citlivá žena, která svou potřebu péče o někoho, kterou dříve věnovala jen svým panenkám, nyní realizuje právě prostřednictvím péče o morčata, o domácnost a také o svého přítele, který s ní tuto domácnost sdílí a na péči o ni se podílí. Doma si také slečna Marta nenechá ujít své oblíbené pořady v televizi a často si pouští hudbu, na kterou se svým přítelem doma tančí. Poslouchá hudbu, kterou ji hraje na klávesy její přítel a spolu s ním si i zazpívá své oblíbené písně. Má ráda společenské dění, plesy, návštěvu kina, výstav a kulturních akcí, kterých se účastní s přítelem, panem Karlem.

Zdravotní anamnéza

Slečna Marta v raném dětství trpěla nedostatečnou péčí matky, která byla závislá na alkoholu, a také nepodnětným a traumatizujícím prostředím. Její psychomotorický vývoj byl tímto prostředím narušen. Její IQ nebylo nikdy žádným odborníkem stanoveno, jen rozmezí, ve kterém se pohybuje, a to lehká mentální retardace. Nikdy vážněji nestonala. Od dětství trpěla atopickým ekzémem, s kterým se léčí dodnes. Byla u ní zjištěna i alergie na parfémované kosmetické přípravky, po kterých se zhoršoval také její ekzém. V roce 1998 prodělala operaci, kdy ji byl odstraněn appendix pro chronický zánět. Oční lékařka ji diagnostikovala glaukom - zelený zákal a pro tento zvýšený nitrooční tlak se léčí již 8 let. Pravidelně si sama kape oční kapky, je schopna i dodržovat pravidelnost aplikace. Nosí brýle na krátkozrakost. Její traumatizující zážitky z dětství a její život, strávený v ústavní péči se odrazil na jejím zdraví v podobě chronického zánětu žaludku, na který užívá také své léky.

Léky si v současné době podává samostatně. Jediný léčivý přípravek, který ji aplikuje zdravotní sestra je injekční antikoncepce jednou za tři měsíce.

Rodinná anamnéza

Slečna Marta se narodila do sociálně slabé rodiny, s kterou žila 12 let v Litoměřicích. Její rodiče se v jejím raném věku rozvedli a slečna Marta žila pouze spolu se svými čtyřmi sourozenci a s matkou. Její starší sourozenci, sestra Pavlína a bratr Jiří, jsou jejími vlastními sourozenci. Matka poté měla další děti, dvě dívky s jinými partnery. V této rodině žila slečna Marta do svých dvanácti let. Její matka se o ni zajímala i po jejím umístění do ústavní péče, většinou udržovala jen písemný kontakt. Přála si i dceru brát domů na návštěvy, ale nebylo jí to umožněno pro neschopnost poskytnout ji dostatečnou péči. Frekvence jejich kontaktů se přesto v posledních letech zvýšila, došlo i k několika osobním setkáním, v červenci roku 2007 byla slečna Marta u své matky na dovolené a v roce 2009 ji přijel navštívit s matkou i otec do ÚSP v Lobendavě. Slečna Marta byla s matkou v kontaktu až do její smrti v listopadu 2013, kterou velice těžce nesla. Nyní je v písemném kontaktu se svou sestrou Pavlínou.

Sociální anamnéza

Jak už bylo v předešlém odstavci uvedeno, slečna Marta se narodila do sociálně slabé rodiny, s kterou žila 12 let v Litoměřicích. Její rodiče se v jejím raném věku rozvedli a slečna Marta žila pouze spolu se svými čtyřmi sourozenci a s matkou. Její matka byla závislá na alkoholu, často se nezdržovala doma, péči o děti zanedbávala a střídala partnery. V takto nepříznivých podmínkách žila slečna Marta 12 let do té doby než byla nařízena její ústavní výchova soudem. Slečna Marta byla umístěna do ÚSP v Čížkovicích a poté v ÚSP v Dolním Podluží. Matka se zpočátku snažila brát si dceru domů na návštěvy, ale neposkytovala jí dostatečnou péči a proto jí dále bylo umožněno vidět dceru pouze v zařízení, ve kterém její dcera žila. V roce 1987 matka přerušila kontakt. V roce 1988 byla slečna Marta zbavena způsobilosti k právním úkonům. V roce 1998 byla slečna Marta umístěna do ÚSP Lobendava. V červnu roku 2010 se přestěhovala do služby Chráněného bydlení ve Šluknově, kde žije dodnes. V červenci roku 2013 si sama zažádala o navrácení způsobilosti k právním úkonům.

Slečna Marta byla příjemcem plného invalidního důchodu, který se v rámci změny legislativy přehodnotil na invalidní důchod 3. stupně. Byl jí v roce 2007 přiznán příspěvek na péči 2.stupně a v roce 1993 ji byly poskytnuty výhody průkazu ZTP/P.

Vzdělávací anamnéza

V roce 1978 byla slečna Marta zbavena povinnosti vzdělávat se pro svůj snížený intelekt ve spektru lehkého mentálního postižení. V roce 1999 začala navštěvovat Zvláštní školu ve Šluknově, byla zařazena do speciální školy. Tuto docházku ukončila v roce 2003.

Pracovní anamnéza

První pracovní zkušenost měla slečna Marta ve firmě BEA CS, spol. s.r.o. v Lobendavě, kde pracovala od dubna roku 2005 jako uklízečka. Po přestěhování do Chráněného bydlení ve Šluknově se s podporou pracovníků musela naučit dojíždět do zaměstnání meziměstskou dopravou. V březnu roku 2012 projevil zaměstnavatel nespokojenost s prací slečny Marty, důvodem bylo to, že svou práci odbývá a po upozornění se hádá a nepřijme kritiku. Bylo ji dáno písemné upozornění a šance se zlepšit. Pracovníci se snažili se slečnou Martou vše vyřešit, nastínit ji obtížnost hledání nového zaměstnání. Slečna Marta ale svůj přístup k práci nezměnila a o zaměstnání přišla. Další šanci, kterou slečně Martě zprostředkovali pracovníci chráněného bydlení, zmařila. I když sice zkusila nastoupit do kuchyně místní restaurace jako pomocná pracovnice, svůj přístup k práci nezměnila, nereagovala na nespokojenost zaměstnavatele a o svou další pracovní šanci přišla. Od té doby je slečna Marta bez zaměstnání, o novou příležitost nestojí a cítí se spokojená v domácnosti.

Vývojová anamnéza

Pro zachycení psychomotorického vývoje a schopností slečny Marty bylo možné využít pouze omezeného zdroje dat. V žádosti o umístění do ÚSP v Dolním Podluží odeslanou z ÚSP Čížkovice, bylo uvedeno, že se ve svých dvanácti letech projevovala neprůbojně, bázlivě, s kolísající úspěšností o navázání kontaktu. Projevovala se s občasnou tendencí k negativismu. Byla označena za nevzdělavatelnou a zbavena povinnosti školní docházky.

Další data k získání informací o vývoji slečny Marty bylo možno čerpat z psychopedického vyšetření, uskutečněného v září v roce 1999. V této době se slečna Marta snažila ochotně o kontakt. Její hrubá i jemná motorika byla v pořádku. Při volné kresbě dokázala 15 minut soustředěně pracovat a pěkně zpracovala celou plochu s preferencí pravé ruky a správným držením tužky. Podepsala se hůlkovým písmem, několik hůlkových písmen i dokázala poznat, ale nespojila je do slabik. Početní představy byly u ní vytvořeny do 10

a napočítala do 20. Poznala a pojmenovala barvy, geometrické tvary, rozlišila pojmy stejný a jiný. Pracovala sice pomalejším tempem, ale svědomitě a vždy dokončila úlohy. Byla vstřícná, milá a podřizovala se autoritě. Po tomto vyšetření ji bylo doporučeno vzdělávání ve speciální škole, které od září stejného roku započala.

V roce 2004 se v rámci hodnocení péče projevovala jako skromná, tichá, ochotná, milá, ale uzavřenější dívka. Ve vztahu k mužům zaujímá sebejistější a dominantnější postoj. V celkovém kontaktu se slečna Marta projevovala neprůbojně, čekala vždy spíše na výzvu a podnět ostatních. Ráda si hrála s panenkami, ale jiné vyhraněné zájmy neměla. Při aktivitách měla pomalejší tempo, ale projevovala se ochotně a snaživě.

Vývoj daného případu

V DOZP bydlela slečna Marta v malém čtyřlůžkovém pokoji s dalšími třemi dívkami. Pracovala v místní továrně jako uklízečka. Po přestěhování do chráněného bydlení bydlela se svým přítelem ve dvojlůžkovém pokoji, v bytě s dalšími dvěma spolubydlícími. Poté byla nabídnuta slečně Martě a panu Karlovi možnost bydlet v samostatném bytě 2+1, kde se slečna Marta stala svou paní, hospodyňkou, která musí zvládnout pečovat o celý byt a domácnost. Má stále svá dvě morčata. Místo zaměstnání navštěvuje socioterapeutickou dílnu, kde ji pracovníci poskytují podporu při získávání a zachovávání pracovních návyků a zprostředkovávají ji kontakt se společenským prostředím.

Současný stav

Do DOZP by se vrátit nechtěla, protože v CHB má větší svobodu a klid, bydlí ve svém bytě, kde je sama s přítelem. Pracovníci jí poskytují podporu jen minimálně, např. při pečení v troubě, z jejíž ovládání má strach. S přítelem si organizují svůj život podle svých představ. Tráví čas tak, jak je jim to příjemné a přirozené. Své problémy se snaží vyřešit se svým přítelem, poté se radí s pracovníky v chráněném bydlení.

Individuální plán

Současný individuální plán slečny Marty je snaha o lepší hospodaření s finančními prostředky, tento plán mají společný s přítelem, protože spolu hospodaří, vedou společnou domácnost a proto mohou ušetřit jen společnými silami. Jejich vztah se zdá být podobný běžnému partnerskému soužití. Až se jim podaří ušetřit určitý finanční obnos, plánují koupit

nového společného dvojlužka. Dlouhodobějším, ale stále probíhajícím individuálním plánem slečny Marty je také hledání nového zaměstnání. Problémem je ale Martina neochota a nezáměr o možnost nového zaměstnání. Je zřejmě takto spokojena. Tento plán bude pracovníky zřejmě spolu se slečnou Martou přehodnocen.

Shrnutí

Slečna Marta se ve svou samostatnost získala v péči o domácnost, plánování svého volného času a především v užívání léčivých přípravků, které zvládá úplně sama, včetně vkapávání očních kapek nejen sobě, ale i svému příteli. Hospodaření s penězi činí slečně Martě podobné potíže, jako panu Karlovi. Společně si šetří na nové dvojlužko. Krok zpět udělala slečna Marta ve svém zaměstnání, o které svou lehkovážností přišla. O nové zaměstnání nejeví zájem, vyhovuje ji být doma v domácnosti. Svou budoucnost si představuje ve společnosti pana Karla s podporou pracovníků chráněného bydlení.

Tabulka dílčích činností č. 3 – slečna Marta		
Okruh činností	DOZP - dovršené schopnosti	CHB - současné schopnosti
Hospodaření s penězi	disponovala pouze s kapesným	hospodaří s finanční částkou na týden (na stravu), spoří si na nové společné lůžko s přítelem
Péče o domácnost	úklid, praní prádla, žehlení	úklid a péče o domácnost, ovládání většiny elektrických spotřebičů, obává se pouze při používání elektrické trouby, praní prádla, žehlení, vaření, pečení (troubu pomáhá ovládat pracovník), nakupuje společně s přítelem, potraviny vybírají spolu podle vlastního výběru a potřeby
Pracovní uplatnění	zaměstnána jako uklízečka	nezaměstnaná
Užívání léčivých přípravků	léčivé přípravky jí podávala zdravotní sestra	dostává celé balení léčivého přípravku, který užívá sama
Trávení volného času	Společenské akce ji organizovali pracovníci, podřizovala se činnosti, kterou dělala většina - procházky, sezení na zahradě, pomáhání na záhonech.	Volný čas si organizuje sama, oznámí pouze, kam odchází a kdy se vrátí. I když stále ráda využívá organizované akce pracovníky CHB, dokáže si svůj program zorganizovat sama např. návštěva restaurace s přítelem. Tráví ráda společné chvíle s přítelem doma, posezení u kávy, povídání, sledování filmů a televize.

Zdroj: vlastní šetření

6.4 Kazuistická studie č. 4

Osobní anamnéza

Marek, narozen 1948 (65 let a 3 měsíce), Rumburk

Dg.: Lehká mentální retardace, hypertenze (vysoký krevní tlak), stav po centrální mozkové příhodě v roce 2010, hypercholesterolémie (vyšší hladina cholesterolu v krvi), hypertrofie prostaty (zvětšení prostaty), krátkozrakost

Pan Marek je muž v pokročilém věku, který má milé a přívětivé vystupování. Vyhledává společnost lidí, rád si s lidmi povídá a zjišťuje co je nového. Většinou vše komentuje slovy: "No jo, to je pořád dokola, až do smrti". Pokud oslovuje ženu, se kterou se zná, oslovuje ji "Čilá", takže zahájení jeho konverzace ve většině případů zní: "Jak se máš, Čilá, jak to jde?". Svou oblíbenou pracovníci chráněného bydlení oslovuje "Jahodová", protože spolu vyráběli jahodovou marmeládu. Má velmi rád zelenou barvu, kterou má všude kolem sebe, obléká se do zeleného oblečení, má zelené obroučky na brýlích, obuv, batoh, zelené ručníky, přehoz na posteli, zelenou malbu na zdi jeho pokoje, který sdílí se svým spolubydlícím panem Jaroslavem (viz kazuistická studie č. 5). Konverzace s lidmi, se známými i neznámými, je jeho oblíbenou činností a většinovou náplní jeho běžného dne. V zařízení, ve kterém bydlel před přestěhováním do chráněného bydlení, rád vynášel odpadkové koše a pečoval o květiny. Vynášení odpadkových košů bylo často až nutkavého charakteru a po přestěhování do chráněného bydlení v běžné panelákové zástavbě byl nucen tuto činnost omezit na vynášení koše jen ze svého bytu. Zvládnout odolávat tomuto nutkání trvalo panu Markovi s podporou pracovníků přibližně tři měsíce. Péči o květiny si ale pan Marek vše do dnešní doby vynahrazuje. Pan Marek se rád podílí na péči o domácnost, při které ale dodnes potřebuje podporu pracovníků chráněného bydlení, nebo spolubydlících.

Pan Marek je společenský člověk, a proto se zřejmě rád účastní veřejných akcí, společenských událostí, navštěvuje rád restauraci, kino, výstavy. Celý rok se těší na dovolenou, na které vítá turistiku, poznávání nových míst a nových lidí. Již dva roky jezdí také do lázní, kde se poctivě účastní naplánovaných procedur, u kterých velmi rád konverzuje s pracovníky lázní. Při prvních pobytech v lázních nabízel také pracovníkům lázní vynesení odpadků, což mu bylo s díky odmítnuto.

Zdravotní anamnéza

Pan Marek se narodil do sociálně velmi slabé rodiny, žijící v naprosto nevyhovujících podmínkách. Zažil týrání svým otcem, traumatizující rané dětství. Jeho psychomotorický vývoj byl opožděn a hodnota jeho IQ byla stanovena v rozmezí lehké mentální retardace. V roce 2010 prodělal centrální mozkovou příhodu s dočasnou levostrannou hemiparezou a dvojitým viděním. Tyto potíže se během následujících šesti měsíců upravily do normálu. Do současné doby ale absolvuje pravidelná kontrolní neurologická vyšetření. Pan Marek také užívá léky na snížení zvýšené hladiny cholesterolu v krvi, na snížení krevního tlaku, protože tyto potíže zvyšují riziko možné recidivy centrální mozkové příhody. Na obtíže se svou zvětšenou prostatou také užívá pravidelně léčivé přípravky. Užívá také nižší dávky psychofarmak na úpravu jeho obsedantních potíží. Na svou krátkozrakost používá brýle, které nosí stále, odkládá je pouze na spaní. Také nosí zubní protézu.

Rodinná anamnéza

Pan Marek se narodil do rodiny, která žila ve velmi nuzných a naprosto nevyhovujících podmínkách. Devítičlenná rodina žila v jedné místnosti s drůbeží, kozou a králíky. Otec dětí pracoval jako dělník. Měl velmi agresivní povahu, která se projevovala především při péči o děti, které velmi surově týral. Jeho chování se stupňovalo do té chvíle než byl sám umístěn do zařízení pro duševně choré. Matka byla ženou v domácnosti, která nezvládala pečovat o sedm dětí. Všechny děti, šest chlapců a jedna dívka, byly postupně umístěny do ústavní péče. Nejstarší bratr Václav, narozený v roce 1945, žije v současné době s podporou služby Domov pro osoby se zdravotním postižením v ÚSP Lobendava. Jeho mentální postižení je závažnější, jeho IQ se pohybuje v rozmezí těžké mentální retardace. Trpí závažnou vrozenou oční vadou a má pouze zbytky zraku. Další bratr, o kterém má pan Marek informace, se jmenuje Pavel, je narozený roku 1950, a až do své smrti v září roku 2011 žil v Domově na zámku Liběšice. Pan Pavel si přál vidět své bratry, a proto pracovníci zařízení, ve kterém žil toto setkání zprostředkovali. V září roku 2009 se pan Pavel přijel podívat za svými bratry Markem a Václavem do ÚSP Lobendava. Toto setkání bylo první po desítkách let a také bohužel poslední, protože pan Pavel rok poté zemřel. O dalších sourozencích nemá pan Marek žádné informace. Poslední kontakt s matkou měl pan Marek v roce 1984, kdy mu poslala dopis. Další informace mu o ni nejsou známy.

Sociální anamnéza

Sociální situace rodiny pana Marka byla život ohrožující především do té doby, než byl jeho otec umístěn do zařízení pro duševně choré. S matkou žil pan Marek až do svých čtyř let, než byl umístěn do Zvláštního dětského domova v Jiříkově. v osmnácti letech byl pan Marek poté umístěn do ÚSP Křešice a v roce 1980 do ÚSP Lobendava. Téměř celý život tedy pan Marek prožil v ústavní péči, kdy žil v kolektivu s dalšími klienty, a to až do února roku 2012, do doby než se přestěhoval do Chráněného bydlení ve Šluknově.

V listopadu roku 1968 byl pan Marek zbaven způsobilosti k právním úkonům. Jeho opatrovníky se stalo postupně několik zaměstnanců ÚSP Lobendava a v současné době je jím obec Lobendava. V říjnu roku 2013 bylo u Okresního soudu v Děčíně zahájeno řízení o navrácení jeho způsobilosti, o které si zažádal sám. V roce 2007 mu byl přiznán druhý stupeň příspěvku na péči. Až do listopadu roku 2013 pobíral invalidní důchod třetího stupně, v současné době je již příjemcem starobního důchodu. Využívá také výhody průkazu ZTP/P.

Vzdělávací anamnéza

Pan Marek nikdy nenavštěvoval žádné školského zařízení, pouze byl vzděláván v rámci umístění do Zvláštního dětského domova v Jiříkově. Další studium, nebo vzdělávání ani ve speciálním školském systému nenavštěvoval. Umí psát tiskacími písmeny, podepíše se, čte po slabikách, s chybami a velmi pomalým tempem. Počítá do deseti a po desítkách do sta.

Pracovní anamnéza

Pan Marek nemá žádnou pracovní zkušenost, za kterou by byl finančně odměněn, protože má své tempo a svůj osobitý přístup k práci, který by vyžadoval vysokou míru tolerance. Navštěvuje ale socioterapeutické dílny Markétka ve Šluknově a také socioterapeutické dílny Kormidlo ve Šluknově. Činnost, kterou zde vykonává je zcela přizpůsobena jeho pracovnímu tempu a občasným stavům nezájmu o činnost, kterou ale pan Marek nahrazuje svými komunikačními schopnostmi. Velice rád si popovídá u činnosti ostatních, kdy on sám pouze vypomáhá, když má zájem. Toleranci a vstřícnost, kterou mu v obou těchto socioterapeutických dílnách poskytují, pan Marek přijímá s velkou vděčností. Pracovní návyky, jako je dochvilnost a pravidelnost, však dodržuje velice svědomitě.

Vývojová anamnéza

Psychomotorický vývoj pana Marka nebylo možné čerpat z žádných dostupných dat. Z rozhovoru s ním také tyto informace nejsou dostupné. Je možné pouze se po shrnutí dostupných dat zamyslet nad možnostmi, které pro svůj vývoj měl pan Marek. Nevhodné, ba přímo životu nebezpečné rodinné prostředí panu Markovi neposkytlo mnoho možností rozvíjet se. O životě v dětském domově pan Marek v rozhovoru nehovořil, na otázky směřované na dětství odpovídal pouze mlčením. Zvláštní dětský domov zřejmě poskytl panu Markovi bezpečí, podnětnější prostředí, ale určitě ne rodinné a vřelé zázemí pro vlastní vývoj a růst. Život strávený v ústavní péči poskytne zdánlivě podmínky pro uspokojení všech životních potřeb, ale blízkost člověka, lásku rodiny, tu pan Marek v ústavní péči nenalezl. Se svým bratrem, který žil po celou dobu ve stejném zařízení, pan Marek nemá žádný vřelý vztah, nevyhledávají se, nenavštěvují se, nemluví o sobě. Nikdo jim nepomohl vytvořit si k sobě rodinnou vazbu, kterou oni sami k sobě nalézt nedokázali.

Vývoj daného případu

V DOZP pan Marek žil ve čtyřlůžkovém pokoji se třemi dalšími spolubydlícími, kde měl každý z nich jen svou postel a noční stolek. Staral se dlouhé roky o všechny květiny v budově a vynášel odpadkové koše. Tuto činnost dělal dlouhé roky tak dlouho, že se stala jeho každodenním stereotypem. Po přestěhování do chráněného bydlení v únoru roku 2012, tento stereotyp s pomocí pracovníků chráněného bydlení jen těžce opouštěl. V chráněném bydlení žije ve dvoulůžkovém pokoji se spolubydlícím, panem Jaroslavem (viz kazuistická studie č. 5), tento pokoj je součástí bytu pro 4 klienty chráněného bydlení. V dalších dvou jednolůžkových pokojích bydlí jeden muž a jedna žena s postižením.

Současný stav

V současné době navštěvuje dvě socioterapeutické dílny, kde si především povídá s pracovníky a ostatními lidmi s postižením. Pravidelným navštěvováním dílen se u něj rozvíjejí pracovní návyky, i když především z pohledu pravidelného docházení v pravidelném čase. O pracovní činnost jeví zájem jen zřídka. Do DOZP by se vrátit nechtěl, tvrdí: "Už ne! Tady je to lepší, klidnější. Mám tu svůj klid." Také svou samostatnost hodnotí: "Teď se o sebe musím víc starat sám". Cítí se samostatnější. Své problémy v DOZP řešil s vrchní sestrou, za kterou si často chodil popovídat. V současné době řeší své problémy se svým

klíčovým pracovníkem, který si získal jeho důvěru a jejich vzájemný vztah je založen na vzájemném porozumění.

Individuální plán

Současný individuální plán pana Marka je naučit se uvařit samostatně jednoduché jídlo a nebo si ohřát a připravit jídlo již uvařené. Motivací pro volbu tohoto individuálního plánu bylo uznání pana Marka, že při přípravě stravy se odbývá, dodavatelsky doručené jídlo si často neohřeje, aby se vyhnul pobytu a činností v kuchyni. Ze samostatných úkonů v kuchyni má strach. Tento strach nepociťuje, když je s ním v kuchyni přítomen pracovník, který ho slovně podporuje a vede. Tuto přítomnost není možné pokaždé zaručit, a proto je nutné pracovat na osamostatnění pana Marka v této oblasti.

Se svým klíčovým pracovníkem mají naplánováno, že vždy promyslí jaké jídlo by mělo být jejich cílem, poté se domluví na nákupu potřebných potravin a společnými silami vaří. Zatím takto vařili pětkrát a dovednosti při vaření u pana Marka se zlepšují. Některé úkony už zvládá sám, ale vždy se cítí lépe, když je klíčový pracovník u toho a hlasem jej vede, chválí a povzbuzuje. Klíčový pracovník bere na pana Marka ohled vzhledem k jeho věku, kdy svou podporu věnuje především drobnému rozvíjení schopností pana Marka, jeho ujišťování při známých činnostech a udržení už osvojených schopností. Zvyšování nároků by se v tomto případě mohlo stát spíše komplikací, které by vedly k znejistění a strachu z další spolupráce u pana Marka.

Shrnutí

Rozsah samostatnosti pana Marka se zvýšil, samostatně nakupuje, plánuje svůj volný čas, navštěvuje socioterapeutické dílny a samostatně užívá jednodenní zásobu léčivých přípravků. V péči o domácnost zvládá z části sám, při ovládání spotřebičů vítá vedení a podporu. Na svém současném životě si cení především soukromí a možnosti trávit volný čas podle svého uvážení. Jeho budoucnost je s největší pravděpodobností spjata s podporou sociální služby chráněného bydlení. Je mu 65 let, jeho věk je spolu s jeho postižením možným limitem, který může omezovat rozvoj jeho schopností. Má rád svůj klid a jeho budoucnost mu jej snad dopřeje.

Tabulka dílčích činností č. 4 – pan Marek		
Okruh činností	DOZP - dovršené schopnosti	CHB - současné schopnosti
Hospodaření s penězi	disponovala pouze s kapesným	hospodaří s finanční částkou na týden (na stravu), nakupuje po domluvě s pracovníkem, ale samotný nákup zvládá sám.
Péče o domácnost	úklid, péče o květiny, vynášení odpadkových košů	úklid a péče o domácnost, ovládání některých elektrických spotřebičů s obavou, u většiny úkonů se spotřebiči vítá vedení hlasem, povzbuzení pracovníka, praní prádla, vaření s podporou pracovníka, učí se zvládat jednotlivé úkony při vaření s podporou pracovníka, nakupuje společně se spolubydlícím, nebo sám po domluvě s pracovníkem, výběr potravin je někdy společný se spolubydlícím ke společné přípravě pokrmu
Pracovní uplatnění	placené zaměstnání neměl, nenavštěvoval ani žádnou socioterapeutickou dílnu	placené zaměstnání nemá, navštěvuje dvě socioterapeutické dílny
Užívání léčivých přípravků	léčivé přípravky mu podávala zdravotní sestra	dostává každý den lékovku s připravenými léčivými přípravky na celý den, jednotlivé dávky užívá sám
Trávení volného času	Společenské akce mu organizovali pracovníci, podřizoval se činnosti, kterou dělala většina - procházky, sezení na zahradě. Pečoval o květiny, vynášel odpadkové koše. Chodil pěšky do vesničky Severní, kde měl známé.	Volný čas si organizuje sám, oznámí pouze, kam odchází a kdy se vrátí. I když stále rád a často využívá organizované akce pracovníky CHB, dokáže si svůj program zorganizovat i sám - navštěvuje známé, rád chodí ven mezi lidmi jen tak si popovídat. Tráví rád volný čas se spolubydlícím doma, poslouchá rádio, sleduje televizi, povídá si u kávy. Navštěvuje ostatní byty chráněného bydlení. Jezdí do vesničky Severní za přáteli.

Zdroj: vlastní šetření

6.5 Kazuistická studie č. 5

Osobní anamnéza

Jaroslav, narozena 1951 (62 let a 10 měsíců), Tanvald

Dg.: Lehká mentální retardace, stav po meningitidě v raném věku, hluchota levého ucha, epilepsie, stav po hepatitidě (1976), stav po cholecystektomii (1992), gonartroza levého kolene, hypertrofie prostaty, alergie na pyl

Pan Jaroslav je muž v pokročilém věku, který má rád hudbu, i přes své sluchové postižení. Je členem hudební skupiny AGP Band, která vydala už i 3 CD nosiče. Tuto hudební skupinu provozuje Agentura Pondělí, která v rámci sociální rehabilitace poskytuje i cestování za muzikou. Pan Jaroslav jezdí s touto skupinou i na různé hudební pobyty. Je společenský, má rád veřejné akce, společenské události, navštěvuje restauraci, kino, výstavy, plesy. Další zálibou pana Jaroslava je zaznamenávání si dat narození lidí, které zná, spolu s jejich adresami. Za své prostředky nakupuje pohlednice, na které píše všem těmto lidem blahopřání. Blízkým přátelům a rodině takto gratuluje i k svátku. Jeho seznam je velice dlouhý a proto ho tato činnost velmi zaměstnává a také do této záliby investuje dost svých finančních prostředků. Některé pohlednice odnáší svým adresátům osobně, aby ušetřil za poštovné. Často se stává, že mu jeho blahopřání nejsou opětována, i když slaví narozeniny a svátek v jeden den. Tato skutečnost pana Jaroslava neodrazuje od pokračování v této zálibě. Mezi další činnosti, kterými si pan Jaroslav rád krátí volné chvíle je vybarvování omalovánek a luštění dětských křížovek a rébusů. Pan Jaroslav je důstojně vypadající muž, který si také na své důstojnosti lpí. S některými bližšími pracovníky se domluvil na tykání, ale většina pracovníků panu Jaroslavovi vykává, protože si na tomto společenském pravidle velice zakládá.

Zdravotní anamnéza

Mentální postižení pana Jaroslava vzniklo na základě meningitidy, kterou prodělal ve věku jednoho roku, při níž ztratil sluch v levém uchu. Při komunikaci se otáčí ke komunikačnímu partnerovi pravou stranou. Člověk, který o jeho sluchovém postižení neví, by mohl nabýt špatného dojmu, nebo nepochopení, proč pan Jaroslav při rozhovoru prudce otáčí hlavou doleva. Často to svádí k pocitu, že je pan Jaroslav při rozhovoru nervózní a roztěkaný. Na své postižení ale pan Jaroslav nikoho neupozorňuje, nechce být litován. Jeho

mentální postižení bylo diagnostikováno v jeho 3 letech, bylo zjištěno, že výše jeho IQ se pohybuje v rozmezí lehké mentální retardace. Pan Jaroslav také trpí epilepsií, která se stále projevuje epileptickými záchvaty. Jedná se především o drobné krátké absence pozornosti a stavy zmatenosti. Nejsou ale výjimkou ani grand mal, neboli generalizované záchvaty s tonickými a klonickými křečemi a bezvědomím. K léčbě epilepsie pan Jaroslav užívá pravidelně léčivé přípravky, s jejichž podáváním mu pomáhají pracovníci v chráněném bydlení. Pravidelně navštěvuje neurologickou ambulanci a EEG vyšetření. V roce 1976 prodělal hepatitidu, v roce 1992 byl na operaci, cholecystektomii (vyoperování žlučníku). Trpí gonartrózou kolene, která ho často omezuje v pohybu citlivostí a bolestivostí kolene. Také užívá léčivé přípravky na hypertrofii prostaty.

Rodinná anamnéza

Pan Jaroslav se narodil v Tanvaldu rodičům, kteří se v jeho raném věku rozvedli. Otec je italského původu, matka je Češka. Pan Jaroslav má 4 nevlastní sourozence, se kterými není v kontaktu. Se svou matkou pan Jaroslav udržuje písemný kontakt, pravidelně si korespondují, k narozeninám a k svátku mu posílá peněžní poukázky. Jeho otec zemřel v roce 2005, ale kontakt se svým synem neudržoval. Pan Jaroslav navštěvuje své příbuzné, kteří žijí ve stejném městě jako on, ve Šluknově. Jedná se o rodinu jeho tety, sestry maminky.

Sociální anamnéza

Pan Jaroslav byl ve třech letech umístěn do Zvláštního dětského domova v Jiříkově. Toto umístění zřejmě bylo iniciováno především diagnostikováním mentálního postižení pana Jaroslava. V patnácti letech, v roce 1966, žil se svým otcem v Tanvaldu, kde mu otec našel zaměstnání. Stal se dělníkem v národním podniku SEBA v Tanvaldu. V této době se ale začal zhoršovat jeho zdravotní stav, svou práci přestal zvládat a proto ho jeho otec umístil v ÚSP Lobendava. Otec si syna k sobě vzal v roce 1968 na prázdniny, což bylo naposledy v jeho životě. Téměř celý život tedy prožil pan Jaroslav v ústavní péči. Po svém přestěhování v červnu roku 2010 do Chráněného bydlení ve Šluknově prohlásil: "42 let mi stačilo!"

V roce 1970 byl zbaven způsobilosti k právním úkonům. Jeho opatrovníky se stalo postupně několik zaměstnanců ÚSP Lobendava a v současné době je jím obec Lobendava. V roce 2013 si sám zažádal o její navrácení. Od roku 1977 byl příjemcem plného invalidního

důchodu, který se v rámci změny legislativy změnil na invalidní důchod 3. stupně. Byl mu přiznán nárok na příspěvek na péči 2. stupně a nárok využívat průkaz ZTP/P.

Vzdělávací anamnéza

Základní vzdělání pan Jaroslav absolvoval ve Zvláštním dětském domově v Jiříkově, kde vyšel ze sedmé třídy. Navštěvoval také kurz pomocné školy ve Šluknově od roku 2001 do roku 2004. Pan Jaroslav umí velice úhledně psát a dobře číst. Počítání zvládá dobře, jednoduché počty také.

Pracovní anamnéza

První pracovní zkušenost měl pan Jaroslav jako dělník v národním podniku SEBA v Tanvaldu v roce 1966, kde pracoval jen několik měsíců. Další pracovní zkušenost mu byla zprostředkována socioterapeutickou dílnou při Integrovaném centru v Horní Poustevně od prosince roku 2004 do prosince roku 2011, kde v rámci socioterapeutické činnosti dostal pracovní smlouvu na tvorbu různých výrobků v rámci činnosti dílny, za kterou dostával pravidelnou finanční odměnu, výplatu. Nyní, od roku 2012 navštěvuje socioterapeutické dílny Kormidlo o.s., Šluknov, kde mu je poskytována sociální služba, především podpora při vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.

Vývojová anamnéza

Psychomotorický vývoj pana Jaroslava se odehrával od tří let s podporou ústavní péče. Vzdělával se v rámci zvláštní školy, která se mu snažila poskytnout podnětné prostředí. Také kontakt s rodinou a občasné pobyty doma u některého z rodičů byly pro vývoj a rozvoj schopností pana Jaroslava důležité. Mohl tak poznat domácí prostředí vlastní rodiny a průběh běžného dne a soužití členů rodiny.

Vývoj daného případu

V DOZP žil pan Jaroslav v pětilůžkovém pokoji se čtyřmi dalšími spolubydlícími. Strádal nedostatkem soukromí. Svůj volný čas trávil často v kuchyni, kde občas pomáhal s nádobí, loupáním brambor a rád rozprávěl z kuchařkami. Většinu času trávil s ostatními klienty, společnými aktivitami. Výrazně se neprojevoval, spíše byl tichý a nevýrazný. Po přestěhování do chráněného bydlení prohlásil: "42 let mi stačilo! Neměl jsem rád, když se kluci hádali."

Pan Jaroslav se po přestěhování do chráněného bydlení v červnu 2010 velmi změnil. Začal se projevovat, často překvapoval své okolí tím, že se spontánně zapojoval do hovoru, do činností, řekl svůj názor, choval se spontánněji a otevřeněji, než kdykoliv předtím u něj bylo možné pozorovat. Dalo by se říci, že pro pana Jaroslava začal doslova nový život. Nejdříve bydlel v jednom dvojlůžkovém pokoji se svoji přítelkyní, tento pokoj byl součástí bytu pro 4 osoby. Jeho přítelkyně však nezvládla nároky na vlastní samostatnost a musela se vrátit po několika měsících do zařízení s podporou sociální služby DOZP a k panu Jaroslavovi se v únoru roku 2012 nastěhoval pan Marek, s kterým bydlí dodnes.

Současný stav

V současné době se pan Marek v chráněném bydlení cítí jako doma, ústav mu, podle jeho slov, nechybí, cítí se více samostatným a je rád, že se může jen tak v klidu natáhnout na postel a odpočívat. Věnuje se své nejintenzivnější zálibě a tou je psaní pohlednic k narozeninám a jmeninám lidí, které zná. Chodí pravidelně sám na poštu odesílat svá přání.

Individuální plán

Současným individuálním plánem pana Jaroslava je zvládnutí upéct dort k vlastním narozeninám. Se svým klíčovým pracovníkem vybírá tvar a příchut' dortu. Jsou domluveni na několika pokusech před upečením skutečného narozeninového dortu. Pan Jaroslav si velice zakládá na svých narozeninách. Zdá se, že narozeniny a jmeniny jako takové, mají pro pana Jaroslava zvláštní hluboký význam, protože od nich se odvíjí motivace k některým jeho činnostem, pro něj evidentně vnitřně významných. Souběžným individuálním plánem pana Jaroslava je také učení manipulace s mobilním telefonem, který vlastní již dlouho, ale jeho manipulaci zvládá s nechtutí a velmi omezeným způsobem. Motivací se mu stala možnost zasílání sms zpráv místo pohlednic jako blahopřání.

Shrnutí

Získání vlastní samostatnosti v některých dílčích činnostech pan Jaroslav vnímá jako osvobození od závislosti na pomoci druhých. Vítá situace, které zvládá sám a upřímně se z nich raduje. Cesta zpět do minulosti je pro něj nepřipustná, je spokojený ve své přítomnosti. Největší svobodu získal pan Jaroslav novou možností plánovat si svůj volný čas podle svého. Činnosti při péči o domácnost zvládá v různém rozsahu, vítá vedení a podporu pracovníka.

Jeho věk se postupně stává dalším limitem, vedle jeho postižení, které ho mohou omezovat ve vlastním rozvoji. Je spokojen s návštěvami v socioterapeutických dílnách, ve kterých i po přestěhování pokračuje, jen ve větším časovém rozsahu. Zvládá jednodenní užívání léčivých přípravků. Budoucnost pana Jaroslava je zřejmě také spjata s bydlením v domácnosti v rámci sociální služby chráněného bydlení. Svůj rozvoj směřuje na zlepšování schopností v dílčích činnostech s ohledem na svůj věk.

Tabulka dílčích činností č. 5		
Okruh činností	DOZP - dovršené schopnosti	CHB - současné schopnosti
Hospodaření s penězi	disponoval pouze s kapesným	hospodaří s finanční částkou na týden (na stravu),
Péče o domácnost	úklid, povlečení lůžka, mytí nádobí v kuchyni, loupání brambor	úklid a péče o domácnost, ovládání většiny elektrických spotřebičů s podporou pracovníků, činnosti v kuchyni zvládá s podporou pracovníků, sám se cítí v kuchyni velmi nejistý, s podporou pracovníka a jeho vedením zvládá mnoho dílčích činností při vaření, potraviny nakupuje po dohodě s pracovníky sám nebo se svým spolubydlícím panem Markem
Pracovní uplatnění	Placené zaměstnání nemá, navštěvoval socioterapeutické dílny	Placené zaměstnání nemá, navštěvuje socioterapeutické dílny
Užívání léčivých přípravků	léčivé přípravky mu podávala zdravotní sestra	dostává lékovku s připravenými léčivými přípravky na celý den, jednotlivé dávky užívá sám
Trávení volného času	Společenské akce mu organizovali pracovníci, podřizoval se činnosti, kterou dělala většina - procházky, sezení na zahradě. Pomáhal v kuchyni.	Volný čas si organizuje sám, oznámí pouze, kam odchází a kdy se vrátí. I když stále rád a často využívá organizované akce pracovníky CHB, dokáže si svůj program zorganizovat i sám - navštěvuje známé a příbuzné ve Šluknově. Tráví rád volný čas se spolubydlícím doma, poslouchá rádio, sleduje televizi, povídá si u kávy. Píše blahopřání k narozeninám a hlídá si data k včasnému odeslání přání.

7 Analýza a interpretace dat

7.1 Charakteristika prostředí zkoumaných sociálních služeb

Charakteristika prostředí dvou sociálních služeb, které autorce tohoto průzkumu poskytlo možnost zachytit změny, odehrávající se v rámci procesu transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb, poskytlo autentický vhled do daného prostředí zkoumaných jevů. Vhled do prostředí poskytujícího lidem s postižením bezpečí a domov svým jedinečným způsobem, který dané prostředí umožňovalo a nabízelo.

Domov pro osoby se zdravotním postižením

Vybraný domov pro osoby se zdravotním postižením (dále je DOZP) se nachází v malé obci na severu Čech, která má necelých 350 obyvatel. V této obci mají lidé k dispozici Českou Poštu, Obecní úřad, jednu restauraci, malý obchůdek se smíšeným zbožím a kostel. Některé dny v týdnu zde nabízí své služby kadeřnice. Míru zaměstnanosti zde zvyšuje místní firma na výrobu kancelářských potřeb, ve které pracují i někteří klienti DOZP. Dostupnost služeb je tedy nevelká a nutí obyvatele obce za potřebnými službami dojíždět do okolních měst.

Sociální služba domova pro osoby se zdravotním postižením je nabízena ve dvou budovách, větší budova s kapacitou pro 44 mužů a menší budova pro 10 žen. Tato kapacita byla postupně snižována po přestěhování nejdříve 8 a poté dalších pěti klientů do sociální služby chráněného bydlení v 11 km vzdáleném městě.

Ve velké budově, určené pro 44 mužů, byl využit naprosto všechen prostor, který bylo možné jakkoliv využít. Budova nebyla vybavena výtahem. Pokoje klientů byly malé, od čtyřlůžkových až po sedmilůžkový pokoj. Každý z klientů měl pro vlastní potřebu své lůžko, noční stoleček a poličku nad lůžkem. Oblečení měli všichni klienti v jedné velké šatně. Klienti byli rozděleni do 3 skupin, které si do jisté míry žily každá svým samostatným životem, s počtem od 12 do 17 klientů. Každá skupina měla svou jídelnu, šatnu a své pracovníky, kteří jim poskytovali podporu. Koupelnu měla také každá skupina svou, s výjimkou dvou skupin, které měly koupelnu společnou. Tato koupelna byla prostorná, se dvěma vanami, dvěma sprchovými kouty a dvěma umyvadly se zrcadlem a skřínkou, poskytovala možnost hygieny pro dvě největší skupiny klientů, dohromady tedy pro 31

klientů. V této budově se nacházela také kuchyň, kde se vařila a dodnes také vaří pro klienty a zaměstnance DOZP. Také je zde ošetrovna, kancelář paní ředitelky a vrchní sestry. Půdní prostory jsou využity jako kanceláře pro administrativní pracovníky.

V malé budově žilo 10 dívek, které měly k dispozici svou kuchyňku, jídelnu, dvě koupelny a obývací pokoj. Jejich pokoje byly obsazeny jedním až čtyřmi lůžky. Byla zde jedna velmi malá místnost pro sloužícího pracovníka, šatna pro pracovníky a prádelna pro celé zařízení. Dívky měly podstatně více soukromí, i když čtyřlůžkové pokoje byly vybaveny také jen lůžky a nočními stolky, protože se tam více nábytku nevešlo.

V areálu zařízení byla budova, kde se nacházela hobby dílna, truhlářská dílna a keramická dílna, které byly v provozu jen několik hodin v pracovních dnech. Kolem budov byly prostorné zahrady s altány a lavičkami.

Pomoc a podpora v této sociální službě byla často omezena počtem klientů, kterým měl daný pracovník tuto pomoc a podporu poskytovat. Nutně musela být tato podpora většinová, méně často individuální, v tak velké skupině lidí s postižením to ani zřejmě nebylo jinak možné. Snaha o individuální práci s klientem byla dána legislativou, byla tedy povinná, tedy probíhat musela, k čemuž je možné doložit i písemnou dokumentaci. Klient se jistě častěji musel přizpůsobit činnosti skupiny, jeho účast byla jistě dobrovolná, ale pokud nezvolil účast při skupinové činnosti, zbývalo mu využít stávajících podmínek k naplnění svých potřeb.

Chráněné bydlení

Služba chráněného bydlení vznikla nejdříve pro 8 klientů v červnu roku 2010 ve dvou bytech v panelákové zástavbě malého města na severu Čech. Toto město nabízí možnost využívat mnoha služeb, dostupný je biograf, kavárny, cukrárny, restaurace, několik kadeřnictví, pedikúry, lékárny, lékaři, školy, zámek, kulturní akce pořádané městem aj. V každém ze dvou bytů se nacházely dva pokoje pro genderově smíšené páry lidí s postižením, kteří spolu projeví zájem bydlet. Dva z těchto párů se rozpadly návratem dvou klientek do služby DOZP pro nezvládnutí nároků na jejich samostatnost a jeden pár se rozpadl odchodem jednoho muže ze sociální služby po jeho plném navrácení způsobilosti k právním úkonům. V červenci roku 2012 se kapacita chráněného bydlení navýšila na 13 klientů a rozšířila se do čtyřech bytů, byty 2+1 pro genderově smíšený pár, byt 3+1 pro tři ženy, 4+1 pro 4 muže a 4+1 pro genderově smíšenou domácnost (3 muži a jedna žena).

Každá domácnost v chráněném bydlení si žije vlastním životem, často i v rámci domácnosti každý funguje samostatně. Pracovníci chráněného bydlení se podle potřeby klientů přesouvají do různých bytů. Jejich podpora je nastavena individuálně podle potřeb a přání jednotlivých lidí s postižením, kteří zde žijí. Postupně se zvyšující se samostatností lidí s postižením, se snižovala a přesouvala podpora pracovníků na místa, kde ji bylo potřeba. S každým z klientů pracují zaměstnanci individuálně, plně se přizpůsobují jejich potřebám, měnící se míře schopností a dovedností v péči o sebe sama i při ostatních úkonech. U každého jednotlivého člověka s postižením, žijícího s podporou této sociální služby, nastane chvíle, kdy při určité činnosti dosáhne pomyslného stropu svých možností. I v této situaci pracovníci nepřestávají tohoto člověka podporovat, protože je často možné danou nezvládnutou dílčí činnost nahradit jinou, nebo při této dílčí činnosti přijmout vyšší míru podpory, která mu pomůže posunout se dál a pracovat na činnostech nacházejících se až za pomyslným stropem jeho schopností.

7.2 Průběh a realizace individuálního plánování

Individuální plánování průběhu sociální služby s klienty ve vybraném zařízení se začalo uvádět do praxe se zákonem o sociálních službách, kde byla tato povinnost poskytovatelům stanovena. Uvádění do praxe znamenalo cestu pokusu a omylu, kdy pracovníci uváděli do praxe to, co se sami naučili v rámci vzdělávacích kurzů a seminářů. Forma individuálního plánování není pevně zákonem stanovena, tedy formu volili zaměstnanci sami pod vedením sociálního pracovníka. Jednotnou formu nebylo nutné vymezovat, individuální plánování muselo splňovat určité podmínky a formu si každý klíčový pracovník obhájil sám dle potřeb daného klienta. Jednou variantou pro vymezení individuálního a rizikového plánu, používanou především v chráněném bydlení se stala předloha zobrazená v Příloze č. 3 a 4.

Stanovení individuálního plánu zde předchází individuální práce s klientem, tedy studium dokumentace, rozhovory, zjišťování potřeb a přání klienta. Pomineme-li studium dokumentace, kterou každý klíčový pracovník zvládne na samotném počátku partnerství s klientem, potřebuje mnoho prostoru a času na přímou práci s klientem a individuální podporu, která ze stanoveného plánu vzejde, na hodnocení a zpracování dokumentace nevyjímaje. Výběr prostředí, které si nutně každý z dvou výše uvedených, byť jen pro představu snazšího průběhu tohoto procesu individuálního plánování zvolí, je jistě více než pravděpodobný.

Je ale nutné tento proces nevzdávat ani ve ztížených podmínkách. Pokud si představíme jakýkoliv individuální plán, ke kterému je potřeba určitých podmínek pro jeho plnění, vždy jde individuální plán upravit podle stávajících podmínek. Například pokud stanovíme cílem individuálního plánu zvládnutí samostatného nakupování, je nutné po přípravě v domácím prostředí s podporou pracovníka, jako prvním kroku, učinit i krok druhý a s daným pracovníkem jít nakupovat do skutečného obchodu. Obchod nabízí obě varianty prostředí, ale v chráněném bydlení v malé domácnosti, kde si klient stravu připravuje sám nebo s podporou pracovníka, se stává nakupování nedílnou součástí každého dne. V prostředí služby DOZP, kde klient dostává 5 krát denně stravu připravenou z kuchyně, se stává nákup potravin jen nácvikem na zvláštní situaci, kterou v každodenním životě využije jen nárazově. V obou variantách prostředí je tedy daný individuální plán možné provést a naplánovat, ale v chráněném bydlení, tedy v malých domácnostech, se nácvik většiny úkonů vedoucích k samostatnosti stává každodenní realitou a v DOZP, tedy v tomto případě ve velkokapacitním zařízení, často jen nácvikem výjimečných situací.

Při interpretaci kazuistických studií, srovnáním změn, které proběhly v životech lidí s postižením zařazených do zkoumaného souboru, je možné tyto změny porovnat a popsat. Je zjevné, že všichni lidé z průzkumného souboru se celkově v samostatnosti posunuli vpřed, největší posun nastal právě během života s podporou sociální služby chráněného bydlení, poskytované v malých domácnostech. Tuto skutečnost potvrzuje i jejich jednohlasná spokojenost se současným stavem, stejně i negativní odpověď na možnost návratu zpět do služby DOZP, poskytované ve velkokapacitním zařízení, a shoda v odpovědích na otázku: Cítíte se samostatnější nyní v CHB, nebo v době, kdy jste žil/a v DOZP? Všichni odpovídali ve smyslu současného pocitu větší samostatnosti, a to z toho důvodu, že jsou nuceni se o sebe více sami starat, sami se častěji rozhodovat, zlepšovat své schopnosti v dílčích činnostech, a tím je jim dána příležitost naučit se nové dovednosti, které při minulém způsobu života nepotřebovali.

7.3 Získávání samostatnosti

Srovnáním samostatnosti v jednotlivých okruzích činností u lidí s postižením v různém prostředí, prostředí sociální služby DOZP a chráněného bydlení, je možné se pokusit získat odpověď na dílčí průzkumné otázky.

Hospodaření s penězi

Při zjišťování samostatnosti při hospodaření s penězi bylo zjištěno, že všichni lidé s postižením zařazení do průzkumného souboru ve službě DOZP disponovali pouze s kapesným, které jim bylo vypláceno jednou měsíčně. Všichni se po přestěhování do chráněného bydlení učili nakupovat potraviny a hospodařit s finanční částkou na nákup potravin na stále delší období. V současné době všichni hospodaří mimo kapesného také s přidělenými finančními prostředky na týden až měsíc na nákup potravin, a také hospodaří s finanční částkou, kterou si za potraviny a z kapesného ušetří, a spoří si ji.

Dílčí závěr: Manipulovat s penězi se lidé s postižením učili již ve službě DOZP, dostávali pravidelné kapesné, které sami utratili podle svého uvážení. Přejedem do sociální služby chráněného bydlení byli nuceni zvládnout plánovat nákupy potravin a hospodařit s finanční částkou na potraviny, ze které dnes dokáží i ušetřit. Je patrné, že změnou prostředí poskytovaných sociálních služeb, se lidé s postižením velmi posunuli ve své samostatnosti v oblasti hospodaření s penězi. Prostředí chráněného bydlení a způsob poskytování dané sociální služby tedy významně ovlivňuje následnou samostatnost v oblasti hospodaření s penězi lidí s postižením, oproti prostředí služby DOZP, kde toto prostředí a způsob poskytování sociální služby na samostatnost v této oblasti má jen nepatrný vliv, protože poskytováním celodenní stravy nevzniká tlak na nutnost osamostatňování lidí s postižením v této oblasti.

Péče o domácnost

V péči o domácnost se všichni lidé s postižením, kteří jsou součástí průzkumného souboru, velmi rozvinuli a posunuli směrem k větší samostatnosti. V prostředí sociální služby DOZP všichni zvládali činnosti, které v tomto způsobu života potřebovali zvládat. Jednalo se o úklid osobních věcí, společných prostor, dívky uměli používat pračku k praní prádla a žehlit. Také při vaření zvládali jen dílčí činnosti, jako loupání brambor, nebo upéct moučník s podporou pracovníka. Přestěhování do služby chráněného bydlení s sebou přineslo i nutnost, tedy potřebu zvládnout samostatně, nebo s podporou co nejvíce činností při péči o domácnost, manipulaci s různými spotřebiči a přípravu jednoduchého pokrmu, popřípadě ohřátí jídla dodaného dodavatelsky. Výčet zvládnutých schopností se u všech do výzkumu zapojených lidí s postižením rozšířil, stal se rozmanitějším a individuálně odlišným.

Dílčí závěr: Prostředí sociální služby chráněného bydlení, tedy malých domácností, vedlo ke zvýšení samostatnosti v oblasti péče o domácnost u lidí s postižením, kteří se stali součástí průzkumného vzorku. Příčinný vztah se váže především ke vzniku nových potřeb, tedy k možnosti stanovit si osobní cíl a v rámci plnění individuálního plánu rozvíjet své schopnosti v oblasti péče o domácnost. Ve službě DOZP se u lidí s postižením tyto schopnosti a dovednosti také rozvíjely, ale nevedly až k takové samostatnosti, jejíž rozvoj je zcela logicky spojen s prostředím kompletně vybavené domácnosti. V tomto případě je prostředí chráněného bydlení neodmyslitelnou součástí rozvoje samostatnosti lidí s postižením v této oblasti.

Pracovní uplatnění

Pracovní uplatnění se u každého z respondentů vyvíjelo odlišně. Slečna Martina se dokázala osamostatnit v tomto směru natolik, že si našla zaměstnání sama svépomocí ve firmě, kde pracuje jako dělnice při výrobě upomínkových předmětů. Odpoutala se v tomto směru od jisté závislosti na zařízení, ve kterém žila, protože zde předtím i pracovala. Svůj život tedy od původního zařízení, služby DOZP vědomě odpoutala. Pan Karel si své původní zaměstnání udržel i po přestěhování do 11 km vzdáleného města, tedy také zvládl jistý posun ve své samostatnosti. Pan Marek začal využívat sociální služby socioterapeutických dílen pro rozvoj svých pracovních návyků a pan Jaroslav navštěvuje socioterapeutické dílny o dva dny v týdnu více. Slečna Marta po přestěhování do chráněného bydlení své zaměstnání ztratila, pokusila se o získání zaměstnání v místě nového bydliště, ale v této chvíli projevila spíše své schopnosti ve vlastním rozhodování a pracovní příležitost odmítla pro svou spokojenost v domácnosti.

Dílčí závěr: Vliv prostředí malých domácností na pracovní uplatnění lidí s postižením se tedy v tomto průzkumu nepodařilo prokázat. Jedna respondentka se v tomto směru velmi posunula vpřed, ale vliv prostředí na její posun není prokazatelný. I když její motivací byla zřejmě z velké části potřeba odpoutat se od minulého způsobu života směrem k samostatnému, nezávislému životu. V ostatních případech se situace výrazně nezměnila, nebo se naopak zhoršila. Pracovní příležitost tedy respondenti využívali v prostředí velkokapacitního zařízení a využívají ji i v prostředí malých domácností, změny v tomto směru nelze jednoznačně přičítat změně prostředí velkokapacitního zařízení na prostředí malých domácností.

Užívání léčivých přípravků

Samostatnost při užívání léčivých přípravků se shodně u všech respondentů zlepšila. Jejich shodně nastavenou situaci v prostředí velkokapacitního zařízení bylo užívání léčivých přípravků po podání zdravotní sestrou, která je připravila. V prostředí malých domácností, s podporou služby chráněného bydlení, lidé s postižením postupnými kroky zvládli individuálně nastavenou míru samostatnosti při užívání léčivých přípravků. Dvě respondentky užívají své léčivé přípravky zcela samostatně. Slečna Martina si zvládne dojít k lékaři pro recept, vyzvednout jej z lékárny a samostatně užívat své léčivé přípravky, vše ve spolupráci s pracovníkem, který její hospodaření s léčivými přípravky zaznamenává. Slečna Marta dostává měsíční dávku léčivých přípravků a užívá je pravidelně sama. Pan Karel, Marek a Jaroslav dostávají připravenou dávku léčivých přípravků v lékovce na jeden den a jednotlivé dávky poté užívají samostatně.

Dílčí závěr: Samostatnost při užívání léčivých přípravků se jednoznačně v prostředí malých domácností, s podporou sociální služby chráněného bydlení, zlepšila u všech respondentů. U každého z nich je v současné době nastavena podpora pracovníků při užívání léčivých přípravků individuálně podle jejich schopností a podle jejich potřeb. Samostatnost při užívání léčivých přípravků se stává výhodou, která umožňuje nezávislost člověka s postižením na podpoře pracovníka při této dílčí činnosti. V tomto prostředí vzniká tedy potřeba získání samostatnosti při užívání léčivých přípravků v souvislosti s celkovou samostatností lidí s postižením a snižováním jejich závislosti na podpoře pracovníků.

Trávení volného času

Všichni respondenti měli v prostředí velkokapacitního zařízení podobnou zkušenost při trávení svého volného času. Většinu volného času jim organizovali pracovníci služby DOZP. Jednalo se především o společenské akce, ale i společné procházky, pobyt na zahradě aj. V současné době si svůj volný čas organizují všichni respondenti především sami, oznámí pracovníkům, že odchází, případně kam a kdy se vrátí. Slečna Martina tráví mnoho času se svým přítelem a ostatní čas si organizuje sama, společných akcí se účastní jen zřídka. Ostatní respondenti se společných akcí účastní rádi a často, ale svůj volný čas tráví především podle svého uvážení, ve svém soukromí. Změna nastala také v dostupnosti služeb v místě nového bydlení, mají k dispozici kino, restaurace, společenské akce organizované městem aj.

Sami navštěvují pedikúru, nebo holiče. Pan Karel se zapojil i do místního sportovního oddílu. Také soukromí, které nyní v malých domácnostech chráněného bydlení všichni mají, jim umožňuje se neohlížet na ostatní a svůj volný čas věnovat pouze svým potřebám a zálibám. Na trávení jejich volného času mají také individuální schopnosti a celková samostatnost každého z nich.

Dílčí závěr: Na samostatnost lidí s postižením v oblasti trávení volného času má zajisté vliv prostředí, ve kterém je jim umožněno jej trávit. Prostor velkokapacitního zařízení s nedostatkem soukromí, nastaveným harmonogramem, pravidelně podávanou stravou je omezujícím faktorem pro trávení volného času individuálně a podle svých vlastních potřeb. V prostředí malých domácností má každý svůj vlastní prostor a možnost si své aktivity přizpůsobit podle svého uvážení a podle svých potřeb. Je možné tedy říci, že prostředí malých domácností pozitivně ovlivňuje samostatnost při volbě aktivit a trávení svého volného času.

7.4 Vyhodnocení dílčích průzkumných otázek a cílů průzkumu

Dílčí průzkumná otázka č. 1: Jak prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení a v malých domácnostech ovlivňuje samostatnost lidí s postižením v oblasti hospodaření s penězi?

Průzkumem bylo zjištěno, že prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení ovlivňuje samostatnost lidí s postižením v oblasti hospodaření s penězi jen minimálně, protože jim jsou poskytovány takové služby, které jim nevytvářejí potřebu hospodařit s penězi. Je jim poskytována celodenní strava, nemohou nakupovat potřebné potraviny a zjistit, jakým způsobem při jejich pravidelném nakupování ušetřit. Dostávají své kapesné v různé výši, s těmito penězi však hospodařit mohou, ale nemusí pocítit potřebu tak činit. Prostor poskytovaných služeb v malých domácnostech však tuto potřebu přímo vyvolává. Člověk s postižením, který zde žije musí participovat na přípravě své stravy, tedy také na nákupu potřebných potravin, který s sebou přináší potřebu hospodařit s penězi, aby s nimi na dané období vystačil. Kazuistické studie dokazují posun v samostatnosti při hospodaření z penězi po přestěhování z velkokapacitního zařízení do malých domácností.

Dílčí průzkumný cíl č. 1: Zjistit vliv prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení a v malých domácnostech na samostatnost lidí s postižením v oblasti hospodaření s penězi.

Tohoto dílčího cíle bylo průzkumem dosaženo, podařilo se zjistit vliv poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení a v malých domácnostech na samostatnost lidí s postižením v oblasti hospodaření s penězi. Zjištění jsou popsána výše v odpovědi na dílčí otázku č. 1. a také v kapitole č. 7.3. (část Hospodaření s penězi).

Dílčí průzkumná otázka č. 2: Jak prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení a v malých domácnostech ovlivňuje samostatnost lidí s postižením v oblasti péče o domácnost?

Samostatnost lidí s postižením v oblasti péče o domácnost je přímo spjata s prostředím sociální služby poskytované v malé domácnosti, protože se lidé s postižením na péči o domácnost musí v rámci svých schopností a dovedností podílet. Vzniká tedy potřeba na své samostatnosti v této oblasti pracovat a posilovat ji. V prostředí sociální služby poskytované ve velkokapacitním zařízení je součástí poskytovaných služeb také úklid, praní prádla, žehlení prádla, pro získávání samostatnosti zde tedy zbývá prostor pouze pro péči o vlastní lůžko a úklid svého pokoje. Pro rozvoj samostatnosti v oblasti péče o domácnost zde tedy nevzniká potřeba, která by tuto činnost podněcovala a tedy rozvíjela schopnosti a dovednosti vedoucí k získávání větší míry samostatnosti.

Dílčí průzkumný cíl č. 2: Zjistit vliv prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení a v malých domácnostech na samostatnost lidí s postižením v oblasti péče o domácnost?

Průzkumem bylo dosaženo cíle zjištění vlivu prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení a v malých domácnostech na samostatnost lidí s postižením v oblasti péče o domácnost. Samostatnost lidí s postižením v této oblasti ovlivňuje především prostředí sociální služby malých domácností, protože je spjata s potřebou o domácnost pečovat, tedy pracovat na získávání samostatnosti v této oblasti. Naopak prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení tuto potřebu výrazně nevyvolává. Podrobnější pojednání je možné nalézt v kapitole 7.3. této práce (část Péče o domácnost) a v odpovědi na výše uvedenou dílčí otázku č. 2.

Dílčí průzkumná otázka č. 3: Jak prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení a v malých domácnostech ovlivňuje samostatnost lidí s postižením v oblasti pracovního uplatnění?

V průzkumu bylo prokázáno, že prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení a také v malých domácnostech výrazně neovlivňuje samostatnost lidí s postižením v oblasti pracovního uplatnění, a to ani z hlediska dostupnosti. Více je uvedeno v kapitole 7.3. této bakalářské práce (část Pracovní uplatnění).

Dílčí průzkumný cíl č. 3: Zjistit vliv prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení a v malých domácnostech na samostatnost lidí s postižením v oblasti pracovního uplatnění?

Cíle, zjištění vlivu prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení a v malých domácnostech na samostatnost lidí s postižením v oblasti pracovního uplatnění, bylo dosaženo. Bylo prokázáno, že prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení a v malých domácnostech samostatnost v oblasti pracovního uplatnění výrazně neovlivňuje, více v kapitole 7.3. této práce.

Dílčí průzkumná otázka č. 4: Jak prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení a v malých domácnostech ovlivňuje samostatnost lidí s postižením v oblasti samostatného užívání léčivých přípravků?

Prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení samostatnost lidí s postižením v oblasti samostatného užívání léčivých přípravků nerozvíjí, protože podávání léčivých přípravků zde zajišťují zdravotní sestry a je součástí poskytované sociální služby. Na rozdíl od prostředí sociálních služeb poskytovaných v malých domácnostech, které má na samostatnost lidí s postižením výrazný vliv proto, že zde přímo nepracují zdravotní sestry, jen externě připravují jednotlivé dávky užívaných léčivých přípravků do lékovek, které užívají lidé s postižením poté s různou mírou samostatnosti, nastavenou podle vlastních schopností a dovedností v této dílčí činnosti. Na základě potřeby samostatnosti lidí s postižením v této oblasti je s podporou pracovníků této sociální služby záměrně pracováno na jejím rozvoji, nejen pro absenci zdravotních sester, ale také z důvodů nutnosti celkové samostatnosti lidí s postižením, žijících v tomto prostředí. Své léčivé přípravky musí užít člověk s postižením mnohdy samostatně, protože se v jeho blízkosti často nevyskytuje žádný pracovník dané sociální služby, který by mu léčivé přípravky podal a poskytl mu podporu při správném užití např. při samostatném trávení volného času, při pobytu v zaměstnání, při pobytu doma (v CHB) bez podpory pracovníka v sociálních službách (není poskytována 24 hodin denně).

Dílčí průzkumný cíl č. 4: Zjistit vliv prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení a v malých domácnostech na samostatnost lidí s postižením v oblasti samostatného užívání léčivých přípravků?

Průzkumem byl zjištěn významný vliv prostředí poskytovaných sociálních služeb v malých domácnostech a minimální vliv prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení na samostatnost lidí s postižením v oblasti samostatného užívání léčivých přípravků, bylo tedy dosaženo tohoto dílčího cíle. Podrobnější zpracování je obsaženo v kapitole 7.3. této práce a ve výše uvedené odpovědi na dílčí otázku č. 4.

Dílčí průzkumná otázka č. 5: Jak prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení a v malých domácnostech ovlivňuje samostatnost lidí s postižením v oblasti trávení volného času?

Samostatnost lidí s postižením v oblasti trávení volného času je, podle zjištění výše provedeného průzkumu, ovlivňována prostředím poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení tak, že je spíše potlačována a směřována ke kolektivnímu trávení volného času, a ovlivňována prostředím poskytovaných sociálních služeb v malých domácnostech tak, že je podporována pracovníky dané služby, umožněna samotným prostředím a vyhledávána samotnými lidmi s postižením zde žijícími.

Dílčí průzkumný cíl č. 5: Zjistit vliv prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení a v malých domácnostech na samostatnost lidí s postižením v oblasti trávení volného času?

Provedením průzkumu bylo dosaženo tohoto dílčího cíle ke zjištění vlivu prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení a v malých domácnostech na samostatnost lidí s postižením, což je patrné a podrobněji zpracované v kapitole 7.3. této práce a odpovědi na dílčí otázku č. 5.

Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo **zjistit vliv prostředí velkokapacitního zařízení a prostředí malých domácností na individuální plánování s lidmi s postižením**. Dílčími cíli bylo zjištění následné samostatnosti v různých oblastech dílčích činností. Autorka se vlastnímu průzkumu věnovala od roku 2010 do roku 2013 v zařízení sociálních služeb pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením, které bylo v roce 2009 zařazeno do projektu "Podpora transformace sociálních služeb". Jedná se tedy o longitudiální průzkum. Změnou, kterou pro zařízení znamenala transformace sociálních služeb, měli projít všichni klienti daného zařízení, proto se autorka mohla cíleně zaměřit na zkoumaný jev předem zvolenými metodami a technikami. Zda bylo cíle dosaženo, bude vyhodnoceno až po zodpovězení hlavní výzkumné otázky.

Hlavní výzkumná otázka v tomto kvalitativním průzkumu byla: **Jak prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení a v malých domácnostech ovlivňuje realizaci individuálního plánování s lidmi s postižením?** Po shrnutí výše uvedeného je možné odpovědět na hlavní průzkumnou otázku, že realizace individuálního plánování je jistě ovlivněna mnoha faktory, mezi kterými zaujímá významnou pozici i samotné prostředí. V tomto průzkumu bylo prokázáno použitím zvolených metod, že prostředí, ve kterém člověk s postižením žije, tedy i individuálně plánuje se svým klíčovým pracovníkem průběh poskytování sociální služby, se stává velmi důležitým faktorem pro samotnou realizaci individuálního plánování. Realizace individuálních plánů s cíli, které si člověk s postižením se svým klíčovým pracovníkem nastaví, v prostředí, které samo o sobě vybízí a motivuje člověka k samostatnosti, a také vyvolává v člověku s postižením potřebu zvládnout dílčí činnosti samostatněji, se stává velmi dobrým základem pro její zvládnutí a dosažení cíle, tedy i větší samostatnosti člověka s postižením. Vznik a pocíťování potřeby samostatnosti v dílčích činnostech lidí s postižením je základem pro realizaci individuálního plánování. Samotné prostředí se stává živnou půdou pro vznik potřeb. Pokud člověk s postižením žije v prostředí, kde je poskytována strava a zajištěn úklid, nemusí pocíťovat potřebu naučit se vařit, nakupovat potraviny na přípravu pokrmů, pečovat o domácnost. V prostředí, kde je mu nabízen způsob kolektivního trávení volného času, nedostatek soukromí a nedostatek možnosti přizpůsobit prostředí svým potřebám, nemusí člověk s postižením nalézt způsob, jak v tomto směru projevit svou individuální potřebu. V prostředí,

kteře nenabízí návaznost na jinak běžně dostupné služby pro veřejnost (např. kino, pedikúra, kadeřnictví, lékárna, úřady aj.), mohou být potlačovány, nebo nevznikají potřeby tyto služby využívat. **Odpovědí na hlavní průzkumnou otázku se tedy stává tvrzení, že realizaci individuálního plánování ovlivňuje prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení a v malých domácnostech rozdílnou mírou podněcování vzniku a pocíťování potřeb osamostatňování se v dílčích činnostech u lidí s postižením.** S některými činnostmi je prostředí malých domácností neodmyslitelně spjato, jako je péče o domácnost, vaření, trávení volného času nebo jejich realizaci usnadňuje, jako např. dostupnost služeb, hospodaření s penězi, samostatné užívání léčivých přípravků aj. V prostředí sociální služby poskytované ve velkokapacitním zařízení se tyto dílčí činnosti člověk s postižením také může učit s podporou pracovníka, ale pokud jejich nácvik není motivován vzniklou potřebou člověka s postižením, je možné, že jeho realizace se stane pouhým nácvikem, který si člověk s postižením se skutečnou realitou nespojí, nebo jeho průběh znesnadní. Důkazem se mohou stát posuny v samostatnosti lidí s postižením, zařazených do výzkumného souboru, a také jejich celková zkušenost, popsaná v kazuistických studiích.

Po shrnutí výše uvedeného je možné říci, že **hlavního cíle průzkumu bylo dosaženo.** Byl zjištěn vliv prostředí velkokapacitního zařízení a prostředí malých domácností na individuální plánování s lidmi s postižením, a to především v podněcování vzniku a pocíťování potřeb samostatnosti v dílčích činnostech, jejichž nácvik je náplní individuálního plánování a jejichž zvládnutí vede k celkovému osamostatňování lidí s postižením, žijících v prostředí sociálních služeb obecně. Vznik potřeb, jejich pocíťování se stává hybnou silou, motivací, zdrojem sil ke zvládnutí činností vedoucích k uspokojení těchto potřeb. Ke zvládnutí jednotlivých činností je vhodný proces individuálního plánování, kdy je ve spolupráci člověka s postižením a klíčového pracovníka na základě zjištěných potřeb stanoven cíl, naplánovány kroky vedoucí k jeho dosažení, způsob jejich realizace a časový horizont potřebný k jejich zvládnutí. Klíčový pracovník poskytuje podporu člověku s postižením, tedy v rámci poskytované sociální služby pomáhá ke zlepšení jeho schopností a dovedností, vedoucích k posílení jeho samostatnosti. V prostředí, které vyvolává u člověka s postižením potřeby, které směřují k jeho osamostatnění, je proces individuálního plánování značně usnadněn, především také tím, že toto prostředí nabízí také možnost nácviku jednotlivých činností, jejichž zvládnutí, vede k uspokojení dané potřeby. Prostředí malých domácností je tedy pro realizaci individuálního plánování s

člověkem s postižením velmi vhodné, právě z výše uvedených důvodů. Prostředí velkokapacitního zařízení je pro realizaci individuálního plánování méně vhodné proto, že potřeby vedoucí k osamostatňování člověka s postižením nepodněcuje, nebo podněcuje mnohem méně, než prostředí malých domácností.

Navrhovaná opatření

Průzkumná zjištění je možné využít především v procesu individuálního plánování průběhu poskytování sociálních služeb, které je povinností každého poskytovatele sociálních služeb. Při zjišťování potřeb člověka s postižením v tomto procesu, je vhodné se zamyslet na tím, zda prostředí, ve kterém tento člověk žije, dostatečně podněcuje vznik potřeb vedoucích k jeho osamostatňování, jejich pocíťování a uvědomění, a také zda nabízí možnost naplnění těchto potřeb, tedy realizaci individuálního plánování s cílem tyto potřeby uspokojit. Je vhodné upravit prostředí člověka s postižením tak, aby tyto potřeby vyvolávalo. Nastavit tedy poskytované služby tak, aby odpovídaly individuálním schopnostem lidí s postižením, neposkytovat v rámci služeb činnosti, které by člověk s postižením dokázal alespoň částečně zvládnout sám, nebo s podporou pracovníka. Vést člověka s postižením k samostatnosti tím, že mu způsob poskytování sociální služby, tedy také prostředí poskytované sociální služby, umožní pocíť potřeby, které povedou k jeho osamostatňování a bude mu umožněna participace na péči o sebe sama, při přípravě stravy, v péči o domácnost, hospodaření s penězi, v plánování volného času, při užívání léčivých přípravků, obstarávání vlastních záležitostí a jiných činností do té míry, kterou umožní jeho postižení.

Jiným řešením je zvážit vhodnost poskytované sociální služby individuálně u každého člověka s postižením a případně mu zajistit poskytování sociální služby, která odpovídá více jeho schopnostem a možnostem a umožní mu pracovat na svém osamostatňování, zmocní jej k participaci na vlastním životě, zvýší jeho autonomii a zlepší tím kvalitu jeho života.

Pro poskytovatele sociálních služeb obecně se výstupy tohoto průzkumu mohou stát motivací, inspirací nebo impulzem pro změny, které mohou udělat, při poskytování svých sociálních služeb. Mohou podporovat změny v poskytování sociálních služeb v rámci nových trendů, kterými jsou transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb, tedy umožnit lidem s postižením nový způsob života v novém prostředí, které je, jak bylo výše uvedeným průzkumem potvrzeno, zdrojem pro vznik potřeb vedoucích ke zvýšení samostatnosti lidí s

postižením. Změnou prostředí poskytovaných sociálních služeb se zvýší kvalita těchto služeb, protože jejich součástí je realizace individuálního plánování průběhu poskytování sociální služby, a jejich cílem je snižování závislosti lidí s postižením na této službě, tedy vedení k samostatnosti.

Pro zkoumané zařízení se výzkumná zjištění mohou stát zadostiučiněním, že jimi provedené změny mají smysl a velký význam především pro klienty, kteří s podporou jejich služby žijí.

Seznam použité literatury

ADAMEC, A., aj., 2013, *Manuál transformace ústavů, Deinstitutionalizace sociálních služeb*, 1. vyd. Praha: MPSV ČR. ISBN 978-80-7421-057-0.

BEDNÁŘ, M., 2011, *Manuál zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*. Olomouc: Caritas – Vyšší odborná škola sociální Olomouc. ISBN 978-80-260-0086-0.

BICKOVÁ, L., aj., 2011, *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. 1. vyd. Tábor: RUDI. ISBN 978-80-904668-1-4.

ČÁMSKÝ, P., aj., 2011. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0027-7.

EVROPSKÝ SOCIÁLNÍ FOND V ČR, 2009. *Pospora transformace sociálních služeb*[online]. Aktualizace 19.8.2013 [vid. 29.8.2013]. Dostupné z: <http://www.esfer.cz/projekty/podpora-transformace-socialnich-sluzeb>.

FRANIOK, P., 2007. *Vzdělání osob s mentálním postižením*. 2. oprav. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 80-7368-274-5.

HAUKE, M., 2011. *Pečovatelská služba a individuální plánování*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3849-9.

KOPŘIVA, K., 2010. *Lidský vztah jako součást profese*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-922-4.

KRUTILOVÁ, D., aj., 2009, *Sociální služby - Tvorba a zavádění Standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*. 1.vyd. ISBN 978-80-254-3427-7.

MATOUŠEK, O., 2010. *Sociální práce v praxi*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0.

PÖRTNER, M., 2009. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-582-0.

Sociální práce/Sociálna práca, roč.11, č 3/2011. ISSN 1213-6204.

SOBEK, J., 2010. *Práce s rizikem v sociálních službách*. 1.vyd. Praha: Portus. ISBN 978-80-254-6889-0.

- ÚLEHLA, I., 2005. *Umění pomáhat*. 2.vyd. Praha: SLON. ISBN 80-86429-36-9.
- VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0225-7.
- VYBÍRAL, Z., 2009. *Psychologie komunikace*, 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-387-1.
- Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2005 [vid. 23.10. 2013]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-73>.
- Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2006, částka 164/2006 [vid. 31. 8. 2013]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>.
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2006, částka 37/2006 [vid. 31. 8. 2013]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.
- Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2004 [vid. 23.10. 2013]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-435>.
- ZATLOUKAL, L., 2008. *Plánování rozvoje sociálních služeb metodou komunitního plánování*, 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2128-5.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Operacionalizace

Příloha č. 2: Scénář rozhovoru

Příloha č. 3: Individuální plán

Příloha č. 4: Rizikový plán

Příloha č. 1 - Operacionalizace

Operacionalizace cílů průzkumu	
Původní cíle průzkumu	Operacionalizované cíle průzkumu
Zjistit vliv prostředí velkokapacitního zařízení a prostředí malých domácností, na individuální plánování s lidmi s postižením.	Zjistit vliv prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení a v malých domácnostech na realizaci individuálního plánování s lidmi s postižením.
Dílčí cíl: Zjistit zda toto prostředí, ve kterém individuální plánování probíhá, ovlivňuje získávání samostatnosti člověka s postižením.	Dílčí cíle se poté zaměří na následné získávání jejich samostatnosti v různých oblastech:
	1. Zjistit vliv prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení a v malých domácnostech na samostatnost lidí s postižením v oblasti hospodaření s penězi.
	2. Zjistit vliv prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení a v malých domácnostech na samostatnost lidí s postižením v oblasti péče o domácnost?
	3. Zjistit vliv prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení a v malých domácnostech na samostatnost lidí s postižením v oblasti pracovního uplatnění?
	4. Zjistit vliv prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení a v malých domácnostech na samostatnost lidí s postižením v oblasti samostatného

	užívání léčivých přípravků?	
	5. Zjistit vliv prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení a v malých domácnostech na samostatnost lidí s postižením v oblasti trávení volného času?	
Operacionalizace průzkumných otázek		
Původní průzkumné otázky	Operacionalizované průzkumné otázky	Otázky použité při rozhovoru
Jak ovlivňuje prostředí velkokapacitního zařízení a prostředí malých domácností individuální plánování s lidmi s postižením?	Jak prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení a v malých domácnostech ovlivňuje realizaci individuálního plánování s lidmi s postižením?	
Jak ovlivňuje prostředí velkokapacitního zařízení a prostředí malých domácností individuální plánování s lidmi s postižením?	1. Jak prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení a v malých domácnostech ovlivňuje samostatnost lidí s postižením v oblasti hospodaření s penězi?	Kolik peněz jste měl/a pro svoji potřebu, když jste žil/a v DOZP? Kolik peněz máte pro svoji potřebu v současné době, když žijete v CHB??
	2. Jak prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení a v malých domácnostech ovlivňuje realizaci individuálního plánování s lidmi s postižením?	Jaké činnosti v domácnosti jste zvládal/a, když jste žil/a v DOZP? Jaké činnosti v domácnosti

	domácnostech ovlivňuje samostatnost lidí s postižením v oblasti péče o domácnost?	zvládáte v současné době, když žijete v CHB?
	3. Jak prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení a v malých domácnostech ovlivňuje samostatnost lidí s postižením v oblasti pracovního uplatnění?	Měl/a jste placené zaměstnání, když jste žil/a v DOZP? Máte placené zaměstnání v současné době, když žijete v CHB?
	4. Jak prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení a v malých domácnostech ovlivňuje samostatnost lidí s postižením v oblasti samostatného užívání léčivých přípravků?	Kdo Vám podával léčivé přípravky, když jste žil/a v DOZP? Kdo Vám podává léčivé přípravky v současné době, když žijete v CHB?
	5. Jak prostředí poskytovaných sociálních služeb ve velkokapacitním zařízení a v malých domácnostech ovlivňuje samostatnost lidí s postižením v oblasti trávení volného času?	Kdo vám plánoval Váš volný čas, když jste žil/a v DOZP? Kdo Vám plánuje váš volný čas v současné době, když žijete v CHB? Jak jste trávil/a volný čas, když jste žil/a v DOZP? Jak trávíte volný čas v současné době, když žijete v CHB?

Příloha č. 2 - Scénář rozhovoru

1. Jak dlouho žijete v CHB?
2. Jak dlouho jste žil/a v DOZP?
3. Chtěl/a byste se vrátit zpět? A proč?
4. Co se pro Vás po přestěhování do CHB změnilo?
5. Jaké činnosti jste uměl/a sám/a zvládnout, když jste žil/a v DOZP?
6. Jaké činnosti jste se naučil/a zvládat samostatně v CHB?
7. Kolik peněz jste měl/a pro svoji potřebu, když jste žil/a v DOZP?
8. Kolik peněz máte pro svoji potřebu v současné době, když žijete v CHB?
9. Jaké činnosti v domácnosti jste zvládal/a, když jste žil/a v DOZP?
10. Jaké činnosti v domácnosti zvládáte v současné době, když žijete v CHB?
11. Měl/a jste placené zaměstnání, když jste žil/a v DOZP?
12. Máte placené zaměstnání v současné době, když žijete v CHB?
13. Kdo Vám podával léčivé přípravky, když jste žil/a v DOZP?
14. Kdo Vám podává léčivé přípravky v současné době, když žijete v CHB?
15. Kdo vám plánoval Váš volný čas, když jste žil/a v DOZP?
16. Kdo Vám plánuje váš volný čas v současné době, když žijete v CHB?
17. Jak jste trávil/a volný čas, když jste žil/a v DOZP?
18. Jak trávíte volný čas v současné době, když žijete v CHB?
19. Co Vám dalo nebo vzalo přestěhování do CHB ve Šluknově?
20. Jaký je Váš současný individuální plán?
21. Co děláte Vy sám/a pro jeho zvládnutí?
22. Cítíte se samostatnější nyní v CHB, nebo v době, kdy jste žil/a v DOZP ?

23. Když máte nějaký problém, jak ho řešíte? (Pokud by se jednalo o nějaký konkrétní, prosím napište jaký?)

24. Jak byste ten samý problém řešil/a, když jste žil/a v DOZP?

Příloha č. 3 – Individuální plán

INDIVIDUÁLNÍ PLÁN	
Jméno uživatele sociální služby	
Popis současné situace	
Osobní cíl	
Datum vyhotovení	
Překážky, obavy, rizika	
Datum hodnocení plánu	
Jméno a podpis klíčového pracovníka	
Podpis klienta	

Příloha č. 4 – Rizikový plán

RIZIKOVÝ PLÁN	
Jméno uživatele sociální služby	
Riziko	
Prevence	
Co bude, když nastane...	
Jméno a podpis klíčového pracovníka	
Datum	
Podpis klienta	