



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Katedra sociální práce

Bakalářská práce

# Individuální plánování v domovech pro seniory - formalita nebo pomoc?

Vypracoval: Richard Havel  
Vedoucí práce: doc. Ing. Lucie Kozlová, Ph.D.

České Budějovice 2016

## Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá tématem individuálního plánování v domovech pro seniory a tím, zda je tento proces vnímán jako formalita nebo pomoc. Cílem práce bylo reflektovat přístupy sociálních pracovníků a pracovníc při konstrukci a využití individuálních plánů uživatelů služby v domovech pro seniory s působností v Kraji Vysočina a vzhledem k tomuto cíli byly stanoveny dvě hlavní výzkumné otázky.

Teoretická část práce vymezila pojem „individuální plánování průběhu sociální služby“, význam tohoto procesu v kontextu sociálních služeb a sociální práce, zmíněna byla i role sociálního pracovníka, problematika stárnutí a stáří, změny spojené s touto etapou lidského života, lidské potřeby a kvalita života ve stáří a také komunikace a etické principy v procesu pomáhání.

V praktické části práce je prezentován vlastní výzkum, který byl realizován na základě kvalitativní výzkumné strategie, pro sběr dat byla zvolena metoda kvalitativního dotazování a použita technika polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný vzorek, který byl vybrán metodou záměrného (účelového) výběru přes instituce, tvořilo devět sociálních pracovníc pracujících v zařízeních sociálních služeb, které poskytují pobytovou sociální službu „domovy pro seniory“ v rámci Kraje Vysočina. K analýze získaných dat byla použita metoda vytváření trsů, po interpretaci výsledků byla následně v rámci diskuze provedena komparace těchto výsledků s teorií a názory odborníků.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že sociální pracovníce vnímají individuální plánování průběhu sociální služby spíše pozitivně a celý tento proces chápou jako smysluplnou činnost a určitou pomoc v rámci poskytování sociální služby. Z realizovaného výzkumu je patrné, že sociální pracovníce jsou schopny díky vzdělanostnímu rámci, ve kterém se pohybují, uvědomit si mnohá úskalí i přínos individuálního plánování průběhu sociální služby.

**Klíčová slova:** domovy pro seniory, individuální plánování, sociální pracovník, sociální služby, stárnutí a stáří

## **Abstract**

The bachelor thesis deals with individual planning in retirement homes topic and also if the process is perceived as formality or help. The aim of the thesis was to reflect attitude of social workers while constructing and using individual plans of service users in retirement homes with activities in Vysočina region. Due to this goal two main research questions were determined.

Theoretical part defined the concept „individual planning of the process of social services“, significance of this process in the context of social services and social work. Also a role of a social worker was mentioned. Furthermore, aging problems and changes connected to this life phase, human needs and quality of life in age and also communication and ethical principles in the process of helping.

The research itself is presented in practical part of the thesis which was realized on the basis of qualitative research strategy. The method of qualitative interviews was chosen for gathering information and semi-structured interview technique was used. The research sample which was selected by an intentional choosing through intuition method was created by nine social female workers working in social service institute which provide residential social services “retirement homes“ in Vysočina region. Clustering method was used to analyze acquired data. After the results were interpreted they were compared with theory and experts opinions.

The research showed that social workers perceive individual planning of service course generally positively and they understand this whole process as a meaningful activity and certain assistance in providing social service. The realized research further showed us that social workers are able to realize both many pitfalls and contribution of individual planning of service course.

**Key words:** retirement houses, individual planning, social worker, social services, aging and age

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 31. 3. 2016

.....

Richard Havel

## **Poděkování**

Děkuji touto cestou zejména doc. Ing. Lucii Kozlové, Ph.D., za praktické a užitečné rady, patřičné nasměrování a odbornou pomoc při zpracování mé bakalářské práce, za podporu, vstřícnost a laskavý přístup. Dále děkuji ředitelkám a ředitelům příspěvkových organizací za svolení k účasti na výzkumu a sociálním pracovnícím za ochotu poskytnout rozhovory pro výzkumné šetření. Zvláštní poděkování patří Jarušce Havlové za neutuchající podporu, obrovskou trpělivost, pochopení, toleranci a za to, že mi byla během psaní této práce i v průběhu celého mého studia nepostradatelnou oporou ...

# Obsah

Úvod .....	7
1 SOUČASNÝ STAV .....	9
1.1 Stárnutí a stáří .....	9
1.2 Změny ve stáří .....	13
1.3 Lidské potřeby a kvalita života ve stáří .....	18
1.4 Sociální služby a sociální práce v nich .....	21
1.5 Individuální plánování průběhu sociální služby .....	26
1.6 Komunikace a etické aspekty v procesu pomáhání .....	33
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	38
2.1 Cíl práce .....	38
2.2 Výzkumné otázky .....	38
3 METODIKA .....	40
3.1 Použité metody a techniky .....	40
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	44
4 VÝSLEDKY .....	46
5 DISKUZE .....	63
6 ZÁVĚR .....	74
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	77

# Úvod

Individuální plánování průběhu sociální služby – pro jedny formalita v rámci plnění zákonné povinnosti, nutné zlo, byrokratická zátěž, pro druhé pomoc, smysluplná činnost, bez které se z poskytované služby snadno a rychle vytrácí lidský prvek a otežka přebírá nahodilá a tudíž neefektivní péče o klienty, rutinně vykonávaná činnost, což může vést až k vzájemnému odcizení či narušení vztahu mezi pracovníkem a klientem. To jsou mimo jiné dva nejvýraznější postoje, se kterými se během své praxe v oblasti sociálních služeb setkávám a musím přiznat, že sám jsem si postupem času také prošel určitými stádii formování vlastního postoje vůči procesu individuálního plánování.

Pracuji šestnáctým rokem v příspěvkové organizaci poskytující pobytovou sociální službu domovy pro seniory a z hlediska své profese jsem s daným tématem úzce spjat a problematikou individuálního plánování se velmi často zabývám. Zkušenosti získané z různých pracovních pozic, které jsem v organizaci zastával a doteď zastávám, mi umožňují dobrat se jistého nadhledu a hodnotit tuto problematiku z širšího rámce a z více úhlů pohledu.

Je zřejmé, že individuální plánování je alfou a omegou kvalitně poskytované sociální služby, ovšem zároveň v sobě též nese velmi obtížný úkol nastavit tento proces v organizaci tak, aby byl funkční a efektivní, pracovníci v něm viděli smysl a nestal se jen formálním plněním díkce zákona, a právě proto je toto téma z pohledu poskytování sociální služby zásadní a tudíž i stále velmi aktuální.

Jak již název bakalářské práce napovídá, budu se v ní věnovat individuálnímu plánování v domovech pro seniory a pro získání hlubšího vhledu do této problematiky zaměřím v teoretické části práce svoji pozornost vedle procesu individuálního plánování průběhu sociální služby, které je neopominutelnou součástí poskytované sociální služby, také na sociální služby jako takové a sociální práci spolu s rolí sociálního pracovníka v jejich širším kontextu, zmíním se o cílové skupině seniorů z pohledu tématu stárnutí, stáří a změn ve spojitosti s ním, lidských potřeb a kvality života ve stáří, a dotknu se také oblasti komunikace a etických principů v pomáhajících profesích jako důležitého aspektu, který s procesem individuálního plánování úzce souvisí.

Touto prací chci alespoň malou měrou přispět k lepšímu porozumění dané problematiky a zároveň poodhalit roušku toho, jak na individuální plánování průběhu sociální služby pohlízejí sociální pracovníci a pracovníce v domovech pro seniory s působností v Kraji Vysočina a zda tento proces vnímají pouze jako zátěž a formalitu nebo jako pomoc a prostředek ke zkvalitnění poskytované sociální služby, což je vlastně i cílem této bakalářské práce. Na tuto oblast se tedy zaměřím i výzkumné šetření, které bude obsahovou náplní praktické části této práce a jehož snahou bude zodpovědět stanovené výzkumné otázky.



# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Stárnutí a stáří

Stárnutí a stáří je natolik významným fenoménem života, že zájem o procesy stárnutí, pátrání po příčinách a důvodech a zájem o oddálení této nepominutelné části lidského života provází lidstvo od nepaměti. Vnímání stárnutí a stáří je dozajista i fenoménem společenským a právě v rámci hodnotových postojů vypovídá o společenské vyspělosti z hlediska schopnosti vypořádat se postupně s dogmaty a předsudky, které ve společnosti přetrvávají (Kalvach a kol., 2004). Mluví-li se o předsudcích vůči stárnutí a stáří, mluví se o ageismu, jenž Koukolík (2014) popisuje jako systematickou diskriminaci lidí spojenou se stereotypizací na základě jejich rostoucího věku a za jádro ageismu považuje strach ze stárnutí a zdůrazňování ekonomické produktivity, individuality, dravosti mládí a naprosté samostatnosti.

Zatímco historické, antropologické a náboženské dokumenty vypovídají, jak byli staří lidé dávných časů oslavováni až uctíváni, glosuje toto téma Erikson (1999), odpověď tohoto století na staré lidi je často výsměch, slova opovržení, ba i odpor. Je-li nabízena pomoc, má tendenci být přeháněna, hrdost je zraňována, respekt je v ohrožení. Starému člověku je nabízeno druhé dětství úplně zbavené hry, stane-li se ovšem podobný dítěti, vyvstává otázka, zda jde o obrat k dětskosti ochucené moudrostí nebo k pouhé dětinskosti, stane-li se tedy příliš starým příliš rychle nebo zůstane příliš mladým příliš dlouho. Každopádně dnešní společnosti chybí životaschopný ideál stáří.

Stáří a smrt patří neodlučitelně k lidskému údělu, nicméně variabilita stáří je kromě vnitřní dispozice člověka a vnějších vlivů do jisté míry určena jeho životní orientací a vírou. Mezi poslední věci člověka patří bilance vlastního života i přeměna motivů a potřeb, senioři většinou úročí svoji minulost a vkládají ji do smysluplnosti prožívané přítomnosti i očekávané blízké budoucnosti (Brzáková Beksová, 2013). Podle Koukolíka (2014) je stárnutí a stáří něco zcela odlišného od představ člověka v mládí a od tvrzení ageistických stereotypů a předsudků, obvykle platí (ne vždy), že jak člověk

žil, tak bude stárnout a jak člověk stárnul, tak zemře. Pichaud a Thareauová (1998) vnímají stárnutí jako působení času na lidskou bytost, což připouští destruktivní i konstruktivní důsledky, a proto je žádoucí přistupovat ke stáří s realismem, jenž není rezignací, a optimismem, jenž není iluzí. V průběhu stárnutí sice přibývá nejrozličnějších chorob, uvádí Koukolík (2014), ale například ve věkové skupině 75 – 79 let považuje svoje zdraví za špatné pouze čtvrtina této populace. Dále cituje jednoho odborníka, jenž říká: „Přeji si zemřít mlád. Jak nepozději to bude možné.“ A dodává, že to může každý člověk mnohostranně ovlivnit.

Sak a Kolesárová (2012) uvádějí, že stáří jako vrchol a závěrečná fáze individuálního života je dopadem společnosti, v níž člověk žil a žije, že stáří jako určitý společenský fenomén je výtvořem společnosti a zároveň o ní vypovídá. Na stáří je nutno pohlížet v kontextu celého životního cyklu, tedy všech prožitých etap, neboť způsob života v dětství, mládí a dospělosti výrazně ovlivňuje kvalitu stáří. Zmíněnou vazbu mezi stářím a společností je ovšem zapotřebí chápat jako obousměrnou, neboť vedle vlivu společnosti na jedince a jeho stáří dochází i ke zpětnému působení časového rozsahu, kvality a obsahu stáří na společnost. Liessmann (2010) při představě cizince jako někoho, kdo přichází zvenčí, odjinud, z jiného světa a kultury, nahlíží na starého člověka právě jako na cizince, který přichází z nitra kultury, z jejího středu, jenž ztratil, a který reprezentuje vzdálenost času, nikoli prostoru.

Kalvach a kol. (2004) definují stárnutí jako univerzální proces postihující živou hmotu, jenž probíhá kontinuálně od početí a jehož výsledkem je stáří, které označuje pozdní fázi ontogeneze, tedy přirozeného průběhu života. I přes obtížné vymezení a členění stáří díky mnohočetnosti a individuálnosti příčin a projevů a jejich nástupu v různém věku, vzájemné podmíněnosti i rozpornosti, se obvykle rozlišuje stáří kalendářní, které je jednoznačně vymezené, ale nepostihuje zcela rozdíly existující mezi jedinci, stáří sociální, které postihuje proměnu sociálních rolí a potřeb, životního stylu i ekonomického zajištění, a stáří biologické, které označuje konkrétní míru involučních změn daného jedince. Čevela a kol. (2014) rozlišují stáří a stárnutí individuální, což je bio-psycho-socio-spirituální proces přirozeně involučních a adaptačních změn lidského organismu, a populační, které souvisí s věkovou strukturou

společnosti, s podílem lidí různých věkových skupin, se základními demografickými procesy a to především s úmrtností, porodností a migrací. Definovat stárnutí lze podle Stuart-Hamiltona (1999) také pomocí obecných charakteristik vyzorovaných u starého člověka, které je možno označit za univerzální znaky stárnutí (např. vráščitá kůže), zatímco za probabilistické znaky stárnutí jsou brány pouze pravděpodobné změny (např. artróza). Primárním, fyziologickým, zdravým stárnutím jsou nazývány tělesné změny stárnoucího organismu, sekundárním, patologickým, chorobným stárnutím jsou označovány změny objevující se ve stáří častěji, avšak ne jako nutný doprovodný jev, terciární stárnutí vyjadřuje prudký a nápadný tělesný úpadek bezprostředně předcházející smrti.

Langmeier a Krejčířová (2006) pod pojmem stárnutí rozumí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince a jež vrcholí v terminálním stadiu a ve smrti. Existuje mnoho teorií, které se pokoušejí vysvětlit podstatné příčiny změn, ale všechny tyto teorie postihují nejvýše jednu stránku velmi složitého procesu. Vágnerová (2007) vysvětluje, že stáří lze chápat i jako výsledek procesu zrání osobnosti, tedy jako období vrcholu osobnostního rozvoje, avšak zároveň ukazuje na důležitý úkol stárnoucího člověka v jeho poslední etapě života, kterým je dosažení integrity v pojetí vlastního života závislé zpravidla na zvládnutí všech předchozích vývojových stádií.

Najít vhodnou formulaci okamžiku počátku stáří z existujícího množství definic a různých přístupů je nesnadné, tvrdí Brzáková Beksová (2013) a konstatuje, že proces stárnutí je závěrečnou fází lidského vývoje a je nutné nahlížet na něj jako na součást kontinuální proměny. V každé charakteristice stáří je také zapotřebí zohlednit individuálně specifické odlišnosti, jež vyplývají z osobnosti seniora, jeho charakterových vlastností, jeho minulosti a originálních zkušeností nebo vnitřních i vnějších možnostech, podle různých kritérií se pak posuzují obecné či ojedinělé projevy stárnutí. Hranice mezi mládím a stářím je podle Liessmanna (2014) ze všech hranic nejpozoruhodnější - neviditelná a přesto neúprosná, překročitelná pouze v jednom směru, jenž vede až k tomu nejzazšímu, tedy konci, který ovšem, nakolik je koncem, překonává vše včetně všech hranic.

Brzáková Beksová (2013) uvádí, že za starého je obvykle označován člověk ve věku 75 (popřípadě 80) let, i když za rané stáří je považován již věk 60 či 65 let. Stuart-Hamilton (1999) stáří dělí na mladší stáří (vymezené roky 65 – 75) a pokročilé stáří (věk 75 a více let). Dle další varianty rozděluje lidi starší 65 let do kategorie třetího věku (aktivní a nezávislý život ve stáří) a čtvrtého věku (období, ve kterém je člověk při zajišťování základních potřeb odkázán na druhé). Vágnerová (2007) rozděluje stáří na období raného stáří (60 – 75 let) a na období pravého stáří (75 a více let). O čtyřech základních etapách života hovoří Křivohlavý (2011), z nichž je třeba zmínit třetí fázi života, tedy život v době důchodu – bez ohledu na to, zda je důchod pobírán (65 – 85 let), a čtvrtou fázi života, tedy přípravu na odchod a odchod (85 let a více). Haškovcová (2010) zmiňuje členění druhé poloviny lidské života na vyšší věk, repektive rané stáří (60 – 74 let), na stařecký věk (vlastní stáří) neboli sénium (75 – 89 let) a na dlouhověkost (90 let a výše). Další možné a významné členění podává Mühlpachr (2009), který rozděluje seniorskou populaci na mladé seniroy (65 – 74 let; problematika penzionování, volného času, aktivit, seberealizace), na staré seniory (75 – 84 let; problematika adaptace, tolerance zátěže, specifického průběhu nemoci, osamělosti) a na velmi staré seniory (85 a více let; problematika soběstačnosti a zabezpečení).

Populace České republiky stárne a podle dlouhodobých prognóz budoucího vývoje věkové struktury obyvatelstva bude podíl starších osob v populaci setrvale narůstat a tento přechod od krátkověké k dlouhověké společnosti v sobě nese celý komplex změn s tím, že seniorská populace vyžaduje důsledně individuální přístup (Čevela a kol., 2014). K obecným charakteristikám současné seniorské populace patří její heterogenita, ohroženost a převaha žen. Ačkoliv bývá seniorská populace vnímána jako stejnorodá, představuje ve skutečnosti nejrozmanitější skupinu lidí ve společnosti. Výrazné vzájemné odlišnosti lze pozorovat u věku, zdravotního stavu, funkční zdatnosti, rodinné situace a sociálního zázemí, ekonomických podmínek, vzdělání, životních zkušeností a hodnotového systému. Z těchto odlišností vyplývají také rozdílné priority, přání a potřeby, a to ve zdraví i nemoci (Kalvach a Onderková, 2006).

Problematikou stárnoucího a starého člověka a jeho života ve stáří, zákonitostmi, příčinami a projevy stárnutí, se zabývá gerontologie, tedy věda o stárnutí a stáří.

Gerontologie je klasicky dělena na gerontologii experimentální (teoretickou), která se zabývá otázkami proč a jak živé organismy stárnou, studuje procesy biologického a psychologického stárnutí člověka a vytváří teoretické základy pro péči o seniory, na gerontologii klinickou neboli geriatrii, která se zabývá zdravotním a funkčním stavem stárnoucího a starého člověka, zvláštnostmi chorob ve stáří a specifickými aspekty léčby starých lidí, a na gerontologii sociální, která se zabývá vzájemnými vztahy mezi stárnoucím jedincem a společností a sociálními potřebami seniorů, tematizuje sociální dopady stárnutí a stáří na člověka a současně si všímá i společenských a sociálních faktorů, které procesy stárnutí ovlivňují (Haškovcová, 2010). Obecným cílem gerontologie je předcházet patologickému stárnutí a nesoběstačnosti a usilovat o zdravé stárnutí, aktivní život ve stáří a zlepšení kvality života seniorů (Ondrušová, 2011). V rámci geriatrie je třeba zmínit pojem geriatrické křehkosti, jež představuje zranitelnost seniora a rizikovost, která je dána fyziologickými změnami funkcí jednotlivých orgánů a úbytkem svalové a kostní hmoty ve stáří s následnou dekondíci. Soubor příznaků charakteristických pro křehkého seniora je vyjádřen geriatrickými syndromy v somatické, psychické a sociální oblasti (Holmerová a kol. 2014).

## **1.2 Změny ve stáří**

V průběhu procesu stárnutí, do kterého vstupuje člověk celostně, dochází bezesporu k četným změnám a to v rovině biologické, psychické a sociální, uvádí Ondrušová (2011) s tím, že příčiny některých změn jsou do určité míry ovlivnitelné (např. životní způsob), jiné nikoliv (např. genetická dispozice). Mlýnková (2011) k tomu doplňuje, že tyto změny se u lidí projevují značnými individuálními rozdíly a též nástup je časově různorodý právě v souvislosti s genetickými dispozicemi a životním stylem, avšak změny z pohledu všech tří rovin spolu vzájemně souvisí a navzájem se ovlivňují. Stáří samo o sobě není chorobným stavem, ale v průběhu stárnutí dochází k nahromadění nepříznivých vlivů, které mohou vyústit do většího počtu různých, zpravidla chronických onemocnění, což je nazýváno polymorbiditou (Vágnerová, 2007).

Malíková (2011) charakterizuje v obecném pojetí stárnoucího člověka tak, že se u něj projevuje celkový úbytek sil a jednotlivých schopností, snižuje se jeho výkonnost a zvyšuje se potřeba větší přípravy, podpory a soustředění na provádění jednotlivých činností. Dále se u něj zvyšuje potřeba odpočinku, poskytování podpory a pomoci, mění se jeho žebříček životních hodnot a potřeb, dochází u něj ke změnám v psychickém stavu a v emočních projevech.

V rovině biologického stárnutí dochází u člověka k určitým tělesným změnám, Venglářová (2007) vyjmenovává změny vzhledu a úbytek svalové hmoty, změny termoregulace a činnosti smyslů, degenerativní změny kloubů a kardiopulmonální změny, změny trávicího, vylučovacího a pohlavního systému, k výše zmíněným uvádí navíc fyziologické změny, které se přímo odráží v chování seniora v ústavní péči a těmi jsou změny spánkového rytmu, spánková inverze, úbytek energie, snížená chuť k jídlu a snížený pocit žízně, poruchy soustředění a paměti. Společným jmenovatelem pro řadu změn stárnoucích orgánů je ztráta pružnosti, pevnosti a elasticity, tedy změna kvality kolagenu (Holmerová a kol., 2014). O příčinách fyzického úpadku hovoří dvě základní teorie – buněčná teorie (tělo stárne v důsledku toho, že jsou buňky vystaveny toxinům a odpadním produktům metabolismu) a teorie opotřebování (užíváním se jednotlivé části těla postupně opotřebovávají), fyzické stárnutí se tedy obvykle vyznačuje poklesem počtu nových buněk spojeným s poklesem výkonnosti buněk zbývajících (Stuart-Hamilton, 1999).

Starý člověk se musí vyrovnávat s přibývajícím stigmaty stáří, čelit stále hrozícím pocitům méněcennosti, ošklivosti až nenávisti vůči vlastnímu tělu a zároveň se učit (jako v postupně devastované krajině) nacházet na těle svém i druhého místa dosud krásná, obrysy dosud okouzující, vidět ve tváři i tu krásu oduševnělé osobnosti, kterou přináší střední věk a která podivuhodně odolává pustošivému vlivu stárnutí (Říčan, 2014). Všechny morfologické a funkční změny, shrnuje Dvořáčková (2012b), mají vliv na vzhled i chování starého člověka, který se začíná více uzavírat do sebe, zabírá se více sám sebou, svými tělesnými orgány a jejich funkcí, objevují se pocity nedůvěry a nejistoty – a právě s tělesnými změnami úzce souvisí i změny v psychickém vývoji.

Psychickou involuci popisuje Říčan (2014) jako více či méně spořádanou demontáž osobnosti, člověk někdy karikuje sebe samého, do popředí se dostávají negativní vlastnosti a rysy osobnosti, které v minulosti dokázal tlumit či projevovat přijatelným způsobem. Při posuzování chování seniora, upozorňuje Haškovcová (2010), je nutno předem zohlednit, co v životě zažil a jaké konkrétní skutečnosti determinují jeho psychiku, neboť vady v povaze a charakteru nelze přičítat vadám stáří. V rámci psychických změn ve stáří hovoří Venglářová (2007) o zhoršení paměti a obtížnějším osvojování nového, nedůvěřivosti a snížené sebedůvěře, sugestibilitě a emoční labilitě, změnách vnímání a zhoršeném úsudku, zmiňuje také změny kognitivních funkcí odrážejících se v chování seniora v ústavní péči a těmi jsou zhoršení intelektu, komunikace a orientace.

Psychické změny v průběhu stárnutí a stáří nelze podle Ondrušové (2013) chápat jako izolované jevy, ale jako vývojový proces jedince žijícího v určité společnosti a lze je shrnout jako postupnou proměnu kognitivních funkcí, k jejichž zhoršení dochází nerovnoměrně, navíc nabývají na intenzitě osobnostní rozdíly. Většina psychických proměn působí problémy v oblasti komunikace a současně přímo ovlivňuje sebehodnocení starého člověka, uvádí Brzáková Beksová (2013) a pokračuje, že za zhoršenou komunikací z psychologického pohledu může být stereotypizace a ulpívání na zažitých postupech při řešení nově vzniklých situací, úbytek paměťových kompetencí, nechuť a obtíže spojené s učením se nových věcí, pokles aktivizační schopnosti, nepřiměřenost reakcí na běžné podněty, negativismus, somatizace osobních problémů, citová labilita nebo nadměrná úzkost. Z pohledu psychopatologického je ztížená komunikace převážně výsledkem syndromu demence, deprese nebo schizofrenie, může mít ale i somatickou příčinu.

Osobnost starého člověka se i ve stáří ještě dále vyvíjí a podílí se na kvalitě psychiky, je vždy výsledkem celého předchozího vývoje, ale i současné schopnosti přizpůsobit se nezbytným obtížím vyššího věku v rámci určité strategie vyrovnávání se s vlastním stářím a způsobem zvládnání změn, který je vždy zcela individuální a který by měl být okolím plně akceptován, odpovídá-li osobnosti starého člověka (Langmeier a Krejčířová, 2006). Jedním z mnoha úkolů, které stojí před stárnoucím člověkem, míní

Křivohlavý (2002), je vyrovnat poměr mezi prospektivním pohledem na život, který u člověka dominuje v době mládí a dospělosti, a retrospektivním pohledem na život, který je spojen spíše se stářím a zahleděním se do minulosti, proto je důležité neztratit ve stáří prospektivní hledisko a neustále mít pro co žít. Hlavním vývojovým úkolem stáří je podle Eriksona (1999) dosažení integrity, nalezení rovnováhy a získání moudrosti, kterou označuje jako specifickou cnost stáří. Nesplnění tohoto úkolu se projeví nespokojeností s vlastním životem nebo až zoufalstvím nad tím, že člověk měl žít svůj život jinak. Dosažením integrity, jak dovysvětluje Vágnerová (2007), se projevuje přijetím dosavadního života jako celku, porozuměním jeho smyslu, neboť starý člověk potřebuje hodnotit svůj život pozitivně jako ukončené dílo, aby mohl přijmout i jeho konec.

Sociální stárnutí, jak vysvětluje Mlýnková (2011), je úzce provázáno se změnou sociálních rolí seniora a jednou ze zásadních sociálních změn ovlivňujících život člověka je bezesporu odchod do starobního důchodu. Také Křivohlavý (2011) vnímá odchod do důchodu jako radikální životní změnu, kterou přirovnává ke dveřím, z nichž se jedny zavírají a jiné otevírají, mění se identita seniora, společenství lidí, s nimiž přichází do osobního styku, zaměření zájmů se změnou postoje k tomu, co bylo, je a bude, mění se i to, co senior od života chce. Zvýšený výskyt nemocí ve stáří, pokračuje Mlýnková (2011), může člověku bránit ve vykonávání běžných denních činností, což může vyústit k omezení soběstačnosti a vést k fyzické závislosti na pomoci druhých, nedostatek společenských kontaktů a komunikace může vyvolat pocit sociální izolace přinášející řadu negativních nálad. Jakkoli je starý člověk izolován, touží po domově a intimních vztazích, uvádí Brzáková Beksová (2013), za významné aspekty stárnutí považuje sociální jádro (rodina), sociální vazby (sousedé, vrstevníci, náboženské či zájmové společenství), sociální status (profese, kulturní a ekonomická pozice) a sociální solidaritu (peněžní dávky a sociální výhody).

Postoj společnosti ke stáří se vyvíjí a mění a s tím souvisí i společenská role seniorů a jejich společenský statut, míní Dvořáčková (2012b) a dodává, že v důsledku bio-psycho-sociálních změn dochází často k vyčleňování starších lidí ze společnosti. V plánování budoucnosti totiž existuje mezi stárnoucími lidmi výrazný rozdíl, uvádí



Křivohlavý (2002) a poukazuje na to, že více plánů do budoucnosti mají senioři žijící doma v rodině a relativně šťastně nežli ti, kteří žijí v domovech pro seniory a neprožívají své stáří příliš šťastně. Významným tématem pozdního stáří je podle Vágnerové (2007) i umírání a smrt, kdy nejde tolik o obavu vztaženou ke smrti jako životního konce, ale spíše se jedná o strach z utrpení, které může umírání provázet. Změny ve stáří v rovině sociální shrnuje Venglářová (2007) a zmiňuje odchod do důchodu, změnu životního stylu, stěhování, ztráty blízkých lidí, osamělost a finanční obtíže.

Ačkoli člověk často zaujímá postoj ke stáří z pohledu umění a schopnosti vyrovnat se s náročnými životními situacemi nastalými v průběhu dosavadního života, ovlivňuje jeho postoje celá řada okolností a není možné předem spolehlivě odhadnout, jaký postoj člověk zaujme a jak se bude adaptovat na problémy a celkovou situaci vyplývající ze stáří (Malíková, 2011). Ke stáří lze podle Haškovcové (2010) přistupovat z pohledu konstruktivní strategie (schopnost vyrovnat se s omezením, které stáří přináší), strategie závislosti (větší pasivita, spoleh na pomoc druhých a neochota rozhodovat sám), strategie obranného postoje (odmítání přijmout změny stáří), strategie nepřátelství (nepřátelství vůči lidem a vůči všemu) a strategie sebenenávisti (obracení nenávisti a zloby proti sobě) s tím, že v praktickém životě se vyskytují různé variace a kombinace všech uvedených strategií.

S rostoucím věkem se mnohé mění a postupně ubývá tělesných i duševních sil, avšak duchovní obzor se rozšiřuje, na významu nabývá to, kým člověk je a slábne význam toho, co má, zkrátka s přibývajícím věkem je člověk citlivější k otázkám smysluplnosti svého bytí (Křivohlavý, 2006). Stáří dokáže hodnotit život s nadhledem a rozvahou, z jiné perspektivy, soudí Klevetová a Dlabalová (2008) a dále zmiňují, že starý člověk jako součást společnosti může přispět zkušenostmi, postojem a přijmout jiné pracovní a společenské role, neboť být užitečný je prioritou člověčenství. Člověk může být starý, nemocný a nesoběstačný, krásy však pozbývá nikoli v závislosti na těchto proměnách, ale neochotou k hledání kvality, dobra a zbývajících krásy (Brzáková Beksová, 2013).

## 1.3 Lidské potřeby a kvalita života ve stáří

V průběhu lidského života dochází k neustálému uspokojování potřeb, vysvětluje Příbyl (2015), všichni lidé mají společné potřeby, avšak během života, tudíž i v rámci procesu stárnutí jedince, doznávají kvantitativních i kvalitativních změn, mění se množství i priority jednotlivých potřeb i priority při jejich uspokojování. Podle Nakonečného (2004) je potřeba základní formou motivu, která se projevuje jako pociťované nedostatky v biologické či sociální rovině bytí jedince. Matoušek (2008) také popisuje potřebu jako motiv k jednání a pokud nedochází k uspokojování potřeb, vede to k deprivaci a strádání. Většina typologií lidských potřeb se člení na okruhy vztahující se k tělesné pohodě, k psychické rovnováze a bezpečí, ke vztahům k blízkým lidem, ke společenskému uplatnění a ke spirituálním potřebám. Pichaud a Thareauová (1998) potřebou rozumí hlavně to, k čemu člověk skrze ni směřuje a ne jen něco, co člověku chybí. Potřeba je podle nich též určitá síla hýbající člověkem posunující ho směrem k člověku, předmětu nebo činnosti, je tedy projevem bytosného přání.

Ačkoliv existuje rozličné dělení lidských potřeb, Příbyl (2015) uvádí dělení podle důležitosti pro zachování života na nižší potřeby (primární, fyziologické), jež lze saturovat rychleji a bez jejichž uspokojení nelze kvalitně uspokojit potřeby vyšší, a na vyšší potřeby (sekundární, psychologické), jejichž uspokojování je dlouhodobým procesem, ale právě tyto potřeby se podílejí na utváření osobnosti člověka. Postoje a potřeby seniorů ve stáří připodobňuje Novák (2014) ke koláči kruhového tvaru, jež sice lze rozkrojit na čtyři díly, kterými míní biologické, psychologické, sociální a spirituální potřeby, avšak ideální je, pokud všechny části drží pohromadě, působí společně a navzájem se svou chutí propojují.

Vágnerová (2007) klade důraz na následující potřeby seniora: potřeba stimulace a otevřenost novým zkušenostem, potřeba sociálního kontaktu, potřeba citové jistoty a bezpečí, potřeba seberealizace a potřeba otevřené budoucnosti a naděje. Na potřeby seniorů lze nahlížet též optikou principů naplňujících svůj obsah dle určité cílové skupiny a z tohoto pohledu Kalvach a Onderková (2006) zmiňují princip zabezpečení (přístřeší, ošacení, potrava), princip autonomie (zachování rozhodovacích kompetencí),

princip důstojnosti (respektování osobnosti, vyloučení infantilizace a restriktivních opatření), princip smysluplnosti (podpora a pomoc při hledání životní náplně) a princip participace (zapojení se do života komunity, komunikace). Štojd (2011) ještě píše o spirituálních potřebách člověka, které ve stáří zůstávají, ale nejsou podle jeho názoru v institucionalizované péči o člověka dostatečně brány na zřetel. Hovoří především o touze po smyslu – jaký je smysl života člověka, kam se poděla radost a štěstí, jak naplnit touhu po smíření a odpuštění. Dodává, že nestačí pořádat pravidelné bohoslužby, ale je nutné zahrnout tyto spirituální potřeby do individuálního plánování průběhu sociálních služeb a posléze vše realizovat.

Intenzitu a množství potřeb i způsob jejich naplňování ovlivňuje celá řada faktorů a člověk v rámci sociálně-kulturního prostředí uspokojuje své potřeby způsobem žádoucím či nežádoucím, vysvětluje Příbyl (2015) a dodává, že saturaci potřeb nutně předchází jejich uvědomění a pojmenování s tím, že jediným možným, ale zároveň na čas náročným nástrojem k identifikaci potřeb člověka je komunikace. Míru naplnění lidských potřeb lze vymezit v rovině saturace, tedy uspokojení potřeb, či v rovině frustrace, která je z pohledu neuspokojení potřeb pro člověka zátěžovou situací projevující se dále též ve formě konfliktu, stresu nebo deprivace.

Jak podotýká Příbyl (2015), téma uspokojení či neuspokojení potřeb je úzce spjato s kvalitou života seniorů, neboť správná identifikace a následná saturace potřeb ovlivňují významným způsobem prožívání stáří. Kvalitu života je třeba hodnotit z perspektivy různých vazeb, které jsou porovnatelné s hierarchií potřeb člověka, neboť kvalita života může znamenat velmi různé hodnoty pro různé osoby a proto je třeba opatrnosti při posuzování stupně kvality života (Hrozenská a Dvořáčková, 2013). Světová zdravotnická organizace popisuje kvalitu života jako proces vnímání jedince zaměřený na jeho pozici v životě v rámci své kultury a hodnotového systému a ve spojitosti k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jde o velice široké pojetí ovlivněné mnoha činiteli v rovině fyzického zdraví jedince, jeho psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem k zásadním oblastem jeho životního prostředí (Vaďurová a Mühlpachr, 2005).

Kvalita života může vyjadřovat subjektivní pocit osobní pohody a spokojenosti – jedná se o subjektivní kvalitu života, ale také charakterizovat přírodní a sociální prostředí člověka, či jeho fyzický a psychický stav – jde o objektivní kvalitu života (Pyšná a kol., 2009). Z odborného hlediska, vysvětluje Gurková (2011), se termín kvality života používá na popis pozitivních i negativních aspektů života, avšak hodnocení, zda je nebo není život člověka kvalitní, je založené na porovnávání jeho života se žádoucí, očekávanou úrovní existence nebo se životem druhých lidí. Kvalita života je především subjektivní prožitková kategorie, protože jen člověk sám může říci, zda se cítí šťastný nebo alespoň spokojený, neboť pohled zvenčí může být nejen povrchní, ale především mylný (Haškovcová, 2010). Ze sociologického hlediska s kvalitou života úzce souvisí mimo jiné životní styl a právě na způsobu života lidí se podílejí hodnoty ovlivněné rodinným zázemím, výchovou a individuální zkušeností. Tyto hodnoty lze rozlišovat na individualistické a kolektivistické, z dalšího hlediska na liberální a konzervativní (Payne a kol., 2005).

Hovoří-li se o kvalitě života, upozorňuje Křivohlavý (2002), je nutné si pokaždé předem uvědomit, zda se jedná o makro-rovinu (otázky kvality života velkých společenských celků, např. konkrétní země), mezo-rovinu (otázky kvality života v tzv. malých sociálních skupinách, např. domov pro seniory), osobní rovinu (jednotlivec subjektivně hodnotí kvalitu vlastního života v rámci svých osobních hodnot) či rovinu fyzické existence. V sociologickém pojetí kvality života jsou zdůrazňované atributy sociální úspěšnosti (status, materiální podmínky apod.) a subjektivní pocit jednotlivce ve vztahu k nim (kvalita života je úzce spjata s pojmem životní úroveň), v psychologickém přístupu je kladen důraz na pojmy jako např. spokojenost, štěstí, smysl života a mnohé další, v medicínském přístupu je pozornost věnována pojmům zdraví a funkční stav (Gurková, 2011). Pro kvalitu života seniorů je podle Haškovcové (2010) do značné míry určující schopnost člověka přizpůsobit se změnám, které s sebou přináší nejen stáří, ale i nový způsob života a pokud se životní styl člověka ve stáří příliš neliší od toho dřívějšího, životní spokojenost starých lidí narůstá.

Pro sebeuvědomění člověka, které je určující pro jeho spokojenost a podmiňující pro rozvoj jeho schopností, jeho postojů a chování, je rozhodující též osobní kvalita,

kteřou lze v nejširším slova smyslu pojímat jako základ všech ostatních kvalit člověka a pro jejíž rozvoj je podstatná ochota a vůle v každém věku pracovat sám na sobě k rozvinutí svého lidského potenciálu, neboť osobní kvalita začíná u vlastních hodnotových norem člověka. Ve stáří se osobní kvalita nejmýsluplněji projevuje v tom, nakolik člověk dokázal porozumět životu, tedy jak dokáže nahlédnout dobrý smysl svého stáří jakožto plnohodnotné životní fáze (Jirásková a kol., 2005). Kvalita života seniorů není zaručena žádným politickým zřídzením, neodvíjí se přímo ani od stupně vývoje společnosti, ani od rodinné ekonomicko-hospodářské situace nebo situace demografické. Bývalý komunistický režim, který subjektivní kvalitu života starých potřebných lidí opomíjel, založil tradici izolovat handicap a současná tendence zpětné integrace do běžného a zejména domácího prostředí vyžaduje a bude ještě vyžadovat velké úsilí v oblasti zdravotně-sociální a především v oblasti morálně-lidské (Brzáková Beksová, 2013).

## **1.4 Sociální služby a sociální práce v nich**

Malíková (2011) v rámci pohlednutí do nedávné minulosti a srovnání se současným stavem v oblasti poskytování sociálních služeb v České republice konstatuje, že se situace v posledních letech výrazně zlepšila, částečně se situace změnila po roce 1989, avšak zásadních proměn doznává účinností stěžejních zákonných norem v sociální oblasti a těmi jsou zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a jeho prováděcí vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Matoušek a kol. (2012) uvádí, že sociální služby a sociální práce v nich jsou jedním z důležitých nástrojů realizace sociální politiky. Matoušek a kol. (2011) ještě doplňují, že sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným s cílem zlepšit kvalitu jejich života s ohledem na zájmy jednotlivce, jeho rodiny, skupin, do nichž patří, i zájmy širšího společenství. Zákon o sociálních službách vymezuje sociální službu jako činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního

vyloučení (Česko, 2006b). Subjekt, ke kterému v kontextu poskytování sociálních služeb směřuje sociální práce, označuje Matoušek a kol. (2013a) termíny klient, pacient, zákazník či uživatel služby, z nichž každý evokuje jistou úroveň vztahu mezi pracovníkem a tímto subjektem.

Tomeš (2010) rozlišuje sociální služby podle různých hledisek, konkrétně tedy podle naléhavosti a trvání potřeby, kterou uspokojují (informační, intervenující, podporující a pečovatelské služby), podle druhu uspokojované sociální potřeby (ochranné, poradenské, krizové, asistenční, terénní a pečovatelské, ambulantní a pobytové služby), podle vztahu služby k výsledku (preventivní, terapeutické a rehabilitační služby), podle poskytovatelů (veřejné služby poskytované státem a jeho organizacemi nebo soukromé služby poskytované nestátními organizacemi) a podle povahy základní činnosti (sociálně-právní ochrana, sociální poradenství, pomoc a podpora v krizi, asistenční a terénní služby, ambulantní a pobytové služby). Matoušek a kol. (2013b) ještě člení sociální služby podle charakteru sociální práce a klientely na práci s jednotlivcem, se skupinou, s rodinou a komunitní práci. Zákon o sociálních službách mísí výše zmíněná hlediska třídění a zužuje dělení sociálních služeb na sociální poradenství (základní a odborné), služby sociální péče a služby sociální prevence, dále vymezuje i formy poskytování sociálních služeb, tedy služby pobytové spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb, služby ambulantní, za kterými osoba dochází, a služby terénní, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí (Česko, 2006b).

Poskytovatelé sociálních služeb je souhrnný název pro komunitní (10 %) nebo pobytové (3 – 8 %) služby, které jsou poskytovány na profesionální úrovni a s nezbytnou registrací, na druhé straně jsou nejčastějším neformálním poskytovatelem sociálních služeb rodiny starající se o své potřebné seniory v 77 % případů, což je ve značném nesouladu s většinovým míněním veřejnosti (Haškovcová, 2012). Malíková (2011) podotýká, že více než 85 % pobytových sociálních zařízení v České republice je zřizováno kraji nebo obcemi a vedle nich poskytují pobytové služby také nestátní neziskové organizace.

Matoušek a kol. (2012) popisují sociální práci jako společenskovední disciplínu i oblast praktické činnosti opírající se o rámec společenské solidarity a ideál naplňování individuálního lidského potenciálu s cílem odhalovat, vysvětlovat, zmírňovat a řešit sociální problémy. Metodami sociální práce rozumí Matoušek a kol. (2013b) postupy spjaté s cílovým subjektem, s jeho aktuální situací, s příslušným prostředím vzájemných vztahů, popřípadě i se systémovými vazbami. V rámci sociální práce jako profesionální aktivity, vysvětluje Navrátil (2001), se sociální pracovník zaměřuje především na sociální fungování a životní situaci klienta, které se mohou stát předmětem jeho intervence. V sociálním fungování jde o navození určité rovnováhy v rámci neustálé vzájemné interakce mezi člověkem a prostředím, jež klade na člověka určité nároky a člověk je nucen na ně určitým způsobem reagovat. Životní situace označuje mnohohrstevnatost a neopakovatelnost činitelů bránících či naopak usnadňujících sociální fungování člověka. Aby mohl zásah sociálního pracovníka přispět ke změně životní situace klienta, posílit jeho schopnost zvládat nároky prostředí a přispět tak k obnovení či udržení jeho sociálního fungování, je třeba nejprve dobře zvážit životní situaci klienta.

Na poskytování sociální služby spolupracují pracovníci různých oborů, vedle zdravotnických a pedagogických pracovníků, u kterých podmínky výkonu činnosti řeší zvláštní právní předpisy, vykonávají v sociálních službách odbornou činnost sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách, u nichž jsou podmínky výkonu činnosti upraveny zákonem o sociálních službách (Malíková, 2011). Základními předpoklady jsou vždy plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost, u které je stanovena nutná úroveň vzdělání s ohledem na jednotlivé druhy činností, společným prvkem je však povinnost dalšího průběžného vzdělávání (Čámský, Sembdner a Krutilová, 2011). Práva a povinnosti definované legislativou, zaměstnavatelem a profesními standardy tvoří institucionální rámec, ve kterém se sociální pracovník pohybuje a který je důležitý, protože pracovník zasahuje do života klientů (Matoušek a kol., 2013b).

V rámci pracovní činnosti je potřeba sladovat různorodé pohledy, vyrovnat se s nejednoznačností, respektovat nežádoucí či protichůdné, což staví pracovníky před

obtížné rozhodování a před dilemata, tedy nutnou volbu mezi dvěma, z pohledu pracovníka neslučitelnými možnostmi, které lze rozlišit na zjevná a latentní, tedy skrytá, ale stále přítomná. Mezi všední dilemata, se kterými se pracovníci ve své každodenní praxi nejčastěji potýkají, patří volba mezi komplexními a zjednodušenými cíli, volba mezi množstvím klientů a kvalitou poskytovaných služeb, volba mezi rovnocenným přístupem ke všem klientům a upřednostňováním některých z nich, volba mezi jednostranností a symetrií ve vztazích s klienty, volba mezi procedurálním a situačním přístupem k problémům klienta, volba mezi poskytováním materiální a nemateriální pomoci, volba mezi snahou zasáhnout včas a obavou z unáhleného zásahu (Musil, 2004). Kompetentní sociální pracovník je z pohledu Havrdové (1999) ten, kdo je vybaven pravomocí vykonávat sociální práci jako absolvent odborného vzdělání a člen organizace a kdo je schopen ve svém povolání jednat v souladu s uznávanou profesionální rolí. Mezi praktické kompetence, které vyjadřují souhrn toho, co a jak sociální pracovník koná při práci s klienty, patří schopnost rozvíjet účinnou komunikaci, orientovat se a plánovat postup, podporovat a pomáhat k soběstačnosti, zasahovat a poskytovat služby, přispívat k práci organizace a odborně růst.

Model poskytování péče nesoběstačným členům rodiny, vysvětluje Dvořáčková (2012b), se v české společnosti opírá o tradiční pojetí, které počítá s primární odpovědností rodiny za zajištění potřeb svých členů, přičemž formální poskytovatelé sociálních služeb přebírají odpovědnost až v situaci, kdy neformální poskytovatelé chybí či péči nezvládají. Při výběru druhu sociální služby záleží vždy na míře soběstačnosti člověka, tedy schopnosti člověka se o sebe postarat, tudíž v situaci, kdy míra soběstačnosti nedovoluje seniorovi nadále setrvávat v domácím prostředí ani za pomoci rodiny a terénních sociálních služeb, je třeba uvažovat o pobytových (rezidenčních) zařízeních sociálních služeb (Holmerová a kol., 2014).

Zákon o sociálních službách předkládá konkrétní výčet zařízení, které se zřizují pro poskytování sociálních služeb, spolu s vymezením základních činností – na seniory se zaměřují především centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem a v neposlední řadě též domovy pro seniory (Hrozenská a Dvořáčková, 2013), které jsou typickým pobytovým



zařízením pro seniory a ve kterých se poskytují pobytové služby osobám se sníženou soběstačností především z důvodu věku a nacházejícím se v situaci vyžadující pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby, s důrazem kladeným na individuální potřeby jedince a dodržování lidských práv (Dvořáčková, 2012b). Smysl sociální práce se seniory spočívá v pomoci starému člověku dostat se ven z bludného kruhu nezvládnání, ve kterém se ocitá díky bariérám v různých oblastech života při naplňování svých potřeb - neschopnost v jedné oblasti může vyvolat neschopnost v jiné oblasti a tak se rozvíjí spirála neschopnosti nebo naučená neschopnost (Matoušek, Kolářková a Kodymová, 2010).

Mühlpachr (2006) se domnívá, že sociální práce v rámci péče o seniory směřuje k včasné preventivní pomoci a ke specifickým životním situacím, sociální situace seniora daná věkem, ze které musí sociální pracovník vycházet, může být charakterizována prohlubující se nesoběstačností způsobující závislost na pomoci druhé osoby, úbytkem fyzických a psychických sil zapříčiňující zranitelnost, a trvalou poruchou rovnováhy všech složek osobnosti způsobující případnou dezintegraci a maladaptaci. Dodává, že individuální práci se seniorem je nutno zaměřit na posilování jeho samostatnosti a povzbuzování jeho aktivit, sociální pracovník vyjma poskytování sociálního poradenství pomáhá řešit mezigenerační problémy vyplývající z neschopnosti členů rodiny vhodně komunikovat s měnící se osobností starého člověka. Důležitým úkolem sociálního pracovníka v domově pro seniory je získat rovnocenné postavení v týmu, uplatňovat důsledně sociální hledisko při všech probíhajících změnách a udržovat rovnováhu mezi zdravotní a sociální péčí o seniory (Matoušek, Kolářková a Kodymová, 2010).

Bezplatné sociální poradenství pro každého, zachování lidské důstojnosti a respekt k lidským a občanským právům a oprávněným zájmům, individuální přístup, aktivizace k samostatnosti, podpora při zakotvení v přirozeném sociálním prostředí, rovnoprávnost a dobrovolnost patří mezi základní zásady zákona o sociálních službách a zároveň tvoří jistý základ pro standardy kvality sociálních služeb, které jsou jedním z nových institutů tohoto zákona (Čámský, Sembdner a Krutilová, 2011). Standardy kvality sociálních služeb se vztahují na všechny druhy sociálních služeb a popisují, jak má vypadat

kvalitní sociální služba, ale vzhledem k rozmanitosti těchto služeb jsou standardy formulovány obecně, proto je pro rozvoj kvality důležité definování dalších kritérií samotným poskytovatelem, který je vytváří s ohledem na vlatní podmínky a cílovou skupinu (Malík Holasová, 2014).

Hlavním smyslem standardů je zajištění takové úrovně poskytování služby, která by respektovala a chránila práva těch, kteří službu přijímají, i těch, kteří ji poskytují. Standardy lze rozdělit do třech okruhů a to na procedurální standardy, které řeší oblast procesní, tedy vztahy mezi uživatelem a poskytovatelem, na personální standardy, které se věnují personálnímu zajištění sociální služby, a na provozní standardy, které definují podmínky pro poskytování sociální služby (Holczerová a Dvořáčková, 2013). Procedurální standardy jsou nejdůležitější, neboť stanovují, jak má poskytování služby vypadat, jak službu přizpůsobit individuálním potřebám každého uživatele, věnují se možným úskalím při jednání se zájemcem o službu, procesu uzavírání smluvního vztahu, ochraně práv uživatelů služeb a vytváření ochranných mechanismů (Kolektiv autorů, 2002).

## **1.5 Individuální plánování průběhu sociální služby**

Mezi povinnosti poskytovatelů sociálních služeb, které jmenovitě ukládá zákon o sociálních službách, patří individuální plánování průběhu sociální služby prováděné za aktivní účasti uživatele, sledující jeho osobní cíl a odrážející citlivě změny v jeho sociální situaci (Čámský, Sembdner a Krutilová, 2011). Individuální plánování nelze vnímat osamoceně, nýbrž v kontextu celého zákona a celé služby, neboť je úzce spjato s ostatními standardy kvality sociálních služeb. V širším slova smyslu lze plánování služby chápat jako každodenní kontakt s klienty v celkovém kontextu poskytování služby, v užším slova smyslu je plánování služby ohraničený prostor, ve kterém jsou v kontaktu klíčový pracovník a klient s cílem vytvořit individuální plán - hlavní podstatou plánování služby je tedy lidské setkání a otevřený dialog (Kolektiv autorů, 2011).

Individuální plánování průběhu sociální služby, tedy standard č. 5 a jeho kritéria vymezuje ve své příloze vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách a která vyžaduje po poskytovateli, aby měl písemně zpracována vnitřní pravidla, metodiku individuálního plánování, podle které v praxi postupuje, aby skutečně plánoval společně s uživatelem průběh poskytování sociální služby, poskytoval ji dle dohodnutých osobních cílů a možností uživatele a společně s ním průběžně vyhodnocoval naplňování jeho osobních cílů, aby měl v procesu individuálního plánování pro každého uživatele určeného klíčového pracovníka, aby měl vytvořený funkční a efektivní systém získávání a předávání potřebných informací mezi pracovníky o průběhu poskytované služby jednotlivým uživatelům (Česko, 2006a). Při pohledu na problematiku individuálního plánování v rámci formování současných sociálních služeb je nutno zmínit historické a oborové zdroje přístupů pro plánování služby, jimiž lze označit především charitativní, medicínskou, pedagogickou a psychologickou tradici a tradici sociální práce (Kolektiv autorů, 2011).

Individuální plánování je záměrný, kontinuální, strukturovaný proces, který je složen z jednotlivých etap - zkoumání situace, tvorba, realizace a vyhodnocení plánu - významných pro poskytovatele i uživatele služby, který se neustále opakuje a v jehož rámci se sblíží představy a ujednává se společný zájem, kterým je změna nepříznivé situace uživatele, tedy cíl spolupráce, a stanovují se kroky k dosažení požadované změny s přihlédnutím k možným rizikům, ziskům a ztrátám spojených s touto změnou. Tento proces lze vnímat jako velmi tvůrčí činnost oproštěnou od formalit, kterých se poskytovatelé často obávají. (Kolektiv autorů, 2008). Poskytovatelé realizují plánování služby pomocí čtyř základních modelů, kterými jsou model zaměřený na dosahování cílů, model zaměřený na dialog, model vycházející ze schémat počítačové podpory a model expertní, mezi nimiž pochopitelně existuje řada přechodných verzí a v praxi mají navíc tyto uplatňované modely širokou škálu použití a odlišností v rovině upřednostňování různých hledisek (Kolektiv autorů, 2011).

Individuální plánování patří, jak uvádí Hauke (2011), mezi nejvýznamnější nástroje zajišťující kvalitu poskytovaných sociálních služeb a jeho cílem je poskytovat službu v co největším zájmu uživatele, přizpůsobit ji jeho specifickým potřebám, požadavkům,

možnostem, schopnostem a osobním cílům, zapojit ho do procesu plánování i výkonu samotné služby. Z toho vyplývá, že individuální plánování je šito na míru konkrétnímu uživateli a realizuje se způsobem, který je mu blízký, rozumí mu a nevyvolává v něm neopodstatněné pochyby o důvodech, smyslu a významu této činnosti, proto je zapotřebí vysvětlit uživateli smysl této činnosti jemu blízkým a srozumitelným způsobem (Čámský, Sembdner a Krutilová, 2011). Vztah pracovníka a uživatele musí být nedirektivní, partnerský, založený na tvořivosti, bezpečí, důvěře a respektu, bez uplatňování moci, a pracovník musí volit takovou metodu plánování služby, která bude pro uživatele bezpečná, nepoškodí ho, ani mu neublíží (Kolektiv autorů, 2011).

Individuální plánování není diagnostika, hodnocení či posuzování uživatele, popis jeho problému či situace, stanovení zdravotně-ošetrovatelských postupů, plánování služby bez účasti uživatele nebo formální vyplňování vyžadovaných tiskopisů (Krutilová, Čámský a Sembdner, 2009), ani ho nelze vnímat pouze jako činnost vedoucí ke zpracování individuálního plánu (i když se to tak ve výsledku může jevit), ale je třeba spatřovat v něm smysluplný proces (Hauke, 2011). Individuální plánování spolu s jeho výsledkem, individuálním plánem, je nutno chápat jako smluvní proces a určitý druh smlouvy vyjadřující vzájemný závazek, porozumění a pochopení následovného procesu, vymezující odpovědnost zúčastněných stran, stávající se výchozím bodem pro vzájemný vztah a spolupráci, vytvářející strukturu a poskytující bezpečí (Kolektiv autorů, 2008). Požadovaný přístup k uživateli lze vyjádřit jako odklon od institucionalizace služby a směřování k individuálnímu člověku, proto je nezbytné hodnotit a znát potřeby uživatelů, zvláště pak u těch znevýhodněných, kteří neumí své potřeby identifikovat nebo vyjádřit (Krutilová, Čámský a Sembdner, 2009).

V rámci procesu individuálního plánování je zcela zásadní jednání se zájemcem o službu, při kterém se zjišťují informace o jeho potřebách, o běžném průběhu jeho dne a o dalších specifikách, jež celému pracovnímu týmu napomáhají lépe ho poznat. Zjištěné informace jsou počátkem plánování a jejich dostatek a následné reagování na potřeby uživatele pak může výrazně ulehčit jeho adaptační proces, díky tomu není uživatel pro pracovníky neznámý, lépe se nachází společná témata a získává se vzájemná důvěra (Chloupková, 2013). Výsledkem jednání je rozhodnutí o poskytování služby na základě

smlouvy, která musí být individualizovaná a konkrétní (Kolektiv autorů, 2011). Uzavřením smlouvy však aktivní role uživatele služby nekončí a musí počítat s tím, že pracovník poskytovatele s ním bude hovořit o jeho osobní a sociální situaci, potřebách a cílech, že se s ním bude domlouvat na formách a způsobech poskytování služby a konkrétních aktivitách za účelem nastavení optimální míry podpory (Straková a Čermáková, 2008). Věnovat uživateli více času při zahájení péče, předat mu důležité informace a poskytnout mu dostatečný časový prostor na zpracování získaných informací, přináší pevný základ pro vytvoření vztahu s ním, navíc znalost a pochopení jeho osobního příběhu může dopomoci k nalezení vhodného způsobu komunikace pro snadnější vzájemnou spolupráci (Klevetová a Dlabalová, 2008). Individuální plánování tedy začíná jednáním se zájemcem o službu, shrnuje Hauke (2011), následuje sepsání smlouvy o poskytování služby a poté pokračuje samotným individuálním plánováním, jehož výsledkem je písemně zpracovaný individuální plán u každého uživatele.

Z pohledu rozmanitosti poskytovaných sociálních služeb mohou být též individuální plány rozmanité a proto není nikde přesně určeno, jak má individuální plánování vypadat a jakým způsobem a formou ho zpracovat, avšak poskytovatel musí být schopen obhájit svou praxi a vhodnost zvolené formy pro uživatele (Čámský, Sembdner a Krutilová, 2011). Například Sušinka (2015) píše o myšlenkových mapách jako o jedné z možných alternativ tvorby individuálního plánu, jenž vychází z dostatečného popisu situace uživatele, osobního profilu. Na myšlenkové mapě je vždy vidět, co je důležité a co ne, lze odhalit spojení mezi klíčovými motivy, mapa se nachází vždy na jedné stránce (nahrazuje vícestránkové formuláře) a má jasnou strukturu, jde o jednoduchý způsob, jak získat přehled o povinnostech a závazcích.

Konkrétní individuální přání klienta je vyjádřeno osobním cílem, vysvětluje Malíková (2011), který vychází z osobních potřeb klienta (a může být zaměřen na výsledek poskytování určité sociální služby nebo na zlepšení stavu klienta), který je významně ovlivněn předchozím životním stylem klienta, jeho návyky a typem osobnosti a velmi úzce souvisí s hodnotovým postojem, celoživotními preferencemi klienta a jeho idejemi, a jenž by chtěl klient během svého pobytu v zařízení spolu s využitím poskytované sociální služby dosáhnout, což by vedlo k jeho vyšší

spokojenosti. Osobní cíl vychází vždy od uživatele a může být zjišťován různými metodami, záleží tedy na dovednostech klíčového pracovníka, zda dokáže poznat soulad formulovaného osobního cíle s veřejným závazkem a v čem může služba napomoci při jeho realizaci, zda a co může rozvíjet a podporovat, v jakých momentech se prolne poslání poskytovatele a osobní cíl uživatele, kde leží oblast možné spolupráce (Kolektiv autorů, 2011).

Stanovení osobního cíle závisí na konkrétní službě, na konkrétní osobě i na situaci, ve které se člověk zrovna nachází a jakou péči, pomoc a míru podpory potřebuje. Cíl lze stanovit krátkodobý či dlouhodobý, každopádně dobře formulovaný cíl musí být realistický, konkrétní, významný pro uživatele, dosažitelný a vyhodnotitelný (Krutilová, Čámský a Sembdner, 2009). Podle Křivohlavého (2006) představuje cíl spíše možnost než skutečnost, neboť jej nemusí být nikdy dosaženo, podstatné ovšem je, že se člověk snaží ho dosáhnout a je to cesta k cíli, nikoliv jeho dosažení, co cíli dává jeho smysl a smysluplnost. Cíl spolupráce, jenž lépe vyjadřuje partnerské postavení poskytovatele a uživatele služeb, je dosaženou rovnováhou mezi možnostmi a cíli organizace a uživatele, přitom vychází z potřeb uživatele, vyjadřuje požadovanou a možnou změnu nepříznivé situace dosahovanou spolupůsobením uživatele a poskytovatele služeb, která je prospěšná uživateli a odpovídá jeho přáním, potřebám a hodnotám. (Kolektiv autorů, 2008). Křivohlavý (2013) vysvětluje, že přijetí cíle musí být spojeno s rozhodnutím něco pro jeho dosažení dělat, tedy se snahou o jeho dosažení, která vede k pochopení překážek jako výzev a dodává odvalu k tvořivému řešení daných úkolů. Poté se v životě člověka, kterému se toto daří, objevuje harmonie myšlenek, citů a snah.

Klíčový pracovník je zaměstnancem poskytovatele určený konkrétnímu uživateli v rámci procesu individuálního plánování, ideálně pracovník přímé péče, jenž je s uživatelem v přímém denním kontaktu a který by měl být vybaven pro výkon své činnosti potřebnými schopnostmi a dovednostmi především v oblasti komunikace a týmové spolupráce (Kolektiv autorů, 2011). Klíčového pracovníka definuje také Haškovcová (2012) a sice jako pracovníka v sociálních službách, který s uživatelem vypracovává individuální plán a je zodpovědný za jeho plnění i případnou modifikaci, a dále dodává, že každý senior (popř. i jeho rodina), který je uživatelem sociálních služeb,

by měl znát jméno svého klíčového pracovníka proto, aby se na něho mohl obrátit v případě potřeby změny svého individuálního plánu.

Mezi povinnosti klíčového pracovníka patří mimo jiné umění vést rozhovor s uživatelem a vytvořit individuální plán, vyvstává však otázka, zda je pracovník reálně schopen tvořit plán dle potřeb uživatele nebo zda jde jen o formální záležitost. Nemá-li být plán jen zbytečnou formalitou a péče a podpora má být poskytována na profesionální úrovni, musí se poskytovatelé zaměřit na snížení počtu uživatelů na jednoho klíčového pracovníka a na jeho průběžné vzdělávání s potřebným zaměřením (Dvořáčková, 2012a). Klíčový pracovník v rámci své činnosti pomáhá uživateli s formulováním potřeb, osobních cílů a priorit, podporuje uživatele k využití jeho vlastních vnitřních zdrojů pro naplnění potřeb a dosažení cílů, projednává s uživatelem poskytování služby, podpory a péče, zjišťuje spokojenost, ověřuje potřebnost dojednané podpory a případně domlouvá jiná řešení, klíčový pracovník neřídí tým, ale koordinuje a podporuje klima týmové spolupráce. Mezi jeho případná profesní pochybení patří manipulace, nepřijetí uživatele, devalvace jeho potřeb, poučování a moralizování, nerespektování soukromí, nálepkování, obcházení, infantilizace, mocenská pozice, zachraňování, vytváření vztahu závislosti (Kolektiv autorů, 2011).

Metodou práce v procesu individuálního plánování je analýza dokumentace, pozorování a rozhovor přinášející informace o názorech, postojích, přáních a obavách uživatele a o jeho vnitřním životě (Hauke, 2011). S komunikujícím uživatelem je tedy základní metodou plánování služby rozhovor, který uskutečňuje klíčový pracovník s uživatelem po předchozí vzájemné domluvě v prostředí, které uživateli zajistí klid a bezpečí. Brání-li v rozhovoru potíže uživatele v percepční nebo expresivní složce řeči, používá pracovník v rozhovoru prostředků alternativní či augmentativní komunikace. U nekomunikujícího uživatele si prostřednictvím různých metod či technik (např. intuitivní či racionální přístup, rozhovor s referujícími osobami, studium dokumentace) vytváří pracovník o potřebách uživatele hypotézy, jež následně posuzuje, ověřuje a doplňuje sdílením v pracovním týmu. V praxi pro zjišťování potřeb uživatele používá pracovník vlastní kombinace metod a přístupů a jejich varianty, které vycházejí z osobnosti a kompetencí pracovníka – např. pozorování uživatele v reálné situaci,

empatická fantazie, modelový rozhovor pracovník versus pracovník empatik, imaginativní rozhovor, analýza uspokojení potřeb, rozhovor s referujícími osobami a studium dokumentace (Kolektiv autorů, 2011).

V rámci individuálního plánování se hovoří o zásadě poskytovat uživatelům především podporu, která je považována za aktivní prvek v zajišťování péče, kdy je uživateli poskytována pouze nezbytná pomoc v oblastech, které skutečně nezvládá, namísto poskytování péče, která je vnímána jako pasivní přijímání jednotlivých úkonů uživatelem, kdy za něj vykonává dohodnuté úkony pracovník. Pracovník v tomto procesu vede uživatele k vědomí vlastní odpovědnosti a k větší aktivizaci a oddaluje tím jeho rostoucí závislost na druhých, avšak záleží na tom, jak pojmy péče a podpora pracovník vnímá a jaký vztah má k uživateli – vyhodnotí-li pracovník správně míru nutné podpory, nemůže docházet k přepečování ani k zanedbávání – poskytování optimální podpory je vždy výsledkem vyváženosti mezi projevením zájmu o člověka a ponecháním svobody člověku (Hauke, 2011). Individuální plánování, jehož zavedení efektivním a hodnotným způsobem je pro organizaci náročný a dlouhodobý proces, přináší do organizace systém pravidel a metodik, stává se významným nástrojem kontroly uvnitř organizace, přispívá ke smysluplnosti, účinnosti a efektivitě služby, směřuje k aktivizaci uživatelů, motivuje je a posiluje jejich rozvoj, vede ke snižování jejich závislosti na službě a k jejich maximálnímu zapojení do běžného života, hledá a nastavuje hranice mezi pracovníky a uživateli (a jejich rodinnými příslušníky), pracovníky a managementem, pracovníky navzájem, organizací a veřejností (Kolektiv autorů, 2011).

Největším úskalím v procesu individuálního plánování je jeho formalizace jako výsledek úsilí vyhovět požadavkům legislativy, zřizovatelů a inspektorů, bez snahy využít je ve prospěch uživatelů a pro rozvoj organizace. Tvorbou formálních a tím pádem zbytečných plánů dochází k plýtvání energie a finančních prostředků k tomu vynaložených, které mohou být použity efektivněji, a proto je nutno této formalizaci předcházet či zabránit (Kolektiv autorů, 2008). Mezi nejčastější nedostatky zjištěné inspekcemi v procesu individuálního plánování patří to, že poskytovatel nemá písemně danou metodiku nebo neposkytuje pracovníkům dostatečný návod, jak postupovat, že



poskytovatel neplánuje společně s uživatelem, že plán neobsahuje některé potřebné náležitosti, existuje v písemné podobě, ale nerealizuje se v praxi, forma jeho záznamu má nedostatečnou výpovědní hodnotu, nevychází z aktuálních potřeb uživatele nebo nereaguje na změny, že v pracovním týmu nefunguje sdílení a předávání informací, že osobní cíle uživatele jsou stanoveny pouze formálně a nejdou vstříc jeho reálným potřebám a situaci, že poskytovatelem není určen pro každého uživatele klíčový pracovník, že systém plánování služby je formální či byrokratický nebo že se v rámci tohoto procesu neuplatňují hlavní zásady zákona o sociálních službách (Kolektiv autorů, 2011).

Celé individuální plánování, shrnuje Hauke (2011), je v zásadě o respektu k jedinečnosti každého člověka a způsobu vedení rozhovoru mající svůj řád a pravidla, jež musí pracovník dodržovat, jinak jde jen o obyčejné povídání si bez cíle, které neřeší problémy uživatele ani profesionální rovinu poskytování služby. Možné postoje a přístupy k zákonné povinnosti individuálně plánovat průběh sociální služby lze zrekapitulovat tak, že poskytovatel může tuto povinnost při své činnosti nerespektovat a riskovat tím pokutu v rámci správního deliktu, případně až odnětí registrace, nebo tuto povinnost naplňovat pouze formálně, plánovat jen zdánlivě či z vnějšího donucení, bez víry ve smysl a přínos plánování, anebo v ideálním případě naplňovat tuto povinnost tvořivým způsobem, provázat požadavky legislativy s vlastní praxí a hledat způsoby, jakými by plánování bylo užitečné pro všechny zúčastněné, tedy ujmout se vlastní odpovědnosti za tento proces (Individuální plánování v sociálních službách, 2016).

## **1.6 Komunikace a etické aspekty v procesu pomáhání**

V procesu individuálního plánování v pobytovém sociálním zařízení a jeho úspěšném fungování nabývá činnost pracovníků nových rozměrů v přístupu ke klientům i v rámci celého pracovního týmu, vysvětluje Malíková (2011), což znamená nový způsob komunikace a spolupráce všech pracovníků – nepřetržitá komunikace, vzájemná konzultace, podpora a pomoc, souvislé předávání a výměna informací, postřehů,

zkušeností a výsledků pozorování, dodržování jednotného přístupu ke klientům a volba vhodných technik při komunikaci s nimi. Komunikace je specifickou formou spojení mezi lidmi prostřednictvím předávání a přijímání významů, a podle charakteru prostředků a způsobu zprostředkování se rozlišuje komunikace verbální a neverbální, obě lze dále dělit na záměrnou a nezáměrnou (Vybíral, 2000). Verbální složka komunikace, dodává Hauke (2014), je vnímána příjemcem sdělení jen asi z 10 %, z čehož vyplývá, že více než na slovech záleží na formě podání, na souladu verbální a neverbální složky komunikace, tedy zda je informace předávána věrohodně.

V interakci s druhými lidmi, kteří mají s komunikací potíže a snižuje se tudíž schopnost vzájemného porozumění, uvádí Mlýnková (2011), si člověk uvědomuje překážky, které ho obklopují a brání srozumitelné komunikaci, tyto komunikační bariéry mohou být na straně klienta, pracovníka nebo v prostředí. Ve vzájemném vztahu pracovníka a seniora může docházet ke zkreslení, nesprávné interpretaci a rozdílné obsahové analýze sdělení, nemělo by však docházet k situaci, kdy je přesvědčovací technika vnímána jako nátlaková, manipulativní a není zacílena na rovnoměrné uspokojení potřeb všech zainteresovaných osob, vysvětluje Pokorná (2010) a pokračuje, že z pohledu prevence manipulativní komunikace a jejích negativních dopadů je nezbytností komplexní, důkladné a osobité poznání seniora a efektivní zpětná vazba, což vede k podpoře účinné komunikace a vzájemnému porozumění. Komunikace z pohledu sociálních služeb vyžaduje podle Hauke (2014) nedirektivní, partnerský a rovnocenný přístup, musí být za všech okolností otevřená, pravdivá, transparentní a musí vytvářet bezpečné prostředí pro obě strany. Jankovský (2003) k tomu ještě dodává, že komunikace je pro lidský život důležitější, než je člověk schopen si uvědomit, a přestane-li komunikovat, jde většinou z jeho strany o zřetelný projev rezignace.

Rozhovor je převážně verbální komunikace mezi střídavě mluvícími a naslouchajícími lidmi, probíhající v určité předmětné a sociální situaci, při němž vystupuje v různé míře i neverbální stránka komunikace. Rozhovor může mít podobu doprovodného dorozumívání při jiné činnosti, může být konverzací mající ráz navazování kontaktu, žertování, odreagování, nebo může mít charakter společné soustředěné komunikace směřující k dosažení určitého cíle, tedy dialogu (Výrost a

Slaměník, 2008). Důležitou součástí rozhovoru je rozdělení aktivní a pasivní role, přičemž je zřejmé, že čím více prostoru pro sebe vezme pracovník, tím méně ho zbude na klienta a naopak, každopádně výsledná podoba rozhovoru je vždy společným dílem obou, zmiňuje se Kopřiva (2013) a dále vysvětluje, že je důležité, aby byl pracovník i při rozhovoru schopen sebereflexe, neboť pro klienta může být rozhovor neuspokojivý, cítí-li, že pracovník mu něco vnucuje nebo mu něco důležitého neposkytuje a obě tyto tendence ústí v problém tehdy, když se dějí déle a neuvědoměle.

Člověk se ve stáří více zaměřuje na sebe a na uspokojování vlastních potřeb, aby zvládnul náročné úkoly tohoto období, a právě nenaplnění potřeb vede k frustraci, zklamání a mnohdy ke vzniku problémového chování, které ovšem nelze zcela jasně vymezit (Hauke, 2014). Vyhodnocování problémového chování je podle Jůna (2010) výrazně ovlivněno postojem hodnotícího pracovníka, neboť chování personálu vůči klientům i samotné chování klientů je často přímo ovlivněno postojem personálu ke své práci a ke klientům, personál v přímé péči v zásadě určuje, zda se klient chová či nechová problémově, ačkoli neexistuje žádné univerzální a za všech okolností platící problémové chování. Předcházet vzniku konfliktů a problémového chování, doplňuje Hauke (2014), lze rozlišováním pomoci (nabízení spolupráce) a kontroly (přebírání starostí), což pracovníkovi pomáhá i při řešení klientova problému a umožňuje mu specifikovat dovednosti a postupy použitelné v konkrétním případě.

Z tohoto pohledu je užitečné mít na paměti princip držitele problému, o němž hovoří Úlehla (2009) a ve kterém obecně platí, že ten, kdo tvrdí, že má problém, ho má také řešit - říká-li pracovník, že má problém, je držitelem problému pracovník a pracuje v poli kontroly, uplatňuje svou moc a rozhoduje za klienta, co je pro něj nejlepší, naopak říká-li klient, že má problém, pak je držitelem problému klient a pracovník se pohybuje v poli pomoci, nabízí a dojednává spolupráci a podporu s tím, že klient je kompetentní v rozhodování. Hauke (2014) k tomu dodává, že ke zneužívání moci dochází v okamžiku, kdy pracovník bez vážných důvodů přebírá kontrolu nad klientem místo toho, aby se pohyboval v rovině nabízení spolupráce.

Situace, kdy pomáhající má moc a klient je bezmocný, může leckomu na obou stranách vyhovovat, tvrdí Géringová (2011), ovšem zkušenosti hovoří o možném

zneužití na jedné straně a nízké efektivitě pomoci na straně druhé, neboť tam, kde je moc, existuje také bezmoc, která je spojená se strachem. Moc je významnou součástí vztahu mezi pracovníkem a klientem a lze ji v podstatě rozlišit na reálnou (institucionálně přidělenou) a pociťovanou, uvádí Kopřiva (2013), klientova bezmoc pramení do určité míry již z toho, že něco potřebuje, pracovník získává moc do určité míry již tím, že pomáhá. Neuvědomované použití moci při komunikaci s klientem, pokračuje Géringová (2011), lze rozpoznat z nejmenších neverbálních projevů jako je pohled, tón hlasu, vzájemné postavení komunikujících, ale též klient často nevědomky posiluje svou bezmoc díky své pasivitě a neochotě k vlastní angažovanosti.

Všichni lidé činní v pomáhajících profesích jsou v psychologickém pozadí svého konání rozpolcení. Vůči okolí a před vlastním svědomím je hlavním motivem konání sociálního pracovníka ochota pomáhat, avšak v temné hloubi duše se přitom utváří opak, tedy potěšení spojené s touhou vládnout a zbavit klienta moci. Motiv puzení k moci se objevuje právě ve chvíli, kdy pracovník musí jednat proti vůli klienta, a proto je pro něj problém mocenského stínu zásadně důležitý, neboť čím více klame sám sebe, že jedná pouze na základě čistých motivů, tím více získává mocenský stín navrch a může ho nutit k velmi sporným rozhodnutím. K tomu je nutno dodat, že stín může být pouze tam, kde je světlo (Guggenbühl-Craig, 2010). Ve vztahu pracovníka ke klientovi hrají důležitou roli etické aspekty, kterými jsou respektování heterogenity seniorské populace, individualizace péče a autonomie klienta. Je zřejmé, že práce se seniory je pro pomáhající obzvlášť náročná z hlediska etiky, neboť klade vysoké nároky na trpělivost, pochopení, empatii, vynalézavost a profesionální zdatnost, vyžaduje partnerský, nepaternalistický přístup v rámci spolupráce s klientem a získání jeho důvěry, což je možné, jen pokud je vzájemný vztah založen na úctě (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011).

Na jedné straně před lidmi vyvstává závažný etický imperativ, že ne všechno, co člověk může, také smí, na straně druhé se intenzivně prosazují liberální hodnoty (osobní svoboda a individuální autonomie), což přirozeně vede ke složitým situacím, kdy je nutno zaujímat odpovědné postoje v rámci výkonu pomáhajících profesí (Jankovský, 2003), v nichž hraje etika nesmírně důležitou roli, neboť pracovník je s pomáháním

osobně a neodlučně spjat, nemůže odložit své prožívání a přitom se neustále rozhoduje a nutně volí mezi určitými možnostmi (Úlehla, 2009), zásadní roli zde hraje kromě odbornosti též lidský vztah mezi pracovníkem a klientem, hlavním nástrojem pracovníka je pak jeho vlastní osobnost (Kopřiva, 2013), která má velký vliv na kvalitu jeho práce a míra jejího zapojení do vztahu s klientem může přinést mimo jiné pocit naplnění a uspokojení z práce, ale naproti tomu také třeba pocit vyhoření (Géringová, 2011).

Pracovník zaměřený na řešení problémů a pomoc druhým, nemusí zvládat život ke své spokojenosti, naopak, neustálé zabývání se nepříjemnými událostmi ho vyčerpávají a ubíjí. Když si navíc nevšimá hezkého a milého kolem, pozitivní emoce a příjemné pocity v každodenním chvatu přeznačí na normální, převažuje náhle únava, slabost a beznaděj. Dlouhodobá nevyváženost mezi dáváním a bráním vede k pocitům vyčerpání, nezájmu, cynismu, které mohou vyústit v profesním i osobním životě do podoby syndromu vyhoření. Ovšem energii lze získávat i v proudu běžných dní, jde v zásadě o to, nezapomínat v každodennosti bytí na tři kontrolky šťastného života – co se povedlo, co člověka baví a na co se těší – vytrácí-li se, mizí i spokojenost, objevuje se rozmrzelost a další nepříjemné stavy a život šedne povinnostmi (Hájek, 2007).

## 2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

### 2.1 Cíl práce

V teoretické části této práce je prostor věnován procesu stárnutí, fenoménu stáří spolu se změnami, jež přináší, lidským potřebám a kvalitě života v této poslední životní etapě člověka, a hlavně tématu individuálního plánování průběhu sociální služby v kontextu sociálních služeb a sociální práce společně s rolí sociálního pracovníka a se zmínkou o komunikaci a etických aspektech v procesu pomáhání.

Praktická část této práce zaměřuje svou pozornost na srovnání výše zmíněných teoretických východisek s výsledky výzkumného šetření, tedy se zjištěním, jak vnímají sociální pracovníci a pracovníce, kteří pracují v zařízeních sociálních služeb poskytujících pobytovou sociální službu domovy pro seniory v rámci Kraje Vysočina, proces individuálního plánování průběhu sociální služby - zda tento proces z hlediska realizace poskytování sociální služby v organizaci, v níž pracují, vnímají jako formalitu nebo jako pomoc.

Cílem této bakalářské práce je tedy reflektovat přístupy sociálních pracovníků a pracovníc při konstrukci a využití individuálních plánů uživatelů služby v domovech pro seniory v Kraji Vysočina.

### 2.2 Výzkumné otázky

V návaznosti na výše popsaný cíl práce byly stanoveny tyto dvě hlavní výzkumné otázky:

- *Jak vnímají sociální pracovníci a pracovníce individuální plánování?*
- *Jakým způsobem je individuální plánování realizováno a naplňováno?*

Dále bylo zformulováno sedm následujících dílčích výzkumných otázek, jež tvořily určitý základní soubor tématických okruhů a současně jistou osnovu pro rozhovory s jednotlivými komunikačními partnery či partnerkami:

- (1) *Co pro Vás znamená pojem individuální plánování průběhu sociální služby?*
- (2) *Jakým způsobem vzniká ve Vaší organizaci individuální plán a jakou má formu?*
- (3) *Jakým způsobem plánujete, realizujete a revidujete individuální plán a jakým způsobem vedete záznamy o průběhu služby?*
- (4) *Jakým způsobem je ve Vaší organizaci koordinována práce klíčových pracovníků a celý průběh individuálního plánování?*
- (5) *Jakým způsobem dochází ve Vaší organizaci v rámci individuálního plánování k předávání potřebných informací mezi jednotlivými pracovníky?*
- (6) *V čem (z Vašeho pohledu) vidíte přínos individuálního plánování pro organizaci a pro uživatele?*
- (7) *S jakými těžkostmi se (z Vašeho pohledu) v rámci procesu individuálního plánování setkáváte?*

## 3 METODIKA

### 3.1 Použité metody a techniky

Vzhledem k popsanému výzkumnému cíli a možnostem jeho dosažení byla k realizaci výzkumu zvolena a použita kvalitativní výzkumná strategie. Tato volba zároveň vycházela z níže uvedených teoretických poznatků. Kvalitativní výzkum definuje Disman (2002) jako šetření nenumerické povahy a výklad sociální reality, jehož cílem je odhalení významu podkládaného sdělovaným informacím a porozumění vyžadující vhléd do daného problému v maximální možné míře. Výzkumník v rámci kvalitativní výzkumné strategie, doplňuje Hendl (2005), vybírá na začátku výzkumu téma a stanovuje základní výzkumné otázky, které může během sběru a analýzy dat, tedy v průběhu výzkumu uzpůsobovat nebo doplňovat, díky čemuž je kvalitativní výzkum považován za pružný typ výzkumu. Kvalitativní výzkum používá induktivní formu usuzování, podrobné studium jednotlivých případů, rozličné formy rozhovorů a pozorování, je zaměřen na provádění průzkumů a probíhá především v přirozeném sociálním prostředí.

Výzkumný proces dle Dismana (2002) začíná pozorováním a sbíráním dat, potom se hledají struktury a pravidelnosti vyskytující se v těchto datech a význam těchto dat, formulují se předběžné závěry a výsledkem mohou být nově vytvořené hypotézy či nová teorie. Mezi základní typy sběru dat v kvalitativním výzkumu, jak uvádí Hendl (2005), patří dotazování, pozorování a sběr dokumentů. Volba metody pro sběr dat závisí na požadovaném typu informace, od koho a za jakých okolností je získávána, řídí se výzkumným problémem a je též ovlivňována možnostmi výzkumníka. Důležitým prostředkem pro získávání dat v kvalitativním výzkumu jsou různé typy rozhovorů patřící mezi techniky kvalitativního dotazování. Pokud je středem zájmu to, co si člověk myslí, jak pociťuje a vnímá určitou problematiku, je vhodné použít interview, dotazník nebo postojové škály.



Termínem interview je podle Miovského (2006) označován moderovaný rozhovor, který je prováděn s určitým cílem obvykle s jednou nebo až s třemi osobami a který lze podle míry strukturace rozlišit na strukturovaný, nestrukturovaný a polostrukturovaný, který je nejrozšířenějším přístupem právě pro svoji schopnost řešit mnoho nevýhod plynoucích ze zbylých dvou druhů, ale který vyžaduje náročnější technickou přípravu. Jak uvádí Hendl (2005), vedení kvalitativního rozhovoru vyžaduje určité sociální dovednosti, citlivost, soustředění, mezilidské porozumění a disciplínu, je třeba stanovit obsah otázek, jejich formu i pořadí, uvážit případnou délku rozhovoru, věnovat dostatečnou pozornost jeho začátku i konci. U polostrukturovaného interview, vysvětluje Miovský (2006), je definováno minimum otázek či témat, které je nutno probrat, tzv. jádro interview, díky němuž vzniká jistota, že přijdou na řadu opravdu všechna témata, efektivně se využije čas určený k rozhovoru a udrží se jeho zaměření. Při jednotlivých rozhovorech se podle situace může lišit pořadí a způsob formulace otázek, rovněž vyvstává a je kladeno mnoho dalších doplňujících otázek, jimiž tazatel smysluplně rozpracovává oblast dané problematiky.

Z výše zmíněných teoretických východisek byla pro sběr dat v rámci této práce zvolena metoda kvalitativního dotazování a použita technika polostrukturovaného rozhovoru (interview). Po stanovení hlavních výzkumných otázek bylo dalším krokem zformulování dílčích výzkumných otázek, jež jsou v konkrétní podobě uvedeny v předchozí kapitole a které tvořily jádro interview. Při jejich konstrukci se přihlíželo k tomu, aby tyto otázky byly pro dotazované svým obsahem co nejméně návodné a nebyly tedy sugestivního charakteru. Cílem rozhovorů bylo získat od účastníků výzkumu jejich subjektivní názory a osobní zkušenosti vztahující se k výzkumnému záměru, zjistit, jak vnímají danou problematiku. V průběhu jednotlivých rozhovorů se podle aktuální situace a vývoje daného rozhovoru měnilo pořadí otázek, docházelo k nepatrným rozdílům v jejich znění a způsobu pokládání a současně v rámci všech rozhovorů byly pokládány též různé doplňující otázky související s výzkumným cílem a směřující k upřesnění a vysvětlení odpovědí dotazovaných a k ověření správného porozumění odpovědím z pohledu tazatele. Z hlediska tohoto výzkumu tedy nešlo ani tolik o popisování a zkoumání konkrétních postupů, popřípadě sledování plnění

legislativních požadavků, jako spíše o postoj sociálních pracovníků a pracovnic k celému procesu individuálního plánování a jejich pohled na tuto činnost v kontextu života klienta v zařízení i fungování celé organizace.

Pro účast na tomto výzkumu byli telefonicky osloveni sociální pracovníci a pracovnice, kteří svou profesi vykonávají v zařízeních sociálních služeb poskytujících pobytové sociální služby domovy pro seniory v rámci Kraje Vysočina. Ještě před tímto prvním telefonickým kontaktem s respondenty byly stejnou formou osloveni i ředitelé a ředitelky vybraných příspěvkových organizací s žádostí o spolupráci zahrnující též popis výzkumného záměru a s žádostí o svolení provést rozhovory na dané téma se sociálními pracovníky a pracovnicemi jimi řízených organizací s možností uskutečnit rozhovory v prostorách těchto organizací. Všichni oslovení (management i sociální pracovníce) byli velice vstřícní a souhlasili (každý z pohledu své role) s účastí na tomto výzkumu a v rámci něho i s poskytnutím rozhovoru za daných podmínek, o kterých byli předem informováni. Hlavním prostředkem pro získání dat v kvalitativním výzkumu, podotýká Hendl (2005), je sám výzkumník. Disman (2002) k tomu dodává, že v kvalitativním výzkumu se vytrácí hranice mezi rolí výzkumníka a účastníka výzkumu a oba se stávají rovnocennými partnery. I tento důležitý aspekt byl v rámci rozhovorů zohledněn.

Každý účastník výzkumu byl před zahájením interview seznámen s tématem této bakalářské práce, s tématickými okruhy vztahujícími se k dílčím výzkumným otázkám, s průběhem a okolnostmi výzkumu, s předpokládanou délkou interview a s tím, že rozhovory budou nahrávány a jakým způsobem bude dále nakládáno se získanými informacemi, jež budou sloužit pouze pro zmíněnou výzkumnou práci, byl ujistěn o dodržování anonymity v rámci výzkumu i celé bakalářské práce a současně o zachování mlčenlivosti před nadřízenými účastníky výzkumu. Rozhovory probíhaly postupně s jednotlivými účastníky výzkumu v období od září do listopadu 2015 v předem domluvených termínech, trvaly v rozmezí 30 - 50 minut a konaly se v pro ně známém a příjemném prostředí a ve vhodné denní dobu dle jejich vlastního uvážení – ve všech případech v kanceláři respondenta v jednotlivých příspěvkových organizacích a

v odpoledních hodinách tak, aby nedocházelo k výraznému narušování průběhu interview a pracovní činnosti dotazovaných.

V rámci metod zpracování kvalitativních dat hovoří Miovský (2006) o širokém spektru možností, jakým způsobem kvalitativní data fixovat (zaznamenat) a získaný záznam poté uchovat pro další práci a jako nejčastěji používanou metodu fixace kvalitativních dat zmiňuje audiozáznam, jehož nepochybnou výhodou je komplexnost záznamu a jeho autentičnost, a proto byla tato metoda použita i pro tento výzkum. Průběh rozhovorů byl zaznamenáván pomocí diktafonu a audiozáznamy byly následně prepisovány pomocí textového editoru do elektronické podoby textu, byla provedena systematizace dat, tedy třídění dat podle určitých kritérií (podle respondentů a dílčích výzkumných otázek) a úprava dat (redukce a pročištění) tak, aby bylo následně možné získaná data analyzovat.

Pro další fázi výzkumného procesu, tedy analýzu dat, byla jako nejvhodnější z rozličných strategií analýzy kvalitativních dat zvolena metoda vytváření trsů právě pro svoji dobrou uchopitelnost z hlediska daného tématu. Tato metoda je podle Miovského (2006) založena na srovnání a sdružování určitých výroků dle jistého rozlišení (spojeného např. s určitými opakujícími se rysy či charakteristickým uspořádáním) do skupin (trsů), které vznikají na základě vzájemného překryvu (podobnosti) mezi danými jednotkami, díky čemuž vznikají obecnější kategorie. Společným znakem trsu může být prostorový, časový, personální nebo také tematický překryv, při kterém se vyhledávají ve výrociích osob všechny pasáže týkající se jednoho úzce ohraničeného tématu.

Za pomoci této metody byla nashromážděná vyjádření komunikačních partnerek porovnána, roztríděna a seskupena do trsů na základě shody či podobnosti z hlediska tematického překryvu. Prvotní kategorizace výroků v rámci analýzy dat byla provedena dle jednotlivých dílčích výzkumných otázek a ke každé z nich, jakožto konkrétnímu tematickému okruhu, byla vytvořena tabulka. Tyto tabulky posloužily k přehlednějšímu zpracování získaných dat, neboť výroky a postoje dotazovaných vztahující se k danému tematickému okruhu byly uspořádány do určitých významových kategorií a tyto vzniklé trsy byly následně zaneseny do tabulky a tvořily tak další stupeň kategorizace výroků. Z nashromážděných výroků uskupených do jednotlivých trsů postupně vzešly určité

kategorie a podkategorie zastupující rozličná hlediska postojů k úzce ohraničenému tématu, na základě kterých se bylo možno dobrat k obecnějším tvrzením a tím i k zodpovězení hlavních výzkumných otázek.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

V souvislosti s výzkumným záměrem tvořili základní výzkumný soubor sociální pracovníci a pracovnice, kteří svou profesi vykonávají v zařízeních sociálních služeb poskytujících registrovanou pobytovou sociální službu domovy pro seniory v rámci Kraje Vysočina.

Z hlediska použití kvalitativního přístupu jsou metody výběru výzkumného souboru souhrnně označovány jako nepravděpodobnostní, uvádí Miovský (2006) a dodává, že tou nejrozšířenější je metoda záměrného (účelového) výběru, tedy postup, při němž se cíleně a na základě určitých kritérií (vybraná vlastnost či její projev nebo stav, příslušnost k určité skupině) vyhledávají účastníci, kteří tato kritéria splňují a zároveň souhlasí se zapojením do výzkumu, s tím, že tato metoda skýtá několik odlišných strategií, které se mohou dle potřeby různě kombinovat a doplňovat. Výzkumný soubor v rámci této práce byl vybrán metodou záměrného (účelového) výběru přes instituce, která dle Miovského (2006) spočívá ve využití určitého typu služeb nebo činnosti nějaké instituce z pohledu její cílové či profesní skupiny zajímavé pro daný výzkum.

Potenciální účastníci výzkumu byli vyhledávání pomocí registru poskytovatelů sociálních služeb, v němž byl výběr zúžen na sociální službu domovy pro seniory s působností v Kraji Vysočina. Výzkumný vzorek pro získání dat byl na počátku výzkumného procesu stanoven v počtu šesti respondentů a v rámci předběžné analýzy a kategorizace dat následně rozšířen o další tři respondenty, díky čemuž bylo dosaženo teoretické saturace, došlo tedy k situaci, jež popisuje Disman (2002) tak, že další získaná data již neznamenají pro výsledek analýzy žádný významný přínos a nevedou k hlubšímu porozumění danému pojetí výzkumného problému. Souhrnně bylo vybráno

a postupně osloveno 9 sociálních pracovníků a pracovníc z níže uvedených a podle názvu abecedně řazených institucí:

- *Domov důchodců Humpolec, příspěvková organizace zřízená Krajem Vysočina,*
- *Domov důchodců Proseč-Obořiště, příspěvková organizace zřízená Krajem Vysočina,*
- *Domov důchodců Proseč u Pošné, příspěvková organizace zřízená Krajem Vysočina,*
- *Domov pro seniory Jihlava – Lesnov, příspěvková organizace zřízená městem Jihlava,*
- *Domov pro seniory Náměšť nad Oslavou, příspěvková organizace zřízená Krajem Vysočina,*
- *Domov pro seniory Pelhřimov, příspěvková organizace zřízená městem Pelhřimov,*
- *Domov pro seniory Třebíč, Koutkova – Kubešova, příspěvková organizace zřízená Krajem Vysočina,*
- *Domov pro seniory Třebíč – Manž. Curieových, příspěvková organizace zřízená Krajem Vysočina,*
- *Dům seniorů – domov důchodců Pacov, příspěvková organizace zřízená městem Pacov.*

Výběrový soubor se tedy nakonec sestával z celkem devíti komunikačních partnerek, se kterými byly uskutečněny rozhovory za podmínek popsanych v předchozí podkapitole a kterým bylo náhodným výběrem přiděleno číslo od 1 do 9 pro další snadnější orientaci, uchopení a zpracování nashromážděných dat z pohledu jejich následné analýzy při současném zachování anonymity dotazovaných, navíc je třeba upozornit, že číselné označení komunikačních partnerek v žádném případě nekorresponduje s výše uvedenými organizacemi a jejich abecedním pořadím. Komunikačními partnerkami byly ve všech případech ženy s vyšším odborným nebo vysokoškolským vzděláním ve věkovém rozmezí 24 – 48 let a s praxí v oboru v rozpětí 3 – 17 let.

## 4 VÝSLEDKY

V této části bakalářské práce je provedena analýza dat získaných během uskutečněných polostrukturovaných rozhovorů s vybraným výzkumným vzorkem. Pro tento výzkum bylo postupně vybráno a zúčastnilo se ho celkem 9 komunikačních partnerek (dále v textu označeny zkratkou KP1 – KP9) s cílem zjistit, jak vnímají sociální pracovníci a pracovnice, kteří pracují v zařízeních sociálních služeb poskytujících pobytovou sociální službu domovy pro seniory v rámci Kraje Vysočina, proces individuálního plánování průběhu sociální služby, a reflektovat jejich přístupy při konstrukci a využití individuálních plánů uživatelů služby v těchto zařízeních.

Pro zodpovězení hlavních výzkumných otázek bylo zapotřebí stanovit dílčí výzkumné otázky, tedy jednotlivé tematické okruhy, kterých bylo celkem sedm a tvořili jistou osnovu pro jednotlivé polostrukturované rozhovory a které se staly určitým pomocným schématem při provádění analýzy získaných dat a vodítkem pro zodpovězení hlavních výzkumných otázek. Každá dílčí výzkumná otázka a k ní nashromážděná vyjádření respondentek byla v rámci analýzy získaných dat zpracována ve formě tabulky, do jejíchž jednotlivých řádků byly zformulovány kategorizované a zredukované výroky komunikačních partnerek vzešlé z odpovědí v rámci realizovaných rozhovorů tvořící jednotlivé trsy s tím, že křížek (X) u jednotlivých komunikačních partnerek v tabulce označuje případný tematický překryv (shodu či podobnost) s daným, úzce ohraničeným tématem, který byl nalezen v rámci analýzy získaných dat u konkrétní respondentky. V následujícím kroku byl obsah tabulky interpretován.

První dílčí výzkumná otázka zněla: *Co pro Vás znamená pojem individuální plánování průběhu sociální služby?* Tematickým okruhem bylo tedy to, jak respondentky vnímají individuální plánování průběhu sociální služby z jejich subjektivního pohledu. V tabulce 1 byla za pomoci kategorizace na základě podobnosti výroků zpracována vyjádření jednotlivých komunikačních partnerek.

**Tabulka 1: Význam pojmu individuální plánování průběhu sociální služby**

	KP1	KP2	KP3	KP4	KP5	KP6	KP7	KP8	KP9
Definování potřeb a přání klienta	X		X				X	X	X
Optimální rozsah péče a podpory klienta	X	X		X			X	X	
Napodobení domácího prostředí klienta		X		X		X			
Spokojenost klienta						X		X	
Respekt k individualitě klienta			X		X				
Smysluplná činnost			X						
Zákonná povinnost					X				
Zmapování situace klienta									X
Náročná administrativa					X				

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Pojem individuální plánování průběhu sociální služby znamená pro více jak polovinu, celkem tedy pro 5 z 9 komunikačních partnerek, definování potřeb a přání klientů, zároveň pro stejný počet, ale v rozdílném zastoupení, tento pojem znamená také optimální rozsah péče a způsob podpory klientů. Určitá shoda v rámci těchto dvou vyjádření panuje u KP1, KP7 a KP8. Pojem individuální plánování znamená pro KP1: „... vydefinování a objasnění si potřeb, přání a požadavků klientů, aniž by docházelo k přepečování ze strany pracovníků a bylo tímto porušováno stanovené poslání zařízení ...“. Podobně tento pojem vnímá i KP7, která uvádí: „... individuální plánování pro mě představuje zajištění komplexní péče poskytované klientovi na míru, tedy zohledňující jeho potřeby v oblasti bio-psycho-sociální ...“ a v podobném duchu odpovídá i KP8: „... individuální plánování vnímáme jako nedílnou součást péče o klienty ... v individuálním plánu se odráží momentální potřeby klienta, ale také přání, jak si představuje život v domově. Vyplývá z něho i míra podpory, kterou je potřeba

*jednotlivému člověku nabídnout takovým způsobem, aby byla zachována co nejdéle jeho soběstačnost ... “.*

Další nalezenou výrokovou kategorií v rámci vnímání individuálního plánování bylo napodobení domácího prostředí klienta, o kterém se zmiňují KP2, KP4 a KP6, tedy méně jak polovina dotazovaných respondentek. KP2 a KP4 se k tomuto tématu ve svých odpovědích vyjadřují velmi podobně, KP2 konkrétně odpovídá na otázku, co pro ni znamená individuální plánování, takto: *„... naplánovat rozsah a způsob podpory, která umožní uživateli v zařízení sociálních služeb žít jako by žil ve svém přirozeném, domácím prostředí ... “.* KP6 tento pojem vnímá podobně: *„...nastavit službu v zařízení tak, aby byl klient spokojen, aby se tu cítil jako doma ... alespoň částečně ... “.* KP6 hovoří o spokojenosti klienta v zařízení, o které se ve své odpovědi zmiňuje také KP8: *„... důležitá je i osobní spokojenost a duševní pohoda klienta s nabízenou podporou ... “* a tím tvoří další výrokovou skupinu k tomuto tématu.

V rámci této dílčí výzkumné otázky zazněl u 2 respondentek (KP3 a KP5) také výrok o respektu k individualitě klienta, KP3 vnímá individuální plánování následovně: *„...dle mého názoru se jedná o smysluplné vykonávání sociální služby, která je zaměřena na konkrétní potřeby dané osoby a snaží se splňovat její očekávání. Péče je tak díky individuálnímu plánování poskytována více individualizovaně a nemá charakter rutinně vykonávaných činností, které by byly prováděny jednotným způsobem ... “.* Respekt k individualitě klienta vnímá v tomto procesu i KP5, jehož vyjádření navíc přináší další aspekty této problematiky: *„... individuální plánování pro mě znamená především povinnost stanovenou zákonem ... osobně si myslím, že služba byla nějakým způsobem s klienty plánovaná vždy, s novou legislativou v roce 2008 ale dostala jasné formální parametry. Myslím, že je to náročné na administrativu, do jisté míry ale individuální plánování podporuje humanizaci sociálních služeb, respekt k individuálním právům a zejména respekt k individuální vůli klientů ... “.*

S ohledem na předchozí odstavec lze mezi osamocené výroky z pohledu této první dílčí výzkumné otázky zařadit následující vyjádření a sice, že pro KP3 znamená individuální plánování mimo jiné smysluplnou činnost, pro KP5 zákonnou povinnost a současně i náročnou administrativu a pro KP9 zmapování situace klienta, což konkrétně



vymezuje takto: „... *individuální plánování pro mě znamená především zmapování si situace klienta, možnost navázání bližšího vztahu a snaha o společné naplnění jeho přání a potřeb ...*“. KP9 v rámci této otázky ještě zdůrazňuje pojmy přání a potřeby místo používání termínů krátkodobé a dlouhodobé cíle, k čemuž sama uvádí: „... *díky praxi v domově pro seniory a práci s klíčovými pracovníky jsem zjistila, že jen velmi málo klíčových pracovníků vůbec pochopilo systém různých typů cílů u klientů. V domovech pro seniory bych rozhodně trvala na termínech přání a potřeby v celkovém průběhu sociální služby ...*“.

Druhý tématický okruh, na který byl rozhovor s komunikačními partnery zaměřen, se týkal vzniku a formy individuálního plánu, druhá dílčí výzkumná otázka tedy konkrétně zněla: *Jakým způsobem vzniká ve Vaší organizaci individuální plán a jakou má formu?* Jednotlivá vyjádření respondentek byla opět kategorizována a zpracována v tabulce 2.

**Tabulka 2: Způsob vzniku a forma individuálního plánu**

	KP1	KP2	KP3	KP4	KP5	KP6	KP7	KP8	KP9
Vznik před nástupem klienta do zařízení	X		X		X		X	X	
Vznik po nástupu (při přijetí) klienta do zařízení		X		X		X			X
Forma písemná (tiskopis)	X	X	X	X	X	X	X		X
Forma elektronická (program na PC)		X		X				X	

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Nadpoloviční část výzkumného vzorku (5 z 9 komunikačních partnerek) shodně hovoří o tom, že individuální plán vzniká již v rámci samotného sociálního šetření před nástupem klienta do zařízení, po přijetí je mu přidělen klíčový pracovník a poté společně sestavují konkrétní individuální plán. KP7 popisuje vznik individuálního plánu takto: „... *individuální plán v naší organizaci vzniká již před nástupem klienta do zařízení návštěvou sociální pracovnice, eventuálně i klíčového pracovníka v jeho*

*domácnosti nebo při hospitalizaci v nemocnici či na LDN ...“*, KP8 odpovídá následovně: „... už při sociálním šetření zjišťujeme zájmy, záliby a koníčky budoucího klienta. Ptáme se i na očekávání od života v domově. Při nástupu, kdy je sepisována smlouva s novým klientem, je její přílohou i Prvotní osobní cíl, zpracovává se ve spolupráci s rodinou Biografická anamnéza ...“. Podobným způsobem o tomto tématu mluví i KP3: „... plánování začíná již při jednání se zájemcem o službu. Zjišťujeme, zda naše služba splňuje požadavky klienta a zda jsme schopni potřebnou péči zajistit. Hovoříme s klientem o jeho potřebách a přáních. Společně s klientem vyplňujeme tiskopis Záznam ze sociálního šetření, který obsahuje informace o zvládnání úkonů péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Tento záznam posléze slouží především klíčovému pracovníkovi a ostatním zaměstnancům v přímé péči ...“. Také vyjádření KP5 na tuto otázku rezonuje s ostatními výše zmíněnými tvrzeními respondentek: „... podstatou našeho plánování je zjištění požadavků klienta už při sociálním šetření před jeho přijetím, po uzavření smlouvy na klientem stanovené požadavky reagujeme a stanovujeme plán služby zabývající se základními činnostmi, jež jsme dle zákona povinni poskytovat, na to navazují plány zabývající se specifickými potřebami a přáními klienta. Vše tvoří jakýsi kompaktní celek, kdy se osobní cíle vycházející ze specifických přání klientů nakonec musí odrazit v nastavení základních činností ...“.

Zbývající část výzkumného vzorku (4 respondentky) tvrdí, že individuální plán vzniká po přijetí klienta do zařízení. KP6 k tomu ještě dodává: „... po adaptaci klienta a podle časového snímku a při rozhovoru s ním se sestaví individuální plán dle buď jeho potřeb nebo přání ...“, KP9 toto téma také ještě rozvádí: „... individuální plán vzniká v průběhu adaptačního období do 3 měsíců po nástupu klienta do domova. Při intenzivní práci a podpoře klíčových pracovníků se vždy plán dal sestavit tak, aby odpovídal požadavkům zákona a splnil svůj účel ...“.

Co se týká formy individuálního plánu, tak téměř všechny komunikační partnerky (kromě KP8) tvrdí, že individuální plány jsou vedeny v písemné formě, popřípadě s použitím příslušných tiskopisů. Nutno dodat, že v organizacích, kde pracuje KP2 a KP4, navíc kombinují tuto písemnou formu s elektronickou formou. Jediná KP8 odpověděla, že individuální plán vedou pouze v elektronické podobě.

Třetí tématický okruh se zabíral způsobem plánování, realizací a revizí individuálního plánu z pohledu jednotlivých organizací a jejich sociálních pracovníků a způsobem vedení záznamů o průběhu poskytované sociální služby, dílčí výzkumná otázka k tomuto okruhu zněla přesně takto: *Jakým způsobem plánujete, realizujete a revidujete individuální plán a jakým způsobem vedete záznamy o průběhu služby?* Stejně jako předchozí představuje i tabulka 3 kategorizaci výroků jednotlivých respondentek v rámci daného tématu a jejich zpracování.

**Tabulka 3: Způsob plánování, realizace a revize individuálního plánu a způsob vedení záznamů o průběhu služby**

	KP1	KP2	KP3	KP4	KP5	KP6	KP7	KP8	KP9
Plánování a realizace plánu spolu s klientem	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizace pomocí nastavení optimální míry podpory		X	X	X					
Hodnocení plánu spolu s klientem		X		X	X			X	X
Hodnocení plánu klíčovým pracovníkem	X		X			X	X		
Hodnocení probíhá minimálně 1x za 6 měsíců	X	X		X	X	X	X	X	X
Vedení záznamů písemně (tiskopis)	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Vedení záznamů elektronicky (program na PC)			X					X	

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Všechny komunikační partnerky se shodly na tom, že plánování a realizace individuálního plánu probíhá vždy ve spolupráci klíčového pracovníka s klientem nebo minimálně za jeho účasti s tím, že KP2, KP3 a KP4 navíc uvádějí, že v rámci realizace individuálního plánu je důležité společně nastavit optimální míru podpory. Například KP1 uvádí: „... při nástupu klienta do zařízení je mu přidělen vedoucím pracovníkem klíčový pracovník z řad pracovníků přímé obslužné péče, který dále pracuje na sestavování individuálního plánu s podporou týmu ... individuální plán je sestavován klíčovým pracovníkem vždy za přítomnosti klienta a eventuálně dle potřeby doplněn a

*upřesněn ostatními členy týmu ...“*, KP8 zmiňuje též podstatnou roli rodiny klienta a to následovně: *„... plánujeme ve spolupráci s klientem, v týmu i s rodinnými příslušníky, podle toho, do jaké míry je možné vést komunikaci s klientem ...“*. Důležitý aspekt z pohledu komunikace také zmiňuje KP5: *„... základní rozdíl je v plánování služby s komunikujícím klientem, kdy je tento partnerem při tvoření plánu, a v plánování služby s nekomunikujícím klientem, kdy plán vzniká spoluprací různých složek týmu ... časový rámec je asi takový, že základní činnosti musí být nastaveny do 8 týdnů od nástupu klienta do zařízení, osobní cíle se formují posléze, dle potřeb klientů, vyhodnocovány jsou podle toho, jakého jsou charakteru ...“*. KP3 se navíc z pohledu realizace individuálního plánu ještě zmiňuje o plánu péče: *„... individuální plán je provázaný s plánem péče. Plán péče je nápomocný pracovníkům přímé péče. Užitečným je také pro nové pracovníky přímé péče. Na první straně plánu péče klíčový pracovník popisuje běžný den klienta v domově. Zmiňuje se také o tom, co klient má a nemá rád ... plán péče slouží jako pomůcka pro co nejdéší udržení soběstačnosti klienta ... v plánu péče je zřejmé, které úkony klient zvládne sám, které nezvládne a při kterých potřebuje pomoc personálu a v jakém rozsahu ...“*.

V rámci revize či přehodnocování individuálního plánu z odpovědí vyplynulo, že tuto činnost provádí klíčový pracovník za účasti klienta, což tvrdí nadpoloviční většina respondentek (5 z 9 komunikačních partnerek), zbylé respondentky se o účasti klienta na hodnocení individuálního plánu nezmiňují. Skoro všechny komunikační partnerky (vyjma KP3) uvedly, že k revizi individuálních plánů dochází minimálně jedenkrát za 6 měsíců, KP3 popisuje termín přehodnocení následovně: *„... plán péče klíčový pracovník přehodnocuje minimálně jednou za rok, stejně tak jako individuální plán. Pokud dojde k náhlé změně stavu klienta, například k výraznému zhoršení zdravotního stavu, plán péče je třeba přehodnotit dříve ...“*.

Všechny dotazované sociální pracovnice se shodly na tom, že záznam o průběhu služby se vede v písemné formě zápisem do příslušných dokumentů či tiskopisů, KP3 a KP8 navíc vedle písemné formy používají paralelně též elektronickou formu zápisu do počítačového programu pro vymezené druhy záznamů.

Čtvrtý tematický okruh se zabýval oblastí koordinace práce klíčových pracovníků a průběhu procesu individuálního plánování, kdo odborně garantuje, zodpovídá za funkčnost a kvalitu a kontroluje proces individuálního plánování. Pro tento okruh byla dílčí výzkumná otázka položena v tomto znění: *Jakým způsobem je ve Vaší organizaci koordinována práce klíčových pracovníků a celý průběh individuálního plánování?* Zpracování a kategorizaci nalezených společných prohlášení k této problematice předkládá tabulka 4.

**Tabulka 4: Způsob koordinace práce klíčových pracovníků a celého průběhu individuálního plánování**

	KP1	KP2	KP3	KP4	KP5	KP6	KP7	KP8	KP9
Pravidelné porady pracovního týmu	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Podpora a metodické vedení pracovního týmu		X	X	X	X	X			
Kontrola procesu individuálního plánování			X		X			X	
Koordinátor – vedoucí úseku či oddělení (zdravotní sestra)	X	X	X	X		X	X		X
Koordinátor – sociální pracovnice		X	X	X	X				
Koordinátor – ředitelka								X	

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Naprostá shoda panuje mezi komunikačními partnerkami v oblasti koordinace práce klíčových pracovníků formou pravidelných porad pracovního týmu, nadpoloviční většina (5 z 9 respondentek) z nich hovoří vedle zmíněných porad též o podpoře a metodickém vedení pracovního týmu, ovšem pouze KP3, KP5 a KP8 se zmiňují o kontrolní činnosti v rámci procesu individuálního plánování.

Například KP1 shrnuje toto téma následovně: „... *práce klíčových pracovníků je koordinována na poradách týkajících se individuálního plánování a vždy je tato činnost zastřešována příslušným vedoucím oddělení ...*“. KP2 a KP4 v rámci svých odpovědí mluví ve stručnosti o setkávání klíčových pracovníků pod metodickým vedením

sociálních pracovníků, popřípadě vedoucích úseku přímé péče, které probíhá na základě podnětů ze strany klíčových pracovníků, ale také sociálních pracovníků i vedení úseku přímé péče. Kontrolní činnost a zároveň i podporu v oblasti procesu individuálního plánování zmiňuje KP3: „... kontrolu provádí sociální pracovníce spolu s vedoucí úseku přímé péče, které také nabízejí klíčovým pracovníkům patřičnou podporu ...“. O průběhu individuálního plánování se například KP8 vyjadřuje takto: „... celý průběh individuálního plánování si vede jednotlivý klíčový pracovník sám u svých klientů, spolupracují všichni pracovníci. Koordinátor dohlíží na správnost vedení individuálního plánování a na plnění cílů ...“.

Koordinátorem práce klíčových pracovníků a průběhu individuálního plánování je podle odpovědí respondentek v převážné většině vedoucí úseku či oddělení, kterou bývá nejčastěji zdravotní sestra, KP2, KP3 a KP4 zmiňují úzkou spolupráci se sociální pracovníci či její rovnocenné postavení v roli koordinátora. Sociální pracovníci vystupující jako koordinátor samostatně lze nalézt pouze v odpovědích KP5, která popisuje roli koordinátora následovně: „... v zařízení je funkce metodika pro standardy (sociální pracovníce), funkce metodiků pro individuální plánování (též sociální pracovníce). Koordinátoři a metodici se setkávají na pravidelných sezeních 2x ročně a 3x ročně metodici kontrolují kvalitu individuálního plánování ... koordinátoři spolupracují se staničními sestrami (vedoucí oddělení), koordinátoři a metodici fungují hlavně jako podpora a kontrola ...“. Naproti tomu lze postavit vyjádření KP8, které je z pohledu této problematiky osamocené: „... vedoucím koordinátorem individuálního plánování je v současné době paní ředitelka ...“. Na tomto místě je nutno také zmínit názor KP9 k roli koordinátora: „... v naší organizaci koordinuje v současné době individuální plánování vedoucí přímé péče, která má vystudované ošetřovatelství. Já osobně toto považuji za velmi nevhodné. Práce a názor na individuální plánování je naprosto odlišný od zdravotníků a sociálních pracovníků ...“.

Pátý okruh se věnoval tématu vzájemného předávání informací mezi jednotlivými pracovníky v rámci procesu individuálního plánování a dílčí výzkumná otázka s tímto okruhem spjatá zněla takto: *Jakým způsobem dochází ve Vaší organizaci v rámci individuálního plánování k předávání potřebných informací mezi jednotlivými pracovníky?* I tentokrát byly jednotlivé výroky roztrženy do skupin dle podobnosti a v tabulce 5 přehledně přiřazeny k jednotlivým komunikačním partnerkám.

**Tabulka 5: Způsob předávání informací mezi pracovníky**

	KP1	KP2	KP3	KP4	KP5	KP6	KP7	KP8	KP9
Ústně v rámci pravidelných týmových porad	X	X	X	X		X	X	X	X
Písemně zápisem do příslušných dokumentů	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Při předávání směny		X	X	X	X			X	
Pomocí popisovací tabule			X					X	
Pomocí počítačového programu			X					X	

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Kromě KP5 všechny ostatní komunikační partnerky hovoří v rámci procesu individuálního plánování o předávání informací mezi pracovníky ústní formou během pravidelných porad, které jsou různě nazývány a i frekvence těchto setkávání je rozdílná. K absolutní shodě všech komunikačních partnerek došlo u písemné formy předávání informací mezi pracovníky a to zápisem do příslušných dokumentů, které ovšem v jednotlivých organizacích nosí rozličné pojmenování. Nadpoloviční většina (5 z 9 respondentek) komunikačních partnerek se také zmiňuje o předávání informací týkajících se individuálního plánování mezi pracovníky během předávání směn.

KP5, která se jako jediná o ústním předávání potřebných informací mezi jednotlivými pracovníky v rámci pravidelných porad nezmínila, popisuje předávání informací takto: „... základním pilířem předávání potřebných informací je dokumentace klientů (do Záznamu o průběhu služby a do Inventury – nastavení základních činností

*smí nahlížet každý) a Kniha hlášení. Dále mají zaměstnanci oddělení k dispozici deníček, v němž se sdělují změny v individuálních plánech klientů, pokud se nepotkají ve službě ... ústně se informace předávají na ranních kolečkách, zde jsou přítomny sociální pracovníci i fyzioterapeuti a ergoterapeuti ... “.*

KP3 a KP8 se navíc souhlasně vyjadřují také o využití popisovací tabule a počítačového programu jako součástí procesu předávání důležitých informací mezi pracovníky a o kterých se zmiňuje KP3 následovně: „... záznamy o průběhu služby se zapisují elektronicky v počítačovém programu a tyto záznamy o průběhu služby mohou provádět všichni zaměstnanci úseku přímé péče, úseku sociálního a ředitel ... aktuální důležité informace, které je třeba ihned předat do pracovního týmu, se po celou dobu poskytování služby zapisují do Knihy informací a na popisovací tabuli, popřípadě nástěnku, které jsou umístěny na ošetřovně. Každý den ráno při předávání služby jsou zaměstnanci o těchto záznamech informováni vedoucí směny, tedy službu konající sestrou ... “. Ze svého pohledu je KP8 zase popisuje takto: „... změny v individuálním plánu se zjišťují a zaznamenávají při pravidelných schůzkách s klientem nejméně jedenkrát za měsíc zápisem do počítačového programu, na schůzkách k individuálnímu plánování jedenkrát za 14 dnů zápisem z každé schůzky, denně ráno na sesterně čerstvé informace při předávání služby ústně, které zdravotní sestra zapisuje do hlášení, na sesternách jednotlivých pater na popisovací tabule. Při náhlé změně zdravotního stavu a tím pádem změně potřeby péče je tato skutečnost co nejdříve zapracována do individuálního plánu ... “.

Předposlední, tedy šestý tématický okruh zjišťoval subjektivní názor jednotlivých komunikačních partnerek na to, jaké pozitivní dopady může proces individuálního plánování přinést uživateli a organizaci a byl reprezentován dílčí výzkumnou otázkou v této konkrétní podobě: *V čem (z Vašeho pohledu) vidíte přínos individuálního plánování pro organizaci a pro uživatele?* Získaná vyjádření jednotlivých komunikačních partnerek byla opět zpracována, tentokrát do tabulky 6 a jednotlivé pohledy na dané téma byly na základě významové podobnosti roztrženy do vyvstalých skupin.



**Tabulka 6: Přínos individuálního plánování pro organizaci a uživatele**

	KP1	KP2	KP3	KP4	KP5	KP6	KP7	KP8	KP9
Individuální přístup ke klientovi (k jeho potřebám)		X	X	X	X	X	X	X	X
Jednotný přístup všech pracovníků ke klientovi	X			X					
Optimální podpora klienta (nastavování hranic)	X		X		X	X	X	X	
Zachování soběstačnosti klienta (aktivní zapojení)	X		X			X		X	
Hlubší poznání klienta		X		X	X				
Partnerský přístup (zlepšení vztahů, komunikace)					X		X	X	
Lehčí průběh adaptace klienta							X		
Důkazní prostředek			X						X
Odborný růst pracovníků			X						
Humanizace sociální služby					X				
Další rozvoj organizace					X				

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Téměř všechny komunikační partnerky vyjma KP1 vidí přínos individuálního plánování průběhu sociální služby v individuálním přístupu pracovníka ke klientovi, v respektu pracovníka k individuálním potřebám a přáním klientů. Většinová shoda (kromě KP2, KP4 s KP9) panuje i v názoru, že přínosem individuálního plánování je nastavení optimální podpory v rámci poskytování sociální péče klientovi, nastavení hranic ve vzájemném vztahu pracovníka a klienta. Menší část respondentek (KP1, KP3, KP6 a KP8) hovoří z pohledu pozitivního vlivu procesu individuálního plánování na uživatele služby souhlasně ještě o zachování soběstačnosti klienta, jeho aktivním zapojení do poskytované sociální služby. Tyto výroky zmiňuje v rozhovoru například KP3: „... sama osobně vidím přínos individuálního plánování v individuálním přístupu pracovníka ke klientovi, který podporuje a zvyšuje jeho aktivní zapojení a jeho

*soběstačnost. Plány péče pomáhají k tomu, aby klienti nedostávali péči, kterou nepotřebují ...“.* Podobná argumentace je zaznamenána i v rozhovoru s KP6 nebo s KP8, která uvádí: *„... přínos pro organizaci vidím v tom, že zaměstnanci ví, jak přistupovat ke klientovi podle jeho individuálních zvláštností a jak správně o něho pečovat ... a přínos pro uživatele? Ke každému klientovi je možné přistupovat individuálně podle zjištěných informací (každý člověk má jiné potřeby a představy). Tím je zachována co nejdelší soběstačnost, ale i spokojenost klienta a nedochází k přepečování ...“.*

Dvě komunikační partnerky (KP1 a KP4) navíc ještě hovoří o jednotném přístupu všech pracovníků ke klientovi, například KP1 na danou otázku předkládá tuto odpověď: *„... na základě stanoveného plánu služby by se měl zajistit jednotný přístup všech pracovníků ke klientovi. Klientovi je dávana podpora v těch oblastech, které potřebuje a nedochází tak k přepečování. Je to i ku prospěchu samotnému klientovi, neboť je tím zachována maximální možnost dané soběstačnosti ...“.* KP3 a KP9 zmiňují vedle již uvedených přínosů další a tím je důkazní prostředek, což konkrétně popisuje KP3 takto: *„... individuální záznamy slouží jako důležité důkazy při potížích, se kterými se lehce můžeme s problematickým klientem setkat ...“*, KP9 zase následovně: *„... pro organizaci spatřuju přínos v průkaznosti a dohledatelnosti práce se všemi klienty, prostě že se na nikoho nezapomíná ...“.*

V rámci položené otázky mluví o hlubším poznání klienta ve svých odpovědích KP2, KP4 a KP5, o rovnocenném, partnerské přístupu a zlepšení vzájemných vztahů a komunikace zase KP7, KP8 a opět KP5, u které se navíc objevují další názory (humanizace služby a rozvoj organizace) na tuto problematiku, se kterými je ve srovnání s ostatními respondentkami osamocena a sice: *„... jak jsem uváděla už dřív, došlo k humanizaci sociálních služeb, zvýšil se respekt k individuálním potřebám klientů a klient je chápán spíš jako partner než osoba závislá na vůli či nevůli personálu ... nicméně je potřeba si uvědomit, že i klient má své povinnosti a nemůže vyžadovat vše po personálu, individuální plánování nemá být nekonečné vycházení vstříc klientům, ale také nastavování určitých hranic, co ještě je a co už není v kompetenci a možnostech sociálních služeb ... výhodou je zajisté to, že toho personál o klientech víc ví, lépe*

*definuje jejich potřeby a organizace se může rozvíjet a upravovat tak, aby například zvládala potřeby klientů z vyšší závislosti nebo s některými specifickými stařeckými poruchami, třeba demencí ... “. KP8 k tomu dále uvádí: „... individuální plánování vede ke zlepšení vztahů mezi klienty a zaměstnanci, ale také zaměstnanci a rodinnými příslušníky ... “.*

Zbývá ještě zmínit další dva ojedinělé názory, které padly v rámci tohoto tématického okruhu, jeden z nich se dotýká odbornosti pracovníků a lze ho nalézt ve vyjádření KP3: *„... díky individuálnímu plánování mají pracovníci přímé péče vyšší možnost osobního růstu, dalšího vzdělávání a rozšiřování odborných znalostí. Zvyšují také své komunikační schopnosti. Používají techniky při individuálním plánování s klientem, který má obtíže v komunikaci a více se tak setkávají s empatií ... “*, druhý se pozastavuje nad adaptačním procesem klienta v zařízení a zmiňuje se o něm v rámci své odpovědi KP7: *„... pozitivní vliv individuálního plánování vnímám v uspokojování potřeb klienta v optimální míře, v zajištění odpovídající individualizované péče, ve zlepšení komunikace mezi klientem, zařízením a rodinou a v lehčím průběhu adaptace klienta ... “.*

Sedmým a posledním tématickým okruhem v rámci této práce byla snaha odhalit nesnáze, které ze subjektivního pohledu jednotlivých komunikačních partnerek ztěžují proces individuálního plánování a přesné znění dílčí výzkumné otázky k tomuto tématickému okruhu bylo formulováno takto: *S jakými těžkostmi se (z Vašeho pohledu) v rámci procesu individuálního plánování setkáváte?* Tak jako v předchozích tématických okruzích, byly i tentokrát z rozhovorů získané výroky komunikačních partnerek seskupeny do jednotlivých trsů, zpracovány do tabulky 7, ve které byly tyto výroky přiřazeny k příslušným respondentkám.

**Tabulka 7: Těžkosti v rámci procesu individuálního plánování**

	KP1	KP2	KP3	KP4	KP5	KP6	KP7	KP8	KP9
Náročná administrativa		X	X	X	X	X			
Motivace klíčových pracovníků		X		X					
Nepochopení významu individuálního plánování			X	X	X		X		
Klíčovní pracovníci nevyužívají nabízené podpory			X						
Nedostatečné vzdělání klíčových pracovníků					X				
Nedostatečné financování sociálních služeb					X	X			
Neochota ze strany klienta (nespolupracující klient)						X	X	X	
Časová náročnost (málo pracovníků)							X	X	
Nejednotnost kontrolního orgánu (subjektivita)	X							X	
Sociální versus zdravotnický přístup ke klientovi									X

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Ve srovnání s ostatními lze v tomto tématickém okruhu vypořádat pravděpodobně největší rozdílnost a nesourodost v odpovědích, jinými slovy velmi malou názorovou shodu mezi jednotlivými komunikačními partnerkami. Přesto, avšak jako jediný nadpoloviční názorový soulad (v tomto případě u KP2, KP3, KP4, KP5 a KP6), panuje u výroku, že mezi těžkosti, se kterými se sociální pracovníce v rámci individuálního plánování setkávají, patří administrativní náročnost tohoto procesu. KP3, KP4, KP5 a KP7 hovoří podobně o tom, že klíčoví pracovníci nedostatečně chápou význam individuálního plánování, smysl tohoto procesu pro jejich pracovní činnost. Neporozumění či spíše neochota ze strany klienta podílet se na individuálním plánování názorově spojuje KP6, KP7 a KP8. V dalších výrokových kategoriích se buď shodují v názoru na danou problematiku již pouze dvě komunikační partnerky nebo zůstává komunikační partnerka ve svém vyjádření zcela osamocena.

Například KP3 se o těžkostech v rámci individuálního plánování vyjadřuje takto: „... *klíčoví pracovníci příliš nechápou význam individuálního plánování, vidí v něm často papírování a práci navíc, která zatěžuje je i naše klienty. Neuvědomují si, že individuální plánování slouží jako hlavní nástroj pro zkvalitňování služby a pro efektivnější využití jejich vlastní práce. Je patrné, že v takových případech chybí hlubší vhled a uvědomění si všech souvislostí ...*“ a ve svém hodnocení ještě pokračuje a hovoří o tom, že klíčoví pracovníci nevyužívají nabízené podpory ze strany sociální pracovnice a vedoucí úseku přímé péče. Administrativní náročnost zmiňují i KP2 a KP4 a obrazně se vzájemně doplňují, že klíčovými pracovníkům chybí motivace k této činnosti, někteří klíčoví pracovníci nevědí, jak se písemně vyjádřit, popsat to, co běžně dělají, někteří zase neovládají práci na počítači.

O složité spolupráci s klientem v rámci individuálního plánování mluví KP6 takto: „... *mnohdy klient nemá žádné přání, obtěžuje ho věčné dotazování, je s ním špatná spolupráce, zbytečně se hledají vysoké cíle, někdy má klient nerealizovatelná přání ...*“ a jako další potíže, s kterými se setkává, označuje nedostatek financí a složitou dokumentaci z hlediska tohoto procesu. KP7 vyjmenovává časovou náročnost, nespolupracujícího klienta a pro klíčové pracovníky těžko uchopitelný význam pojmu osobní cíl klienta. I podle KP8 je hlavním problémem nedostatek času a velký počet klientů na jednoho klíčového pracovníka, navíc ještě popisuje ne zrovna ideální spolupráci s klienty: „... *někteří klienti i přes mnohá vysvětlení nechápou, k čemu je individuální plánování dobré, neradi spolupracují, neradi o sobě mluví ...*“ a hovoří o zkušenostech z kontrol: „... *při posuzování individuálního plánování má každý auditor jiný úhel pohledu na vedení a zpracovávání individuálních plánů – to vede k tomu, že občas nevíme, co je dobře a co ne ...*“. Jako problém vnímá kontrolu i KP1, která říká: „... *tato oblast bývá často napadána inspekcí, která do kontroly vkládá z velké části vlastní pocity a není v tomto ohledu jasné stanovisko v příslušném právním předpise ... co kontrola, to jiný náhled na tento proces ...*“.

Největším problémem v rámci procesu individuálního plánování, jak tvrdí KP5, je: „... *nevzdělanost klíčových pracovníků, protože podle mě kurzy pro pracovníky v sociálních službách nejsou dostačující vzdělání, malé zafinancování služeb – u nás*

*například nevyhovující podmínky, co se týče bydlení, finanční podhodnocení zaměstnanců, což zvyšuje jejich fluktuaci, velká psychická zátěž a nedostatek preventivních programů proti syndromu vyhoření ... obecně též nízká prestiž tohoto zaměstnání ...“ a ještě vysvětluje další úskalí: „... v rámci individuálního plánování máme problémy s vedením dokumentace, pořizováním zápisů v pravidelných termínech, někteří pracovníci stále nechápou, že plánovat je jejich stejně důležitá povinnost jako třeba klienta krmit ...“. Nakonec je také důležité zmínit názor KP9, která vidí v rámci individuálního plánování jedinou potíž a tou je přístup pracovníků ke klientovi z hlediska určitých profesí, kterou popisuje následovně: „... velkým problémem vidím spolupráci sociálních a zdravotních pracovníků. I když se zdá, že děláme stejnou práci, tak pohled na klienta je naprosto odlišný ... základní rozdíl vidím v tom, že zdravotní pracovník potřebuje diagnózu klienta a od toho se vše odvíjí, sociální pracovník potřebuje znát přání a potřeby, aby mohl poskytnout pomoc a podporu a zároveň dokázat klientovi, že je celá řada věcí, které ještě dokáže sám ...“.*

## 5 DISKUZE

Tato bakalářská práce je zaměřena na proces individuálního plánování průběhu sociální služby a jak tento proces vnímají sociální pracovníci a pracovníce, kteří pracují v zařízeních sociálních služeb, která poskytují pobytovou sociální službu domovy pro seniory v rámci Kraje Vysočina, jejím cílem je reflektovat přístupy sociálních pracovníků a pracovníc při konstrukci a využití individuálních plánů uživatelů zmíněné služby. Souhrnně lze zacílit otázku směrem, kterým se ubírá i otázka rezonující v názvu celé této bakalářské práce, tedy zda sociální pracovníci a pracovníce tento proces v rámci své činnosti vnímají jako formalitu nebo jako pomoc.

V předchozí kapitole byly prezentovány výsledky z realizovaného výzkumného šetření, pro který byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie. Byla tedy provedena analýza dat získaných během polostrukturovaných rozhovorů s vybraným výzkumným vzorkem, který tvořilo devět komunikačních partnerek. Osnovou pro tyto rozhovory byly předem formulované dílčí výzkumné otázky pro snadnější nalezení odpovědí k hlavním výzkumným otázkám, tedy celkem sedm tématických okruhů, které se staly i jistým vodítkem pro zpracování získaných dat. Obsahem této kapitoly je srovnání výsledků tohoto výzkumu s teoretickými východisky vázanými k dané problematice a jednotlivé tématické okruhy jsou opět základem k vytvoření určitého schématu pro tuto kapitolu.

První tématický okruh byl reprezentován otázkou, co pro respondentky znamená pojem individuální plánování průběhu sociální služby. Z rozhovorů i výsledků zpracování získaných dat je patrné, že respondentky tento pojem vnímají ve valné většině spíše pozitivně a celý proces chápou jako smysluplnou činnost. Nejčastěji v tomto smyslu hovořily o jasném vydefinování potřeb a přání klienta a o stanovení optimálního rozsahu péče a podpory klienta. Méně bylo zmiňováno nabodobení domácího prostředí klienta, jeho spokojenost v zařízení a respekt k jeho individualitě. Některé respondentky uvedly, že proces individuálního plánování vnímají jako smysluplnou činnost, zákonnou povinnost, zmapování aktuální situace klienta, ale i jako náročnou administrativu, ovšem v těchto uvedených názorech byly osamoceny. Výše

zmíněná vyjádření svým obsahem do určité míry korespondují s názory uvedenými v odborné literatuře.

Čámský, Sembdner a Krutilová (2011) považují individuální plánování průběhu sociální služby za významný nástroj poskytování sociální služby, jehož smyslem je poskytovat službu v co největším zájmu uživatele a přizůsobit ji jeho specifickým potřebám, požadavkům a osobním cílům se zapojením uživatele do procesu plánování i realizace služby. Kolektiv autorů (2008) chápe individuální plánování jako smluvní proces, který je vyjádřením vzájemného závazku, porozumění a pochopení následovného procesu a vymezením odpovědností zúčastněných stran a který se stává výchozím bodem pro vzájemný vztah a spolupráci, také vytváří strukturu a poskytuje bezpečí. I Hauke (2011) o tomto procesu hovoří tak, že ho nelze vnímat pouze jako činnost vedoucí ke zpracování individuálního plánu, i když se to tak ve výsledku může jevit, ale je třeba spatřovat v něm smysluplný proces.

Dle mého názoru může tato názorová schoda či podobnost s vyjádřeními odborníků pramenit z absolvovaného odborného vzdělání sociálních pracovníků, při kterém se s touto problematikou jistě setkaly. Vystává zde ovšem otázka, zda jde o jejich vnitřní přesvědčení na základě zkušeností z praxe či pouze o nabytou teoretickou znalost, která je jistě důležitá, ale nestačí k tomu, aby bylo vnímání smysluplnosti tohoto procesu postaveno na pevných základech. Každopádně je tento postoj ze strany sociálních pracovníků velice důležitý, zvláště pro další směřování v rovině zkvalitňování poskytované sociální služby a pro předávání poznatků mezi klíčové pracovníky a jejich motivování, a proto by měl být tento jejich postoj zvnitřnělý a tedy opravdový.

Otázka v rámci druhého tématického okruhu směřovala ke způsobu vzniku individuálního plánu a k jeho formě. Chloupková (2013) vysvětluje, že pro individuální plánování je bytostně důležité jednání se zájemcem o službu, při kterém se zjišťují informace o potřebách zájemce, o běžném průběhu jeho dne a o dalších specifikách, jež klíčovému pracovníkovi i celému týmu napomáhají člověka poznat, tyto informace jsou počátkem individuálního plánování, dostatek těchto informací a reagování na potřeby klienta pak mohou výrazně zlehčit jeho adaptační proces, díky tomu není klient pro pracovníky neznámý, lépe se nachází společná témata a získává se vzájemná důvěra.



Více jak polovina respondentek se s touto argumentací ztotožňuje a ve svých odpovědích hovoří o vzniku individuálního plánu v průběhu jednání se zájemcem o službu, tedy ještě před nástupem klienta do zařízení. Zbylé respondentky tvrdí, že individuální plán vzniká při přijetí klienta do zařízení, a to buď v adaptačním období, nebo až po něm. Tuto problematiku shrnuje Hauke (2011), která tvrdí, že individuální plánování začíná jednáním se zájemcem o službu, následuje sepsání smlouvy o poskytování služby a poté pokračuje samotným individuálním plánováním, jehož výsledkem je písemně zpracovaný individuální plán u každého uživatele. Téměř všechny respondentky vyjma jedné uvádí, že individuální plány vedou v písemné podobě, jedna z respondentek zmiňuje elektronickou formu pomocí počítačového programu a další dvě z respondentek mluví o kombinaci obou forem. Z pohledu rozmanitosti poskytovaných sociálních služeb, vysvětlují Čámský, Sembdner a Krutilová (2011), mohou být též individuální plány rozmanité a proto není nikde přesně určeno, jak má plán vypadat a jakým způsobem a formou ho zpracovat, avšak poskytovatel musí být schopen obhájit svou praxi a vhodnost zvolené formy pro uživatele.

Pokud více jak polovina sociálních pracovníků hovoří o vzniku individuálního plánu již při jednání se zájemcem o službu, vyjadřuje pak tento přístup pochopení návaznosti procesu individuálního plánování k celému průběhu poskytování sociální služby, u dalších pracovníků může jít o to, že si zcela jasně neuvědomují, že se již při jednání se zájemcem o službu dotýkají témat, která se podílejí na vzniku individuálního plánu a zde by potom stálo za to zaměřit se na revizi postupu, popřípadě metodiky, která upravuje postup jednání se zájemcem o službu.

Způsob plánování, realizace a revize individuálního plánu a způsob vedení záznamů o průběhu služby bylo náplní třetího tématického okruhu. U některých, zejména u velkých poskytovatelů pobytových sociálních služeb panují nejasnosti, jak má individuální plánování vypadat a někdy poskytovatelé vycházejí spíše z možností a potřeb organizace než z individuálně určených potřeb jednotlivých uživatelů, uvádějí Krutilová, Čámský a Sembdner (2008) a dodávají, že princip individuálního přístupu a plánování sociální služby tak naráží na možnosti, kapacitu a dosavadní praxi

v poskytování sociálních služeb. Individuální plán vychází podle Kolektivu autorů (2011) z individuálních potřeb, cílů a míry soběstačnosti uživatele a je důkazem individuálního přístupu k uživateli služeb, na základě svých kompetencí ho písemně zpracovává klíčový pracovník uživatele a je výsledkem jejich společné práce s tím, že si organizace stanovuje formu zpracování plánu dle vlastního rozhodnutí a možností (písemně či elektronicky). Z pohledu této problematiky se všechny respondentky shodují, že plánování a realizace individuálního plánu probíhá ve spolupráci s klientem nebo alespoň za jeho účasti. Úplná shoda panuje i v tom, že záznamy o průběhu služby jsou vedeny písemně do příslušné dokumentace či stanovených tiskopisů, dvě respondentky navíc uvádí, že záznamy vedou ještě paralelně elektronicky pomocí počítačového programu.

Při individuálním plánování je zásadní, podotýkají dále Krutilová, Čámský a Sembdner (2008), že tento proces podporuje běžný způsob života uživatele, že se vychází z jeho skutečných potřeb a osobních cílů, z jeho schopností a možností a ne z popisu problému, že se plánuje společně s uživatelem a plány jsou konkrétní, realizovatelné, vyhodnotitelné a jsou pravidelně přehodnocovány v rámci stanovených kritérií a termínů, že za plánování jsou zodpovědní konkrétní pracovníci a že si mezi sebou pracovníci sdělují informace o poskytované službě. Pouze tři respondentky, což je s ohledem na důležitost tohoto procesu velmi slabé zastoupení, hovoří o realizaci individuálního plánu pomocí nastavení optimální míry podpory pro uživatele služby. Nadpoloviční většina respondentek tvrdí, že hodnocení individuálních plánů je prováděna společně s klientem, zbylá menší část uvádí, že hodnocení provádí klíčový pracovník sám, popřípadě v pracovním týmu, ale bez účasti klienta, díky čemuž se ovšem snižuje efektivita a funkčnost celého procesu individuálního plánování. Je třeba ještě zmínit, že téměř všechny respondentky vyjma jedné uvádí, že k hodnocení individuálních plánů dochází minimálně jedenkrát za půl roku, respondentka tvořící výjimku hovoří o revizi individuálních plánů jedenkrát do roka, avšak v případě změny stavu klienta pochopitelně dříve.

Z vyjádření sociálních pracovníků je zřejmé, že procesem individuálního plánování procházejí klíčoví pracovníci společně s klientem a to v co největší míře, prostor pro

významnější zapojení lze spatřit pouze u revize individuálních plánů, kde se občas objevuje snaha hodnotit naplňování plánů bez klienta nebo jen za jeho pasivní účasti, což poté může dle mého názoru snižovat efektivnost tohoto procesu. Z odpovědí některých sociálních pracovníků vyplynulo, že vedení záznamů v rámci individuálního plánování je zdvojeno, vede se na více místech nebo ve formě písemné a zároveň elektronické a v tom vidím jisté úskalí, neboť toto mohou klíčoví pracovníci vnímat jako administrativní zátěž, která tento proces činí méně efektivním, než by mohl ve skutečnosti být. Nutno dodat, že si některé sociální pracovníce toto riziko uvědomují a nad tímto problémem se zamýšlí.

Další tématický okruh, v pořadí čtvrtý, se věnoval otázce způsobu koordinace práce klíčových pracovníků a celého průběhu individuálního plánování. Kolektiv autorů (2011) míní, že koordinace realizačního týmu pro plánování služby je jednou z funkcí klíčového pracovníka, který do týmu přináší informace z plánování služby, předává je a projednává s týmem a koordinuje poskytování přiměřené péče, klíčový pracovník též dává impuls k jednání s managementem na téma rozsahu poskytovaných služeb a nabízené podpory uživatelům, limitů služby, posouvání a zkvalitňování služby právě na základě individuálních plánů uživatelů služby, klíčový pracovník neřídí tým, ale koordinuje a podporuje klima týmové spolupráce.

Nejosvědčenějším modelem koordinace práce klíčových pracovníků jsou pravidelné porady pracovního týmu, což vyjadřuje naprostá názorová shoda všech respondentek. Nadpoloviční většina respondentek také hovoří o poskytované podpoře a metodickém vedení pracovního týmu a menší část z nich se ještě zmiňuje o pravidelné kontrole procesu individuálního plánování, která by ovšem měla být kvůli efektivní zpětné vazbě a zajištění určité úrovně kvality služby zavedena ve všech organizacích. V situaci, kdy je s uživateli plánováno, míní Kolektiv autorů (2011), ale plány nejsou provázány s průběhem služby, nefunguje spolupráce sociálních pracovníků s klíčovými pracovníky, plány nenavazují na zásady a poslání služby, dochází k tomu, že klíčoví pracovníci jsou zahlceni administrativní prací, jež postrádá efektivitu v praxi, a nevidí pak v plánování služby smysl.

Co se týká role koordinátora celého realizačního týmu v rámci individuálního plánování, Matoušek, Koláčková a Kodymová (2010) řadí právě mezi činnosti sociálního pracovníka mimo jiné též koordinaci týmu v rámci sestavování a hodnocení individuálního adaptačního plánu a plánu péče. Sociální pracovníci v roli koordinátora realizačního týmu zmiňují čtyři, tedy menší část z celkového počtu respondentek, jedna hovoří o tom, že tuto koordinační činnost zastává ředitelka organizace, ovšem převážná většina respondentek uvádí, že v roli koordinátora stojí vedoucí úseku či oddělení, kterou je povětšinou zdravotnická pracovnice, což nemusí být vždy zrovna ideální a ku prospěchu věci. Matoušek, Koláčková a Kodymová (2010) z tohoto pohledu tvrdí, že důležitým úkolem sociálního pracovníka v domově pro seniory je získat rovnocenné postavení v týmu, uplatňovat důsledně sociální hledisko při všech probíhajících změnách a udržovat rovnováhu mezi zdravotní a sociální péčí o seniory, neboť kvalitní zdravotní péče musí být zajištěna, ale nesmí v životě člověka převážit, protože život člověka nelze redukovat na roli pacienta, do které je někdy navíc i tlačěn.

Z hlediska koordinace práce klíčových pracovníků i celého průběhu procesu individuálního plánování vnímám, a z vyjádření některých sociálních pracovníků to též vyplynulo, určitý nesoulad mezi zdravotnickým a sociálním pracovníkem v pohledu na tuto činnost a jistou nevyrovnanost mezi oběma přístupy a lze vypožorovat i jistou rivalitu mezi těmito přístupy, což může být jen ke škodě věci. Domnívám se a vznáším tím i doporučení, že koordinaci průběhu tohoto procesu by měl mít na starosti bezesporu sociální úsek, tedy sociální pracovník se svým týmem, neboť individuální plánování svým obsahem a dosahem prostupuje spíše oblast sociální než zdravotní.

Pátý tématický okruh řešil otázku ohledně způsobu předávání potřebných informací mezi jednotlivými pracovníky v rámci individuálního plánování. V procesu individuálního plánování v pobytovém sociálním zařízení a jeho úspěšném zvládnutí, vysvětluje Malíková (2011), nabývá činnost pracovníků nových rozměrů v přístupu ke klientům a ve správně organizované a hladce fungující činnosti celého pracovního týmu, což znamená nový způsob komunikace a spolupráce všech pracovníků, kteří se na poskytování sociální služby podílejí, tedy nepřetržitá komunikace mezi pracovníky, vzájemná konzultace, podpora a pomoc, souvislé předávání a výměna informací,

postřehů, zkušeností a výsledků pozorování, dodržování jednotného přístupu ke klientům a volba vhodných technik při komunikaci s klienty.

K předávání důležitých informací mezi pracovníky dochází shodně podle všech respondentek formou písemného zaznamenání do příslušných dokumentů, ve kterých následně získávají informace ostatní pracovníci. Všechny respondentky, až na jednu výjimku, zároveň uvádí ústní formu předávání informací v rámci pravidelných porad pracovního týmu, nadpoloviční většina respondentek ještě zmiňuje, že se důležité informace dotýkající se individuálních plánů konzultují při předávání jednotlivých směn. Dvě respondentky vysvětlují, že k předávání informací navíc dochází za pomoci magnetické popisovací tabule, což je velmi pohotové a pružné, a za pomoci počítačového programu, který je volen pro informace nevyžadující bezprostřední předání.

Na tomto místě je nutno upozornit ještě na jedno úskalí spojené s předáváním informací mezi pracovníky různých pozic, které nebylo zmíněno, ale z některých rozhovorů nepřímo vyplynulo. V praxi často se vyskytující oddělenost práce sociálních pracovníků a pracovníků v přímé péči nepřispívá ke kvalitě služby ani k týmovému duchu, neboť nezajištění funkčního předávání informací mezi pracovníky z různých pozic vede k neefektivitě práce a pro uživatele se stává velkou zátěží z důvodu opakovaného získávání informací, dosáhnout kvalitního individuálního plánování a kvalitní realizace naplánované podpory jednotlivým uživatelům není možné bez fungujícího týmu (Kolektiv autorů, 2011).

V rámci procesu individuálního plánování si lze jen těžko představit předávání informací pouze ústní formou. Všechny sociální pracovnice hovoří hlavně o písemné podobě, která je při složitosti a náročnosti této činnosti nezbytná. Otázkou ovšem zůstává, zda je toto předávání funkční a zde se opět dostávám k problematice administrativní zátěže a efektivnosti celého procesu a jistým obloukem i ke koordinaci klíčových pracovníků a jejich schopnosti vnímat tento proces smysluplně. Je zapotřebí si uvědomit, že čím bude systém předávání informací administrativně snadnější a časově méně náročnější, nebude pro klíčové pracovníky celý tento proces tolik zatěžující a může být tedy potom z jejich strany i pozitivněji vnímán, ovšem to zároveň

vyžaduje týmovou spolupráci klíčových pracovníků a aktivní zájem a přístup při získávání a předávání informací o jednotlivých klientech.

Otázka, v čem vidí sociální pracovnice přínos individuálního plánování pro organizaci a uživatele, byla jádrem šestého tématického okruhu. Hauke (2011) hovoří o obrovském významu individuálního plánování pro uživatele, který v něm vystupuje jako rovnocenný partner, jenž má možnost a právo se rozhodnout, zda jím oslovená služba mu pomáhá naplňovat jeho představy o potřebné pomoci, zná svá práva a povinnosti, plánování pro něj znamená větší bezpečí, zvyšuje jeho kompetence v oblasti rozhodování a přijímání zodpovědnosti za volby ve svém životě.

Z hlediska tohoto výzkumného šetření vnímají bez jedné všechny respondentky přínos inividuálního plánování v individuálním přístupu ke každému klientovi, v respektu pracovníka k individuálním potřebám a přáním klienta. Nadpoloviční většina respondentek hovoří i o nastavení optimální podpory z pohledu poskytování péče klientovi tak, aby nedocházelo k zanedbávání péče ani k přepečovávání klienta, a také o nastavení určitých hranic ve vzájemém vztahu pracovníka a klienta. Menší část z celkové počtu respondentek ještě jako přínos individuálního plánování zmiňuje zachování či zpomalení rychlosti postupného zhoršování soběstačnosti klienta, hlubší poznání klienta vedoucí k lepšímu nastavení poskytované sociální služby, vytvoření partnerského přístupu ke klientovi a zlepšení vzájemné komunikace a potažmo i vztahů mezi pracovníky a klienty i jejich rodinnými příslušníky, ovšem pouze ve dvou případech se mezi respondentkami objevuje názor, že individuální plánování přináší jednotný přístup všech pracovníků k jednotlivým klientům, jedna repsondentka se ještě zmiňuje o lehčím průběhu adaptace klienta na nové prostředí v zařízení, ve kterém žije.

Ke škodě věci, osamocenými názory v získaných odpovědích respondentek v rámci přínosu individuálního plánování je možnost osobního růstu, dalšího vzdělávání a rozšiřování odborných znalostí pracovníka, humanizace sociální služby a další rozvoj organizace poskytující sociální službu, dvě respondentky vnímají přínos individuálního plánování v možnosti podat důkaz o průběhu poskytované služby při sporech s problematickým klientem, v průkaznosti a dohledatelnosti práce se všemi klienty v organizaci. Vedle uživatele, pokračuje Hauke (2011), má individuální plánování

obrovský význam i pro poskytovatele, pro něhož znamená plánování rovněž větší bezpečí, všichni zaměstnanci postupují stejným způsobem v souladu s plánem, aniž by každý nový zaměstnanec teprve zjišťoval u uživatele, jakým způsobem chce služby poskytovat, je prostředkem pro stanovení kapacity služby, je kontrolním mechanismem k efektivnímu využívání služby a pracovní doby, je prostředkem ke zvyšování kvality služby a změně v nabídce služeb, je jedním z mechanismů pro tvorbu rozvojových plánů organizace.

Sociální pracovníce vnímají a vyjmenovávají rozličné přínosy procesu individuálního plánování a potvrzují tím své stanovisko a pohled na tento proces jako na smysluplnou činnost v rámci poskytování sociální služby. Většina sociálních pracovníků vnímá přínos tohoto procesu v určitém užším pojetí, tedy v kontextu vzájemného vztahu pracovníka a klienta, některé pracovníce vnímají přínos i z hlediska širšího pojetí, tedy v rámci dané komplexní sociální služby, v rovině přesahující konkrétního poskytovatele sociálních služeb či obecně, sociálních služeb jako takových, což svědčí o tom, že se nad touto problematikou skutečně zamýšlí.

Poslední, sedmý tématický okruh se zabývá otázkou nesnází, se kterými se sociální pracovníce setkávají během procesu individuálního plánování průběhu sociální služby. Obavy z individuálního plánování plynou podle Kolektivu autorů (2011) ze strachu z nárůstu práce spojeného s nedostatkem času, ze psaní zbytečných papírů spojeného s jejich další případnou změnou a dalším učením, z odmítnutí ze strany uživatele, z pochyb a nejistoty, zda budou umět vysvětlit tento proces uživatelům, jak zařídí splnění přání uživatelům a jak se domluví s uživatelem se zhoršenou schopností komunikace, z negativního hodnocení jejich práce vedoucím a pokud selžou, i z případné ztráty zaměstnání. Podle jiného Kolektivu autorů (2008) je největším úskalím v rámci individuálního plánování jeho formalizace jako výsledek úsilí vyhovět požadavkům legislativy, zřizovatelů a inspektorů, bez snahy využít je ve prospěch uživatelů a pro rozvoj organizace.

V tomto tématickém okruhu vykazují respondenty širší názorovou rozdílnost než v předchozích. Jediný významnější soulad ve vyjádření respondentek v těsné nadpoloviční většině lze zaznamenat u výroku, že jako těžkost, se kterou se setkávají

v rámci individuálního plánování, vnímají náročnou administrativu spojenou s tímto procesem. Již menší část, méně jak polovina respondentek, zmiňuje jako potíže při individuálním plánování nepochopení významu tohoto procesu ze strany klíčových pracovníků a také neochotu spolupracovat a zapojit se do tohoto procesu ze strany klienta. Jak uvádí Hauke (2011), u poskytovatelů je z pohledu realizace individuálního plánování častou námitkou nedostatek času a lidí pro tuto činnost a také to, že ji odmítají i samotní uživatelé, v některých organizacích plánují zaměstnanci ve svém volnu nebo plánují pouze formálně a bez účasti uživatele.

Mezi těžkostmi, se kterými se v rámci individuálního plánování sociální pracovníce setkávají, je ve velice úzkém zastoupení v počtu jedné či dvou respondentek uváděno, že chybí motivace klíčových pracovníků k této činnosti, nedostatečné vzdělání klíčových pracovníků pro tuto oblast, ale zároveň i to, že klíčoví pracovníci dostatečně nevyužívají nabízené podpory ze strany metodických či vedoucích pracovníků, dále je zmiňována časová náročnost tohoto procesu, respektive nedostatek pracovníků, nedostatečné financování sociální služby, názorová nejednotnost a subjektivita inspektorů kvality v sociálních službách při případných kontrolách, problematika spolupráce zdravotnických a sociálních pracovníků, respektive jejich specifický přístup ke klientovi z hlediska jejich odbornosti.

Kolektiv autorů (2011) shrnuje nejčastější obtíže, v rámci nichž je zmiňováno, že ředitel nebo vedoucí služby zcela deleguje zodpovědnost za individuální plánování na jiné osoby, v organizaci existuje více způsobů individuálního plánování služby (i protichůdných), každý nový pohled vede ke změně systému individuálního plánování, vedení organizace odmítá individuální plánování jako zbytečné nebo jako formalitu, tudíž ani pracovníci ho tedy nevidí jako důležité, zmiňována je též přebujelá administrativa, touha po dokonalosti, u vedoucích úseku převažuje zdravotnický pohled, pracovníci vytvářejí individuální plány bez klientů, není vypracován systém týmového sdílení, v týmu není důvěra a dobré vztahy, individuální plánování garantuje jiná osoba než přirozený vedoucí úseku a vedoucí úseku v tomto ohledu není kompetentní, tedy nenese za tento proces zodpovědnost, materiály jsou tvořeny externě nebo někým shora, pracovníkům chybí supervize či podpora jiného nezávislého odborníka, chybí



komunikace mezi pracovníky a managementem, změny jsou často náročné, těžko přijímané, a to jak ze strany pracovníků, tak ze strany klientů.

Těžkosti, které vymezily sociální pracovnice v rámci tohoto výzkumu, v celku korespondují s obtížemi, jež uvádějí některé z odborných publikací. Mezi nejčastěji uváděnou je administrativní náročnost procesu individuálního plánování. Domnívám se, že je zapotřebí zaměřit se na zjednodušení a zefektivnění způsobu vedení záznamů průběhu tohoto procesu a způsobu předávání důležitých informací v pracovním týmu, eliminovat duplicitu záznamů z časového i formálního hlediska, více času věnovat začátku tohoto procesu, tedy jednání se zájemcem o službu, poté adaptaci klienta na nové prostředí, získat dostatečné množství potřebných informací o klientovi z různých zdrojů (klient, příbuzní a známí, postřehy kolegů) za pomoci správně formulovaných a zacílených otázek a dobře zvládnutých rozhovorů, a navíc tyto data v dalších krocích maximálně využívat.

Jistým úskalím, které také sociální pracovnice zmiňují, je nepochopení významu tohoto procesu ze strany klíčových pracovníků a také neochotu spolupracovat a zapojit se do tohoto procesu ze strany klienta. V tomto případě nezbyvá sociálním pracovnícím, než se obrnit trpělivostí a vytrvat ve vysvětlování potřebnosti a smysluplnosti tohoto procesu a poskytovat metodickou pomoc, např. formou pořádání seminářů pro klíčové pracovníky s praktickými příklady jak vytvořit, realizovat a hodnotit individuální plán a především jakým způsobem vést rozhovory. Dostanou-li klíčoví pracovníci praktický rámec, jak tuto činnost vykonávat, také zpětnou vazbu, nejlépe na příkladech dobré a špatné praxe, zbaví se snáze nejistoty, nervozity i vnitřního napětí a lépe pochopí smysl procesu individuálního plánování.

## 6 ZÁVĚR

Teoretická část této práce vymežila individuální plánování průběhu sociální služby, význam tohoto procesu v kontextu sociálních služeb a sociální práce zaměřené na seniorskou populaci, zmíněna byla i role sociálního pracovníka, problematika stárnutí a stáří, změny spojené s touto etapou lidského života, lidské potřeby a kvalita života ve stáří a nakonec také zásadní role komunikace a etických principů v procesu pomáhání.

V praktické části této práce byla pozornost zaměřena na zjištění, zda je individuální plánování v domovech pro seniory vnímáno jako formalita nebo pomoc. Reflektovat přístupy sociálních pracovníků a pracovníc při konstrukci a využití individuálních plánů uživatelů služby v domovech pro seniory v Kraji Vysočina bylo cílem této bakalářské práce a vzhledem k němu byly stanoveny dvě hlavní výzkumné otázky.

Výzkumný vzorek, který byl vybrán metodou záměrného (účelového) výběru přes instituce, tvořilo 9 komunikačních partnerek, tedy sociálních pracovníc pracujících v zařízeních sociálních služeb, která poskytují pobytovou sociální službu domovy pro seniory v rámci Kraje Vysočina.

Pro sběr dat byla v rámci metody kvalitativního dotazování použita technika polostrukturovaného rozhovoru (interview), což napovídá, že pro celý tento výzkum byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie. Osnovu polostrukturovaných rozhovorů tvořilo sedm dílčích výzkumných otázek, které byly formulovány tak, aby byly pro komunikační partnerky svým obsahem co nejméně návodné a nebyly sugestivního charakteru. Cílem rozhovorů bylo získat od účastníků výzkumu informace o jejich subjektivních názorech a zkušenostech vztahujících se k výzkumnému záměru, o jejich subjektivním vnímání dané problematiky.

Další fáze výzkumného procesu, tedy analýza kvalitativních dat, byla realizována za použití metody vytváření trsů, pomocí které byly jednotlivé výroky roztrženy do skupin na základě vzájemné shody či podobnosti z pohledu tématického překryvu. Po zpracování získaných dat byly interpretovány jejich výsledky a následně byla v rámci diskuze provedena komparace výsledků práce s teorií a názory odborníků.

Výzkum hledal odpověď na dvě hlavní výzkumné otázky, které zněly následovně: „*Jak vnímají sociální pracovníci a pracovníce individuální plánování?*“ a „*Jakým způsobem je individuální plánování realizováno a naplňováno?*“. Z výzkumného šetření vyplynulo, že sociální pracovníci vnímají individuální plánování průběhu sociální služby většinou spíše pozitivně a celý tento proces chápou jako smysluplnou činnost a určitou pomoc v rámci poskytování sociální služby. Zároveň si uvědomují, jak je důležité správně definovat potřeby a přání klienta a stanovit optimální rozsah péče a podpory klienta tak, aby nedocházelo v průběhu poskytování sociální služby k zanedbávání péče o klienta nebo k jeho přepečování.

Většina sociálních pracovníků sdílí názor, že individuální plánování začíná již při jednání se zájemcem o službu, ostatní tento proces zahajují při nástupu klienta do zařízení, plánování a realizace plánu probíhá vždy společně s klientem, hodnocení plánu se uskutečňuje většinou také za účasti klienta a ve valné většině k němu dochází minimálně jedenkrát za půl roku, celý proces je veden a záznamy prováděny v písemné podobě do příslušné dokumentace či formulářů, v některých organizacích navíc za podpory počítačového programu.

Průběh individuálního plánování a práce klíčových pracovníků jsou podle všech sociálních pracovníků koordinovány prostřednictvím pravidelných porad pracovního týmu, kterému je ještě podle většiny z nich poskytována podpora a metodické vedení, koordinátorem je většinou vedoucí úseku či oddělení, kterým je nejčastěji zdravotnický pracovník, což některé sociální pracovníce vnímají jako určité úskalí, k předávání důležitých informací týkajících se průběhu individuálního plánování dochází shodně písemnou formou zápisem do příslušné dokumentace a zároveň ústně v rámci pravidelných porad, ve většině organizací navíc ještě při předávání směny.

Jako přínos individuálního plánování je nejčastěji zmiňován individuální přístup ke klientovi a nastavení určitých hranic ve vzájemném vztahu pracovníka a klienta, nastavení optimální podpory klienta, naopak mezi těžkosti, se kterými se sociální pracovníci v rámci individuálního plánování setkávají, řadí hlavně náročnou administrativu spojenou s tímto procesem a nepochopení významu individuálního plánování ze strany klíčových pracovníků.

Z proběhlého výzkumu je patrné, že díky vzdělanostnímu rámci, ve kterém se sociální pracovníce pohybují, jsou schopny reflektovat určitá úskalí i přínos individuálního plánování průběhu sociální služby v širší míře než klíčoví pracovníci, tedy pracovníci v přímé obslužné péči, z jejichž strany cítí sociální pracovníce jisté obavy, nepochopení, jakousi nepřipravenost a někdy též neochotu s klienty individuálně plánovat a odlišnost vnímání celého procesu individuálního plánování.

Hlavním doporučením, které vzešlo z výsledků výzkumného šetření, může být to, aby koordinátory celého průběhu individuálního plánování byly právě sociální pracovníci a pracovníce s tím, aby vysvětlovaly klíčovým pracovníkům, že hnacím motorem efektivně fungujícího individuálního plánování nemají být legislativní požadavky a hrozba případné kontroly, ale pochopení smyslu a významu tohoto procesu.

Tato práce může být odrazovým můstkem pro navazující výzkum, který bude z hlediska procesu individuálního plánování zrcadlit vztah mezi sociálními pracovníky a klíčovými pracovníky z řad přímé obslužné péče a zmapuje, jak proces individuálního plánování vnímají tito klíčoví pracovníci a zda-li v něm spatřují smysluplnou činnost.

Výsledky práce mohou být jako jisté zkušenosti z praxe využity při zavádění či změně (aktualizaci) procesu individuálního plánování průběhu sociální služby v domovech pro seniory s působností v Kraji Vysočina a přínosem může být také rozšíření obzoru o další úhel pohledu na smysl a fungování tohoto procesu a jeho využití v praxi, získání hlubšího vhledu do celé této problematiky v jejím širším kontextu optikou profese sociálního pracovníka.

## 7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BRZÁKOVÁ BEKSOVÁ, Kateřina, 2013. *Geriatrická problematika v pastorální péči: postulát křesťanské etiky v péči o seniory*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2296-5.

ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ, 2011. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0027-7.

ČEVELA, Rostislav a kol., 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4544-2.

ČESKO, 2006a. *Vyhláška č. 505 ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů*. In: Portál veřejné správy [online]. 2016 © Ministerstvo vnitra [cit. 2016-01-13]. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=505~2F2006&rpp=15#seznam>

ČESKO, 2006b. *Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů*. In: Portál veřejné správy [online]. 2016 © Ministerstvo vnitra [cit. 2016-01-13]. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=108~2F2006&rpp=15#seznam>

DISMAN, Miroslav, 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vydání. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0139-7.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012a. *Individuální plánování – výkladní skříň organizace. Rezidenční péče*. Roč. 8, č. 1, s. 20-21. ISSN 1801-8718.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012b. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4138-3.

ERIKSON, Erik H., 1999. *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Praha: Lidové noviny. ISBN 80-7106-291-X.

GÉRINGOVÁ, Jitka, 2011. *Pomáhající profese: tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-394-3.

GUGGENBÜHL-CRAIG, Adolf, 2010. *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*. 2. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-809-8.

GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3625-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří. 2.*, podstatně přepracované a doplněné vydání. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2012. *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-900-8.

HAUKE, Marcela, 2011. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3849-9.

HAUKE, Marcela, 2014. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5216-7.

HAVRDOVÁ, Zuzana, 1999. *Kompetence v praxi sociální práce*. Praha: Osmium. ISBN 80-902081-8-5.

HÁJEK, Karel, 2007. *Práce s emocemi pro pomáhající profese: tělesně zakotvené prožívání*. 2. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-346-8.

HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.

HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4697-5.

HOLMEROVÁ, Iva a kol., 2014. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3119-6.

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4139-0.

CHLOUPKOVÁ, Soňa, 2013. *Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4678-4.

INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH, 2016. Web Aleše a Lenky Herzogových. *Individualniplanovani.cz* [online]. © 2016 [cit. 2016-01-16]. Dostupné z: <http://www.individualniplanovani.cz/>

JANKOVSKÝ, Jiří, 2003. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-329-6.

JIRÁSKOVÁ, Věra a kol., 2005. *Mezigenerační porozumění a komunikace*. Praha: Eurolex Bohemia. ISBN 80-86861-80-5.

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

KALVACH, Zdeněk a kol., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ, 2006. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-455-5.

KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2169-9.

KOLEKTIV AUTORŮ, 2002. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: průvodce poskytovatele*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. ISBN 80-86552-45-4.

KOLEKTIV AUTORŮ, 2008. *Standardy kvality sociálních služeb: výkladový sborník pro poskytovatele*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. ISBN neuvedeno.

KOLEKTIV AUTORŮ, 2011. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. ISBN 978-80-904668-1-4.

KOPŘIVA, Karel, 2013. *Lidský vztah jako součást profese*. 7., v Portálu 6. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0528-9.

KOUKOLÍK, František, 2014. *Metuzalém: o stárnutí a stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2464-8.

KRUTILOVÁ, Dagmar, Pavel ČÁMSKÝ a Jan SEMBDNER, 2009. *Sociální služby: tvorba a zavádění Standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*. Vydáno vlastním nákladem ve spolupráci s APSS ČR. ISBN 978-80-254-3427-7.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0179-0.



KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2006. *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1370-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3604-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2013. *Psychologie pocitů štěstí: současný stav poznání*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4436-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN, 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3843-7.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 4., přepracované a doplněné, v Grada Publishing 2. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1248-0.

LIESSMANN, Konrad Paul, 2010. *Hodnota člověka: filozoficko-politické eseje*. Břeclav: Malovaný kraj. ISBN 978-80-903759-7-0.

LIESSMANN, Konrad Paul, 2014. *Chvála hranic: kritika politické rozlišovací schopnosti*. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-2331-5.

MALÍK HOLASOVÁ, Věra, 2014. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4315-8.

MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3148-3.

MATOUŠEK, Oldřich, 2008. *Slovník sociální práce*. 2., přepracované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7376-368-0.

MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2011. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2., aktualizované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0041-3.

MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2012. *Základy sociální práce*. 3. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0211-0.

MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2013a. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2013b. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0213-4.

MATOUŠEK, Oldřich, Jana KOLÁČKOVÁ a Pavla KODYMOVÁ, eds., 2010. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0.

MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1362-4.

MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3872-7.

MUSIL, Libor, 2004. *“ráda bych Vám pomohla, ale“: dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno: Marek Zeman. ISBN 80-903070-1-9.

MÜHLPACHR, Pavel, 2009. *Gerontopedagogika*. 2. vydání. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5029-7.

MÜHLPACHR, Pavel, ed., 2006. *Sociální práce jako životní pomoc*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-86633-62-4.

NAKONEČNÝ, Milan, 2004. *Motivace lidského chování*. 2. vydání. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-0592-2.

NAVRÁTIL, Pavel, 2001. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman. ISBN 80-903070-0-0.

NOVÁK, Tomáš, 2014. *Jak (ne)rozumět emocím stárnoucích rodičů*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5152-8.

ONDRUŠOVÁ, Jiřina, 2011. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1997-2.

PAYNE, Jan a kol., 2005. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-657-0.

PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAUOVÁ, 1998. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-184-3.

POKORNÁ, Andrea, 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3271-8.

PŘIBYL, Hugo, 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-437-1.

PYŠNÁ, Jana a kol., 2009. *Kvalita života seniorů a pohyb*. Bratislava: Infopress. ISBN 978-80-85402-98-8.

ŘÍČAN, Pavel, 2014. *Cesta životem: vývojová psychologie*. 3. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0772-6.

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

STRAKOVÁ, Martina a Kristýna ČERMÁKOVÁ, 2008. *Standardy kvality sociálních služeb: příručka pro uživatele*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. ISBN neuvedeno.

STUART-HAMILTON, Ian, 1999. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-274-2.

SUŠINKA, Marek, 2015. Myšlenkové mapy v individuálním plánování. *Sociální služby*. Roč. 17, č. 11, s. 24-26. ISSN 1803-7348.

ŠTOJDL, Filip, 2011. Spirituální potřeby umírajících uživatelů sociálních služeb. *Sociální služby*. Roč. 13, č. 12, s. 19. ISSN 1803-7348.

TOMEŠ, Igor, 2010. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-680-3.

ÚLEHLA, Ivan, 2009. *Umění pomáhat*. 3., v Sociologickém nakladatelství (SLON) 2. vydání. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). ISBN 978-80-86429-36-6.

VAĐUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR, 2005. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3754-7.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.

VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2170-5.

VYBÍRAL, Zbyněk, 2000. *Psychologie lidské komunikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-291-2.

VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK, eds., 2008. *Sociální psychologie*. 2., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1428-8.