



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Identifikace rozsahu potřebné podpory poskytované
dětem a dospělým s tělesným a kombinovaným
postižením**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA

Autor: Tereza Rochová

Vedoucí práce: Mgr. Jan Šesták, Ph.D.

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem: „*Identifikace rozsahu potřebné podpory poskytované dětem a dospělým s tělesným a kombinovaným postižením*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 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 jejích 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu mé bakalářské práce, Mgr. Janu Šestákovi, PhD., za odborné vedení práce, čas a energii, kterou mi věnoval. Moc děkuji za podporu a celkové nasměrování. Dále bych chtěla poděkovat rodině za velkou podporu a motivaci během psaní této práce. Mé poděkování také patří komunikačním partnerům, kteří se zúčastnili mého výzkumu.

Identifikace rozsahu potřebné podpory poskytované dětem a dospělým s tělesným a kombinovaným postižením

Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřena na rozsah potřebné podpory poskytované dětem a dospělým s tělesným a kombinovaným postižením v rámci denních a týdenních stacionářů. Cílem práce je zjistit, jak je realizovaná identifikace potřebné podpory pro tyto uživatele, zjistit jaké metody používají poskytovatelé sociálních služeb při zjišťování rozsahu potřebné podpory, jakým způsobem se potřebná podpora transformuje do individuálního plánování a jak probíhá individuální plánování v běžné praxi sociálního pracovníka.

Teoretická část práce vymezuje tělesné a kombinované postižení, definuje práci sociálního pracovníka a sociálních služeb, hodnocení a přehled potřebných podpor poskytovaných dětem a dospělým s tělesným a kombinovaným postižením a obsahuje kapitoly o individuálním plánování.

V praktické části bakalářské práce, prostřednictvím kvalitativního výzkumného šetření a s užitím metody dotazování polostrukturovaného rozhovoru, byl osloven vzorek respondentů z řad sociálních pracovníků pracujících v denních či týdenních stacionářích v České republice. Byly stanoveny výzkumné otázky směřující k metodám identifikace rozsahu potřebné podpory u dětí či dospělých s tělesným a kombinovaným postižením a k využití těchto zjištění v individuálním plánování průběhu poskytování sociální služby. Odpovědi respondentů byly zpracovány metodikou otevřeného kódování.

Klíčová slova:

Postižení; podpora; sociální pracovník; denní stacionář; týdenní stacionář; individuální plánování

Identification of the extent of support needed for children and adults with physical and combined disabilities

Abstract

The bachelor thesis is focused on identifying the extent of the necessary support provided to children and adults with physical and combined disabilities within day care centres and week care centres. The aim of the work is to find out how the necessary support is implemented for these users, to find out which methods are used by social service providers to determine the extent of the support, how the necessary support is transformed into individual planning, and how individual planning works within the regular practice of the social worker.

The theoretical part of the thesis describes physical and combined disabilities, defines the work of the social worker and social services, evaluation and overview of the necessary support provided to children and adults with physical and combined disabilities and it also contains chapters focused on individual planning.

In the practical part of the bachelor thesis, a qualitative research survey using the method of semi-structured interview has been carried out, and a sample of respondents from the social workers working in day or week care centres in the Czech Republic have been approached. Research questions on methods of identifying the extent of the support needed for children or adults with physical and combined disabilities and methods of using these findings in the individual planning of the course of the social service have been identified. Respondents' responses have been processed by the open coding methodology.

Keywords:

Disability; support; social worker; day care centre; week care centre; individual planning

Obsah

Úvod.....	7
1 Děti a dospělí s tělesným a kombinovaným postižením	8
1.1 Tělesné postižení	8
1.2 Kombinované postižení.....	9
2 Potřebná podpora.....	10
2.1 Potřebná podpora u dětí s tělesným a kombinovaným postižením	12
2.2 Potřebná podpora u dospělých s tělesným a kombinovaným postižením.....	14
3 Sociální služby	15
3.1 Denní a týdenní stacionář	16
3.2 Sociální pracovník.....	17
4 Individuální plánování.....	20
5 Cíl práce a výzkumné otázky	24
6 Metodika výzkumu.....	25
6.1 Výzkumný soubor	25
6.2 Použité metody.....	25
6.3 Způsob realizace výzkumu.....	26
6.4. Etika výzkumu.....	27
7 Výsledky výzkumu.....	28
8 Diskuze.....	37
8.1 Odpovědi na výzkumné otázky:.....	39
9 Závěr.....	42
Seznam zdrojů	43
Přílohy	49
Seznam příloh.....	49
Příloha č. 1: Písemný souhlas o nahrávání rozhovorů	50
Příloha č. 2: Seznam otázek pro respondenty	51
Příloha č. 3: Standard č. 5	52
Seznam tabulek a obrázků.....	53
Seznam použitých zkratk.....	54

Úvod

Bakalářská práce se věnuje problematice potřebné podpory poskytované dětem a dospělým s tělesným a kombinovaným postižením. Hlavním cílem práce je zjistit, jak je realizovaná identifikace potřebné podpory pro děti a dospělé s těmito druhy postižení. Zabývá se komparací teoretických znalostí a praxe ve vybraných sociálních zařízeních v České republice.

Lidé s tělesným a kombinovaným zdravotním postižením jsou obvykle v různé míře závislí na péči jiné osoby. Jedná se především o oblasti komunikace, pohybu, přesunu a orientace ve vnitřním a vnějším prostoru, základní úkony sebeobsluhy při osobní hygieně, stravování, oblékání, soběstačnosti při zajištění samostatného bydlení, vyřizování úředních záležitostí nebo zapojení se do běžného života. Rozsah a forma poskytované péče a potřebné podpory je velice individuální. Je na místě, aby poskytovaná péče co nejvíce odpovídala konkrétním potřebám a zdravotním omezením daného člověka, zároveň by neměla být poskytována nad rámec úkonů a dovedností, které člověk s omezením dokáže zvládnout sám nebo jen s lehkou (třeba i slovní) dopomocí. Tím se eliminuje riziko ztráty těchto dovedností a zvyšování závislosti na vnější podpoře.

V bakalářské práci se zaměřuji na poskytovatele sociálních služeb a zejména na způsob jak identifikují, plánují, případně revidují rozsah a konkrétní podobu potřebné podpory a péče. Týká se výše uvedené oblasti poskytované uživatelům s tělesným a kombinovaným postižením. Práce se zaměřuje i na spolupráci s blízkými rodinnými příslušníky uživatele a dalšími pečujícími.

1 Děti a dospělí s tělesným a kombinovaným postižením

Dle definice WHO je postižení termín zahrnující poruchy, omezení aktivit a účasti na veřejném životě. Poruchou lze označit problém tělesných funkcí, kterým čelí jedinec při vykonávání denních činností a úkonů. Postižení neznamená pouze zdravotní problém, ale jde o komplexní jev. Lidé s postižením se potýkají často s problémy sociálního charakteru a nevhodně uzpůsobeného prostředí. Důkazy WHO naznačují, že lidé s postižením čelí překážkám v přístupu ke zdravotním a sociálním službám, které v mnoha ohledech potřebují (WHO, © 2020).

Důležitým dokumentem v této oblasti je bezesporu Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (MPSV, ©2020). Článek č. 1, definuje osoby se zdravotním postižením: „*osoby se zdravotním postižením zahrnují osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními*“ (Národní plán OZP, ©2015-2020, s. 9).

Problematicke se věnuje také zákon č. 365/2017 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů, který popisuje zdravotní postižení jako tělesné, smyslové, mentální, duševní nebo jiné postižení, jenž může bránit osobám v jejich právu na rovné zacházení. Zákon také definuje trvání postižení, které musí přetrvávat minimálně po dobu jednoho roku. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, vymezuje zdravotní postižení jako mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování (Národní plán OZP, ©2015-2020).

1.1 Tělesné postižení

Podle Fischera (2014), je tělesné postižení přetrvávající nebo trvalé omezení pohybového aparátu se stálým nebo značným vlivem na kognitivní, emocionální a sociální výkony. Zejména jde o viditelné postižení horních či dolních končetin. Poruchy hybnosti mohou mít mnoho různých příčin. Příčiny rozdělujeme na primární a sekundární. Primární příčiny znamenají poškození nervové soustavy a poškození pohybového aparátu. Poruchy hybnosti mohou být způsobeny i dalšími onemocněními,

jako jsou diabetes, kardiovaskulární, revmatické onemocnění atd., které se označují jako sekundární příčiny.

Tělesná postižení mohou být vrozená a získaná. Dochází k postižení pohybového aparátu nebo nervů. Nejčastější příčinou u dětí je tzv. DMO (dětská mozková obrna). Dalšími onemocněními jsou např. malformace, myopatie, úrazy mozku, úrazy páteře, cévní onemocnění mozku a míchy, infekční onemocnění CNS, degenerativní onemocnění nervové soustavy, postižení periferních nervů. Nejčastějším postižením s ortopedickým problémem je skolióza. Specifickým příkladem, kdy se objevuje také porucha hybnosti, je těžké a hluboké mentální postižení (Zikl, 2011).

1.2 Kombinované postižení

Osoby s kombinovanými vadami jsou nejsložitější skupinou, která není stále dokonale propracována. Dřívější koncepce vycházela z teorie profesora Sováka (r. 1986) o primárním a sekundárním defektu. Dnes se jedná o jedince, u kterého se vyskytují dvě i více postižení. Nepodařilo se stále vymezit definici, a to ani v rámci resortů Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy nebo Ministerstva práce a sociálních věcí ČR. V této oblasti se setkáváme s problémem ohledně legislativních norem, ale i při tvorbě služeb pro tuto kategorii. V zahraničí se odehrává stejná problematika jako v ČR. V anglicky mluvících zemích se setkáváme s odbornými termíny multiple handicap nebo severe/multiple disabilities. Německo např. používá výrazu schwerstmehrfachbehinderung a Slovenská republika termínu viacnásobné postihnutie a vícere chyby (Ludvíková, 2005).

Ludvíková (2005) ve své knize uvádí etiologii kombinovaných postižení jako velice rozmanitou. Příčiny nelze ve všech případech jednoznačně určit. V prenatálním stádiu se setkáváme obvykle s nejtěžším postižením. Nejběžnější etiologické příčiny jsou genetické vlivy, chromozomální aberace, infekce, intoxikace, vývojové poruchy, poškození mozku a CNS, nutriční činitelé, mechanická poškození, vlivy sociálního a materiálního prostředí a psychická traumata. Mezi diagnózy patří: DMO, fetální alkoholový syndrom, Wolfův syndrom, Pataův syndrom, Edwardsův syndrom, syndrom CHARGE a mnoho dalších. Cílem je dosáhnout u jedinců s kombinovanými vadami socializace, rozvoje jejich osobnosti a dosažení adekvátního stupně vzdělání.

2 Potřebná podpora

Sociální služba poskytuje každému klientovi přiměřenou podporu. Cílem této podpory je dosažení individuálního vývoje a rozvoje klientů v samostatnosti a integraci v jeho přirozeném sociálním prostředí. Služba nemá řídit uživatele, ale dopomoci uživateli aby se řídil sám. Služba nechce, aby byl na ní uživatel závislý. Podpora by měla být poskytována jen v oblastech, které uživatel sám nezvládá a naopak tam, kde si umí poradit, je zapotřebí dát uživateli prostor (Matoušek, 2010). Potřebná podpora se odráží od schopností klienta a možnosti klienta dosáhnout nových dovedností (Zavádění standardů kvality..., © 2002).

Plánování potřebné podpory spočívá dle Johnové (© 2005) ve vytvoření osobního profilu a analýzy individuálních potřeb klienta. Pro plánování podpory jsou důležité role: klient, neformální pracovník, klíčový pracovník, zapisovatel, spojenec, koordinátor, opatrovník, moderátor a mohou být i další významné role. Jeden člověk může mít i více rolí najednou. V závěru musí být uplatněno měření výsledků. Měření výsledků slouží k evaluaci celkové realizace naplánovaných cílů a dosažení podpory.

K měření poskytované potřebné podpory máme vytvořenou škálu SIS. Zmíněná škála míry podpory (Supports Intensity Scale, zkratka SIS), je dle Winnicka (2011) nástroj vyvinutý pro posuzování potřebné podpory u lidí při potížích s učením, poruchou autistického spektra, DMO, epilepsií apod. Aktuálně škálu používáme pro individuální plánování. SIS byl vytvořen týmem odborníků pro American Association on Intellectual and Developmental Disability (AAIDD, viz. Thompson a kol., 2004) v roce 2002. SIS se využívá k individualizaci ve financování a v poskytování sociálních služeb. SIS tvoří tři části. Původní škála vytváří 49 základních činností rozdělených do šesti oblastí: funkce v domácnosti, funkce spojené s životem v obci, funkce celoživotního studia, funkce v práci, funkce spojené se zdravím, s bezpečností a společenské funkce.

Valenta et al. (2012) určuje tuto škálu zejména pro klienty s mentálním postižením, poruchami autistického spektra nebo s dětskou mozkovou obrnou, a dalším uživatelům nad 16 let. Škála působí jako diagnostický nástroj na stanovené potřebné míry podpory.

Pomocným nástrojem pro vyhodnocování potřebné podpory v rámci škály SIS je QUIP. QUIP je softwarový program, který byl vytvořen pro snadnější přístup a pomoc pro sociální pracovníky v oblasti sociálních služeb. Quip je zkratka

z anglického "Quality in Practice" (kvalita v praxi), což byl úspěšný evropský projekt, jehož výstupem byly standardy kvality podporovaného zaměstnávání. Jeho součástí je eQUIP. eQUIP je informační systém pro sociální služby. Program obsahuje hodnocení míry podpory. Tento systém vytvoří profil klienta z pohledu podpory. Zahrnuje každodenní úkony klienta, které sám zvládne bez pomoci druhé osoby. Toto hodnocení se zpracovává ve formě dotazníku a dále je graficky nebo číselně upraveno. Hodnocení lze využít i v individuálním plánování, pro poskytování každodenní podpory i pro odhad míry potřeby u budoucích klientů. Pomáhá při zjišťování výše sociálního příspěvku či určení stupně závislosti. Na základě posuzování míry potřebné podpory získává sociální služba přehled o hodnocení všech klientů se zařazením do stupňů závislosti podle výsledků hodnocení. Program zpracovává hodnocení i jednotlivých okresů i jaká se očekává výše podpory. Pokud má klient dvě a více hodnocení, samotný program již předchozí hodnocení vyplní takovým způsobem, že šetří čas uživateli tohoto programu (Funkce eQuipu, © 2020).

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností je jednou z dalších oblastí ve, které můžeme nalézt hodnocení potřebné podpory. Vstoupila v platnost roku 2010 i ve zdravotnictví. MKF dále posuzuje zdravotní způsobilosti k práci a speciálních potřeb ve vzdělávání, předepisování a proplácení zdravotních prostředků pro účely zdravotních pojišťoven. MKF musí používat každý lékař, pokud zjistí u pacienta stupeň disability. S návazností na MKF a SIS se ověřuje v našich speciálně pedagogických centrech pro mentálně postižené katalog posuzování míry speciálně vzdělávacích potřeb. Tento systém se v České republice snaží nastavit psychologické speciálně-pedagogické podpory. V ČR jsou tři oblasti, kde kooperujeme s péčí o klienta se zdravotním postižením, a to v sociálních službách, zdravotnictví a ve školství (SIS, MKF a kaSPC) (Valenta et al., 2012).

Pro posuzování míry podpory byl vytvořen také nástroj transformace sociálních služeb. Transformace sociálních služeb poskytuje široké spektrum služeb a jejím cílem je snížit kapacitu klientů v ústavní péči. Směřuje k poskytování individuální podpory klientů. Lidé s různým znevýhodněním mají podporu v samostatném bydlení, mohou se lépe socializovat nebo docházet do zaměstnání. Transformace se tyto osoby snaží zapojit do běžného chodu života. Pro vyhodnocování potřebné míry podpory transformace používá nástroj – dotazník pro zjišťování nezbytné míry podpory uživatelů: „Záznam o změnách v životě uživatele sociální služby“. Dotazník zpracovává

klíčový pracovník společně s klientem. Zachycuje zejména potřeby a rozhodování klienta v běžných situacích. Dotazník je určen pro zaznamenávání životních změn u dospělých osob, tímto se liší od individuálního plánování. Nezajímají jej cíle klienta, ale pouze průběh (Záznam o změnách v životě..., © 2016).

2.1 Potřebná podpora u dětí s tělesným a kombinovaným postižením

Potřebná finanční podpora je poskytována státem pro rodiny s dětmi s tělesným a kombinovaným postižením. Je obsažena v těchto zákonech: zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře (stát poskytuje potřebnou podporu určenou dětem a rodinám, kterým pomáhá s pokrytím nákladů na obživu), zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Podle Novosada (2011) nelze u osob s tělesným a kombinovaným postižením počítat s výrazným zlepšením stavu. Spíše musí počítat se zhoršováním zdravotních obtíží a prohlubování nepříznivých životních situací. Prioritou je psychická a sociální podpora pro udržení dosažitelného stavu a snaha o minimalizaci faktorů, které přispívají k procesu zhoršování životních situací.

Základní podporu poskytujeme v oblasti pomoci zvládnání běžných úkonů v péči o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně a poskytnutí stravy dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách. Podle Maslowa, amerického psychologa a představitele humanistické psychologie, se jedná o základní plnění tělesných či fyziologických potřeb. Každý jedinec má individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádan, jelikož určité potřeby jsou silnější než jiné. Pro určení vhodné podpory je důležité znát potřeby klienta. Lidské potřeby jsou organizovány podle jejich akutnosti. Maslow vytvořil pyramidu potřeb. Základ tvoří uspokojení nejprve nižších potřeb, aby mohly dominovat potřeby vyšší a determinovat tímto chování jednotlivce (Stoyanov, 2017). V České republice se lidskými potřebami zabývá PhDr. Helena Chloubová. Chloubová navázala na studium potřeb A. H. Maslowa a pro snadnější pochopení vytvořila v roce 1992 tzv. Dům životních potřeb (Chloubová, © 2005).

Jednou z takových služeb, která pomáhá při naplnění základních potřeb je sociální rehabilitace. Sociální rehabilitace je služba, která poskytuje podporu klientům a rodinám. U klientů pomáhá s nácvikem běžných dovedností od hygieny po výcvik pohybu v přirozeném prostředí. Pomáhá i rodinám s postiženými dětmi, mimo jiné i s veškerou úpravou jejich domácnosti (Matoušek, 2010).

Základní potřeby dětí vyplývají z rozsahu jejich postižení a následného vývoje. S tím je spojena zvýšená péče o tyto děti a určení vhodné podpory, která jim je poskytována (Potřeby dětí se zdravotním postižením, © 2012). Z toho důvodu se poskytuje podpora ve výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činnostech dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách. Jednou z potřebných podpor sociální služby, která nabízí rodinám s dětmi potřebnou podporu, je raná péče. Ranou péčí nalezneme v zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v §54. Je poskytována dětem se zdravotním postižením do věku 7 let. Jedná se o terénní službu, která se zaměřuje na podporu rodiny a dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby. Raná péče připravuje dítě k dalšímu vzdělávání. V rozmezí 7-15 let dítě nastupuje do školy a má povinnou školní docházku. Při plnění školní docházky dítěte jsou při školách zřízena tzv. SPC (speciální pedagogická centra) a PPP (pedagogicko – psychologické poradny), které pomáhají se vzděláváním. Co se týče sociálních služeb, hrají v tomto období důležitou roli především služby sociálního poradenství, osobní asistence, pečovatelské, odlehčovací, stejně jako centra denních služeb nebo denních stacionářů (Systém služeb pro děti..., © 2013). Tyto služby jsou důležité při naplňování potřebné socializace. Jedním ze základních pilířů socializace je rodina. Jak uvádí Hanková a Vávrová (2016), je důležité jak rodina sama dítě přijme a bude ho vychovávat, tak dítě bude reagovat na ostatní. Rodina by toto dítě měla akceptovat bez ohledu na stupeň jeho postižení. Dále je důležité dítě zapojit mezi jeho vrstevníky.

Proto jako podporu zprostředkováváme kontakt s ostatními. Dítě může sledovat určité kulturní hodnoty, rozvíjí se jeho osobnost a poté lépe chápe a zvládá mezilidské vztahy (Potřeby dětí se zdravotním postižením, © 2012).

Pro dítě je velice významná podpora v komunikaci. Díky komunikaci můžeme dítě zapojit do rozhodovacích procesů, což je velice důležité při zjišťování potřebné podpory. Sociální pracovník spolupracuje jak s rodinou, tak s dítětem, aby zjistil a nastavil správnou podporu. Pro sociálního pracovníka je důležité využívat i neverbální komunikace k odhalení správné podpory. U nonverbální komunikace je prioritou sledovat mimiku, gesta, zrakové signály či využívání nápodoby a ukazování. Komunikace s dítětem s postižením bývá velice náročná. Mnohdy sociální pracovníci využívají různé kompenzační pomůcky, jako jsou „drnčící hračky“, VOKS karty, hračky z různých druhů látek a podobně (Brůžková et al., 2015).

Kompenzační pomůcky dítě rozvíjí, ale i přes jeho omezení lze naplňovat jeho potřeby. Základem pro postižené dítě je mít stabilní a pevné rodinné zázemí, důvěru rodiny, dostatečné množství vhodných kompenzačních pomůcek, sociální kontakt, uznání, neustálý rozvoj a podporu soběstačnosti a sebepéče (Potřeby dětí se zdravotním postižením, © 2012).

2.2 Potřebná podpora u dospělých s tělesným a kombinovaným postižením

Lidé s tělesným a kombinovaným postižením se po ukončení školní docházky dostávají do situace, kdy mohou využít potřebnou podporu poskytovanou sociální službou. Je zapotřebí reálně posoudit podmínky pro určení nejvhodnější formy podpory při vstupu do nové etapy jejich života (Šesták, 2005).

Potřebou jedince je dosáhnout stability v životních jistotách. Jedinci se zdravotním postižením i pečující osoby mají nejčastěji strach o zajištění základních životních jistot. Důležité je nalézt či obstarat vhodnou péči, která zajistí daného jedince i do budoucna. Z toho vyplývá, že jedinec bude potřebovat podporu v bydlení (Dobiášová, 2014). Sociální služba nabízí možnost chráněného bydlení, což je program pro bydlení mimo ústavní zařízení. Jedná se o pobytovou službu, která nabízí i další dopomoc, např. se stravováním. Zdravotně postižení, kteří žijí ve vlastních domácnostech, se setkávají se službou podporovaného samostatného bydlení. Služba pomáhá lidem s péčí o domácnosti pomoc při kontaktování ostatních lidí (Matoušek, 2007).

Na to navazuje potřeba sehnat patřičnou práci, která je významná jak pro socializaci jedince, tak pro zajištění financí. Podporu poskytovanou státem ohledně finančních dávek nalezneme v zákonu č. 155/95 Sb., o důchodovém pojištění, kde mají osoby se zdravotním postižením nárok na invalidní důchod. Podle § 39 má jedinec na důchod nárok tehdy, pokud nastane pokles pracovní činnosti nejméně o 35%. Zákon o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb., definuje v třetí části zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Osobám se zdravotním postižením se poskytuje ochrana na trhu práce. Jedná se o osoby s prvním, druhým a třetím invalidním stupněm a osoby se zdravotním znevýhodněním. Zákon tedy zajišťuje vhodné podmínky na trhu práce pro osoby se zdravotním postižením tak, aby jejich zaměstnavatel mohl využívat podpory. Zaměstnavatel, podle §75 v zákonu o zaměstnanosti, dostane finanční příspěvek, pokud osobě se zdravotním postižením zařídí místo, které bude takovou osobou obsazeno 3 roky. V zákoně o zaměstnanosti, č. 435/2004 Sb., § 69, je zmíněna pracovní

rehabilitace pro klienty se zdravotním postižením. Pracovní rehabilitace znamená podporu klienta a souvislou péči, při které klientovi pomůže sehnat a udržet si zaměstnání odpovídající jeho kvalifikaci. S osobou se zdravotním postižením se vytváří individuální plán, který zpracovává potřeby a cíle klienta.

Možnosti jejich uplatnění jsou na otevřeném pracovním trhu, chráněném zaměstnávání a v sociálně terapeutických dílnách. Sociálně terapeutické dílny jsou další službou určenou pro lidi, kteří se nemohou účastnit otevřeného trhu práce. Je to služba, kde se podporují pracovní návyky, a umožňuje se rozvoj pracovních dovedností. Dopomáhá i s osobní hygienou a stravováním (Matoušek, 2007).

Lidé s postižením žijí v domácnostech většinou ještě s další osobou z důvodu pokrytí veškerých nákladů. Rodina pomáhá také s úkony ohledně základních denních návyků, jako jsou: nákupy, stravování, hygiena, atd. Pokud rodina v tomto ohledu neasistuje, zajišťuje péči pečovatelská služba. Existují i další možnosti podpory, jako je osobní asistence, sociální poradenství a chráněné bydlení (Dobiášová, © 2014).

3 Sociální služby

Sociální služba je upravena zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jehož cílem je především zajistit klientům jistotu a standardizovanou síť služeb s patrným důrazem kladeným na kvalitu poskytovaných sociálních služeb. Zákon vymezuje práva a povinnosti ze strany poskytovatelů sociálních služeb a státu, krajů a obcí. Sociální služby jsou primárně určeny pro občany, kteří nejsou schopni samostatně řešit svou nepříznivou sociální situaci. Sociální služba nebere odpovědnost za člověka, za jeho osud a životní perspektivu i v případě, pokud je člověk z důvodu věku, či zdravotní indispozice odkázán na odbornou pomoc. Sociální služba maximálně podporuje samostatnost, svébytnost a důstojnost člověka. Zákon nepříznivou sociální situaci vymezuje jako oslabení nebo ztrátu schopnosti způsobenou nepříznivým zdravotním stavem, způsobem života, návyky kolidujícími se společností, sociálně neuspokojivými životními podmínkami a prostředím, nebo ohrožením práv trestnou činností třetí osoby. Člověk není schopen dosáhnout sociálního začlenění a hrozí mu sociální vyloučení. Sociální začlenění je pojem běžný v sociálních politikách států Evropské unie. Podstatou je docílit, aby člověk byl schopen využívat obvyklé společenské zdroje. K sociálnímu vyloučení dochází ve chvíli, kdy člověk vinou vyskytujících se komplikujících či omezujících překážek nemůže žít způsobem ve

společnosti běžným. Sociální služba stojí na třech pilířích: sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Sociální poradenství má za cíl poskytnout informace potřebné pro řešení nepříznivé sociální situace a v základní podobě jsou ho povinni poskytnout všichni poskytovatelé sociálních služeb. Odborné sociální poradenství poskytují profilované sociální poradny, zaměřené například na jevy (např. drogy) či cílové skupiny (zdravotně postižení). Služby sociální péče mají za cíl poskytnout pomoc a zajistit klientům fyzickou a psychickou soběstačnost v péči o jejich potřeby. Služby sociální prevence se snaží identifikovat a předcházet fenoménům a poměrům vedoucím k sociálnímu vyloučení. Podmínkou je, že výše zmíněné není způsobeno primárně věkem a zdravotním stavem. Jedná se například o drogovou problematiku, kriminalitu, rodinné problémy apod. Služby mohou být poskytovány terénně v místě bydliště klienta, v jeho přirozeném společenském prostředí, nebo pobytově či ambulantně prostřednictvím zařízení typu denních stacionářů, center a např. domovů pro seniory (Mahrová a Venglářová, 2008).

3.1 Denní a týdenní stacionář

Denní stacionář podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách § 46, je určen pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku nebo zdravotního postižení a osobám s duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. V denním stacionáři se poskytuje ambulantní péče. Služba obsahuje tyto činnosti: pomoc při zvládnání základních úkonů péče, pomoc při osobní hygieně, stravování, výchovné, vzdělávací, aktivizační činnosti, socializace, sociální a terapeutickou činnost a pomoc při uplatňování práv.

Týdenní stacionáře podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 47, slouží jako pobytová služba pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba obsahuje tyto činnosti: ubytování, stravování, pomoc při hygieně, pomoc při běžných úkonech péče, výchovné, vzdělávací, aktivizační činnosti, socializace, sociálně-terapeutickou činnost a pomoc při uplatňování práv.

3.2 Sociální pracovník

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, vymezuje tato pravidla pro výkon povolání sociálního pracovníka.

§ 109

„Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 109).

Sociální pracovník, zakotvený zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, musí být bezúhonný. Sociální pracovník je nezbytný pro určování potřebné podpory, která se poskytuje uživatelům sociální služby. Vzdělanost sociálního pracovníka je v současnosti na úrovni vyššího odborného nebo vysokoškolského studia.

Sociální pracovník, s ohledem na vážnost rozhodování o životě jiných lidí, musí být kvalifikovaný. Rozhodování pracovníka probíhá na vysoké úrovni, jelikož má vliv na efektivitu státní sociální podpory, sociální péče, sociálních služeb, sociálně – právní ochrany dětí a mnoha dalších. Z tohoto důvodu je sociální pracovník povinen se celoživotně vzdělávat. Další vzdělávání probíhá formou akreditovaných kurzů či vzdělávacích studijních programů. Typ tohoto vzdělávání je součástí § 230 zákona č. 262/2006 Sb., o prohlubování kvalifikace (Sokol a Trefilová, 2008).

Matoušek (2008) také zmiňuje, že sociální pracovník musí být plně kvalifikovaný, jelikož rozhoduje o životech lidí. Pracovník je nucen často odhalit i intimní situace ze života klientů, proto dbá striktních pravidel, která zajišťují klientům právní ochranu. V ideální souhře se práva a povinnosti, která má sociální pracovník v kompetenci, doplňují. V odborné praxi se můžeme setkat s defenzivní a reflexivní praxí. Defenzivní praxe znamená, že sociální pracovník jedná zcela podle předpisů a zákona. V tomto případě je pracovník v roli, kdy jej předpisy chrání, ale zároveň omezují. V této situaci se sociální pracovníci řídí pouze manuály s přístupem k určitým zdrojům a manažerskými příkazy. Systém je však nepříznivý spíše pro klienty. Klienti jsou transformováni tak, aby vyhovovali systému a praktikám dané organizace. Sociální pracovník získává role hodnotitele, inspektora, sběrače důkazů a manažera rozpočtů.

Sociální pracovník v reflexivní praxi řeší mimo jiné i vznik etických dilemat. Sociální pracovník je si mnohem jistější v osobních a profesních hodnotách, kde je schopen si uvědomit i přínos určitého rizika, za které ponese následně svou odpovědnost.

Matoušek (2008) dále tvrdí, že angažovaný sociální pracovník chápe svou práci a uplatňuje své morální hodnoty. Ke klientům přistupuje s empatií a zároveň s respektem. Upřednostňuje mimo jiné přátelské vztahy s klientem. Tento pozitivní přístup může být ohrožen v případě navázání vztahu s klientem, a tím dochází k citovému zabarvení při řešení životních situací nebo k syndromu vyhoření sociálního pracovníka.

Radikální sociální pracovník dle Matouška (2008) si často zakládá na osobním přístupu, ale jde převážně o zákonné změny, které jsou podle něj nespravedlivé. Jedná se o otázku politické ideologie a o práci v zájmu sociální změny. Byrokratický sociální pracovník má za úkol manipulovat s lidmi v jejich zájmu. Zároveň vytváří iluzi osobní péče o klienta. Na druhé straně působí jako přísný „normalizátor“ klienta. Podmínky pro byrokratického sociálního pracovníka jsou tvořeny oddělením osobního života od profesního. Prioritou profesionálního sociálního pracovníka jsou především práva a zájem klientů. Ke klientům má individuální vztah. Tento vztah mezi sociálním pracovníkem a klientem působí harmonicky. Tímto způsobem jsou upevněna práva klientů. Klient má právo na stížnost a celkově se navyšují jeho pravomoci, ovšem již pod kontrolou sociálního pracovníka.

Sociální pracovník vykonává odbornou činnost podle zákona o sociálních službách č. 47/2019 Sb. Za výkon povolání sociálního pracovníka se považuje činnost v rámci preventivní, rehabilitační a diagnostické péče. Často dochází k provázanosti mezi sociální a zdravotní péčí. Sociální pracovník řeší problémy klientů, kteří se ocitli v nepříznivé životní situaci a snaží se o uspokojení potřeb těchto klientů. Zabezpečuje také sociální agendu a provádí sociální poradenství. Mimo jiné se také zabývá analytickou, metodickou, koncepční a odbornou činností včetně prevence, depistážní činností a krizovou pomocí (Sokol a Trefilová, 2008).

Rozdělení kompetencí sociálního pracovníka popsala ve své knize Kutnohorská et al., (2011). Kompetence lze definovat podle typů do následujících oblastí. Kompetence profesně oborové jsou důležité pro uspokojování potřeb klienta. Sociální pracovník musí být odborně způsobilý, aby byl schopen odstranit negativní faktory, které mohou negativně ovlivnit svěřeného klienta. Kompetence sociálně – anamnestické

a diagnostické, mezi něž patří sociální šetření včetně sociální anamnézy. Pracovník by měl být schopen zpracovat zprávu o posouzení životní situace klienta. Kompetence poradenské a konzultační: sociální pracovník poskytuje sociální poradenství. Kompetence výchovné a rozhodovací: pracovník provádí sociální depistážní činnosti a sestavuje plán psychosociální intervence ve vztahu k životní situaci klienta. Kompetence organizační, jsou důležité pro komplexní přípravu klienta do ústavní péče. S tímto je i spojena tvorba a vedení dokumentace pro jednotlivé klienty. Nejúčinnějším nástrojem sociální práce je sám sociální pracovník. Sociální pracovník musí být pro klienta důvěryhodná osoba, která k němu přistupuje empaticky a se srozumitelnou komunikací. Pracovník uplatňuje své znalosti v kompetenci metodické, která tvoří nedílnou součást tvorby nových standardů a metod sociální péče v zařízení.

4 Individuální plánování

Individuální plánování definuje standart č. 5, který se zabývá průběhem individuálního plánování. Bicková et al., (2011) uvádí, že standardy kvality sociálních služeb, doporučené MPSV od roku 2002, se staly legislativně závaznými od 1. 1. 2007. Kritéria standardů jsou součástí přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

Národní standardy kvality probíhají prostřednictvím inspektorů kvality a průvodců dobré praxe v zákoníku o sociálních službách. V roce 2002 PhDr. Vladimír Špidla, tehdejší místopředseda vlády, předložil první materiál standardů kvality sociálních služeb. Materiály vycházejí z koncepce lidských práv a svobod a jsou zakotveny v právních aktech České republiky. Materiály obsahovaly 17 standardů kvality. Zejména se jednalo o pomoc zavedení těchto standardů do praxe. Změnu přinesla vyhláška č. 505 ze dne 15. listopadu 2006. Vyhláška umožňuje porovnat kvalitu ve všech sociálních službách a jejich zařízeních. Vzniká inspekce, která kontroluje kvalitu poskytovaných služeb (Sokol a Trefilová, 2008).

Individuální plánování je tedy proces definovaný zákonem č.108/2006 Sb., o sociálních službách, který ukládá poskytovatelům sociálních služeb povinnost plánovat poskytování sociálních služeb klientům. Rozsah individuálního plánování by se měl objevit v plánu podpory. Poskytovatelé jsou dle zákona povinni hodnotit užitečnost poskytování sociálních služeb u svých klientů. Individuálním plánováním je možno označit i proces přemýšlení pracovníků sociálních služeb o tom, jakým způsobem by mohli být pro své klienty užiteční a nápomocní. V praxi získávají pracovníci informace o klientech formou rozhovoru, pozorováním běžných denních aktivit, rozhovory se zúčastněnými osobami, jako jsou např. rodinní příslušníci a studiem dokumentace klientů. Důležitou roli hraje aktivní komunikace mezi pečujícími, klientem a pracovníky sociálních služeb. Cestou správné a příkladné komunikace mohou získat poskytovatelé náhled na vhodnou podobu intervencí ke klientovi a následnou podobu sociální služby. Taktéž mohou formulovat cíle spolupráce a samotný plán s klienty. Do záznamu pracovníci zapisují domluvený postup v podobě individuálního plánu. Jednotlivé kroky k realizaci činí pracovníci i klienti. Pokud ze strany klienta nelze plán realizovat, je nutno jej znovu revidovat a přeformulovat. Úkolem pracovníků je mimo jiné zpracování informací za období průběhu konkrétního

plánu. Následně pracovníci plán vyhodnocují a určují další postupy. Zjednodušeně lze proces individuálního plánování rozdělit na: screening situace klienta, určení postupu, záznam plánu, uskutečnění plánu, evaluace plánu a mapování nové podoby situace klienta (Herzogovi, © 2020).

Krutilová (2008) uvádí, že v příloze č. 2 k vyhlášce č. 387/2017 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, jsou uvedeny požadavky na individuální plánování ve standardu č. 5. Nová právní úprava sociálních služeb definuje, že účelem sociálních služeb je sociální začleňování. Jde o procesy určené pro osoby sociálně vyloučené nebo ohrožené sociálním vyloučením. Procesy byly vytvořeny za účelem poskytnutí příležitostí, které osobám napomohou se nadále zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je považován za běžný a řádný. Praxe zavedení individuálního plánování u velkých poskytovatelů typu pobytových služeb stále spíše vychází z možností a potřeb organizace, než z individuálních potřeb jednotlivých osob (uživatelů). Příkladem může být ranní probouzení klientů v jednom čase, které nemusí respektovat přání všech jednotlivců. Pro pomocnou podporu větších poskytovatelů služeb se pracuje na produktivnějším vývoji. V budoucnosti by nejlépe vyhovoval vznik pobytové služby menšího typu, kde se individuální plánování bude moci realizovat lépe. U stávajících velkých institucí se předpokládá jejich transformace a zaměření spíše na potřeby individuálních uživatelů. Hodnocení a znalost potřeb uživatelů jsou dnes nezbytným požadavkem pro kvalitní sociální službu.

Pojem biografie v roli s péčí můžeme definovat jako soubor všestranných informací o klientovi. Biografie zjišťuje potřeby klienta, které známe z Maslowovy pyramidy lidských potřeb. V současnosti se v péči o nemocné nebo zdravotně postižené prosazuje, že nejsou pouze biologickým systémem. V tomto případě se jedná o tzv. institucionální biografii, která je v odborné praxi využita pouze minimálně, a to zejména u dlouhodobě hospitalizovaných klientů v institucích, kde v průběhu několika let došlo ke změně složení personálu. Nový personál často není seznámen s životním příběhem klienta a plní pouze biologické a ryze aktuální potřeby. Jsou to zejména instituce poskytující služby klientům s mentálním či tělesným postižením, nebo s vadami kombinovanými, kdy se délka pobytu může počítat i na desítky let. Právě biografie klienta, ve spojení s tvorbou individuálního plánu, je velice významná. Zaměřuje se na autonomii klienta (Procházková, 2014).

V autonomii musíme respektovat dle Kopřivy (2000) vnitřní svět druhého člověka. Vnější svět, ve kterém žijeme, je pro širokou populaci sice společný, ale každý člověk jako individualita může vnímat jiný obraz. Pokud svému klientovi řádně nasloucháme i s porozuměním, může následovat harmonická spolupráce, od které se odvíjí důvěra klienta ve spolupráci na jeho individuálních přáních a plánech, které jsou naším cílem. V sociálních službách se pro zjišťování informací využívají dva typy kontaktu: vnímavý kontakt a rozhovor. Vnímavý kontakt usiluje o porozumění lidem a rozhovor, dbá určitých pravidel, jako je např.: respektující dialog, počáteční kontakt, naslouchání, zpracování problému a vymezování limitů a následných požadavků.

Základním kamenem individuálního plánování je osobní cíl klienta. Tento osobní cíl je i základem pro poskytování kvalitní sociální služby. Osobní cíl můžeme definovat jako průnik mezi přáním uživatele a posláním sociální služby. To znamená, že přání uživatele může být i přáním sociální služby. Cíl vychází zejména z přání uživatele služeb a musí být ve shodě se sociální službou. Ke kvalitnímu cíli sociální služba s uživatelem dojde diskuzí. Je důležité navázat vztah mezi uživatelem a sociální službou. Krátkodobé cíle nejsou tak uspokojivé při poskytování sociální služby po delší dobu. Kvalitnější jsou cíle dlouhodobé. Pro dodržení správného vyhodnocení cíle máme určená kritéria, která se musí dodržet. Kritéria jsou nastavena mezi službou a klientem. Cíl musí zahrnovat každodenní návyky uživatele pro kvalitnější zpracovávání individuálního plánu. I když se nám cíl uživatele nebude zdát kvalitní, nemůžeme jej změnit. Uživatel si musí cíl určit sám. Určení osobního cíle je dlouhodobý proces, rozhodně se nejedná o odpověď na jednoduchou otázku. Zjišťování osobního cíle není nijak složité, pokud známe postup. Nejdříve musíme zjistit, co uživatel potřebuje, a následně poskytujeme kvalitní sociální službu. V ideálním případě by se cíl měl zjišťovat ještě před zahájením služby, což je často v praxi nereálné. Pokud uživatel nechce spolupracovat na tvorbě cíle, a tím se rozvíjet, nemusí. Jedná se o dospělého jedince a jeho přání a potřeby by se měly respektovat. Pokud uživatel nekomunikuje, jedná se o problém, který se snažíme vyřešit za pomoci kladení jednoduchých otázek. Zaměřujeme se na jeho gesta, chování či projevy. Důležitým pomocníkem jsou i rodinní příslušníci, kteří mohou pomoci identifikovat přesné potřeby uživatele, a tím pomoci určit přesný cíl. Jedním z problémů určování cíle a individuálního plánování je nedostatek času. Základ této práce však není založen na administrativě, ale především

na osobní konzultaci s uživateli. Pokud čas věnujeme uživatelům, dochází k plnohodnotnému naplnění jejich potřeb a tím dosažení osobních cílů (Sobek, 2005).

Jedním z konceptů individuálního plánování je „**plánování zaměřené na člověka**“. Johnová (©2005) popisuje ve svém článku plánování zaměřené na člověka jako koncept, který vznikl přibližně v 80. letech 20. století s příchodem nových přístupů k lidem s mentálním postižením. Normalizace a valorizace byl základ pro vznik tzv. komunitních služeb, které ovlivnily přístupy sociálních služeb pro mentálně postižené a později i ostatní skupiny. Plánování zaměřené na člověka znamená tvorbu realistického plánu pro naplnění životních přání a cílů klienta s postižením. V České republice převládá spíše individuální plánování, než plánování zaměřené na člověka. Individuální plánování se zaměřuje na cíle, které mohou organizace poskytnout a splnit sami a tímto se nabídka zužuje. Nabídka se nezaměřuje na osobní cíle, ale na cíle, které může organizace sama poskytnout. Klient si z určité nabídky návrhů sám vybírá. Za nedostatek můžeme označit závislost klientů na formálních zdrojích (služby profesionálů). Zatímco neformální zdroje (rodina, sousedé, přátelé), které jsou potřeba pro udržení sociálních kontaktů, jsou nevyužívány. Nedostatky lze snadno odstranit, a to za pomoci konceptu plánování zaměřeného na člověka, které nalezneme ve Standardech kvality sociálních služeb. Carnaby et al. (2005) uvádí, že cykly plánování zaměřených na člověka jsou totožné, jako kterékoliv jiné plánování. Základem je připravit si osobní profil klienta a analyzovat jeho potřeby. Osobní profil klienta je založen na historii klienta, určitých sociálních kontaktech klienta a porozumění samotnému klientovi. Při analýze klienta, kterou provádíme mapováním, je dle Johnové (©2005) důležitá klasifikace. Klasifikace je zaměřena na potřeby klienta ke zvýšení míry sociálního začlenění, osobního rozvoje a spokojenosti. Osobní profil a analýza jsou nezbytné pro individuální plánování potřebné podpory.

5 Cíl práce a výzkumné otázky

Před samotným výzkumným šetřením jsem si zvolila hlavní cíl. Za účelem dosažení tohoto cíle, jsem si stanovila tři výzkumné otázky. Výzkum bude realizován ve vybraných denních či týdenních stacionářích v České republice a rozhovory vedeny se sociálními pracovníky.

Hlavní cíl: „Zjistit, jak je realizována identifikace potřebné podpory pro děti a dospělé s tělesným a kombinovaným postižením.“

VO1: „Jaké metody používají poskytovatelé sociálních služeb při zjišťování rozsahu potřebné podpory u dětí či dospělých s tělesným a kombinovaným postižením?“

VO2: „Jak se transformuje potřebná podpora do individuálního plánování při poskytování sociální služby?“

VO3: „ Jak probíhá individuální plánování v běžné praxi pracovníka v sociálních službách?“

6 Metodika výzkumu

6.1 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor je tvořen 10 sociálními pracovníky, kteří pracují v denním či týdenním stacionáři pro osoby s tělesným a kombinovaným postižením. Vybrané stacionáře se nacházejí v České republice. Celkem jsem oslovila 18 stacionářů z 10 měst v ČR. Z celkového počtu oslovených stacionářů mi kladně odpovědělo pouze 10 stacionářů. Všechny stacionáře jsou zaměřeny na skupinu mentálně a kombinovaně postižených dětí či dospělých.

6.2 Použité metody

V bakalářské práci je obsaženo několik výzkumných metod. V úvodu práce, zejména v části teoretické, je použita metoda popisná, která popisuje charakteristické vlastnosti či jev, který je předmětem studia. Tato metoda se primárně zaměřuje na popis dané problematiky bez toho, aby si pokládala otázky, jak a proč k tomu danému stavu došlo. Tato metodika je užitečným nástrojem, přičemž získaná data mohou být nadále zkoumána pomocí rozličných výzkumných technik. (Descriptive research definition..., ©2020).

Navazující praktická část, tedy vlastní výzkumné šetření, je založeno na metodě dotazovací. Vytvořila jsem soubor výzkumných otázek pro dané respondenty prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru. Výzkum získaný dotazovací metodou, je nejvhodnějším nástrojem k obdržení popisných informací, postojů, znalostí, názorů, chování a preferencí cílových osob. Metoda dotazování byla použita přímá a nepřímá. Přímou metodou jsem zjišťovala otázky o názorech či konkrétním chování. Nepřímá metoda pracovala s reakcí respondenta, kde tazatel dochází k závěrům, které si sám respondent nemusí uvědomit. Dotazování je nejrozšířenější metoda určená k získávání primárních údajů, jejíž základní výhodou je její pružnost. Při využití této metody je možno získat nejrůznější typy informací v celé řadě nejrůznějších situací. Výhodou je relativně rychlejší a levnější průběh výzkumu oproti jiným formám. Úskalí metody spočívá v neschopnosti, neochotě, či záměrném klamání ze strany respondenta. Za účelem minimalizování výše zmíněných rizik je nutné si dotazování řádně předem naplánovat (Kotler, 2007).

Polostrukturovaný rozhovor se vyznačuje připraveným souborem otázek, případně témat, aniž by výzkumník přesně stanovil jejich pořadí a jejich neměnnost po dobu rozhovoru. Tazatel může otázky modifikovat, neměl by však žádnou z připravených vynechat. Možno je použít v případě potřeby doplňující dotazy. Tento typ rozhovoru kombinuje výhody obou krajních typů rozhovorů: volného a strukturovaného (Reichel, 2009).

Původní variantou mého výzkumu měl být kvalitativní výzkum práce, technikou se měl stát polostrukturovaný rozhovor s vedoucím pracovníkem, pečujícím a rodinou. Rozhovory bylo v plánu dělat v denním stacionáři Klíček, denním stacionáři Arpida a s osobní asistencí. Plánovala jsem také využít metodu dotazování. Při zpracování dat jsem chtěla použít mimo jiné i analýzu dokumentace. Výběrovým souborem měly být konkrétní druhy podpory a péče poskytované pro děti či dospělé s tělesným a kombinovaným postižením v sociálních službách. Mělo jít o samotné rodiny dětí či dospělých s tělesným a kombinovaným postižením. Předpokládaným přínosem pro praxi měla být identifikace možného rozsahu podpory a péče pro dítě či dospělého s tělesným a kombinovaným postižením pro širokou veřejnost. Dále i představení nových zjišťovacích metod u sociálních služeb. Plánovaná varianta výzkumu nemohla být uskutečněna kvůli opatřením souvisejícím s pandemií koronaviru.

6.3 Způsob realizace výzkumu

Výzkumný soubor a výše uvedené denní a týdenní stacionáře byly kontaktovány prostřednictvím e-mailu. V e-mailu byla respondentům sdělena a popsána charakteristika bakalářské práce. Po seznámení se s těmito fakty sociální pracovníci písemně vyjádřili, že jsou ochotni se výzkumného šetření zúčastnit. Kontaktování byli telefonickou formou. Na začátku každého hovoru jsem se představila a opětovně vysvětlila, za jakým účelem telefonát probíhá, a že výzkumné šetření je zcela anonymní. Dva rozhovory jsem nahrávala. U nahrávaných rozhovorů byl potvrzen písemný souhlas. Nejprve jsem se dotazovala na věk, pohlaví, dosažené vzdělání a praxi v oboru. Dále následovaly otázky: identifikace metod pro zjišťování potřeb klientů, práce s nástroji potřebné podpory a práce s rodinou. Závěrem jsme diskutovali o standardu č. 5 a individuálním plánování, u kterého jsme se snažili zaměřit především na jeho efektivitu.

Dotazování rozuměli dané problematice, ale kvůli jejich přílišné zaměstnanosti 4 rozhovory proběhly velice rychle a nebylo je možné více rozvést. Tato situace nebyla pro výzkum úplně optimální, ale vzhledem k pandemii nebyla jiná varianta. Dotazování pochopili otázky, na které odpovídali.

Otázky v polostrukturovaném rozhovoru byly sestaveny v měsíci březnu, rok 2020. Realizace rozhovoru se sociálními pracovníky se konaly v rozmezí měsíce března až května roku 2020. Rozhovory byly přepsány do písemné podoby a okódovány. Podle kódů byly vytvořeny kategorie a podkategorie pro otevřené kódování.

6.4. Etika výzkumu

Zákon č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, udává povinnost zaručit anonymitu respondentů výzkumu. V práci nejsou zmíněná jména stacionářů ani sociálních pracovníků, kteří se na mém výzkumu podíleli, aby je nebylo možno identifikovat. Při nahrávaném rozhovoru jsem měla platný formulář, který je v seznamu příloh. Je k nalezení pod přílohou č. 1. Originály rozhovorů jsou v mé osobní archivaci.

7 Výsledky výzkumu

Tabulka č. 1: Identifikační údaje respondentů

	Věk	Pohlaví	Vzdělání
Respondent 1	30	žena	DiS.
Respondent 2	50	žena	DiS.
Respondent 3	50	žena	Bc.
Respondent 4	42	žena	Bc.
Respondent 5	36	žena	Mgr.
Respondent 6	31	žena	DiS.
Respondent 7	60	žena	Středoškolské
Respondent 8	31	žena	DiS.
Respondent 9	46	žena	Bc.
Respondent 10	45	žena	Bc.

Zdroj: vlastní

Zvolený výzkumný soubor respondentů představovalo 10 žen. Dvě respondentky byly ve věku 50 let, sedm žen v rozmezí věku 30-46 let a jedna ve věku 60 let. Z výzkumného souboru žen absolvovalo 5 žen vysokoškolské studium, 4 vyšší odborné a pouze jedna respondentka středoškolské. Pro přehled výzkumného souboru byla vytvořena výše uvedená tabulka (tab. 1).

K hodnocení následujících výsledků jsem využila metodiky otevřeného kódování. Metodika otevřeného kódování se provádí pomocí společných znaků v rozhovoru. Po důkladném rozboru rozhovorů jsem vytvořila 5 základních kategorií. Pomocí společných znaků, které jsou v rozhovorech, byly následovně jednotlivé pasáže či věty okódovány. Vytvořené kategorie shrnují společné znaky rozhovorů:

Kategorie č. 1 – Zaměření stacionářů

Kategorie č. 2 – Metody pro zjišťování potřebné podpory

Kategorie č. 3 – Komunikace

Kategorie č. 4 – Potřebná podpora

Kategorie č. 5 – Individuální plánování

Kategorie č. 1: Zaměření stacionářů

V rozhovorech jsem se dotazovala na zaměření stacionářů. Následující tabulka (tab. 2) zobrazuje respondentky a typy stacionářů, ve kterých tyto respondentky pracují. Je zřejmé, že 8 respondentek pracuje v denním stacionáři. Jen dvě odpověděly, že v týdenním, i přes to, že tyto stacionáře bývají často spojeny. Zaměření stacionářů se ve větší míře shodovalo až na 3, které zahrnují i osoby s poruchou autistického spektra. Jeden stacionář se navíc zaměřuje na děti s tupozrakostí a šilháním do věku deseti let. Ve více než polovině dotazovaných organizací je zastoupen pouze jeden sociální pracovník. V prvním sloupci je uveden přesný počet sociálních pracovníků ve stacionářích jednotlivých respondentů. V druhém sloupci je počet klientů, které má v péči jeden či dva sociální pracovníci v dotazovaných stacionářích. Poměr mezi počtem sociálních pracovníků a klientů, o které se starají, může ovlivnit efektivitu zjišťování potřeb klientů.

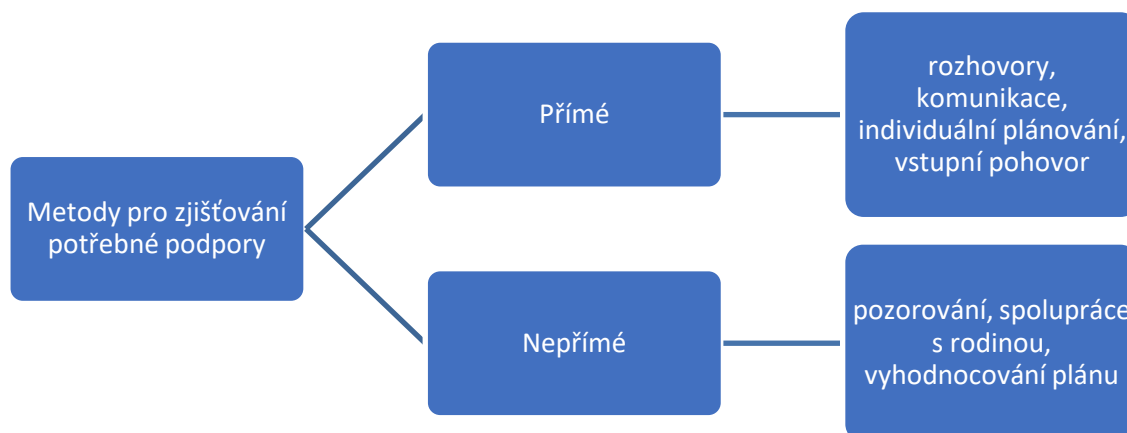
Tabulka číslo 2: Zaměření stacionářů

	Typ stacionáře	Zaměření stacionářů	Věk klientů	Počet sociálních pracovníků v zařízení	Počet klientů na sociálního pracovníka v zařízení
Respondent 1	Denní stacionář	Osoby s mentálním postižením i kombinovaným tělesným postižením	16-64 let	1	18
Respondent 2	Denní stacionář	Osoby s mentálním postižením i kombinovaným tělesným postižením	16-64 let	1	18
Respondent 3	Denní stacionář	Osoby se zdravotním postižením	Od 5 let	2	16
Respondent 4	Denní stacionář	Mentálně postižené děti, mládež a dospělí	7-64 let	1	20
Respondent 5	Denní stacionář	Osoby s mentálním a kombinovaným postižením včetně osob s PAS	Neuvádí	1	5
Respondent 6	Denní stacionář	Děti, mládež a dospělí s mentálním a kombinovaným postižením	7-64 let	1	27
Respondent 7	Denní stacionář	Osoby s těžkým stupněm mentálního postižení a těžkou formou PAS	Neuvádí	1	23
Respondent 8	Denní stacionář	Osoby s tělesným, mentálním, zdravotním, kombinovaným a s chronicky duševním postižením a děti s diagnózou tupozrakost a šilhání do věku 10 let	1-64 let	2	30
Respondent 9	Týdenní stacionář	Osoby s mentálním, tělesným a kombinovaným postižením včetně osob s PAS	6-40 let	1	18
Respondent 10	Týdenní stacionář	Osoby s mentálním postižením i kombinovaným tělesným postižením	16-64let	1	20

Zdroj: vlastní

Kategorie č. 2 – Metody pro zjišťování potřebné podpory

Každá z dotazovaných respondentek má své určité metody k zajištění potřebné podpory klienta (viz. obr. 1). U části respondentek se jedná o dlouhodobý proces, který pro ně stále pokračuje.



Obrázek č. 1: Metody pro zjišťování potřebné podpory

Zdroj: vlastní

R6: „Před nástupem, ale i během využívání služby, přistupujeme ke každému klientovi individuálně dle jeho potřeb a možností. Také velice spolupracujeme s rodinou, aby nám o svém „dítěti“ řekli co nejvíce.“

R1: „U nás se zaměřujeme na potřeby klienta a jeho rozvoj, je to dlouhodobý proces. Pro poznání klienta a jeho potřeb úzce spolupracujeme s rodinou a využíváme metody pozorování. Důležitý je také individuální plánování a dělám s klientem vždy vstupní pohovor.“

R7: „Sledování klientů, rozhovory, porady klientů, porady týmu, individuální plánování s klienty a jeho blízkými, pravidelné vyhodnocování plánů.“

Sedm respondentek zmiňuje konkrétní metody, které v praxi používají.

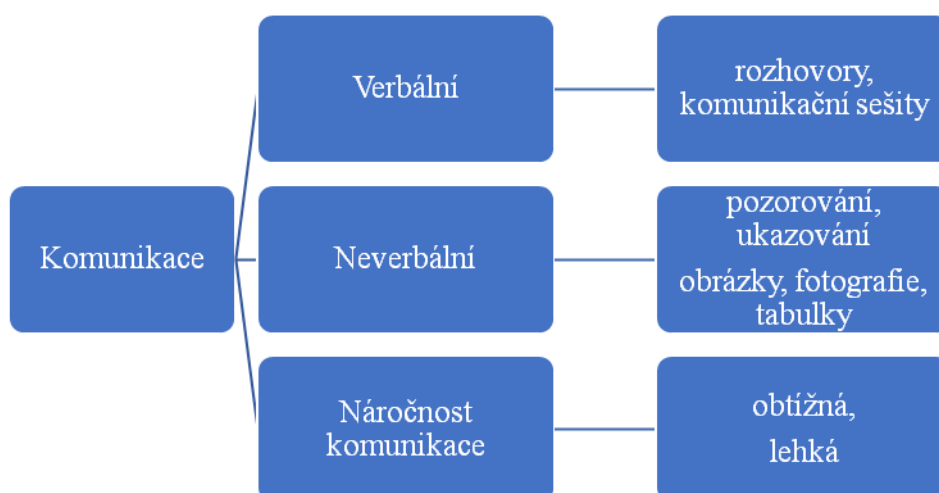
R2: „Rozhovory, pozorování a individuální plánování.“

R4: „Schůzka s rodiči, opatrovníkem nebo zákonným zástupcem a klientem, vyjasníme si požadavky od služby a dále jim nabízím určité činnosti, které poskytujeme v našem zařízení. Vedeme spolu rozhovory a důležité je i pozorování.“

R8: „Individuální plánování, pozorování, rozhovor, komunikační sešity, porady multidisciplinárního týmu.“

Kategorie č. 3 – Komunikace

Komunikace s klientem může být spíše obtížná, zejména pokud respondentky pracují s klienty, kteří mají poruchu autistického spektra či komunikují neverbálně. Přesto všechny používají stejné metody pro zajištění komunikace a k získávání určitých potřeb klientů. Všechny respondentky úzce spolupracují s rodinou, aby docílily co nejkonkrétnější potřebné podpory pro jejich klienty (viz. obr. 2).



Obrázek č. 2: Komunikace

Zdroj: vlastní

Verbální

R2: „Vedeme rozhovory s klientem a rodinou.“

R3: „Je potřeba vést rozhovor, který je částečně strukturovaný, aby byly zmapovány jednotlivé oblasti života.“

Neverbální

R1: „Obrázky, pozorování.“

R3: „Obrázky, pozorování, ukazování.“

R5: „Používáme komunikační knihy, tabulky, procedurální schémata, fotografie i piktogramy.“

R6: „Pokud klient komunikuje jinak, než slovně, vždy mu vytvoříme takové možnosti, aby se s námi mohl domluvit. Pokud je u nás klient delší dobu, většinou ho poznáme natolik dobře, že už podle zvuků a gest víme, co chce vyjádřit.“

R9: „Používáme alternativní komunikaci – fotografie, obrázky. Chceme využít i pomoc speciální školky, odkud někteří klienti přicházejí a vzdělávat pracovníky v komunikaci VOKS.“

Náročnost komunikace

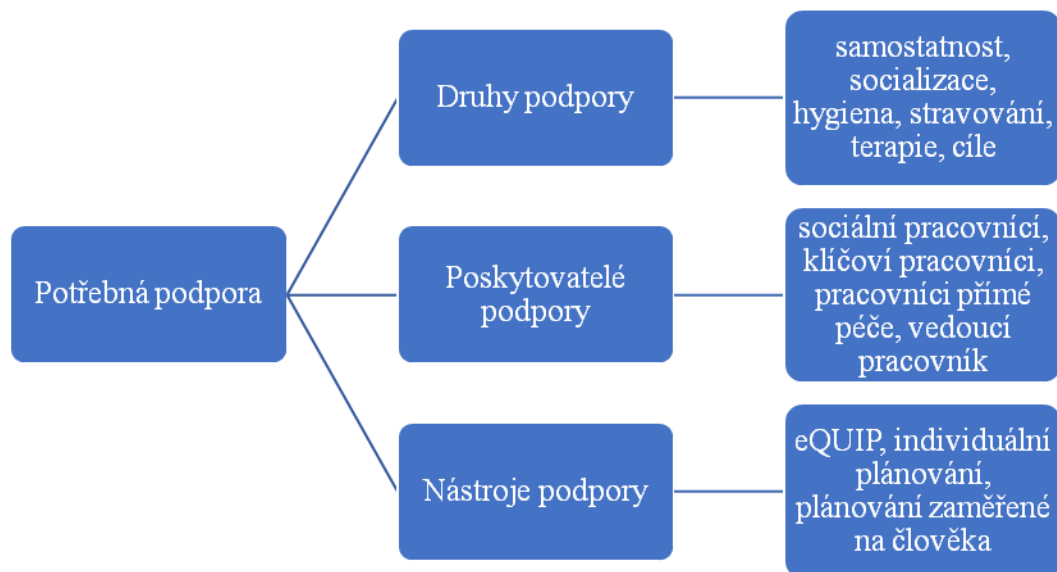
R1: „Záleží na situaci. Někdy je těžké být vnímavý a soustředěný vůči potřebám klientů. Záleží i na tom, jaký má klient den. Proto může nastat problém při komunikaci.“

R10: „Ano, komunikace může být obtížná. Člověk se musí ptát jednoduchými větami, být konkrétní a musí být stále propojen s klientem. Vnímat jeho pocity, potřeby a nálady.“

R6: „Není složitá. Před nástupem děláme šetření, kde zjišťujeme klientovi potřeby a způsoby komunikace.“

Kategorie č. 4 – Potřebná podpora

Každý klient má své určité základní potřeby. Podpora ve stacionářích se odvíjí od zjištění potřeb klientů. Je poskytována jak nácvikem běžných věcí, tak i při plnění přání a osobního rozvoje klientů (viz. obr. 3). Pro lehčí identifikaci potřebné podpory jsou pomocné nástroje podpory. Tyto nástroje by měly usnadnit práci sociálním pracovníkům.



Obrázek č. 3: Potřebná podpora

Zdroj: vlastní

Druhy podpory

R1: „Podporujeme základní hygienické návyky a stravovací. Jde nám o samostatnost, samoobslužnost, socializaci. Podporujeme klienty i formou ergoterapii.“

R2: „V samostatnosti, základním hygienickým úkonům a v tom, co si sami přejí a sami chtějí dělat.“

R3: „U klientů podporujeme to, aby si mohli najít své místo ve společnosti. Uživatele vnímáme jako bio-psycho-sociální bytost. Naše podpora je poskytována vždy s ohledem na stupeň postižení, věk a individuální schopnosti a dovednosti uživatele.“

R6: „Především klienty podporujeme v jejich přáních a potřebách. Snažíme se, aby zažívali co nejběžnější život, jako všichni ostatní, a aby si udržovali již dosažené vědomosti a dovednosti.“

R8: „Služby dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhlášky 505/2006 Sb.“

Poskytovatelé podpory

Podporu ve stacionářích ve větší míře, dle odpovědí respondentek, poskytují pracovníci přímé péče, až na jednu odpověď respondentky, kde podporu poskytuje sociální pracovník.

R6: „Podporu u nás poskytuje sociální pracovník nebo vedoucí péče.“

Nástroje podpory

R2: „Využíváme čistě individuální plánování.“

R4: „Individuální plánování, konkrétním zápisem cíle a zaznamenáváme příčiny splněných či nesplněných cílů.“

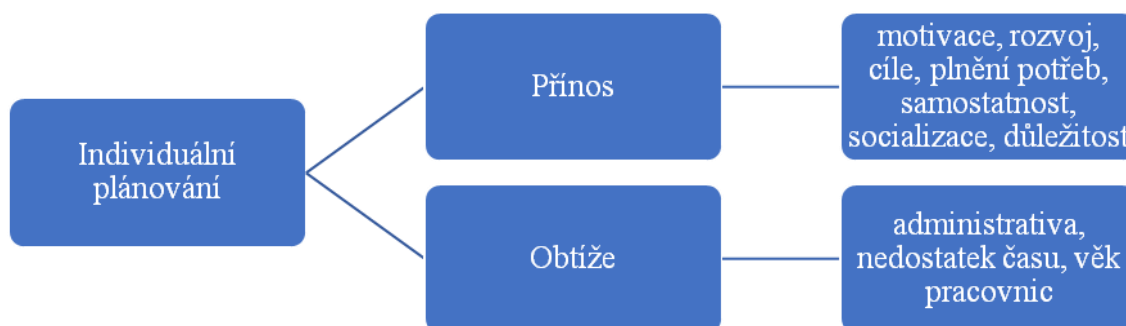
R5: „eQuip. Používáme ho pro vykazování docházky, stravy a pro zápis provedených činností během dne.“

R6: „Plánování zaměřené na člověka.“

R8: „Quip používáme k potvrzování výkonu, zápisu denních aktivit a k účtování služby.“

Kategorie č. 5 – Individuální plánování

Individuální plánování (viz. obr. 4) je popsáno ve Standardu č. 5 o individuálním plánování. Všechny respondentky s tímto standardem pracují, nařizuje jim to zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., k 1. 7. 2019 novelizace zákona č. 47/2019 Sb.



Obrázek č. 4: Individuální plánování

Zdroj: vlastní

Přínos

Individuální plánování respondentkám nepřipadá vůbec složité, ale i tak by ho rády vylepšily či zjednodušily. Dle jejich názoru má individuální plánování pozitivní vliv a přínos pro klienty.

R3: „Ne, není pro mě složité. Myslím, že pro klienty to znamená, že se jim někdo věnuje, „speciálně individuálně“. Že v běhu jednotlivých činností se zastaví a může

přemýšlet společně se svým klíčovým pracovníkem o svém životě. Vytváří se důvěra, která je důležitá. Většina klientů má toto ráda, i skupinovou práci si klient chválí. Zažívají „důležitost“, že celý tým se sejde jen kvůli nim a hovoří se o nich, padají různé nápady a toto vnímám jako velmi obohacující.“

R4: „Není. Nastavení cílů přináší rozvoj a motivaci klienta. Záleží také jakým způsobem, nasazením a počtem aktivit s klienty zaměstnanec pracuje. Ovšem nejdůležitější je zdravotní stav a hloubka IP, s jakým klíčový pracovník pracuje, to se odvíjí od celkového tvoření plánů. Čím je na tom klient „lépe“, tím lépe se s ním pracuje.“

R6: „Není vůbec obtížné, na individuální plánování máme vlastní systém, který jsme si museli vytvořit.“

R8: „Plánování s klientem není složité. Individuální zaměření má pozitivní vliv na klienty.“

R10: „Není. Je-li dobře sestaven, tak velmi kladně pomáhá klientovi.“

Obtíže

Pouze jedné z oslovených respondentek individuální plánování připadá složité.

R7: „Plánování s klientem je vždy složité, hlavně v naší skupině (osoby s těžkým stupněm mentálního postižení a těžkou formou PAS). Je ale důležité a moc si nedovedu představit jeho zjednodušení. Možná, že v tomto oboru ale pracuji dlouho.“

R2: „Ne není pro mě složité, nebaví mě to papírování okolo.“

Jedna z respondentek uvádí, že určení přesného cíle klienta může být komplikované. Zajímavé je, že přiznává, že někdy dochází k určení cíle rodinou či samotným pracovníkem služeb.

R1: „Individuální plánování mi nepřipadá složité, záleží také na druhu postižení klienta. Bohužel je na to málo času a hodně papírování. Co se týče praxe, tak určit opravdový cíl, který chce klient dosáhnout, mi přijde složité. Někdy cíl spíše vymýšlíme my pracovníci s rodinou, než klienti.“

8 Diskuze

Bakalářská práce se věnuje problematice identifikace rozsahu potřebné podpory poskytované dětem a dospělým s tělesným a kombinovaným postižením. Cílem práce bylo zjistit, jak je realizovaná identifikace potřebné podpory poskytovaná dětem a dospělým s tělesným a kombinovaným postižením. Rozhovory jsem prováděla s oslovenými sociálními pracovníci z denních a týdenních stacionářů. Sociální pracovníce jsem kontaktovala prostřednictvím emailu. Kontaktovala jsem celkem 18 stacionářů. Z celkového počtu oslovených stacionářů mi jich odpovědělo deset se souhlasem ke spolupráci a osm stacionářů neodpovědělo vůbec. Vzhledem k rozmištění stacionářů po celé České republice, a se značným omezením kvůli celosvětové pandemii COVID -19, bylo nutné zvolit pro výzkumné šetření formu telefonických rozhovorů. Telefonické rozhovory nejsou pro výzkumné šetření zcela optimální, a to z několika důvodů, jsou časově náročné a především kvůli vytíženosti respondentek byly některé odpovědi na otázky nedostačující.

Respondentky byly dotazovány na počet sociálních pracovníků ve stacionáři a na počet klientů, které mají v péči. Pouze dvě respondentky uvedly, že na pracovišti mají dva sociální pracovníky. Zbytek dotazovaných uvedlo, že zastupuje jednoho sociálního pracovníka ve stacionáři. Počet klientů na jednoho sociálního pracovníka se pohybuje od 16 až po 30. Je to velké množství klientů pro pracovní výkon sociálního pracovníka. Toto může mít za následek tzv. „odbytí“ klientů při způsobu zjišťování jejich potřeb a neefektivní navázání vztahu s klientem. Linková (2019) ve své práci uvádí, že velké množství klientů na jednoho sociálního pracovníka ovlivňuje kvalitu poskytování sociální práce. Sociální pracovníci z tohoto důvodu mohou mít k dispozici nedostatek informací o klientovi, které potřebují k zjištění potřeb a potřebné podpory klienta.

Mezi základní metody pro identifikaci potřebné podpory klienta patří rozhovory, pozorování a individuální plánování. Všechny respondentky úzce spolupracují s rodinou a pečujícími. Je pro ně důležitý individuální přístup ke klientovi. Komunikace s klientem a navázání kvalitních vztahů je pro veškerou spolupráci základním pilířem pro individuální plánování. Z výzkumu vyplývá, že pro šest respondentek není komunikace s klientem s tělesným či kombinovaným postižením obtížná. Všechny respondentky k zajištění plnohodnotné komunikace využívají pozorování, rozhovory a další pomocné metody a pomůcky. Při komunikaci s klientem hraje důležitou roli

spolupráce s rodinou. Svojková (2015) ve své práci zmiňuje, že komunikace s klientem s postižením je velice komplikovaná a potvrzuje, že se sociální pracovník musí na komunikaci řádně připravit. Klade důraz na používání alternativních komunikačních prostředků, na vytvoření příjemného a vyhovujícího prostředí, na časté ověřování z důvodu pochopení otázek, které sociální pracovník klientovi pokládá.

Pro zjednodušení práce sociálního pracovníka byl vytvořen softwarový program eQUIP. Obrusník (2020) se ve své práci zabývá fungováním programu eQUIP. Zmiňuje, že eQUIP je program vytvořený pro sociální služby, který pomáhá při individuálním plánování. V programu jsou zavedeny jednotlivé cíle klientů, které program každý měsíc reviduje. Z mého výzkumného šetření je zřejmé, že pět respondentek pracuje s programem eQUIP, ale spíše ho využívají k potvrzování výkonů, zápisů denních aktivit a k účtování služeb. O využití programu eQUIP pro individuální plánování se nezmínila ani jedna z respondentek. Z výzkumu Linkové (2019) nadále vyplývá, že sociální pracovníci mají problém s novými softwarovými aplikacemi. Největším problémem pro respondentky je se s aplikacemi naučit pracovat, ubírá jim to čas, který to má naopak ušetřit.

Díky názorům respondentek jsem získala odpověď, že individuální plánování má pozitivní vliv na klienta, ale pro část z nich je komplikované vedení zvýšeného množství dokumentace, které toto plánování obnáší. Shodný názor panuje mezi respondentkami z mého výzkumného souboru a respondentkami Sedlákové (2013) v její diplomové práci. Při zavádění individuálního plánování přibylo sociálním pracovníkům poměrně více práce s dokumentací, proto bylo důležité, aby si sociální pracovníci zavedli vlastní systém, který pomáhá k usnadnění jejich práce. To samé vyplývá i z mého výzkumného šetření, kde se respondentky zmiňují, že díky školením si vytvořily svůj systém plánování, který jim ulehčí práci. Oproti tomu Mgr. Jiří Sobek (2009) ve svém článku popisuje problém nedostatku času pracovníka na individuální plánování. Potvrzuje, že individuální plánování stojí hodně práce a času, není to však čas strávený v kanceláři sepisováním papírů. Jde o čas strávený s klientem. Což mé výzkumné šetření nepotvrzuje.

Ve svém výzkumném šetření jsem získala zajímavou odpověď na téma stanovení cílů, že sociální pracovník či rodinný člen vymyslí cíl za klienta. Z mého pohledu je to způsobeno problémem nesprávné komunikace s klientem či nesprávného vedení individuálního plánování. Sociální pracovníce, která tento názor zastává, by se měla

zúčastnit nějakého odborného semináře či školení v oblasti individuálního plánování či nastudovat podpurný studijní materiál. Mgr. Petr Hanuš zmiňuje, že by se pracovník měl sám zamyslet, proč je spolupráce s klientem špatná. Zda je klient demotivovaný a zda sociální pracovník nepoužil nevhodnou, nesrozumitelnou či dokonce obtěžující formu rozhovoru. Pokud ano, tak se nelze ani divit, že proběhla špatná spolupráce s klientem (Bicková et al., 2011).

Podle Strašákové (2014) převládá v České republice individuální plánování a tím služba uživateli poskytuje menší nabídku, než mu může poskytnout sám život. Cílem individuálních plánů se pak stávají programy, jako jsou např. chráněné bydlení na místo toho, aby byl klient motivován k samostatnému bydlení. Klientovi se neplní cíle a potřeby, které si opravdu přeje. Plní se mu přání, které mu určí sociální služba. Další problém je ten, že se klienti stávají na službě závislí, nedochází k samostatnosti a nemají zapotřebí ani kontaktovat své přátele a rodinu, tímto dochází k desocializaci jedince. To je v rozporu s výsledky mého výzkumu, podle kterého je právě individuální plánování velkým přínosem pro klienta. Cíl klienta je důkladně zpracován na základě potřeb, a tím dochází k rozvoji klienta jak fyzickému, tak psychickému. Jen jedna z respondentek zmínila, že má málo času a někdy vytvoří cíl za klienta sama. Zbytek respondentek hodnotí individuální plánování kladně a zakládají si na jeho přínosu pro klienta.

8.1 Odpovědi na výzkumné otázky:

První výzkumná otázka: *„Jaké metody využívají poskytovatelé sociálních služeb, při zjišťování rozsahu potřebné podpory pro děti a dospělé s tělesným a kombinovaným postižením?“*

Z výzkumu vyplývá, že všechny dotazované respondentky využívají k získání informací od klientů úzkou spolupráci s rodinou. Využívají základních vstupních pohovorů s klientem a jeho rodinou, kde zjišťují základní informace o klientovi. V základních informacích jsou vymezeny jednotlivé oblasti života klienta, běžný den klienta či jeho zvyky. Výzkumné šetření dále ukazuje, že pro stanovení potřebné podpory respondentky dělají i šetření v domácnostech klientů. Další z metod, které respondentky využívají, je pozorování. Pozorují klienta už od prvního kontaktu až po celou dobu v sociálním zařízení. Je to nekonečný proces. Potřebnou podporu zajišťují a zjišťují všichni pracovníci zařízení, počínaje od sociálního pracovníka, až po

pracovníka přímé péče. R3: uvádí: „Vedu pohovor jak s klientem/kou, tak většinou i s dalšími osobami (nejčastěji rodinní příslušníci, opatrovníci). Z tohoto rozhovoru pak připravím záznam z jednání o službě, který předávám pracovnícům v přímé péči a vedoucí pracovníci. Zde jsou vymezeny jednotlivé oblasti života, potřebná podpora, která je v předchozím prostředí poskytována (doma nebo v jiném zařízení), jak vypadá běžný den daného člověka atd...“

Druhá výzkumná otázka: „Jak se transformuje potřebná podpora do individuálního plánování při poskytování sociální služby?“

Z rozhovorů je patrné, že všechny respondentky využívají individuálního plánování. Potřebnou podporu klientů přenáší do individuálních plánů písemně, na základě pohovorů a pozorování, kde s klientem sestaví podle zjištění jeho potřeb cíl, kterého si klient přeje dosáhnout, a společnými silami se snaží docílit splnění požadovaného cíle. Potřeby klienta jsou důkladně mapovány od základních (biologických) potřeb až po potřeby seberealizace. Potřeby klienta jsou základem pro vytvoření podpory a zjištění cíle. Po identifikaci podpory a určení cíle má každá sociální služba svůj systém pro přenos potřeb do individuálního plánování a následné zpracování. R3 uvádí: „Všichni pracovníci vypracují společnou tabulku, kde jsou jednotlivé cíle jednotlivých klientů písemně zaznamenány. Pokud se jedná o každodenní důležitou podporu (např. naučit se brzy vstávat do práce – a jednotlivé kroky – večer si nařídit budíka, je toto pro všechny pracovníky vyvěšené na nástěnce).“ Pokud je průběh k dosažení cíle komplikovaný, respondentky mohou upravovat měnící se potřeby klientů a tím zjednodušit cestu k dosažení cíle. Každá z respondentek má svou techniku. R9: „Máme vypracovaný vzor, kde jsou všechny důležité informace o klientovi. Jelikož bylo různých školení a doporučení velké množství, upravili jsme si tento formulář dle vlastních potřeb. Já osobně ráda používám techniku „erbu“ od pana Jiřího Sobka, kde se mapuje to, co má člověk rád, co nemá rád, jak vypadá jeho život nyní a jaké jsou jeho/její sny.“ Všechny tyto informace jsou na základě spolupráce s rodinou či jinými pečujícími. Rodinní příslušníci často pomáhají sestavovat individuální plány a jsou nápomocni při nastavování vhodné podpory u klientů. Zejména, když jsou například klienti omezeni v komunikaci či mají s rodinným příslušníkem blízký vztah.

Třetí výzkumná otázka: „Jakým způsobem probíhá individuální plánování v běžné praxi pracovníka sociálních služeb?“

Všichni sociální pracovníci jsou povinni dělat individuální plánování. Z výzkumu je zřejmé, že všechny dotazované dodržují zákon a provádí individuální plánování. Pro většinu respondentek toto plánování není nijak složité. Shodují se i na působení pozitivního vlivu na klienty. U jedné z respondentek, jsem se setkala s názorem, že mnohdy k ulehčení bývá cíl nastaven rodinným příslušníkem či samotnou sociální pracovnící. Tento přístup není vhodný pro samotného klienta. Jedné z respondentek připadá individuální plánování složité. Je možné, že je to i věkem, jak sama uvádí. Na druhou stranu z výzkumu vyplývá, že si samotná organizace vytvoří styl, podle kterého vede individuální plánování, jak říká R6: *„Máme individuální plánování nastaveno tak, aby vyhovovalo potřebám klienta, ale také pracovníkům. Pokud nastoupí zaměstnanec a podívá se do dokumentace, tak aby se ihned orientoval, jaké má každý klient potřeby. Je na každém zařízení, jak si toto nastaví, aby to co nejvíce efektivně sloužilo.“* Ve výzkumném šetření docházím k závěru, že individuální plánování je velkým přínosem jak pro klienta, tak pro dané sociální služby, ale pro někoho jsou věci s ním spojené složité či komplikované. Zejména při práci se složitějším klientem či administrativou, která je s úkonem spojena.

9 Závěr

Cílem práce bylo zjistit, jak je realizovaná identifikace potřebné podpory poskytovaná dětem a dospělým s tělesným a kombinovaným postižením. K tomu byly zvoleny tři výzkumné otázky. Na výsledcích se podílely sociální pracovníce z denních a týdenních stacionářů.

Z výsledků vyplývá, že identifikace potřebné podpory je důležitá při práci s klientem v jakémkoliv zařízení. Sociální pracovník musí navázat důvěrný vztah s klientem, aby přesně zjistil, jaké má klient potřeby a následně byl určen přesný druh potřebné podpory, která bude klientovi poskytována v daném sociálním zařízení. K zjištění podpory sociální pracovníci využívají rozhovory, sledování a komunikaci s rodinou. Na základě analýzy všech získaných dat sociální pracovník v sociálních službách určí druh podpory. Každý z pracovníků využívá určité nástroje, které mu usnadní pomoc při identifikaci této potřebné podpory.

Z výzkumu dále vyplývá, že by pro běžnou praxi bylo vhodné snížit počet klientů na jednoho sociálního pracovníka. Tím by se docílilo více času pro sociálního pracovníka a svěřeného klienta. Při identifikaci potřebné podpory by měl sociální pracovník dostatek času na přesnou analýzu a veškeré administrativní úkony a činnosti s tím spojené. Určitě by byl i dostatečný čas na navázání důvěryhodnějšího vztahu s klientem.

Přínos bakalářské práce spočívá v tom, že prostřednictvím této práce lze informovat veřejnost s možnostmi identifikace potřebné podpory a s „novými“ nástroji podpory, které se v praxi používají a mohou pracovníkům sociálních služeb usnadnit práci a pomoci. Nástroje prozatím nejsou v České republice příliš využívány, přesto sociální služby a legislativa v České republice nabízí možnosti potřebné podpory poskytované pro tělesně a kombinovaně postižené děti a dospělé.

Seznam zdrojů

- 1) BICKOVÁ, L. et al., 2011. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 272 s. ISBN 978-80-904668-1-4.
- 2) BRŮŽKOVÁ, Z. et al., 2015. *Nemluvím, stejně mě neposlouchají*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 28 s. ISBN 978-80-7421-108-9.
- 3) CARNABY, S., CAMBRIDGE, P., et al., 2005. *Person Centred Planning and Care Management with People with Learning Disabilities*. London: Jessica Kingsley Publishers, 240 s. ISBN978-1-84310-131-4.
- 4) *Descriptive Research: Descriptive Research Definition, Characteristics, Methods, Examples And Advantages*, 2020. [online]. Question Pro Survey Software. [cit. 20.1.2020]. Dostupné z: <https://www.questionpro.com/blog/descriptive-research/>
- 5) *Disabilities*, 2020. [online]. WHO [cit. 20.1.2020]. Dostupné z: <https://www.who.int/topics/disabilities/en/>
- 6) DOBIÁŠOVÁ, P., © 2014. *Analýza potřeb cílové skupiny osob se zdravotním postižením* [online]. kpssmb. [cit. 20.6.2020]. Dostupné z: https://www.kpssmb.cz/dokumenty_2014-2018/Priloha_c_6_Zdravotne_postizeni.pdf
- 7) FISCHER, S., 2014. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální: učebnice pro studenty učitelství*. Praha: Triton. 304 s. ISBN 978-80-7387-792-7.
- 8) *Funkce EQUIPU*, 2020. [online]. QUIP, z.ú. [cit. 16.3.2020]. Dostupné z: <http://info.e-equip.cz/equip/mapa#page-title>
- 9) HANKOVÁ, M. a VÁVROVÁ, S., Grada, 2016. *Partnerské vztahy: očima mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením*. Praha: Psyché (Grada). 168s. ISBN 978-80-271-0012-5.

- 10) HERZEGOVI, A., a L., © 2020. *Klíčové pojmy. Individuální plánování v sociálních službách*. [online]. Individuální plánování v sociálních službách. [cit. 20.1.2020]. Dostupné z <http://www.individualniplanovani.cz/co-je-individualni-planovani/klicove-pojmy/>
- 11) CHLOUBOVÁ, H., © 2005. *Změny potřeb ve stáří*. [online]. Ošetrovatelská péče, s. 22-24. [cit. 3.5.2020]. Dostupné z: http://zpravodaj.marcom-praha.cz/zpr_0502/pdf/22-24.pdf
- 12) JOHNOVÁ, M., © 2005. *Plánování zaměřené na člověka a transformace ústavní péče*. [online]. Režidenční péče, s. 1-4. [cit. 8.5.2020]. Dostupné z: <http://rezidencnipecer.marcom-praha.cz/archiv/priloha/priloha0603.pdf>
- 13) KOPŘIVA, K., 2000. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 152 s. ISBN 80-7178-429-x.
- 14) KOTLER, P., 2007. *Moderní marketing: 4. evropské vydání*. Praha: Grada, 1042 s. ISBN 978-80-247-1545-2.
- 15) KRUTILOVÁ, D., et al., 2008. *Sociální služby: Tvorba a zavádění standardů kvality poskytování sociálních služeb*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 264 s. ISBN 978-80-254-3427-7.
- 16) KUTNOHORSKÁ, J. et al., 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 189 s. ISBN 978-80-247-3843-7.
- 17) LINKOVÁ, P., 2020. *Postoj sociálních pracovníků k zatížení množstvím klientů*. Brno. Diplomová práce, Fakulta sociálních studií Masarykova Univerzita.
- 18) LUDVÍKOVÁ, L., 2005. *Kombinované vady*. V Olomouci: Univerzita Palackého. 140 s. ISBN 80-244-1154-7.
- 19) MAHROVÁ, G. a VENGLÁŘOVÁ, M., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.

- 20) MATOUŠEK, O., 2008. *Metody a řízení sociální práce*, vyd. 2. Praha: Portál, 384 s. ISBN 978-80-7367-502-8
- 21) MATOUŠEK, O. et al., 2007. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 200 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- 22) MATOUŠEK, O. et al., 2010. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. vyd. 2. Praha: Portál, 352 s. ISBN 978-80-7367-818-0.
- 23) *Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015–2020 schválený usnesením vlády České republiky ze dne 25. května 2015 č. 385, 2015.* [online]. Vláda ČR. [cit. 20.1.2020]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/dokumenty/Narodni-plan-OZP-2015-2020_1.pdf
- 24) NOVOSAD, L., 2011. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál, 1. Vydání, 168 s. ISBN 978-80-7367-873-9
- 25) *O nás*, 2020. [online]. QUIP, z.ú. [cit. 16.3.2020]. Dostupné z: <https://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive>
- 26) OBRUSNÍK, M., 2018. *Implementace CRM systému v prostředí neziskové organizace*. Praha. Diplomová práce, VŠE
- 27) *Potřeby dětí se zdravotním postižením*, 2012 [online]. Národní centrum podpory transformace sociálních služeb. [cit. 20. 6. 2020]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/potreby-deti.pdf>
- 28) PROCHÁZKOVÁ, E., 2014. *Práce s biografii a plány péče*. Praha: Mladá fronta, 133 s. ISBN 978-80-204-3186-8.
- 29) *Registr poskytovatelů sociálních služeb*, 2020. [online]. MPSV. [cit. 20. 1. 2020]. Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do;jsessionid=2A4D22E45ED964E9280405A6F0DAF3E4.node1?SUBSESSION_ID=1579112649373_1

- 30) REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
- 31) SEDLÁKOVÁ, K., 2013. *Individuální plánování jako nástroj pro zvyšování kvality sociální služby osobní asistence u lidí s těžkým tělesným postižením a seniorů v Praze*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU
- 32) SOBEK, J. *Osobní cíl v individuálním plánování*. In Sociální služby. Tábor: APSS ČR, ročník XI., leden 2009, s. 8-9. ISSN 1802-0046.
- 33) SOKOL, R. a TREFILOVÁ, V., 2008. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2008-XX. Meritum (ASPI), 424 s. ISBN 978-80-7357-316-4.
- 34) STOYANOV, S., 2017. *An Analysis of Abraham H. Maslow's A Theory of Human Motivation*. Macat international Ltd. 86 s. ISBN 978-1-912303-63-2
- 35) STRAŠÁKOVÁ, V., 2014. *Plánování zaměřené na člověka*. Olomouc, Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta.
- 36) SVOJÁKOVÁ, M., 2015. *Pohledy na závislost ve vztahu sociální pracovník a klient*. Ostrava. Bakalářská práce, Fakulta sociálních studií, Ostravská univerzita.
- 37) *Systém služeb pro děti a mladé lidi s postižením a jejich rodiny*, 2013. [online]. Národní centrum podpory transformace sociálních služeb [cit. 20.6.2020]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/system-sluzeb.pdf>
- 38) ŠESTÁK, J., 2005. *Identifikace potřeby podpory poskytované člověku s mentálním postižením v období časně dospělosti*. In Kontakt. České Budějovice: ZSF JU, ročník 7., číslo 3. - 4., str. 273-279. ISSN-1212-4117
- 39) *Škála míry podpory*, 2020. [online]. QUIP, z.ú. [cit. 16.3.2020]. Dostupné z: <https://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive>
- 40) *Transformace*, 2020. [online]. Národní centrum podpory transformace sociálních služeb. [cit. 16.3.2020]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/index.php/transformace/>

- 41) *Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením*, 2020. [online]. MPSV. [cit. 20.1.2020]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/umluva-osn-o-pravech-osob-se-zdravotnim-postizenim>
- 42) VALENTA, M., et al., 2012. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada, 352 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3829-1.
- 43) Vyhláška č. 505/2006 Sb., o některých ustanoveních zákona o sociálních službách, IN: *Sbírka zákonů*. 25. 11. 2010. ISSN 1211 – 1244
- 44) WINNICK, J., 2011. *Adapted physical education and sport*. 5th ed. Champaign, Ill.: Human Kinetics, 648 s. ISBN 978-0736089180.
- 45) Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony, 2006. IN: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 37, s. 2902 - 2916. ISSN 1211 – 1244
- 46) Zákon č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony, 2019. IN: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 47, s. 890 – 968. ISSN 1211-1244
- 47) Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony, 2019. IN: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 143, s. 866 – 872. ISSN 1211-1244
- 48) Zákon č. 155/95 Sb., o důchodovém pojištění, 1995. IN: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 41, s. 548 - 549. ISSN 1211-1244
- 49) Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, 1995. IN: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 31, s. 6900. ISSN 1211-1244
- 50) *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe, průvodce poskytovatele*, 2020. [online]. MPSV. [cit. 20.1.2020]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/pruvodce+%281%29.pdf>

51) *Záznam o změnách v životě uživatele sociální služby – evaluace nové situace, 2016.*
[online]. Národní centrum podpory transformace sociálních služeb. [cit. 20.6.2020].
Dostupné z: http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/Evaluace_Metodika_Obecne.pdf

52) ZIKL, P., 2011. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole.* Praha: Grada.
112 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3856-7.

Přílohy

Seznam příloh

Příloha č. 1: Písemný souhlas o nahrávání rozhovorů

Příloha č. 2: Seznam otázek pro respondenty

Příloha č. 3: Standard č. 5 o individuálním plánování

Příloha č. 1: Písemný souhlas o nahrávání rozhovorů

Písemný souhlas o nahrávání rozhovorů Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Obor: Speciální pedagogika – vychovatelství

Písemný souhlas s nahráváním rozhovoru se sociálním pracovníkem: Souhlasím s účastí na nahrávání rozhovoru studentky ZSF JČU Tereza Rochová. Studentka prohlašuje, že bude shromažďovat osobní údaje v rozsahu nezbytném pro naplnění výše zmíněného účelu a zpracovávat je pouze v souladu s účelem, k němuž byly shromážděny. Studentka se dále zavazuje, že bude dodržovat mlčenlivost o údajích, které o informátorovi zjistí, a to i po ukončení studia. Tak by nemělo dojít k neoprávněnému nebo nahodilému přístupu k osobním údajům, k jejich změně, zničení či ztrátě, neoprávněným přenosům, k jejich neoprávněnému zpracování, jakož i k jinému zneužití osobních údajů, které by vedli k identifikaci dotazované osoby.

Název bakalářské práce:

Jméno a příjmení studentky:

Tel. číslo studentky:

Prohlášení: Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedené bakalářské práci. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely bakalářské práce a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

V _____ dne _____ Podpis: _____

Příloha č. 2: Seznam otázek pro respondenty

1. Kolik Vám je let?
2. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jak dlouho pracujete v sociálních službách?
4. Pracujete v denním nebo týdenním stacionáři?
5. Na jakou skupinu klientů je váš stacionář zaměřen? (*specifikujte*)
6. Kolik sociálních pracovníků působí ve vašem zařízení?
7. O jaký počet klientů u vás pečuje jeden sociální pracovník?
8. Jaké metody používáte v běžné praxi, aby byly zjištěny konkrétní potřeby klientů s tělesným a kombinovaným postižením?
9. Kdo u Vás ve stacionáři zjišťuje potřeby klientů?
10. Je pro Vás obtížná komunikace s těmito klienty?
11. Při zjišťování potřeb klientů využíváte i spolupráce s jeho rodinou či jinými pečujícími osobami?
12. Jakým způsobem zjišťujete potřeby klientů, kteří jsou nějak omezeni v komunikaci?
13. Jaké druhy podpory poskytujete svým klientům?
14. Kdo u Vás ve stacionáři zajišťuje následnou podporu u klientů?
15. Jaké tzv. „nástroje podpory“ využíváte ve vašem zařízení? (SIS, Equip, Plánování na člověka,.....)
16. Pracujete aktivně se standardem č. 5 Individuální plánování v průběhu sociálních služeb?
17. Využíváte v praxi mimo jiné i program e QUIP? Konkretizujte
18. Je pro vás v praxi provádění individuálního plánování pro klienta složité? Pokud ano, myslíte si, že by mohlo být nějakým způsobem zjednodušeno?

Příloha č. 3: Standard č. 5

Standard č. 5. - INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ PRŮBĚHU SOCIÁLNÍ SLUŽBY

a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

Kritérium: zásadní

b) Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby.

Kritérium: zásadní

c) Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány její osobní cíle.

Kritérium: zásadní

d) Poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného zaměstnance.

Kritérium: zásadní

e) Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám.

Nemá se za zásadní

Pozn.: Plnění kritérií uvedených v písmenech d) a e) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance (Krutilová et al., 2008, s. 64).

Seznam tabulek a obrázků

Tabulka číslo 1: Údaje o respondentech

Tabulka číslo 2: Zaměření stacionářů

Obrázek číslo 1: Metody pro zjišťování potřebné podpory

Obrázek číslo 2: Komunikace

Obrázek číslo 3: Potřebná podpora

Obrázek číslo 4: Individuální plánování

Seznam použitých zkratek

AAIDD = American Association on Intellectual and Developmental Disability

AAMR = American Association of Mental Retardation

CNS = Centrální nervová soustava

ČR = Česká republika

Dis. = Akademický titul

DMO = Dětská mozková obrna

ICF = International Classification of Functioning

IQ = Inteligenční kvocient

KPÚP = Krajská pobočka úřadu práce

Mgr. = Akademický titul

MKF = Mezinárodní klasifikace funkčních schopností

MKN – 10 = Mezinárodní klasifikace nemocí: 10 revize

MPSV = Ministerstvo práce a sociálních věcí

OSN = Organizace spojených národů

OSSZ = Okresní Správa Sociálního Zabezpečení

OZP = Oborová zdravotní pojišťovna

Ph.Dr. = Akademický titul

PPP = Pedagogicko - psychologická poradna

QUIP = Quality in Practice

s. = Strana

SIS = Supports Intensity Scale

SPC = Speciálně pedagogické centrum

VOKS = Výměnný obrázkový komunikační systém

Vyd. = Vydání

WHO = World Health Organization