

Zvládání problémového chování u klientů s kombinovaným postižením v DZR

Bc. Adéla Hanačiková

Diplomová práce
2024



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Adéla Hanačíková**
Osobní číslo: **H22825**
Studijní program: **N0111A190013 Sociální pedagogika**
Forma studia: **Kombinovaná**
Téma práce: **Zvládání problémového chování u klientů s kombinovaným postižením v domově se zvláštním režimem**

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti problémového chování, restrikcí v sociálních službách a kombinovaného postižení.
Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.
Realizace smíšeného výzkumu formou analýzy dokumentů, pozorování a skupinových rozhovorů.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

- ČADILOVÁ, Věra, Hynek Jůn a Květa THOROVÁ a kol., 2007. Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-319-2.
- EMERSON, Eric, 2008. Problémové chování u lidí s mentální retardací. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-390-1.
- HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2000. Psychologický slovník. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-X.
- JŮN, Hynek, 2010. Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-590-5.
- JŮN, Hynek a Kateřina BALICKÁ, 2012. Terapie problémového chování a fyzické restrikce. Praha: APLA Praha. ISBN: 978-80-8769-011-6.
- ŠVARŤÍČEK Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2014. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál. ISBN: 978-80-262-0644-6.
- Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Radana Kroutilová Nováková, Ph.D.**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **11. prosince 2023**

Termín odevzdání diplomové práce: **19. dubna 2024**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



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

Ve Zlíně dne 11. prosince 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 22. 3. 2014

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

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

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě

pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá zvládáním problémového chování u klientů s kombinovaným postižením v domově se zvláštním režimem. Teoretická část se v první kapitole zaměřuje na problémové chování u klientů v sociálních službách, faktory a typy problémového chování, agrese a práci s agresivním klientem a diagnostikou problémového chování. Druhá kapitola pojednává o restrikcích v sociálních službách a jejich typech. Další kapitola se věnuje tématu kombinovaného postižení, klasifikací, příčin a alternativní a augmentativní komunikaci u těchto osob. Poslední kapitola praktické části se zabývá domovem se zvláštním režimem, jeho posláním a cílovou skupinou, individuálním plánováním a zaměstnanci v domově se zvláštním režimem. Praktická část se zabývá vlastním výzkumem, kde byly zpracovány čtyři případové studie. Cílem naší práce bylo zjistit, jakým způsobem probíhá zvládání problémového chování u klientů s kombinovaným postižením v domově se zvláštním režimem.

Klíčová slova: domov se zvláštním režimem, problémové chování, agrese, případová studie

ABSTRACT

The diploma thesis deals with the management of problematic behaviors in clients with combined disabilities in a home with a special regime type of facility. In the first chapter, the theoretical part focuses on problematic behavior among clients in social services, factors and types of problematic behavior, aggression and work with an aggressive client, and diagnosis of problematic behavior. The second chapter is about restrictions in social services and their types. The next chapter is devoted to the topic of combined disabilities, classifications, causes and alternative and augmentative communication in these people. The last chapter of the practical part focuses on the home with a special regime, its mission and targeted group, individual planning and employees in such facility. The practical part deals with its own research, where four case studies were processed. The goal of our work was to find out how problematic behavior is managed in clients with combined disabilities in a home with a special regime.

Keywords: home with a special regime, problematic behaviors, aggression, case studies

Velmi děkuji Mgr. Radaně Kroutilové Novákové, Ph.D. za vedení mé diplomové práce, za ochotu a odbornou pomoc. Velké díky také patří mé rodině za podporu během celého studia.

Motto:

„Úlohou personálu je
být průvodcem klienta jeho incidentem
spíše než původcem incidentu.“

Hynek Jůn

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

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ U KLIENTŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH.....	13
1.1 FAKTORY A TYPY PROBLÉMOVÉHO CHOVÁNÍ	14
1.2 AGRESE JAKO TYP PROBLÉMOVÉHO CHOVÁNÍ	15
1.2.1 Porozumění agresivnímu klientovi	17
1.3 DIAGNOSTIKA PROBLÉMOVÉHO CHOVÁNÍ A JEHO ZVLÁDÁNÍ.....	18
2 RESTRIKCE V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH.....	20
2.1 FYZICKÁ RESTRIKCE.....	21
2.2 MÍSTNOST ZŘÍZENÁ K BEZPEČNÉMU POBYTU	22
2.3 PODÁNÍ LÉČIVÝCH PŘÍPRAVKŮ	23
3 KOMBINOVANÉ POSTIŽENÍ.....	25
3.1 KLASIFIKACE KOMBINOVANÉHO POSTIŽENÍ	26
3.2 PŘÍČINY KOMBINOVANÉHO POSTIŽENÍ.....	27
3.3 ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE U KLIENTŮ S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM	27
4 DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM.....	30
4.1 POSLÁNÍ DOMOVA A CÍLOVÁ SKUPINA.....	31
4.2 INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ	32
4.2.1 Individuální plánování s nekomunikujícím klientem.....	34
4.3 ZAMĚSTNANCI V DZR.....	35
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	38
5 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	39
5.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A VÝZKUMNÁ OTÁZKA	39
5.2 VÝZKUMNÉ CÍLE A TECHNIKY	39
5.3 VÝZKUMNÝ SOUBOR A SBĚR DAT	42
6 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT.....	43
6.1 PŘÍPAD Č. 1 – TOMÁŠ	43
6.2 PŘÍPAD Č. 2 – PETR.....	49
6.3 PŘÍPAD Č. 3 – LUKÁŠ.....	54
6.4 PŘÍPAD Č. 4 – JAN.....	59
6.5 ANALÝZA NAPŘÍČ PŘÍPADY	63
6.6 ZÁVĚRY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	66
ZÁVĚR	71

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	73
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	77
SEZNAM OBRÁZKŮ	78
SEZNAM TABULEK.....	79
SEZNAM PŘÍLOH.....	80

ÚVOD

V současné době a během posledních let dochází v České republice k významnému posunu pobytových služeb lidem s mentálním postižením. Klade se velký důraz na přirozené prostředí klientů, jejich potřeby a naplňování těchto potřeb.

Řada lidí s mentálním postižením a problémovým chováním žije v pobytových zařízeních sociálních služeb. V těchto zařízeních dochází v období prvních deseti let nového tisíciletí k postupné změně náhledu na problémové chování uživatelů služeb od „restriktivního náhledu“ k „náhledu podpůrnému“ (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007, s. 8). K opatřením, která neporušují osobní svobodu, lidská práva a nesnižují lidskou důstojnost jedince.

Dnes již nenajdeme v domovech pro osoby se zdravotním postižením klecová lůžka, svěrací kazajky, kurty či podávání sedativ, která dříve byla každodenním nástrojem zvládnání agrese lidí s mentálním postižením. To ale neznamená, že restrikce v sociálních službách zmizela úplně. Je stále, jen je mnohem mírnější a bývá využívána až v případech, kdy všechna možná preventivní opatření selžou.

Důležité je dívat se na klienta jako na jedinečnou osobnost s touhami, přáními, potřebami. Na osobnost žijící v prostředí, které na ni působí a ovlivňuje její chování a život. A právě ve chvíli, kdy nejsou základní životní potřeby u člověka naplněny, zvyšuje se u něj pravděpodobnost výskytu agresivního chování (Jůn, 2007).

Problematiku problémového chování u lidí s kombinovaným postižením v zařízení sociální péče jsem si vybrala proto, důvodem jsou diskuse veřejnosti na téma agresivity v sociálních službách. Mluví se nejen o agresivitě klientů, ale také o nevhodném chování zaměstnanců ke klientům sociálních služeb. Mnoho lidí se domnívá, že příčiny vzniku problémového chování a agresivity plynou jen z chování klientů sociálních služeb. Důležité je chápat tuto problematiku v celku a uvědomit si, že na vzniku agrese mají svůj podíl i zaměstnanci sociálních služeb.

Teoretická část představuje problémové chování u dospělých osob s kombinovaným postižením, a především specifika řešení takto definovaného chování. Dále se zabývá restrikcí v sociálních službách a část je věnována i tématu kombinovaného postižení.

Cílem je zjistit, zda se daří zvládat problémové chování u klientů s kombinovaným postižením v malém typu pobytového zařízení. Pro sběr dat byly využity celkem tři metody, konkrétně metoda skupinového rozhovoru, analýzy dokumentace a technika pozorování. Pro zpracování výsledků výzkumného šetření byla zvolena metoda případové studie.

Vzhledem k tomu, že k tomuto tématu nejsou v naší republice téměř žádné výzkumy, je pouze jen jediný autor, který se věnuje tématu problémového chování v sociálních službách, považuji toto téma za velmi přínosné a důležité. Výsledek výzkumu by měl poukázat na to, že je důležité budovat služby o malém počtu klientů a velkém počtu pracovníků, aby se předcházelo problémovému chování u těchto klientů.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ U KLIENTŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Co je vlastně problémové chování a kdo ho určuje? Existuje několik definic, ale blíže rozebereme tři definice od autorů, kteří se přímo problémovým chováním v sociálních službách zabývají. První definice se často používá v odborné literatuře a autorem je Eric Emerson, známý britský odborník zabývající se problémovým chováním. Emerson definuje problémové chování *„jako kulturně abnormální chování takové intenzity, frekvence nebo trvání, že může být vážně ohroženo fyzické bezpečí dané osoby nebo druhých, nebo chování, které může vážně omezit používání běžných komunitních zařízení nebo může vést k tomu, že dané osobě do nich bude odepřen přístup“* (Emerson, 2008, str. 13) .

Z tohoto tvrzení můžeme vyčíst, že o problémovosti chování daného klienta rozhoduje společnost. Neexistuje žádný seznam konkrétních příkladů, které by se daly označit za problémové. Je to o tom, co se odehrává v hlavách pečujících. Pokud se tedy změní myšlení společnosti, změní se i samotný výskyt problémového chování.

Při druhé definici Jůn tvrdí, že *„problémové chování je jakékoliv chování, které personál vyhodnocuje jako problémové“* (Jůn, 2010, str. 16). Tento výrok je v sociálních službách vysoce pravdivý. Opět se tato definice zabývá hlavně tím, co si myslí personál, ale ne tím, co je problémového chování.

Třetí definicí autor říká, že *„problémové chování je takové chování, které není normální“* (Jůn, Balická, 2012, str. 8). I z této definice je jasně vidět, že o tom, co je a není problémové chování, nerozhoduje ani tak vlastní chování klienta, ale personál a osoby pečující, které klientovo chování vyhodnocují. Rozdílnost tedy nespočívá ve vlastním chování klienta, ale v tom, že každý z personálu vnímá normalitu jinak.

Výzkum G. Brožové a J. Vančury (2010) ukázal, že zaměstnanci sociálních služeb vnímají při hodnocení neurčitého podnětového materiálu jako iniciátora představovaného konfliktu ve většině případů klienta (39 osob vnímalo jako iniciátora klienta, 9 osob zaměstnance).

S jistou mírou nadsázky se tak dá říci, že, *„kde v pobytové službě není personál, není ve většině případů ani problémový klient, protože jeho „problémovost“ prostě nemá kdo vyhodnotit“* (Jůn, Balická, 2012, str. 5).

Řada lidí s mentálním postižením a problémovým chováním žije v pobytových zařízeních sociálních služeb. V období prvních deseti let nového tisíciletí dochází v zařízeních

sociálních služeb k postupné změně náhledu na problémové chování uživatelů služeb od „restriktivního náhledu“ k „náhledu podpůrnému“ (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007).

1.1 Faktory a typy problémového chování

Při hledání vysvětlení příčin problémového chování je nezbytné vždy prozkoumat, zda se za ním neskrývají somatické zdravotní problémy klienta nebo vedlejší účinky předepsané medikace, dysfunkce prostředí, v němž dochází k deprivaci některých základních životních potřeb klienta, neschopnost klienta komunikovat své potřeby společensky přijatelnými způsoby, symptom konkrétní psychické poruchy (DZR Velehrad – Buchlovská, 2023).

„Lidé se zdravotním postižením mají nárok na stejná práva jako všichni občané České republiky. Mají také stejná práva na naplnění všech základních životních potřeb jako ostatní občané ČR“ (Jůn, 2007, str.105). Ve chvíli, kdy nejsou základní životní potřeby u člověka naplněny, zvyšuje se u něj pravděpodobnost výskytu agresivního chování (Jůn, 2007).

Pravděpodobnost agresivního či jinak problémového chování lidí s mentální retardací zvyšují faktory vnitřní a vnější. Mezi vnitřní faktory se řadí věk, pohlaví, specifické syndromy, stupeň mentální retardace a přidružené postižení. Typické vnější faktory jsou: nemožnost soukromí, jednání personálu, nevyhovující prostředí, počet personálu, náplň dne, nemožnost výběru a tlak na skupinový život (Jůn, 2007). Vnější příčiny problémového chování uživatelů služeb jsou podle zkušeností autorů Čadilové, Jůna, Thorové (2007, s. 108) zastoupeny ve větší míře než příčiny vnitřní.

Označení problémové chování nahradil v průběhu let řadu termínů jako jsou abnormální, odchýlné, mentálně narušené, dysfunkční a nepřizpůsobivé chování. Všechny tyto termíny se užívaly k popisu chování, které nebylo v souladu s očekáváním u lidí s těžkým mentálním postižením. Mezi toto problémové chování patří agrese, destruktivita, sebepoškozování, stereotypie, problémové chování škodlivé pro samotného člověka s handicapem, jako polykání nebezpečných předmětů, problémové chování pro personál, mezi které patří vytrvalý křik, poruchy spánku, hyperaktivita, nebo problémové chování pro okolí jako je například zvracení jídla, pomazávání těla výkaly (Emerson, 2008).

„Lze vymezit základní typy problémového chování: agrese fyzické (vůči osobám i věcem) i verbální, autoagrese (sebepoškozování), krádeže, obnažování se na veřejnosti, odmítání požadavků a odmítání respektování skupiny“ (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007, s. 105).

Velmi často je problémové chování způsob, jakým nám chtějí lidé s mentálním handicapem sdělit, že něco potřebují (mají hlad, je jim zima apod.), že se jim něco nelíbí (hluk, přítomnost osoby apod.), něco je bolí nebo cokoliv jiného, co je třeba vyzorovat (Jůn, 2010).

Čadilová (2007) shrnuje potřeby lidí s těžšími typy postižení do následujících bodů, které pokládá za základ jejich spokojeného života.

Mezi zmíněné body patří:

- určitá míra předvídatelnosti
- možnost vyjadřovat své přání a potřeby (vytvořen systém funkční komunikace)
- zvládání sebeobslužných dovedností v co největší možné míře
- vytvoření pracovních dovedností a pracovního chování pro smysluplné trávení svého života
- vytvoření dovedností pro využití volného času (pro zabavení sebe samých ve svém volném čase)
- získání určité míry sociálních dovedností ke zvládnutí jednoduché kooperace s druhými, zvládání navázání přiměřeného sociálního kontaktu, zvládání jednoduché sociální rutiny (pozdrav, požádání, poděkování), minimálně naučit se žít v kolektivu vedle druhých lidí bez projevů problémového chování.

1.2 Agrese jako typ problémového chování

Mezi nejzávažnější a nejčastější problémové chování řadíme agresi. Agresivním chováním obvykle člověk reaguje, když chce dosáhnout uspokojení, a v cestě mu stojí nějaká překážka. Agresivita je stimulována pocitem hněvu a vzteku spojeným s uvědoměním zátěže. Je zdrojem vlastní jistoty, vede k uspokojení, protože potvrzuje vlastní moc (Vágnerová, 2008).

Agrese je jakékoli chování zacílené na druhou osobu a je vedeno s bezprostředním záměrem ublížit. Agresor je přesvědčen, že svým chováním cíl poškodí a oběť je motivována se útoku agresora vyhnout (Koukolík, Drtilová, 2008).

Konrad Lorenz (1963, in Poněšický, 2010) říká, že agrese není jen reakce na nějaký podnět, ale pudové, znova narůstající vnitřní napětí, které hledá příležitost k vybití.

Psychologický slovník (Hartl, Hartlová, 2004, s. 22) popisuje agresi jako „útočné či výbojné jednání, projev nepřátelství vůči určitému objektu, úmyslný útok na překážku, osobu,

předmět stojící v cestě k uspokojení potřeby (reakce na frustraci)“. U člověka rozlišujeme čtyři stupně agrese: 1. bez vnějších projevů, probíhá pouze v myšlení, 2. projeví se na venek – nadávka či hrubé slovo, 3. destrukce, projeví se - bouchnutím dveří, rozbíjením předmětů aj., 4. fyzické napadení druhé osoby.

Mezi charakteristické projevy agresivního klienta patří:

- slovní vyhrožování a napadání,
- poškozování okolního prostředí, rozbíjení předmětů,
- útoky na personál a spolubydlící,
- nefunkční komunikace, odmítání kontaktu, křik, pláč, podezřívání, slyšení hlasů, pocit pronásledování,
- nezvládnutá nebo neúčelná sebekontrola, sebevražedné tendence

Před samotnou agresí klienta se většinou objevuje fáze neklidu, kam patří například neklidné popocházení, neklidné a bezúčelné pohyby rukou, prstů, kývání trupem, hlavou. Netečný nebo roztěkaný pohled. Klient se cítí zmatený, a právě z tohoto důvodu může být lítostivý, plačtivý nebo naopak vznětlivý.

Při samotné agresi klient ohrožuje, nebo dokonce fyzicky napadá druhé osoby – kousá, škrábe, bije. Může ale použít i verbální agresi – vyhrožuje, nadává a používá vulgarismy, dříve u něj neslýchané, toto chování může mít i sexuální ladění (vymáhá pohlavní styk, snaží se sahat na intimní místa apod.).

V jiných případech může klient agresi naopak obracet proti sobě. Za této situace je potřebné si uvědomit, že agrese může být jediným způsobem, jak je mentálně postižený člověk schopen vyjadřovat své tíživé pocity – zmatek, nepochopení situace, strach z „neznáma“. Častá agrese u klientů má za následek snižování kvality života ostatních klientů, zvyšování rizika vzniku syndromu vyhoření u zaměstnanců a podněcuje další agresi.

Jen zřídka se můžeme setkat s agresivním chováním, které je naprosto beze smyslu a nelze mu žádným způsobem porozumět (Sobek, 2007).

Emerson (2008, s. 31) uvádí výzkum Harrise z roku 1993 o nejrozšířenějších formách agrese u vzorku 168 lidí s mentálním postižením, kterými byly: „*bouchání, plácání, strkání, tahání (51 % osob), kopání (24 %), štípání (21 %), tahání za vlasy (13 %), kousání (13 %), trkání hlavou (7 %), používání zbraní (7 %) a škracení, dušení (4 %)*“. Dále Emerson (2008, s. 31-32) prezentuje svou studii o nejrozšířenějším problémovém chování 153 lidí s mentálním postižením a problémovým chováním: „*bušení do druhých rukama (75 %), verbální agrese*

(60 %), bušení do druhých předměty (41 %), zloba nebo krutost (34 %), škrábání (27 %), tahání za vlasy (23 %), štípání (20 %) a kousání (16 %)“.

1.2.1 Porozumění agresivnímu klientovi

Personál si často vytváří chybná přesvědčení, jež ovlivňují jeho přístup a chování k lidem s mentální retardací, a může tak spustit problémové chování těchto osob. Vzhledem k tomu, že samotné nevhodné chování poté negativně působí na tato přesvědčení, dostáváme se do začarovaného kruhu (Čadilová, V., Jůn, H., Thorová, K., 2007; Jůn, H., 2010).

Personál se může nechat ovlivnit dokumentací klienta, se kterou přichází do zařízení. V ní jsou často uvedené informace o minulosti klienta či o incidentech poruchového chování, které už dávno neplatí. Může to ovlivnit přístup pracovníků od samotného počátku. Také nový pracovník může být ovlivněn, neboť může po svém příchodu slyšet zejména negativní informace o klientech od svých nových kolegů, zahrnující rady, na co si má dát pozor apod. Jedná se o tzv. efekt pořadí neboli efekt prvního dojmu (Čadilová, V., Jůn, H., Thorová, K., 2007; Jůn, H., 2010; Jůn, H., Balická, K., 2012).

Negativní důsledky problémového chování jsou ovlivněné tedy i podobou péče a podpory, kterou poskytují zařízení svým klientům. Sociální kontext se mění v čase a místně, stejně tak i způsob, jakým budou přijímány projevy problémového chování. Postupně v sociálních službách přecházíme od restriktivních podmínek na podpůrné (Čadilová, V., Jůn, H., Thorová, K., 2007).

Dle Křivohlavého (2004) jsou nastolena jistá doporučení, které by měl člověk při práci s agresivním klientem dodržovat

- zachovat klidný přístup ze strany pomáhající osoby tak, aby bylo uvolněno napětí, které zároveň napomáhá klidu klienta,
- všimnout si verbálních či neverbálních projevů, - autor velmi důrazně doporučuje nedotýkat se klienta (klient dotek či kontakt může vnímat jako projev určité agrese) a to samé platí s křikem či zvýšenou frekvencí hlasu (tedy nekřičet na klienta, nezvyšovat hlas),
- pokud klient něco rozbije, nestavit se mu do cesty (může se tak předejít zranění jak klienta, tak pracovníka či dalších osob),
- pracovník musí přemáhat vlastní strach, hněv, odpor či zlost k agresivnímu jednání klienta,

- klienta vnímat jako jedince, který se ocitl v tíživé životní situaci,
- pomoc rozpoznat příčiny, které vedou k abnormálnímu chování. - pracovník se musí pokusit najít alternativní řešení a doporučení pro situaci klienta

Mezi nejdůležitější preventivní opatření by mělo patřit vzdělávání zaměstnanců v péči o agresivní klienty, vedení podrobné dokumentace včetně plánů rizik, různé formy terapií (muzikoterapie, canisterapie), kvalitní individuální plánování, důraz na zachování soukromí, důstojnosti a úcty vzhledem ke klientům.

Náročné chování může ohrozit ubytování v zařízeních pobytových sociálních služeb a proto je nejčastějším důvodem hospitalizace na psychiatrii či jiné zařízení lékařské péče (Crocker a kol., 2006).

1.3 Diagnostika problémového chování a jeho zvládnutí

Odborné kompetence pro realizaci diagnostiky jsou v rukou psychiatra nebo klinického psychologa, odborníků s velmi dobrou profesionální erudiicí. Nevýhodou diagnostiky je často dlouhá čekací lhůta a také skutečnost, že není levnou záležitostí, což je častý argument k tomu, aby se jí nedostalo klientovi. Obojí se však vyplatí podstoupit. (APLA Praha, 2011) Autoři poukazují na skutečnost, že v ústavních zařízeních žije mnoho lidí, kteří vykazují znaky poruchy autistického spektra, aniž by měli tuto poruchu diagnostikovanou. Téměř všichni poukazují na nutnost komplexní a pečlivé diferenciatní diagnostiky, na základě, které můžeme nejlépe nastavit vhodný postup při práci s klienty zařízení sociálních služeb (APLA Praha, 2011; Čadilová, V., Jůn, H., Thorová, K., 2007; Holland, A., 1999; Goleman, D., 1993).

Každá organizace, která se setkává s agresivním chováním uživatelů, by si měla určit postupy, které pomohou toto chování lépe zvládat. Postupy v rámci prevence agresivního chování a postupy v rámci následků agresivního chování (Jůn, 2010).

Každá organizace má své metodické postupy pro kvalitu poskytované služby. Tyto postupy jsou šité na míru organizaci a zohledňují nároky, které na službu klade zákon o sociálních službách a kritéria standardů kvality definovány vyhláškou (Holková, Gabrysz, 2011).

U každého klienta sociální služby je zpracován jeho individuální plán. Co se týče klientů s problémovým chováním, měl by tento individuální plán být zpracován velmi podrobně a obsahovat případy, kdy se objevuje problémové chování a jak se postupuje při jeho řešení. Individuální plán je plánování zaměřené na osobu je plánování osobní budoucnosti. Na

prvním místě jsou vždy potřeby klienta, jeho cíle a plány. Na druhém místě stojí potřeby a plány organizace. V plánování je důležitá týmová práce odborníků a lidí, kteří klienta dobře znají. Plány mohou být krátkodobé, střednědobé i dlouhodobé. Klient se na plánování svého života podílí a je v maximální možné míře zodpovědný za to, za co odpovědný být může (Matoušek, 2011).

2 RESTRIKCE V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Problematika omezování pohybu osob při poskytování sociálních služeb začala být řešena v srpnu roku 2002 v souvislosti se zprávou CPT (Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání) o stavu lidských práv v ČR. Tato zpráva mimo jiné poukazovala na zneužívání klecových lůžek s mříží či sítí v zařízeních sociální péče v ČR a upozorňovala na absenci kontroly vycházející z neexistence nastavených pravidel (MPSV, 2018).

Ministerstvo práce a sociálních věcí v souladu s § 89 Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů stanovuje pro účely používání opatření omezujících pohyb osob Doporučený postup MPSV pro používání opatření omezujících pohyb osob.

Zákon také jasně říká, v jakém pořadí opatření omezující pohyb musí být použita. Nejdříve šetrné úchopy, následuje umístění do místnosti bezpečného pobytu a jako poslední varianta je tlumení léky. O medikaci rozhoduje lékař. Osoba, na které je restrikce vykonávána, musí být předem o postupu informována (Čadilová, Jůn, Thorová, et al., 2007).

„Ve chvíli agresivního chování má zdraví personálu prioritu před zdravím klienta a zdravím ostatních klientů. Personál tak může odejít z výrazně krizové situace, i kdyby hrozilo reálné zranění klienta nebo jiných klientů. Je to z toho důvodu, že po ukončení incidentu nezraněný personál může poskytnout pomoc zraněným klientům. Nezraněný klient však nebude schopen poskytnout pomoc zraněnému personálu“ (Jůn, Balická, 2012, s.48).

Při práci s klientem je potřeba zajistit i jiné záležitosti, Křivohlavý tvrdí (2004):

- svoji bezpečnost
- bezpečnost klienta
- bezpečnost druhých lidí, kteří se vyskytují v blízkosti agresivního klienta

Při poskytování sociálních služeb není povoleno používat opatření omezující pohyb osob, s výjimkou případů přímého ohrožení jejich zdraví a života nebo zdraví a života jiných fyzických osob. Za podmínek uvedených v zákonu je možné použít pouze zásah pomocí fyzických úchopů, umístění do místnosti zřízené k bezpečnému pobytu a podání léčivých přípravků na základě ordinace lékaře a za jeho přítomnosti. Zákon explicitně vymezuje posloupnost opatření omezující pohyb osob v pořadí, ve kterém mají být využita. Není tedy možné přistoupit rovnou k intenzivnější formě zásahu bez využití předchozího druhu opatření. Pojem „popřípadě“ pak právě ještě více zdůrazňuje skutečnost, že naposledy

zmíněné opatření spočívající v přivolání lékaře a podání léčivých přípravků je až poslední možnou variantou zásahu proti Osobě, která má být využita pouze v případech, kdy selžou všechny ostatní možnosti. Tato opatření však smí poskytovatel použít jen v souladu se zákonem proto, aby nedocházelo k omezení základních práv osoby při poskytování sociální služby (MPSV, 2018).

Než dojde k samotné restrikci, musí být vyčerpány všechny možnosti verbálního a nonverbálního zklidnění situace. Je nutné vyzkoušet i všechny strategie vedoucí k deeskalaci problému, mezi které patří řešení problému, odvrácení pozornosti a aktivní naslouchání. Pokud není ani jedna možnost účinná, přistupuje se k restrikci. Klient musí být informován, že bude proti němu použito opatření omezující jeho pohyb.

Po skončení opatření omezující pohyb klienta je nutné vysvětlit klientovi důvody jeho omezení. O použití opatření omezující pohyb osob jsou neodkladně informováni opatrovníci klienta.

Po výskytu situace, při které dojde k užití opatření omezujícího pohyb klienta, musí být dána jak personálu, tak klientům služby, zvláštní příležitost, aby si v klidném a bezpečném prostředí promluvili o tom, co se stalo. Rozhovory by se měly uskutečnit poté, co zúčastněné osoby znovu získají klid a vyrovnanost. Cílem je zjistit, co se stalo a jaké jsou účinky na účastníky. Jejich smyslem není rozdělení viny nebo potrestání osob (Jůn, Balická, 2012).

2.1 Fyzická restrikce

Do fyzické restrikce spadají úchopy a držení. Tyto úchopy může aplikovat pouze odborně vzdělaný personál. Při jejich použití je důležité, aby byla zachována důstojnost klienta, byly přiměřeně volené vzhledem k věku, váze, výšce a pohlaví klienta. Mohou se aplikovat jen po nezbytně nutnou dobu.

Fyzické úchopy vycházejí z metodiky pravidel šetrné sebeobrany podle MPSV. Pracovníci, kteří šetrné úchopy provádějí, musejí projít odborným výcvikem. Jejich použití je bezbolestné u klienta i u pracovníka, který je použije. Úspěšnost nezávisí na fyzické síle. Klienta je nutné vždy předem informovat, že proti němu bude použita restrikce. Fyzické úchopy by neměly trvat déle než 10 minut.

„Fyzická restrikce zahrnuje použití úchopů, které může pomoci zabránit zranění samotného klienta, personálu a klientů. Za fyzický úchop je považován přímý fyzický kontakt zaměstnance nebo zaměstnanců sociální služby s klientem s úmyslem omezit jeho pohyb z

důvodu ohrožení jeho zdraví a života nebo života a zdraví jiných fyzických osob“ (MPSV, 2018, s. 13).

- a) Fyzické úchopy mohou provádět pouze proškolení zaměstnanci. Je vypracován systém vzdělávání zaměstnanců v problematice zvládnutí rizikového chování klientů.
- b) Fyzické úchopy musí směřovat k pomoci zabránit zranění klienta nebo jiných fyzických osob.
- c) Fyzické úchopy musí být vždy přiměřené věku, výšce, váze, pohlaví klienta, popř. dalším skutečnostem, které mají vliv na zdraví a život klienta.
- d) Při použití fyzických úchopů musí být vždy zachována důstojnost klienta.
- e) Konkrétní fyzický úchop lze použít pouze po dobu nezbytně nutnou s cílem dosáhnout maximální bezpečnost pro všechny zúčastněné.
- f) Pokud během aplikace fyzického úchopu nedojde ke zklidnění klienta, pracovník klienta upozorní, jak bude dále postupovat a jednat, jaký další druh OOPO bude použit (MPSV, 2018).

2.2 Místnost zřízená k bezpečnému pobytu

Pokud selže nebo je neúspěšné zklidnění pomocí šetrných úchopů, přistupuje se na druhou variantu, kterou je místnost zřízená k bezpečnému pobytu. Tato místnost slouží k tomu, že by zde mělo dojít ke zklidnění klienta, anebo zabránění agresivního chování vůči ostatním klientům či personálu.

Místností zřízenou k bezpečnému pobytu se rozumí místnost, která je zřízená výhradně k použití ve smyslu opatření omezujících pohyb osob nebo kterákoliv jiná místnost, např. pokoj osoby, relaxační místnost, případně jiné běžně přístupné prostory, jestliže umístění osoby do této místnosti poskytovatel vyhodnotí jako možnost ke zvládnutí situace (MPSV, 2018).

„Poskytovatel služby musí mít zpracována písemná pravidla pro využití každé místnosti, kterou používá k bezpečnému pobytu konkrétní osoby. Nelze klienta umístit do jakékoliv místnosti ke zklidnění a nazvat ji poté místností bezpečného pobytu“ (MPSV, 2018, s. 14).

V případě, že se jedná o místnost, která není primárně zřízená jako místnost bezpečného pobytu, se doporučuje, aby poskytovatel popsal její využití při aplikaci OOPO v individuální dokumentaci osoby. Mělo by zde být popsáno využití, vybavení místnosti, upravení místnosti, bezpečnostní prvky v místnosti, možnost pobytu jiné osoby v místnosti, světelnou

a zvukovou pohodu v místnosti a další skutečnosti týkající se také předpokládaného nebo ověřeného chování osoby v ní.

Místnost zřízená výhradně k bezpečnému pobytu musí splňovat tyto požadavky:

- místnost a její vybavení musí odpovídat potřebám okruhu osob, kterým je služba určena
- vybavení musí podporovat zklidnění umístěné osoby
- vybavení musí zajišťovat bezpečí umístěné osoby a dostatečně ji chránit před zraněním
- vybavení musí umožňovat umístěné osobě přivolat pomoc zaměstnanců poskytovatele
- místnost musí zajišťovat tepelný a světelný komfort
- v místnosti musí být zajištěno důstojné prostředí
- místnost by měla být z důvodu prevence přístupná (neuzamčená) v době, kdy neslouží k umístění osoby.

Pokud během pobytu v místnosti nedojde ke zklidnění osoby, nedojde k odvrácení přímého ohrožení zdraví a života samotné osoby či jiných osob, doporučuje se, aby zaměstnanec v rámci komunikace s osobou upozornil, jak bude dále postupovat, a seznámil ji se skutečností, že požádá pomoc lékaře a informoval, kolik času zbývá do příchodu lékaře. Doporučuje se, aby si poskytovatel podle vlastních, především provozních zkušeností nebo individuální zkušenosti s osobou, stanovil časový úsek, který je nezbytně nutný k příchodu lékaře (např. jaká je dojezdová vzdálenost) a v případě, kdy nedochází v místnosti určené k bezpečnému pobytu ke zklidnění osoby, se doporučuje, aby lékaře přivola neprodleně.

Dále se doporučuje se, aby poskytovatel určil konkrétního zaměstnance, který pobyt osoby ve zřízené místnosti monitoruje a písemně zaznamenává čas monitoringu včetně skutečností, jak se osoba během pobytu chová a co dělá (MPSV, 2018).

2.3 Podání léčivých přípravků

K podání léčivých přípravků, tedy chemické restrikce lze přistoupit vždy na základě ordinace lékaře a vždy za přítomnosti lékaře. Je použita pouze tehdy, pokud byla neúspěšně použita preventivní opatření k zabránění rizikového chování a ke zklidnění nedošlo po užití fyzických úchopů ani po umístění do místnosti zřízené k bezpečnému pobytu.

Jediným důvodem pro podání léčivých přípravků je zvládnutí jednání, kterým osoba ohrožuje svoje zdraví a život nebo zdraví a život jiných fyzických osob.

Ordinaci i aplikace chemické restrikce provede sám lékař. Aplikace se řídí právními předpisy, nikoliv zákonem o sociálních službách. Doporučuje se, aby si poskytovatel dále stanovil, jak bude např. postupovat při přivolání lékaře, znal dobu dojezdu, aby si stanovil, jaké informace bude od lékaře požadovat, jak je bude zaznamenávat a jak bude postupovat po odjezdu přivolaného lékaře po aplikaci léčebných přípravků osobě (MPSV, 2018).

3 KOMBINOVANÉ POSTIŽENÍ

V oblasti definování kombinovaných vad se můžeme setkat se zřetelnou terminologickou nejasností, protože jsou synonymně používány pojmy: kombinovaná vada, kombinované postižení a multihandicap (Ludíková, Renotierová, 2006).

Jednotliví autoři při vymezení pojmu kombinované postižení zdůrazňují jednotlivé aspekty, které považují za důležité. Pipeková (2006, s. 193) tvrdí, že „*kombinované postižení je komplex omezení člověka jako celku, ve všech jeho prožitkových sférách a výrazových možnostech. Jedná se o postižení celistvosti člověka, omezeny a změněny jsou schopnosti emocionální, kognitivní a tělesné, ale také sociální a komunikační*“.

Vítková (2006, s.193) popisuje kombinované postižení takto. „*Těžké vícenásobné postižení představuje komplex omezení člověka jako celku ve všech jeho prožitkových sférách a výrazových možnostech. Podstatně omezeny a změněny jsou schopnosti emocionální, kognitivní a tělesné, ale také sociální a komunikační. Přiřazení k tzv. hlavnímu symptomu ve smyslu klasického postižení, jako je postižení tělesné, mentální nebo smyslové, není možné, neboť tím by se na jedné straně ignoroval charakter komplexnosti postižení, na druhé straně celistvost individua*“.

Slowík (2016) uvádí, že kombinované postižení je definováno jako kombinace dvou a více různých poruch a vad u jediného člověka. Jedná se o velmi různorodou skupinu, ve které lze těžce vymezit jednotný klasifikační systém. Nejsou zde ani přesně stanovené stabilní pojmy takto postižených osob. Kombinace více druhů postižení bývá často v důsledku genetických odchylek, které se projevují ve formě různých syndromů – Downův syndrom, Tourettův syndrom, Turnerův syndrom a další.

Závažnější postižení, poruchy a vady se velmi často sdružují, mají tendenci vyskytovat se společně, a tak jejich nositel může být postižený více vadami (Opatřilová, 2005).

Kudláček (2012) popisuje život člověka s kombinovaným postižením tak, že toto onemocnění nebolí, ale obtěžuje ve smyslu tělesné nepohody a deformity, které značně ovlivňují kvalitu života jedince.

Kombinované postižení je složeno z široké škály různých variant kombinací, včetně odlišného stupně a hloubky. Je proto potřeba vždy nahlížet na skupinu osob s tímto postižením individuálně, protože je velmi subjektivní rozhodnout, zdali se jedná o lehký či těžký stupeň postižení (Franiok, 2011).

3.1 Klasifikace kombinovaného postižení

Počet osob s kombinovaným postižením představuje nezanedbatelnou část populace a dlouhodobě se stále zvyšuje. Z důvodu značné různorodosti kombinovaných postižení a poměrně mladé historie odborné péče o osoby s vícenásobným postižením však není možné přesně stanovit procento výskytu v intaktní populaci (bez postižení) ani v rámci populace osob s postižením.

Opatřilová (2013) uvádí klasifikaci podle Lánye, který řadí do první kategorie jedince, u kterých dochází k vrstvení postižení. Autor přitom vychází z určujícího primárního postižení, kdy v návaznosti na něm vzniká postižení sekundární. Jako druhou kategorii uvádí osoby s více primárními postiženími, u kterých nedochází k sumarizaci důsledků, ale k naprosto nové kvalitě postižení.

Další rozdělení, jehož autorkou je Nazarová (in Zikl, 2005) rozděluje skupinu osob s kombinovaným postižením na tři podskupiny: Osoby s dvěma zjevnými vadami, kdy každá je relativně závažná a u jiných osob se objevuje i samostatně. Typickým příkladem by mohla být hluchoslepota. Další jsou osoby s jedním dominujícím postižením, které je doprovázené jiným dalším postižením v lehčí formě, ale které přesto silně zatěžuje život člověka. Příkladem je mentální postižení doprovázené lehkou vadou zraku nebo sluchu. Poslední podskupinou jsou osoby se třemi a více vadami s různým stupněm závažnosti.

Vančová (2001, s.20) uvádí, že charakteristika jednotlivých kombinací „*se věkem, vývojem, ale i speciálními intervencemi medicínskými, léčebně rehabilitačními, psychologickými a psychoterapeutickými, speciálně pedagogickými, léčebně pedagogickými, ale i díky ostatním mechanismům komplexní rehabilitační péče mění.*“

Mezi klasifikace užívané v odborné literatuře patří poměrně obecná Vaškova klasifikace (Vašek, 2003):

- mentální postižení v kombinaci s jiným,
- duální smyslové postižení – nejčastěji hluchoslepota,
- poruchy chování v kombinaci s jiným postižením.

MŠMT člení kombinované postižení na skupinu osob, u kterých je: intelektové postižení v kombinaci s dalším postižením tělesným, smyslovým či s narušenou komunikační schopností nebo se závažným zdravotním znevýhodněním; kombinace vad tělesných,

smyslových a vad řeči bez přidruženého intelektového postižení, přičemž specifickou skupinu tvoří osoby hluchoslepé; porucha autistického spektra (Michalík a kol., 2015).

3.2 Příčiny kombinovaného postižení

Příčiny vzniku kombinovaného postižení mohou být různé. V řadě případů je rovněž konkrétní příčina vzniklého postižení velmi nejasná, případně neznámá.

Obecně se příčiny dělí na prenatální, perinatální a postnatální.

Ludíková (2004) konstatuje, že příčiny vzniku kombinovaného postižení je možné hledat ve všech etapách života, přičemž nejtěžší a nejzávažnější postižení vznikají obvykle v prenatálním stadiu vývoje.

Postnatálním postižením je myšlena taková vada, kterou jedinec získá v průběhu života, kdy se většinou k jednomu vrozenému postižení v průběhu života přidruží postižení další, například následkem úrazů, působením nádorových onemocnění, virových infekcí apod. (Kozáková, in Ludíková a kol., 2005).

Faktory, které ovlivňují vznik kombinovaného postižení, jsou především vývojové poruchy, genetické vlivy, chromozomální odchylky, intoxikace a infekce plodu, poškození centrální nervové soustavy a mozku, mechanická poškození a vliv psychických a sociálních faktorů. Neměly by být opomíjeny také diagnózy, které předurčují možnost vzniku kombinovaného postižení: Fetální alkoholový syndrom, Dětská mozková obrna, Downův syndrom, Edwardsův syndrom a další (Ludíková, 2005).

3.3 Alternativní a augmentativní komunikace u klientů s kombinovaným postižením

Alternativní a augmentativní komunikace (dále AAK) je v zařízení pro osoby s problémovým chováním jednou z nejdůležitějších věcí. Klient, který nedokáže vyjádřit své potřeby a přání mluvenou řečí, musí mít nastavený systém tak, aby se dokázal domluvit. Mnoho problémového chování vzniká z toho, že klient něco chce, neumí to vyjádřit a pracovník mu v tom tedy nedokáže pomoci. Proto se používají takové metody, které jsou pro klienta srozumitelné a s kterými dokáže pracovat.

Dalším velmi důležitým systémem v AAK je vizualizace dne pomocí plánu dne, kdy klient vidí, co ho celý den čeká, jaké má povinnosti, odměny a je ukotvený v časové ose. To vše může zmírnit také problémové chování

Ve světě se obor zabývající se AAK začal vyvíjet v 70. letech 20. století. V České republice se začal rozvíjet až v roce 1989 a o pět let později bylo založeno Sdružení pro augmentativní a alternativní komunikaci (Šarounová a kol., 2014).

Jak uvádí Klenková (2006), alternativní a augmentativní komunikace (AAK) se snaží kompenzovat projevy závažných komunikačních poruch. *„Alternativní komunikační systémy se užívají jako náhrada mluvené řeči a augmentativní komunikační systémy podporují již existující komunikační schopnosti, určité existující dovednosti, které jsou však nedostatečné pro dorozumívání, usnadňují porozumění řeči i vlastní vyjadřování“* (Klenková, 2006, s. 152).

AAK je nabídkou a šancí především pro ty, kdo nemohou dostatečně komunikovat mluvenou řečí. Každý jedinec nějak komunikuje a v AAK jde právě o nalezení jiných způsobů, které podpoří postiženou schopnost dorozumívání se řečí (Šarounová a kol., 2014).

Cílem AAK je zamezit deficitu v oblasti komunikace v důsledku kombinovaného postižení jedince. Jde tedy o podporu veškeré komunikační schopnosti jedince, usnadnění vyjadřování a zvýšení kvality porozumění řeči. Cílem je zapojit osoby, u kterých je vážně narušena porucha komunikačního procesu, do společnosti a umožnit jim stát se rovnocennými komunikačními partnery (Bendová, 2013).

Laudová (Škodová, Jedlička a kol., 2003, s. 561) popisuje rozdíl mezi augmentativními a alternativními systémy. *„Augmentativní komunikace má podporovat již existující, ale pro běžné dorozumívání nedostatečné komunikační schopnosti. Alternativní komunikační systémy se používají jako náhrada mluvené řeči.“*

Metody AAK se tedy užívá pro osoby s těžkými komunikačními poruchami na podkladě různých diagnóz, nejčastěji dětské mozkové obrny, poruchy autistického spektra, mentálního a kombinovaného postižení, cévní mozkové příhody, úrazů mozku atd. (Šarounová a kol., 2014).

Kombinované postižení klade vždy na řešení komunikace velké nároky. Je důležité mít znalosti, co s sebou jednotlivá postižení nesou. U osob s poruchami chování můžeme využívat takřka všechny metody AAK. *„Někteří uživatelé komunikují velmi pěkně s využitím*

znaků, někteří s využitím jednotlivých fotografií či symbolů, jiní s komplexnějšími komunikačními tabulkami“ (Šarounová a kol., 2014, s. 102).

Je důležité určit, jaký způsob komunikace by bylo vhodné v dané situaci u daného jedince použít, aby bylo možné s ním efektivně řešit jeho komunikační potřeby (Dowden, Cook, 2012).

Často je slyšáno, že mnohé z metod AAK nejsou vůbec využitelné a nejrůznější pokusy se nesečkávají s úspěchem, často pracovníci zažívají pocit selhání a neschopnost dále komunikaci řešit. Jde jen o to, přijít na to, kterou metodu či technickou pomůcku u konkrétního člověka použít. „*Takřka každý se může ve své komunikaci posunout aspoň o malý krůček dál“ (Šarounová a kol., 2014, s. 103).*

Komunikační systémy jsou rozděleny do dvou skupin. Jedna skupina jsou systémy bez pomůcek a druhá skupina systémů s pomůckami. Do metod bez pomůcek se řadí cílený pohled, mimika, gesta, odpověď ANO/NE na otázky, komunikace akcí, a hlavně manuální znaky. Do komunikačních metod s pomůckami řadíme **netechnické pomůcky**, jako jsou předměty – reálné, zmenšeniny, části předmětů), fotografie a komunikační tabulky z fotografií, grafické symboly, symboly PCS, symboly Widgit, piktogramy, systém Bliss. Další soubor komunikačních metod s pomůckami jsou **technické pomůcky**, kam patří komunikátory, pomůcky s tlačítky, pomůcky s hlasovým výstupem, čtečka akustických samolepek, pomůcky s dynamickým displejem, počítače a software, alternativní možnosti ovládání počítače.

4 DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

Matoušek a Kříšťan (2013) tvrdí, že pobytové sociální služby využívají lidé hlavně v případech, kdy není možnost plnohodnotně žít bez podpory jiných. V případě, kdy není péče v možnostech rodiny nebo systém sociální ochrany je nastaven jinak, může být v tomto případě řešením pro takového člověka život v pobytovém zařízení. Pobytová služba s sebou nese mnoho výhod, které by nemohly být zajištěny v domácím prostředí ale také množství rizik. Potencionální uživatel či jeho blízké osoby by měli předem dobře zvážit všechny možné varianty, s důrazem na potřeby a možnosti uživatele.

Důležité změny v oblasti sociálních služeb přinesl zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Do doby jeho přijetí byly sociální služby upravovány legislativou platnou před rokem 1989, jako ústavní péče a pečovatelská služba. Sociální služba je v zákoně o sociálních službách definována jako činnost nebo soubor činností, jimiž se zajišťuje pomoc osobám v nepříznivé sociální situaci (Švarcová, 2011).

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se v domovech se zvláštním režimem poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- d) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) aktivizační činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

(Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění).

Domov se zvláštním režimem pro specifickou cílovou skupinu, jako jsou osoby s mentálním postižením a problémovým chováním není v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

definován. Ale činnosti, které poskytuje běžný domov se zvláštním režimem, jsou poskytovány i v tomto specifickém domově se zvláštním režimem.

Dle registru poskytovatelů sociálních služeb (Registr poskytovatelů sociálních služeb, © 2006-2024) je v České republice k březnu 2024 pouze 13 domovů se zvláštním režimem, které mají cílovou skupinu osoby s kombinovaným postižením a problémovým chováním.

4.1 Poslání domova a cílová skupina

Posláním domova se zvláštním režimem je poskytovat osobám, které nemohou žít ve svém přirozeném prostředí z důvodu snížené soběstačnosti způsobené mentálním a kombinovaným postižením s poruchami chování, individuální podporu a péči formou celoroční pobytové služby.

Domov se zvláštním režimem nabízí pobytovou sociální službu domov se zvláštním režimem dospělým osobám s mentálním a kombinovaným postižením s poruchami chování ve věku od 18 let do 64 let. Kombinovaným postižením rozumíme osoby s mentálním postižením, přidruženým postižením tělesným a s poruchami v chování, které významně ovlivňují možnost kolektivního soužití, nebo osoby s mentálním postižením a přidruženou poruchou autistického spektra s poruchami chování.

Tyto osoby nemohou naplňovat své specifické potřeby v přirozeném prostředí sami nebo za pomoci svých blízkých, ambulantních a terénních služeb a potřebují individuální podporu a péči druhé fyzické osoby zahrnující zvládnutí specifického chování (DZR Velehrad-Buchlovská, 2023).

Služba je poskytována na principech individualizace, partnerství, respektu a empatie, jednotného přístupu pracovního týmu ke klientovi a týmové spolupráce.

Domov, který je popisován v naší práci si klade 3 cíle, které jsou **udržování a posilování stávající soběstačnosti klientů s ohledem na jejich možnosti a schopnosti**, mezi které patří zejména poskytovat míru podpory při sebeobslužné činnosti jen v takovém rozsahu, aby se využili veškeré schopnosti klientů v této oblasti a dále je posilovali. Nedochozí tedy k tzv. „přepečovávání“. Druhým cílem je **poskytování podpory a pomoci na základě individuálně určených přání a potřeb klientů**, důležité je poskytovat klíčovým pracovníkům kvalitní metodickou podporu v oblasti individuálního plánování a pravidelně aktualizovat metodiku Individuálního plánování. Také zajištění vzdělávání v oblasti individuální péče a individuálního plánování a podpora externích odborníků při řešení

individuálních potřeb klientů s projevy poruch chování. Posledním cílem a také ve službě nejdůležitějším cílem je **Snížení četnosti a intenzity projevů poruch chování klientů, příp. udržení úrovně dosažené prostřednictvím služby** (DZR Velehrad-Buchlovská, 2023).

4.2 Individuální plánování

Individuální plánování je proces v sociálních službách, který nařizuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. V §88 písm. f) uvedeného zákona, ve kterém je stanovena povinnost poskytovatele plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, kterým poskytují sociální služby, vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování sociální služby a hodnotit průběh poskytování sociální služby za účasti těchto osob, je-li možné s ohledem na jejich zdravotní stav a druh poskytované sociální služby, nebo za účasti jejich zákonných zástupců nebo opatrovníků a zapisovat hodnocení a jeho výstupy do písemných individuálních záznamů (Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách).

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

Dále je individuální plánování jedním z patnácti standardů kvality. Jedná se o standard kvality č. 5 a je definován těmito kritérii:

- 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;
- b) Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby;
- c) Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda naplňovány její osobní cíle;
- d) Poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného zaměstnance; e) Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám (Vyhláška č. 505/2006 Sb.).

Individuální plánování průběhu sociální služby je jedním „z nejvýznamnějších instrumentů, jehož smyslem je sociální službu poskytovat v co největším zájmu uživatele, přizpůsobit ji jeho specifickým podmínkám a požadavkům, jeho osobním cílům a zapojit jej do procesu plánování i výkonu služby.“ (Krutilová a kol., 2008, str. 50) Individuální plánování by v nejlepším případě mělo být užitečné pro obě strany, jak pro klienta, tak pro poskytovatele sociální služby. Při stanovení cíle individuálního plánování je dobré se držet metody SMART, která zajišťuje efektivní formulaci cílů na základě těchto kritérií: konkrétní, měřitelný, dosažitelný, důležitý a dosažitelný v čase. Chloupková popisuje nedostatky, které mnohdy nastávají při aplikování této metody: „Pracovníci nejsou spolu s klientem schopni naformulovat cíle dle metody, je to pro ně příliš náročné. Proto dochází k tomu, že jsou cíle stanoveny jen proto, že být stanoveny musí, a jsou tudíž formální. Je stanoven jeden nebo několik málo cílů, které nevystihují celý průběh sociální služby a nerespektují klienta jako celistvou bytost“ (Chloupková, 2012, s. 23).

Plánování pomáhá vnímat klienta jako individualitu. Jako člověka s určitou životní cestou a historií. Jako člověka s vlastními silnými stránkami, potřebami, touhami, přáními a preferencemi. Klient vidí, že je tu někdo, kdo se o něj skutečně zajímá, kdo ho vidí jako jedinečnou bytost (Sobek, 2017).

Cíl individuálního plánování spočívá v poskytování sociální služby v co největším zájmu uživatele. Dále se přizpůsobuje jeho specifickým podmínkám, požadavkům, možnostem a schopnostem, osobním cílům. A v neposlední řadě je žádoucí zapojit uživatele do procesu plánování i výkonu samotné služby (Hauke, 2011).

Hauke (2011) považuje za důležité metody individuálního plánování analýzu dokumentace, pozorování a rozhovor.

Hermanová (2011) popisuje proces individuálního plánování v pěti krocích. **Zjišťování přání** a představ, zhodnocení uživatele a jeho potřeby. **Stanovení plánu péče** dle bio-psycho-sociálního stavu uživatele, stanovení společného cíle uživatele a klíčového pracovníka. **Společné plánování** čerpání nesmlouvané sociální služby, které povede k naplnění stanoveného cíle. **Provedení navržených opatření. Provedení hodnocení** naplnění poskytnuté sociální služby.

Jedním z hlavních cílů individuálního plánování ve službě DZR je předcházení nebo alespoň zvládnutí problémového chování.

4.2.1 Individuální plánování s nekomunikujícím klientem

Vzhledem k tomu, že klienti DZR jsou nekomunikující klienti, jsou do procesu individuálního plánování aktivně zapojeni opatrovníci a celý pracovní tým. Mělo by ale být zdůrazněno, že člověk, který se nevyjadřuje mluveným slovem, neznamená, že nekomunikuje. Dle Sobka (2019) s námi každý komunikuje, avšak odlišným způsobem, než na jaký jsme zvyklí. Pro pracovníky, zejména klíčového pracovníka a sociálního pracovníka je nutné, aby dokázali porozumět i klientům, kteří nekomunikují slovně. Je důležité si uvědomit, že i vzhledem ke klientově omezeným možnostem verbální komunikace, je možné sestavit plán jeho potřeb, pokud zvolíme správné postupy a techniky. Nesmíme zapomínat, že i když s námi klient nekomunikuje takovým způsobem, který by byl pro nás srozumitelný, stále je to člověk se skutečnými individuálními potřebami, které my musíme zjistit.

Zjišťování a naplňování osobních cílů a potřeb u verbálně nekomunikujících klientů může efektivně probíhat pouze tehdy, pokud používáme vhodné komunikační prostředky, techniky a způsoby, které přispějí k vzájemnému porozumění a pochopení klienta pracovníkem, a hlavně povede ke spokojenosti klienta (Malíková, 2011).

Metody, kterými se pracovník dostává do kontaktu s klientem, lze rozdělit do několika hlavních přístupů:

- Intuitivní (vychází z prožitků, pocitů, intuicí pracovníka)
- Racionální (myšlenkové procesy a analýza pracovníka)
- Rozhovor s ostatními osobami
- Studium dokumentace klienta (Haicl a Haiclová, 2011).

Individuální plánování u nekomunikujících klientů zatím není dostatečně a uspokojivě řešeno. „*Situace je o to závažnější, že porucha komunikace klientů v pobytových zařízeních je ve velké většině případů spojena s poruchou vědomí. To vede mnoho pracovníků k domněnce, že nekomunikující a neorientovaní klienti si svou situaci vůbec neuvědomují, a tudíž ani nemají žádné potřeby. Zjišťování potřeb a individuální plánování je pak často u imobilních, plně závislých, neorientovaných a nekomunikujících klientů pracovníky bagatelizováno a omezováno na uspokojení základních biologických potřeb*“ (Malíková, 2011, s. 175).

4.3 Zaměstnanci v DZR

„Každý pracovník má v organizaci své místo a úkol. Všichni tvoří tým, kdy se jeden bez druhého neobejde. Každý člen týmu by měl přesně vědět, jaké je jeho místo, co se od něho očekává, co může, co nemůže“ (Hauke, 2011, s. 30). Zcela zásadní pro poskytování sociální služby lidem s problémovým chováním je odbornost a přístup pracovníků služby. Významným způsobem do poskytování kvalitní podpory vstupuje osobní nastavení pracovníků. Zásadní je budování vztahu a důvěry v rámci individuální podpory.

Pracovníci dodržují zásady, které jsou pro ně povinné a patří mezi ně:

- Posilování pozitivního přístupu ke klientům služby
- Klient je partner – pracovníci s klienty hovoří jako s rovnocennými partnery
- Korektní oslovení klienta – pracovníci neoslovují klienta hovorovými výrazy či zdvořilostmi. Preferují vykání, tykání je možné pouze po vzájemné dohodě. Neužívají takových pojmenování klientů, která by mohla být vnímána jako hanlivá či nevhodná, a to ani v situaci, kdy klient není přítomen
- Zásada rovnosti – všichni klienti mají stejná práva a povinnosti. Pracovníci uplatňují stejný přístup ke všem klientům a vytvářejí možnosti k tomu, aby se mohli klienti realizovat
- Zásada mlčenlivosti – všichni pracovníci jsou vázáni mlčenlivostí o skutečnostech, které se o klientovi dozvědí v souvislosti s poskytováním sociální služby
- Zásada správné komunikace – pracovníci klienty berou jako rovnocenné komunikační partnery, trpělivě naslouchají, používají specifické formy komunikace, prvky AAK
- Úcta ke klientovi – pracovníci nemluví o klientech v jejich přítomnosti jako o třetí osobě, jednájí s klienty přiměřeně k jejich věku, vždy s respektem a bez stigmatizace
- Respektování vlastní volby klienta – klienti mohou rozhodovat o svém životě zcela svobodně a pracovníci klientům nevnucují svou volbu a představu (DZR Velehrad-Buchlovska, 2023).

Okruh pracovníků je takový, jako v jiných běžných pobytových službách, tzn. sociální pracovník, pracovník v sociálních službách, zdravotní pracovník.

Pracovník v sociálních službách je ten, kdo vykonává přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb. Dále provádí základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti. Pod dohledem sociálního pracovníka provádí činnosti při základním sociálním poradenství, depistážní činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, činnosti při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Podmínkou výkonu činnosti pracovníka v sociálních službách je plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle tohoto zákona (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění).

V DZR, kterému se věnujeme v naší práci, pracuje ve dvanácti hodinových směnách a na denní službě jsou většinou 3 pracovníci pro 5 klientů. Dále je to aktivizační pracovník, který plánuje a zprostředkovává aktivitu pro všechny klienty během dne. Aktivita jsou většinou individuální, z důvodu předcházení problémového chování. Velké nároky, kladené na pracovníky služeb pro lidi s problémovým chováním, si žádají nezbytnou podporu pro pracovníky v přímé práci, kterou zejména představuje: pravidelné supervize a týmové schůzky, které probíhají 1x měsíčně, výcviky, školení a metodická podpora pro práci s klienty s problémovým chováním, finanční ohodnocení a dodatková dovolená. K osobnostním předpokladům každého pracovníka pracujícího s klienty s problémovým chováním by mělo být: osobnostní zralost, přirozená autorita, sebereflexe, rychlé rozhodování, komunikativnost, motivovanost a odolnost vůči stresu. Zásadní je znalost specifických metod používaných pro předcházení náročných situací a při řešení těchto situací. Každý pracovník pracující v DZR prošel kurzem šetrných úchopů a následně se zúčastňuje opakovacích kurzů.

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. Předpokladem k výkonu povolání sociálního pracovníka je plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle tohoto zákona. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění). Je součástí všech supervizních setkání i týmových schůzek. Prochází všemi školeními a podporou jako pracovníci v sociálních službách. Je nedílnou součástí týmu. S ohledem na náročnost služby by měl být jeden sociální pracovník na maximálně 8 klientů. V DZR, kterým se zabývám ve své práci je sociální pracovník kumulovaná funkce s koordinátorem služby (tzn. vedení služby, administrativa, řízení pracovníků, výkaznictví apod.).

V rámci DZR pracuje celý multidisciplinární tým, který je zapojen do podpory práce s klienty s kombinovaným postižením a problémovým chováním. Jedná se o aktivní spolupráci s psychiatrem, neurologem a dalšími odbornými lékaři. Dále vstupují do podpory klienta odborníci na problémové chování, sexualitu a komunikaci.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

V praktické části navazujeme na část teoretickou a zjišťujeme, jakým způsobem probíhá zvládání problémového chování u klientů s kombinovaným postižením v domově se zvláštním režimem. V první části definujeme výzkumný problém, výzkumné otázky a cíle výzkumu. V další části se zabýváme technikami sběru dat a výzkumným souborem. Poslední část je věnována analýze a interpretaci dat. V analýze jsou zpracovány 4 případové studie, které byly vybrány záměrným výběrem.

5.1 Výzkumný problém a výzkumná otázka

Výzkumný problém „*pojmenovává, čemu se výzkumník bude věnovat*“ (Švaříček, Šedřová, 2014, s. 64). V našem případě je výzkumným problémem **zvládání problémového chování u klientů s kombinovaným postižením v domově se zvláštním režimem**. Výzkumné otázky, „*musí být v souladu se stanovenými cíli i výzkumným problémem*“ (Švaříček, Šedřová, 2014, s. 69).

„Důležitým aspektem výzkumné otázky je vymezení hranic toho, co se bude zkoumat. Není možné, aby jeden badatel prozkoumal všechny aspekty zkoumaného problému. Výzkumná otázka nám umožňuje zúžit výzkumný problém na velikost, která je reálně zkoumatelná“ (Strauss, Corbinová, 1999, s. 24).

Výzkumná otázka našeho výzkumu je:

VO: Jaká jsou specifika zvládání problémového chování u klientů v DZR?

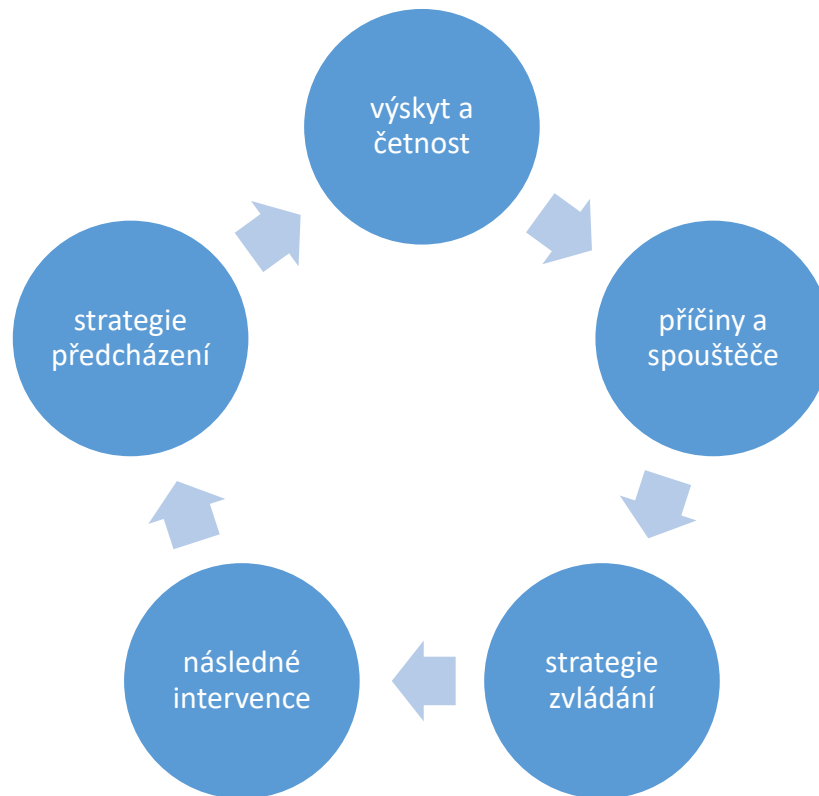
5.2 Výzkumné cíle a techniky

„Cíle výzkumu společně s výzkumnými otázkami představují pomyslný kompas, podle nějž bychom se měli v průběhu celého výzkumného procesu orientovat, neustále sledujeme, zda se blížíme k jejich naplnění, či nikoli“ (Švaříček, Šedřová, 2007, str. 64).

Cílem naší diplomové práce je zjistit, jakým způsobem probíhá zvládání problémového chování u klientů s kombinovaným postižením v domově se zvláštním režimem.

Díličí cíle jsou zobrazeny v následujícím grafu.

Obrázek 1: Dílčí cíle



Tabulka 1: Dílčí cíle práce a techniky sběru dat

Dílčí cíle	Techniky
DC1: Zjistit výskyt a četnost problémového chování. DC2: Zjistit příčiny a spouštěče.	Pozorování Analýza dokumentů
DC3: Identifikovat jaké strategie využívají pracovníci ke zvládnutí problémového chování.	Skupinový rozhovor
DC4: Zjistit následné intervence po výskytu problémového chování.	Skupinový rozhovor Analýza dokumentů
DC5: Zjistit, jakým způsobem pracovníci problémovému chování předcházejí.	Skupinový rozhovor

(Zdroj: Vlastní)

Ke sběru dat byla použita technika skupinových rozhovorů, analýzy dokumentů a technika pozorování.

O technice **skupinových rozhovorů** mluvíme, když se provádí strukturované interview s více než třemi osobami najednou (Švaříček, Šedřová, 2007). Rozhovory s respondenty byly zaznamenávány na mobilní telefon. Každý z respondentů byl seznámen s využitím získaných dat a také s anonymitou, proto jsou jména respondentů v práci smyšlena a uvedena jen pro lepší orientaci. Během rozhovorů, které probíhaly přímo v DZR, byli přítomni 4 respondenti a autorka práce. Proběhly celkem 4 skupinové rozhovory, kdy každý trval přibližně 30 minut.

Hendl (2005) považuje dokumenty za data vzniklá v minulosti, které pořídila jiná osoba než samotný výzkumník a vznikla za jiným účelem, než jaký má současný výzkum. Úkolem výzkumníka je tedy dokumenty vyhledat a zabývá se pouze tím co má k dispozici. Dokumenty lze vyčlenit na osobní dokumenty, úřední dokumenty, archivované údaje, výstupy masových médií a data virtuální. V naší práci jsme k technice **analýzy dokumentů** využili přechodové plány klientů, které byli sepsány před příchodem klientů do zařízení DZR.

Pozorování je pokládáno za jednu z nejnáročnějších metod sběru dat v kvalitativním výzkumu. Umožňuje zkoumat projevy jedinců či skupin v určitých situacích (Hendl 2005). Pozorování probíhalo formou pozorovacích archů, kdy každé problémové chování, které se u klienta objeví, je zaznačeno do pozorovacího archu. Toto zaznamenávání se provádí od začátku zřízení služby, tedy března 2023 do měsíce ledna 2024. V pozorovacím archu jsou uvedeny časy, kdy se problémové chování objevuje, možné příčiny problémového chování, které byly vysledovány a metody zvládnutí problémového chování. Další údaje, které jsou v pozorovacím archu značeny, jsou možné příčiny problémového chování. Vždy je možná příčina a k ní je protipól druhé příčiny. Časy v pozorovacím archu byly rozděleny po určitých časových úsecích přes den a dále i v noci.

Zvládání problémového chování je poslední část v pozorovacím archu. Všechny tyto údaje byly vyhodnoceny a zaznamenány v grafech u každé případové studie.

Pro zpracování výsledků výzkumného šetření byla zvolena metoda případové studie. Budou tedy vypracovány 4 případové studie.

5.3 Výzkumný soubor a sběr dat

Výzkumný soubor naší diplomové práce tvoří **pracovníci** nově vzniklého domova se zvláštním režimem. Ve službě žije 5 klientů, kteří dříve bydleli v jiných sociálních službách, ale pro jejich problémové chování nebylo původní bydlení vhodné. Narušovali běžné soužití klientů, nebyla jim umožněna individuální péče a velkou část svého života strávili v psychiatrických nemocnicích, jelikož personál nebyl kompetentní tyto stavy řešit. Obyvatelé současného domova se zvláštním režimem jsou pouze muži, jejich věkový průměr je 32 let. Všichni muži jsou v zařízení od vzniku služby. Personál se skládá z 10 pracovníků přímé péči a jednoho aktivizačního pracovníka. Velkou výhodou je to, že polovina personálu jsou muži. Na denní směně jsou většinou 3 pracovníci v přímé péči a aktivizační pracovník. Je tedy zajištěna individuální péče s klienty.

Do ohniskové skupiny pro skupinový rozhovor byly vybrány náhodným výběrem – losováním 4 pracovníci v přímé péči. Jedná se o 2 ženy a 2 muže. Věkové rozmezí je 35-62 let. Všichni respondenti pracují na pozici od vzniku služby. Jejich délka praxe je rozdílná, avšak s cílovou skupinou pracují všichni nově. Jména jsou smyšlená, jsou zde uvedena kvůli lepší orientaci v rozhovorech. V průběhu výzkumu je zaručeno soukromí respondentů, důvěrnost dat a anonymita. Všichni respondenti se výzkumu zúčastnili dobrovolně.

Tabulka 2: **Respondenti**

pohlaví	jméno	věk	pozice	Délka praxe (v letech)
Ž	Kateřina	43	Pracovník v sociálních službách	10
Ž	Marcela	58	Pracovník v sociálních službách	5
M	Petr	35	Pracovník v sociálních službách	0
M	Libor	62	Pracovník v sociálních službách	8

(Zdroj: Vlastní)

6 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

Data v naší práci budeme interpretovat pomocí případové studie. Případová studie je autonomní nebo komplementární výzkumnou metodou, může využívat jak kvalitativní, tak kvantitativní data. Případová studie umožňuje poskytnout hloubkový obraz problému (oblasti, tématu), který se zkoumá a popisuje v rámci širšího prostředí a kontextu. Poté lze případovou studii identifikovat jako design výzkumu (Chrastina, 2019).

Pojem případová studie (case study) není snadné definovat, protože zahrnuje mnoho různých koncepčních přístupů, typů studií a konkrétních aspektů, které se zabývají studiem případu či více případů. Za nejběžnější, ale nikoli nejpřesnější definici případové studie lze považovat fakt, že se jedná o detailní studium jednoho nebo několika málo případů, jimiž se snažíme zachytit složitost případu a popsat vztahy v jejich celistvosti. Předpokládá se, že důkladným prozkoumáním jednoho případu lépe porozumíme jiným podobným případům (Hendl, 2005, s. 104 in Mareš, 2015, s. 116).

Při případové studii jde rovněž o porozumění daného případu, či více případů a sběr velkého množství dat. To vše se děje v přirozeném prostředí účastníků výzkumu (Švaříček a Šed'ová, 2007).

Možným objektem v případové studii jsou události nebo výskyt určitého jevu, kdy se případová studie zaměřuje na rozkrývání kontextu určité situace či jevu (Bassegy, 1999 in Švaříček, Šed'ová, 2007).

Hendl (2005) popisuje tvorbu případové studie jako detailní studium jednoho případu nebo několika málo případů.

Pro případovou studii nejsou vyvinuty čistě specifické analytické procedury (Hendl, 2005).

6.1 Případ č. 1 – Tomáš

Pan Tomáš je 32letý, verbálně nekomunikující klient. Klient Tomáš pochází ze Slovenska. Narodil se z jednovaječných dvojčat. Rodiče se rozvedli a matka nezvládala péči o děti, a tak se pan Tomáš ocitl v roce 1994 v ústavní péči. Před nástupem do ústavní péče byl umístěn do dětské psychiatrické nemocnice. Pan Tomáš je svobodný, bezdětný, nikdy nikde nepracoval, pouze navštěvoval tři roky základní speciální školu. Pan Tomáš má celkem tři sourozence. S rodinou není v pravidelném kontaktu. První kontakt s rodinou proběhl v listopadu roku 2018. Od té doby k žádnému dalšímu kontaktu již nedošlo.

Před nástupem do DZR byl pan Tomáš klientem domova pro osoby se zdravotním postižením, kde strávil 10 let. Zde se pan Tomáš choval nevyzpytatelně. Byl agresivní vůči sobě, personálu, ale i ostatním klientům. Mezi hlavní spouštěče jeho agresivního počínání patřil především jakýkoli hluk na oddělení, křik, velký počet lidí v jeho blízkosti, ale i jakýkoli fyzický kontakt, kdy se ho jak omylem, tak i úmyslně dotkl jiný klient. Mezi další možné příčiny jeho chování patřilo i neuspokojení jeho sexuálních potřeb. Pan Tomáš jednal bezmyšlenkovitě a nečekaně. Ve vteřině byl schopen vyskočit z křesla či z postele a kousnout kohokoli, kdo byl zrovna na blízku. V několika případech tak dělo i v noci, kdy pokoušel svého spolubydlícího. Od té doby musel být pan Tomáš ubytovaný na jednolůžkovém pokoji. Pan Tomáš svou agresi projevoval i vůči věcem. Ničil majetek zařízení. Pěstmi a hlavou rozbíjel dveře. Byl velmi samotářský. Neměl rád společenské akce, hudební programy, vystoupení a všechny události, kde se shlukoval větší počet lidí na jednom místě.

Co ho ve většině případů uklidnilo, byla káva a jídlo, speciálně křupky, neboť velmi rád šustil s balíčkem a zvuk šustění jej asi uklidňoval. Můžeme shrnout i pár specifických projevů chování pana Tomáše. V minulosti si při pobytu v psychiatrické nemocnici zlomil nohu a po operaci si vytrhl šrouby z operované nohy. Olupuje a pojídá strupy z ran. Při odběru krve a následného zalepení rány, odlepí náplast a sní ji. Silně tluče pěstmi nebo hlavou do dveří. Hlava bývá pohmožděna. Při šití hlavy na chirurgii musí asistovat i policie. Ta dříve asistovala i při převozu uživatele RZP.

Na hlavě nosil z důvodu ochrany boxerskou helmu, která se sundávala pouze při koupeli a jen při umývání hlavy. V helmě i spal.

Pan Tomáš trávil většinu dne na pokoji, kde byl separován od ostatních klientů. Hlavní pro něj bylo dodržovat pravidelný režim. Byl naučený kdy se co děje (např. kdy se koupe, kdy je jídlo, kdy je káva apod.). Pokud došlo k narušení režimu, býval velmi neklidný až agresivní. Den se mu personál snažil zpestřovat různými aktivitami jako např. procházka (bylo nutné ale měnit místa procházky, časy, činnosti – vše muselo být nahodilé, když si na aktivitu zvykl, postupně v ní začal přecházet do agrese). Klient bydlel na jednolůžkovém pokoji s koupelnou. Dveře do koupelny byly zasunovací a musely být přivrtané napevno. V pokoji měl pouze matraci, na které spal, sedací vak, pěnové puzzle a různé věci pro aktivity (plyšové a plastové – vždy si jednu oblíbil a tu pak pořád nosil všude s sebou – každý den si vybíral jinou věc). Ostatní nábytek postupem času rozbil, nepodařilo se žádný zachovat. Na dveřích měl obložení z molitanu, dveře byly zpevněné kovovými pláty, na topení měl dokola přivázané pěnové trubky kvůli zakrytí ostrých hran. Z okna i dveří byly

odmontovány kliky. WC bylo bez plastového prkénka. Stravoval se pouze na pokoji. Jídlo jedl na parapetu v plastovém nádobí.

Vzhledem ke svým projevům (častá agresivita) nebyl vhodným klientem pro službu DZP. Hlavním důvodem, proč pro pana Tomáše byla hledána služba DZR je to, že klient má velmi specifické potřeby. Z důvodu častých projevů agrese docházelo k narušování chodu oddělení, způsoboval nejistotu a strach u pracovníků a dalších klientů.

Po nástupu do DZR personál pravidelně využívá konzultace k panu Tomášovi s podporovateli v oblasti problémového chování. Společně s pracovníky nastavili pracovní postupy, podle kterých se s panem Tomášem pracuje. Vzhledem k jeho kombinovanému postižení je práce velmi náročná. Komunikace probíhá pomocí gest a nastavenou AAK.

Pan Tomáš má hluboké mentální postižení, zdá se, že téměř neslyší, vnímá jen velmi silné zvuky, rezonance.

Nyní je pan Tomáš bez boxerské helmy a jakékoliv ochrany hlavy, ta se používá pouze tehdy, je – li u něho zvýšené riziko úrazu hlavy. To už mají pracovníci velmi dobře vyzorováno a v takovém případě helmu nasadí. „*Jakmile si sedne pan Tomáš zády ke dveřím, tak začne rozbíjet hlavou dveře*“ (L 1:14).

„*Za nejnáročnější chování u pana Tomáše je považováno kousání*“ (M 1:26, K 1:27). Dříve to bylo také bouchání hlavou do dveří, to se však již podařilo téměř odstranit.

Pan Tomáš má nyní standardně vybavený pokoj, s postelí, sedačkou a nočním stolem. Ve svém pokoji si nikdy nic nezničil. Je stále v kontaktu s ostatními klienty a pracovníky, do pokoje chodí pouze spát. Od začátku příchodu do DZR používal pan Tomáš pokoj pouze ke spánku a nechtěl ho přes den využít. Pokud chce spát přes den, spí na pohovce v hale. Pokud se náhodou stane, že jde přes den do pokoje, vyžaduje pan Tomáše mít otevřené dveře.

Navštěvuje všechny veřejné služby – kadeřníka, restauraci, bazén, obchod, apod. Pan Tomáš v případě pěkného počasí rád tráví čas venku na sedacím pytli, které si přenáší na různé místa zahrady. Podle analýzy dokumentů, které byly sepsány v jeho původním bydlení a srovnáním s jeho životem v DZR se mu život úplně obrátil.

V grafu č. 1 můžeme vidět četnost problémového chování, které se u pana Tomáše objevilo 138krát. Dle pracovníka se „*problémové chování objevuje téměř denně*“ (M 1:37). Jsou situace, ve kterých pracovníci dokážou problémové chování u pana Tomáše předvídat. „*Jak začne chodit tam a zpět, tak je to jasné. Většinu času totiž sedí na sedacím vaku nebo na sedačce.*“ (M 1:11). Další pracovník říká, „*že pokud si začne sedat zády ke dveřím, tak to je*

taky jasná věc, že bude hlavou rozbít dveře“ (L 1:13). Nebo také „když se rozběhne, tak to znamená, že jde někoho kousnout, on běhá jenom u této činnosti“ (L: 1:15).

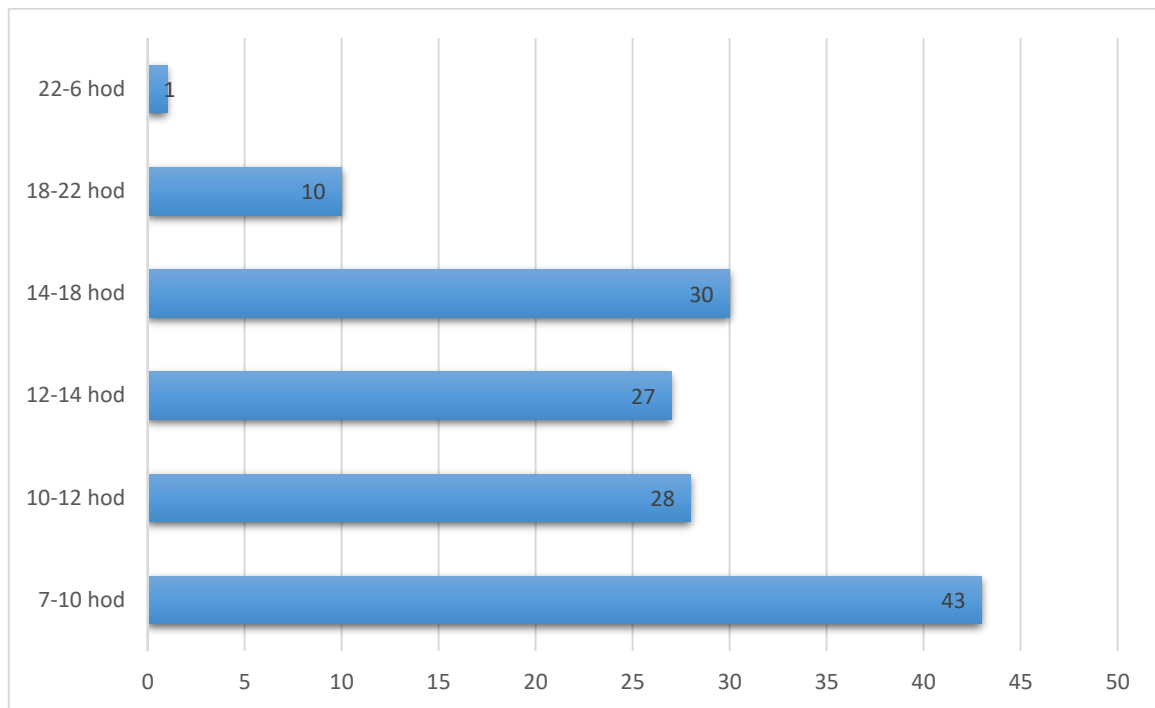
Pracovníci popsali i typickou situaci, která předchází problémovému chování. Dle pracovnice je to např. že „*Všichni kluci sedí spolu v hale a nejednou začne jeden nebo druhý křičet, Tomáš se chvilku dívá a pak vystartuje. Rozběhne se k druhému a pokusí se ho kousnout“ (L 2:20). Další pracovník říká, že „ráno ho třeba někdo shodí na zem a on je schopný si to celý den pamatovat a při vhodné chvíli ho kousne“ (P 2: 29)*

Pokud lze vysledovat, že se vyskytne problémové chování, snaží se tomu pracovníci předcházet. Dle pracovníků je účinná: „*vycházka do zahrady, pořád chodit ven. Preventivně relaxační jízda- jízda autem ho fakt zklidní. I když vidíme, že je už od rána rozjetý, vezmeme ho do auta a jede se“ (P 1:17) „Když je to ta káva, které se dožaduje třeba už ve 13 hod, tak zkusíme natáhnout minutku, někdy sedí a čeká, někdy s ní hodí. A pokud vidím, že to je k ničemu, tak mu nabídnu, že si kávu půjde vařit se mnou. Vaření kávy zabere zhruba 30 minut a u toho je klidný. Když ví, že káva bude, tak vydrží v klidu“ (L 1: 19). „Taky je důležité mít strukturu dne pomocí AAK, v poslední době si na to začíná fakt zvykat, že se i často dívá, co se bude momentálně dít“ (K 1: 20)*

Poslední situaci, kdy se vyskytlo problémové chování, popsal pracovník takto: „*Mně naposledy se rozzuřil, když jsem nechtěl, aby si dal ve 13 hodin pyžamo, vysvětloval jsem, že je ještě brzy na pyžamo. Tak doletěl ke dveřím a začal s nimi mlátit. Odtrhl jsem ho a šli jsme na zahradu. Došel úplně v klidu zpět a na pyžamo zapomněl“ (P 2:1). Další pracovnice uvedl: „*No já měla to samé, když jsem třídila v pátek prádlo, taky uviděl pyžamo a konec. Mě teda ale chtěl kousnout. Nakonec ho kolega odtrhl, uvařili jsme kávu a byl klid“ (K 2:5)**

Z grafu lze vysledovat, že problémové chování se nejčastěji objevuje ráno mezi 7-10 hodinou, kdy bylo celkem zaznamenáno 43 projevů problémového chování. Naopak večer a v noci bylo problémové chování zaznamenáno téměř minimálně, pouze 11krát.

Graf 1: Časové rozmezí výskytu problémového chování

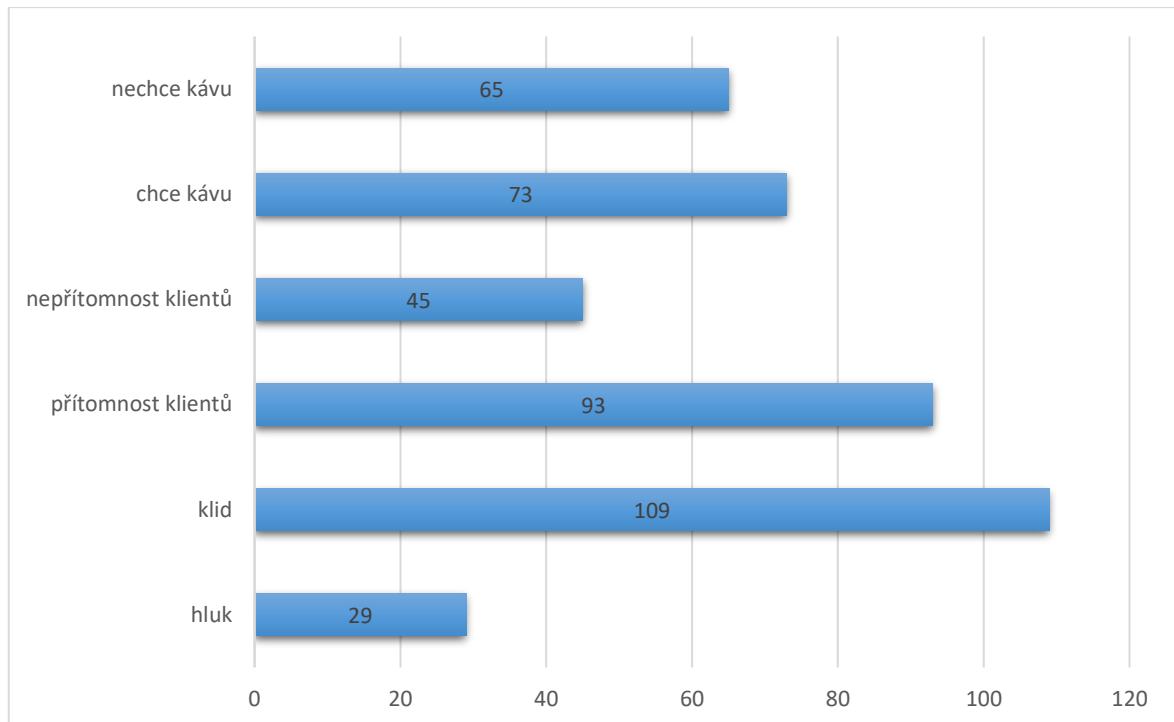


(Zdroj: Vlastní analýza, 2024)

Jsou zatím vyzorované 3 možné příčiny problémového chování. „Nejčastější příčina je určitě to, že se dožaduje kávy, což není ale možné, protože by ji pil pořád“ (P 1:1). Hodně případů problémového chování se děje bez zjevné příčiny „taky často vyletí jen tak, bez toho aniž by se něco dělo, takže kdoví, co se mu honí v hlavě“ (K 1:5). Jeden pracovník říká, že „taky je to hodně i proto, že je na oddělení hluk a jestli se domníváme, že slyší pouze určité tóny, tak ho to může vyprovokovat“ (M 1:4).

Zdrojem agresivního chování může být neuspokojená sexuální potřeba „taky někdy i 5x denně masturbuje a vzhledem k tomu, že se mu to nikdy nepodaří do konce, tak pak je někdy rozzuřený“ (L 1:7). Zatím tato možná příčina není zaznamenána v grafu, protože nejde úplně s jistotou říct, že je to příčina. Z grafů je zřejmé, že většina problémového chování se děje tehdy, pokud je na oddělení klid, ale ve většině případů jsou přítomni ostatní klienti, vůči kterým je právě pan Tomáš agresivní.

Graf č. 2: Příčiny problémového chování

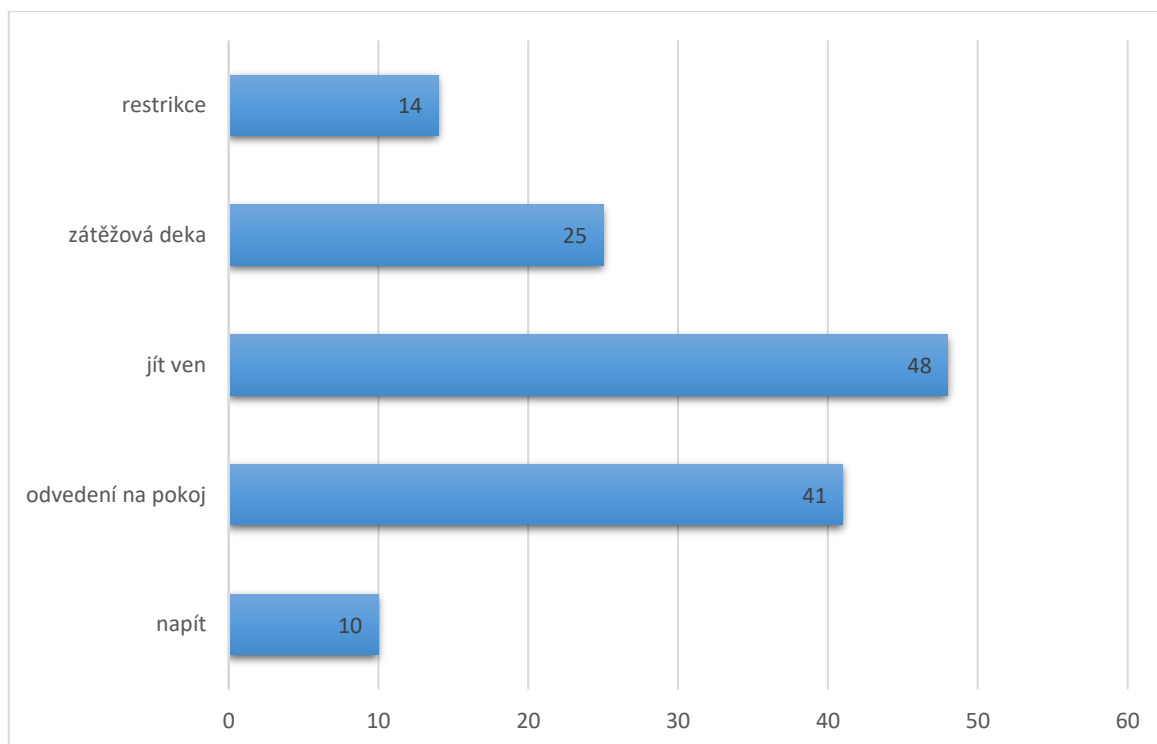


(Zdroj: Vlastní analýza, 2024)

Jsou zatím vyzkoušeny 3 možné metody zvládnutí problémového chování. Nejčastěji lze zvládnout agresivní chování tím, že se jde s klientem ven mimo zařízení nebo se odvede do svého pokoje, kde má klid od ostatních klientů a pracovníků. „*Někdy pomůže opravdu jen procházka, ale záleží, jaký má zrovna den*“ (L 2:37). „*Pokud chce kousnout druhého klienta, tak se v tomto zabrání odtržením či únikovou cestou, jakmile ale začne kousat pracovníky, přistupuje se k šetrným úchopům*“ (P 1:32). U pana Tomáše se používá pouze restrikce šetrné úchopy. Za celé období pozorování byly šetrné úchopy použity ve 25 případech. Šetrné úchopy u pana Tomáše mají vliv a dojde brzy ke zklidnění. Důležité je, raději se snažit všemu předcházet než pak řešit zvládnutí problémového chování. U pana Tomáše je už vysledováno mnoho projevů, které značí problémové chování, a proto se pracovníci snaží řešit situaci už předtím, než dojde k agresi.

Nutno je také zmínit, že je zde důležitý velký počet pracovníků ve službě. Pokud dojde k problémovému chování, může se jeden nebo dva pracovníci věnovat jen panu Tomášovi a pomoci mu jeho chování zvládnout. Další pracovníci se můžou věnovat ostatním klientům.

Graf č. 3: Zvládnutí problémového chování



(Zdroj: Vlastní analýza, 2024)

6.2 Případ č. 2 – Petr

Pan Petr je 25letý, verbálně nekomunikující klient. Dorozumívá se pomocí nastaveného systému alternativní a augmentativní komunikace. Dle dostupných informací pan Petr nikdy nevyrostal v primární rodině a neudržoval s ní nikdy žádný kontakt. Po potvrzení jeho diagnózy nebyl převzat do osobní péče, následně byl přemístěn do kojeneckého ústavu. Následně byl vždy v pobytové službě. S matkou se viděl naposledy v roce 2016. Jelikož se tehdy viděli po 15 letech, matku nepoznal a kontakt s ní nenavázal.

Před nástupem do DZR byl pan Petr od roku 2013 klientem domova pro osoby se zdravotním postižením. Zpočátku byl spokojený, býval v dobré náladě, bez výraznějších problémů. Téměř veškeré aktivity přijímal pozitivně. Navštěvoval praktickou školu. Do školy se klienti vozili autem, což se klientovi velmi líbilo. Také ve škole pracoval za odměnu ve formě sladkostí. Po čase začali klienti chodit do školy pěšky. Petr pěší chůzi neměl rád, často si sedal na zem, kde setrval i delší dobu, vynucoval si tím odvoz autem. Poslední měsíce výuky navštěvoval školu na zařízení, protože pěší přesun do školy již nezvládal,

pěšky chodit odmítal. Nespokojenost se začala promítat i do klientova života mimo školu. Častěji projevoval nelibost při většině aktivit. Zpočátku velmi rád jezdil na výlety do města a rád nakupoval pochutiny, byl spokojený. Časem se po návratu začal projevovat neklid, později autoagrese, agrese vůči ostatním klientům. Následovaly časté hospitalizace v psychiatrické nemocnici.

Problémové chování se objevovalo ve stále větší míře. Pan Petr neměl rád, když pracovník věnoval pozornost jinému klientovi. Většinou ke klientovi přistoupil a uhodil ho. Velmi ho rozzuřilo, když se některý z klientů v domácnosti připravoval na výlet nebo na vycházku. Začal se vždy také oblékat a čekat na odchod u vchodových dveří, v tomto stavu neklidu často přicházela ataka, sebepoškozování, agrese. Klient neměl rád, když si někdo sedl na jeho oblíbené místo na pohovce u TV, většinou klienta z pohovky shodil. Problémové chování souviselo vždy se špatnou náladou, přistoupil ke klientovi a uhodil ho, následně odešel. Špatná nálada byla rozpoznatelná zejména podle hlasitého mručení. Při autoagresi vyhazoval věci ze skříně, lehl si na zem a začal si kousat ruce, škrábat se v oblasti obličeje a hlavy, poté, co vstal, byl nadále agresivní, a to vůči sobě, i vůči okolí – např. roztrhal obrázek, uhodil klienta, shodil na zem květináč, kousal různé předměty, stále přetrvávalo škrábání se, a kousání rukou. V případě silné ataky docházelo také k sebepoškozování v oblasti genitálií – velmi silné tahání, snaha genitálie utrhnout. Uvedeným projevům rizikového chování se nedařilo nijak předcházet, ataka přišla z ničeho nic, bez zjevného důvodu. Když u klienta ataka nastala, dával pracovník klientovi prostor a spíše se snažil zamezit tomu, aby si klient způsobil zranění, například tím, že mu podal terapeutický míč či ručník, na který klient zaměřil svou pozornost a přestal se sebepoškozovat. V případě velmi silné ataky, kdy již nebylo možné klientovo chování bezpečně korigovat, bylo nutné přivolání RZS.

Pan Petr žil na domácnosti s dalšími 12 lidmi. Bydlel na dvoulůžkovém pokoji, kde stále vyrušoval svého spolubydlícího. Pan Petr svými záchvaty autoagrese značně narušoval běžný chod zařízení. Z toho důvodu bylo rozhodnuto o vyhledání jiné služby, které by dokázalo adekvátně reagovat na jeho potřeby.

Po nástupu do DZR personál pravidelně využívá konzultace k panu Petrovi s podporovateli v oblasti problémového chování. Společně s pracovníky nastavili pracovní postupy, podle nichž se s panem Petrem pracuje. Komunikace probíhá pomocí gest a nastavenou AAK. Pan Petr velmi dobře rozumí mluvenému slovu, tudíž práce s nastaveným AAK má velmi dobré

výsledky. Pan Petr si pomocí obrázků dokáže říct, co si zrovna přeje a tím pádem dokážeme předejít velké části problémového chování.

Pracovníci uvedli, že za nejnáročnější chování u pana Petra považují jeho odmítavý přístup ke všemu: „*když máš celý den poslouchat ten jeho mrkot, tak to je šílené*“ (K 1: 26). „*Když začne bouchat ostatní klienty a někdy i personál*“ (M 1:32).

Pan Petr miluje relaxační jízdu, která byla v DZR nastavena jako prevence problémového chování. Pokud je na oddělení velký rozruch a je pracovníky vyhodnoceno, že by mohlo dojít k neklidu, jede se s panem Petrem autem. „*Auto ho vždy uklidní, pokud není už rozjetý neurologický neklid, tak je to vždy výhra*“ (L 2:15). „*Jízda autem, ta ho zklidní vždy, kdyby mohl, tak jezdí celé dny a je úplně v klidu*“ (M 1:26). Pan Petr většinu času tráví u televize nebo tabletu, kde se dívá na pohádky či filmy. O všechny tyto činnosti a aktivity si dokáže říct pomocí komunikační knihy. Má velkou radost, když vidí, že personál pochopil, co si přeje.

Pan Petr aktivně využívá všechny veřejné služby, chodí s pracovníkem do obchodu, do restaurace, jezdí na výlety. Je vždy velmi rád, když někam může vycestovat.

Aktivizovat ho na oddělení v jiných činnostech, než je televize, je velmi těžké. Pokud se pracovníci snaží panu Petrovi nabízet něco, i přes jeho nezájem, ve většině případů se dostaví neurologický neklid.

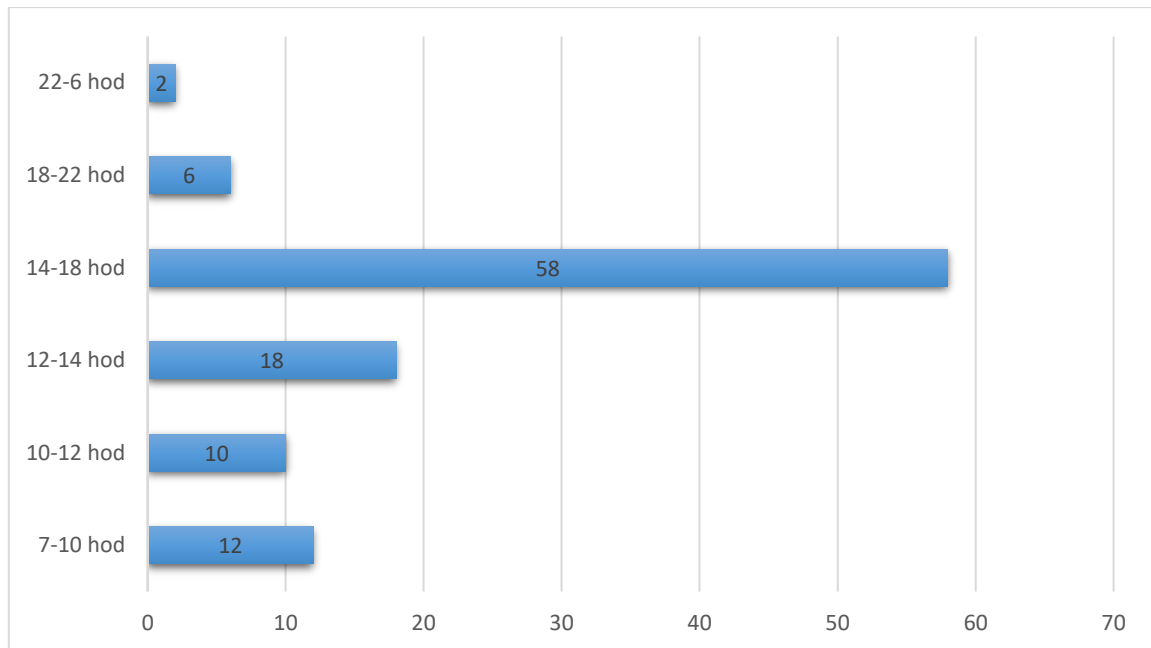
Jsou vysledované situace, kdy je možnost, že by se mohlo dostavit problémové chování. „*A když se blíží neurologický neklid, tak jak začne zhasínat světla a vysvlékat se, tak to už víme, že je zle*“ (P 1:9). Většinou se problémové chování dostaví postupně a je předvídatelné. „*U Petra je to aspoň takové, že to není z ničeho nic to chování, že se to vždy blíží tak pomalu*“ (M 1:12).

Předcházení problémového chování je u pana Petra velmi těžké a dle pracovníků stále není nalezena možnost, jak toto chování zvládat. „*Neumíme tomu předcházet, když to má přijít, tak to prostě vždy přijde*“ (K 2:16).

V následujících grafech jsme vycházeli z četnosti problémového chování, které se u pana Petra objevilo 106krát za posledních 10 měsíců. Dle pracovníků se problémové chování objevuje téměř denně, jak říká pracovník: „*U Petra je to skoro denně, buď mručí hned od rána nebo až odpoledne, ale je to fakt skoro pořád*“ (P 1:30).

Nejvíce problémového chování se objevuje v odpoledních hodinách. To je způsobeno tím, že je více aktivity a ruchu na oddělení, a to u pana Petra může vyvolat problémové chování. Naopak v noci se problémové chování neobjevuje téměř vůbec, jelikož pan Petr celé noci spí.

Graf č. 4: Časové rozmezí výskytu problémového chování



(Zdroj: Vlastní analýza, 2024)

Hlavní příčinou problémového chování u pana Petra je neurologický neklid. Ten nastane většinou po aktivitě, která se mu velmi líbí nebo naopak nelíbí. Pan Petr se vrátí z výletu ve velmi dobré náladě, šťastný a do pár minut se dostaví neurologický neklid. Celý neklid začíná tím, že pan Petr chodí po oddělení, zhasíná světla, svléká si oblečení, vyhazuje oblečení ze skříně. Při takovém neklidu se pan Petr škrabe vši silou v oblasti obličeje. Pracovník musí být celou dobu při panu Petrovi a korigovat jeho chování. Je důležité přidržovat ruce, aby si neublížoval. Při takovém neklidu si pan Petr pokouší mnohdy utrhnout i genitál. Všechny předměty, co jsou okolo v době neklidu, strká do úst a snaží se sníst. Ať se už jedná o hlínu, přístroje, skleničky. Masti a zubní pasty si vytlačí do pusy.

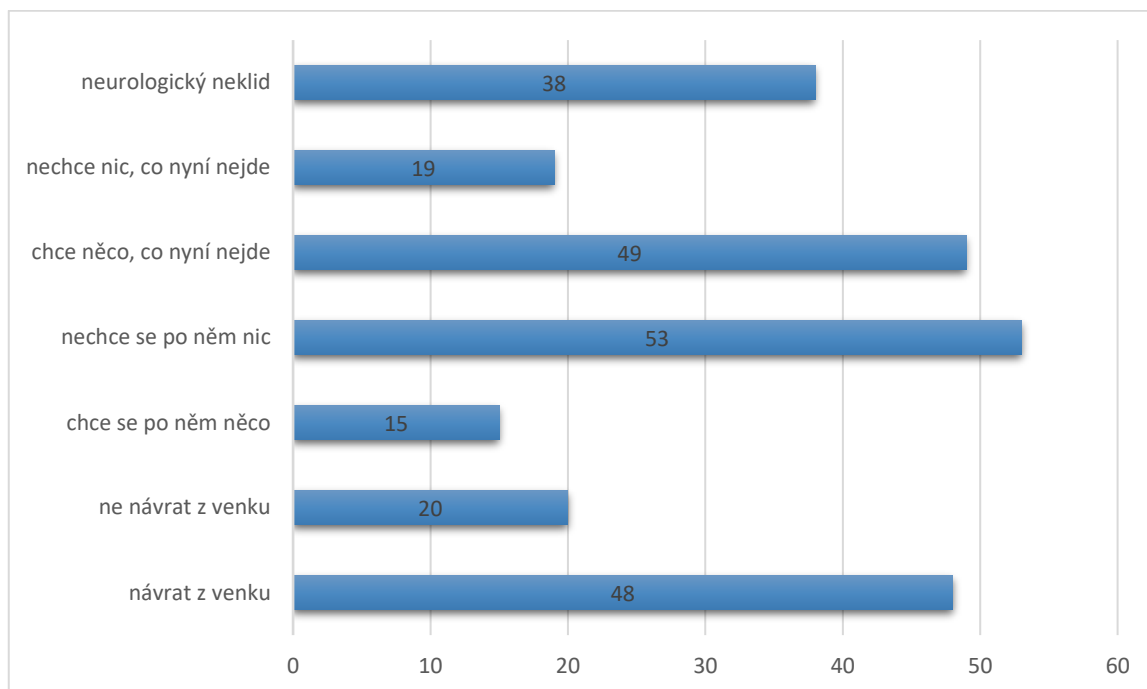
Pokud není příčinou neurologický neklid, „*tak se problémové chování často objevuje po příchodu z venku, kdy se pan Petr nechce vrátit zpět*“ (P 1:2). Sedne si na zem před dveře, hlasitě křičí, mnohdy napadá i ostatní klienty. „*Když se vrací z vycházky zpět na oddělení, tak se blokuje před brankou a je to*“ (P 1:4).

Dle dalších pracovníků je příčinou problémového chování jídlo. „*V poslední době je to podle mě jídlo, on by ale pořád jedl, už má 10 kilo nahoře*“ (M 1:3). „*Ano, pořád se snaží dostat do kuchyňky, která zůstane otevřená a vezme cokoli, co uvidí a rychle s tím běží do pokoje, kde to sní, mnohdy to natlačí vši silou do pusy, že se začne i dusit*“ (K 1:8).

Ve většině případů ale nedokážeme rozeznat, co je příčinou problémového chování. Mnohdy klient ráno vstane už se špatnou náladou a jeho problémové chování během dne stále

eskaluje. Často shazuje klienty na zem, fyzicky napadá ostatní klienty a personál. Během podávání stravy hází jídlo na zem a po ostatních klientech.

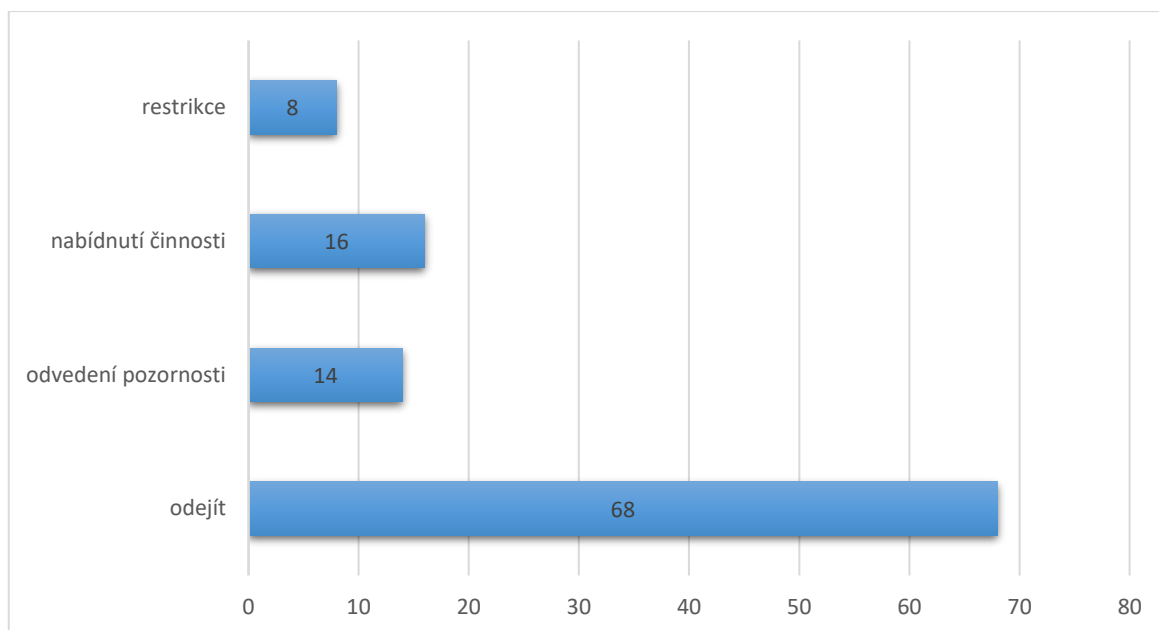
Graf č. 5: Příčiny problémového chování



(Zdroj: Vlastní analýza, 2024)

Co se týče zvládnání problémového chování u pana Petra, nejlepší způsob řešení, je „odejít a nechat ho v klidu“ (P 2:13). Většinou ho to do pár minut přejde. Někdy ale ovšem problémové chování trvá i hodinu. Kdy pan Petr chodí po oddělení, hlasitě křičí a napadá ostatní klienty. Pokud se nedaří problémové chování zvládnout tím, že pracovník odejde, je mu nabídnuta možnost nějaké aktivity, která by odvedla jeho pozornost. „Zkoušíme mnohdy kde co, ale moc se nám to nedaří“ (M 2:12). „Někdy pomůže třeba televize, ale on mnohdy neví, co chce pustit, že to s ním vybírám třeba 20 minut a on z toho začne být potom ještě více vzteklý“ (K 2: 16). Pokud se ani toto nepovede a klient pokračuje ve svém agresivním chování vůči klientům a personálu, musí být přistoupeno k restrikci. „Šetrné úchopy pana Petra zatím nikdy nezklidnily, a proto bylo v několika případech přistoupeno k použití místnosti k bezpečnému pobytu“ (K 2:14). Klient zde pod dohledem strávil několik minut a došlo ke zklidnění. Vzhledem k tomu, že místnost je po celou dobu odemčená, když v ní není žádný klient, využívá pan Petr tuto místnost mnohdy i k odpočinku přes den.

Graf č. 6: Zvládnutí problémového chování



(Zdroj: Vlastní analýza, 2024)

6.3 Případ č. 3 – Lukáš

Pan Lukáš je 27letý verbálně komunikující klient. Narodil se jako nemanželské dítě matky s abusem alkoholu a léků. Pan Lukáš má ještě 3 sourozence. V poporodním období byl na JIP, symptomatologie fetální alkoholový syndrom. Matka udělila po porodu dítěte souhlas s adopcí, která se pro postižení dítěte neuskutečnila. Pan Lukáš strávil raný věk v kojeneckém ústavu, později v dětském centru a v dětské psychiatrické nemocnici.

Matka po celou dobu o syna nejeví zájem, z dokumentace vyplývá, že se za něj stydí a jeho existenci se snaží zatajovat.

Pan Lukáš byl od roku 2005 klientem domova pro osoby se zdravotním postižením a byla mu soudem nařízena ústavní výchova.

Od raného věku se u p. Lukáše projevoval psychomotorický neklid.

Před nástupem do DZR byl pan Lukáš klientem domova pro osoby se zdravotním postižením, kde byl od svých 9 let. Pan Lukáš rád poslouchal hudbu, především hudbu Michala Davida, rád sledoval pořady v TV. Měl rád elektrospotřebiče, především CD přehrávače. Chtěl vlastnit všechno, co měli ostatní klienti, ale bohužel všechno v krátkém čase zničil. Pak vyhledával možnost opět si něco opatřit, zcizoval ostatním spolubydlícím i pracovníkům to, co se mu zrovna líbilo či hodilo (elektronika, mobily, klíče).

Ze zkušenosti vyplynulo, že pan Lukáš nemohl vlastnit klíče od svého pokoje, klíče uměl používat, ale jeho dovednost byla kontraproduktivní, klíči se pokoušel odemknout jakýkoliv zámek, jakýkoli prostor, který byl uzamčený (skříně, místnosti, pokoje klientů apod.).

Rád navštěvoval ostatní spolubydlící v jejich pokojích, měl rád společnost, rád si povídal. Pan Lukáš bydlel v jednolůžkovém pokoji. Vybavení bylo velmi strohé – postel s upraveným kovovým roštem a policová skříň bez dveří. Oblečení měl uložené v papírových krabicích, jelikož zničil několik skříní, a to i plechovou.

Pan Lukáš měl potíže při usínání, narušoval kolektivní soužití pouštěním rádia v nevhodnou noční hodinu, bouchal dveřmi, zpíval a tím rušil noční klid ostatních spolubydlících.

Důvodem k přechodu do malého domova typu DZR bylo problémové chování, které velmi narušovalo kolektivní soužití – neustálé nutkání k destrukčním činnostem. Pan Lukáš ničil veškeré vybavení svého pokoje nebo ostatních spolubydlících (skříně, dveře, elektroniku, podlahovou krytinu, postel, matraci apod.). Měl potřebu stále stěhovat nábytek. Vyžadoval nové vybavení pokoje, a pokud jej dostal, v krátké době jej zničil a chtěl další (jakýmkoliv způsobem toho dosáhl – odcizil, přestěhoval apod.) V atace bouchal a kopal do nábytku, který se snažil zničit. Často se u pana Lukáše objevovala autoagrese, kdy padal na hlavu a snažil se ji rozbít. Pokud měl nějakou ránu přelepenou náplastí, náplast strhl a ráno si rozškrabal do hluboké rány.

Pokud si ostatní spolubydlící bránili a chránili svůj majetek, byl vůči nim agresivní (kousal, škrabal, tahal za vlasy, kopal).

Po nástupu do DZR jsou u pana Lukáše pravidelně svolávány porady s odborníkem na problémové chování. U pana Lukáše byl zpracován způsob komunikace pomocí AAK, i když je verbálně komunikující, jeho komunikace je často nepřiléhavá a někteří (noví) pracovníci nemusí jeho řeči rozumět. AAK bylo nastaveno i proto, aby se pan Lukáš pomocí plánu dne mohl orientovat v čase a věděl, co ho ten den čeká. *„Lukáš musí mít jasný plán, co se bude dít, často to pomůže k tomu, že není rozrušený, když ví, co bude“* (P 1:18).

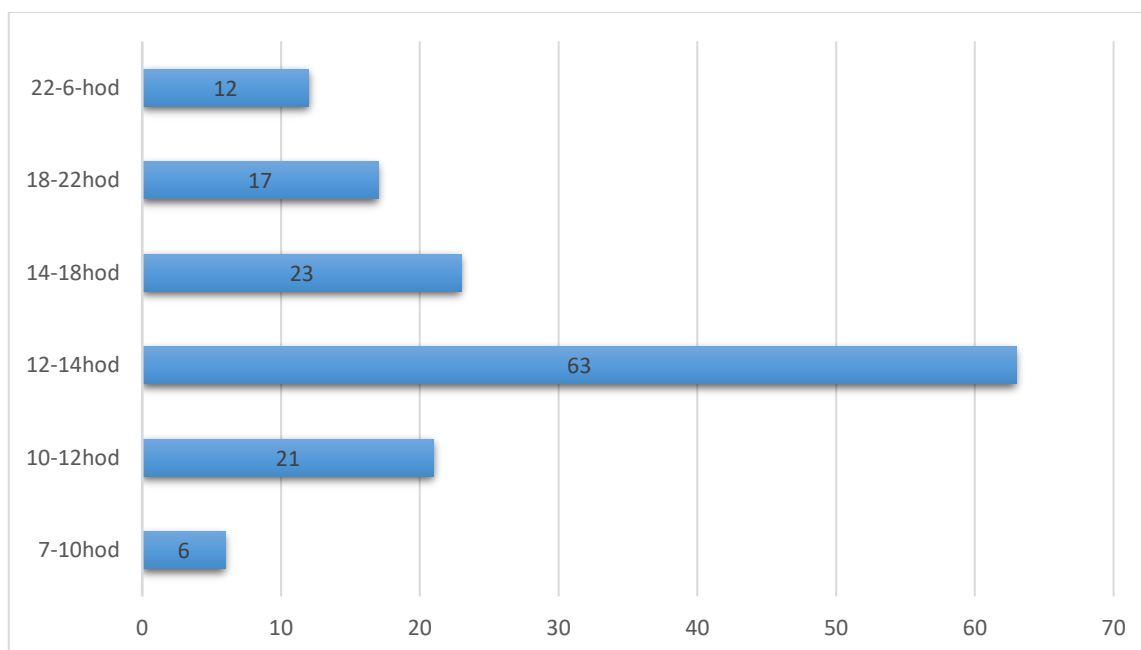
Pan Lukáš tráví většinu dne posloucháním hudby. Je velmi těžké ho motivovat k nějaké činnosti. V poslední době si našel zálibu v dřevařské dílně, která byla v DZR nově vybudována. Ovšem i dílna má své úskalí. *„Pořád dokola ničí nábytek, protože si to pak opraví v dílně a tak to bere jako způsob, jak se dostat na dílnu“* (M 1:9). *„Když jde do dílny, většinou se mu podaří nějaký nástroj vzít a objevíme ho až na oddělení, když mu to chci vzít, tak je problém“* (M 2:21). Pan Lukáš navštěvuje všechny veřejné služby – kadeřníka, obchod, restaurace, bazén. Je velmi společenský a komunikativní a rád se seznamuje s novými lidmi.

Veškerý nábytek, který měl ve svém pokoji, si postupně zničil. Pokud dostane i něco nového, do pár dní je vše zničené. „Začalo to rozbitou postelí, skříní, pokračovalo strhnutým linem a vytrhnutým topením ze zdi“ (L 1:19). Často si ke své destruktivní činnosti dokáže najít vhodný „nástroj“ a danou věc rozmontovat na kousky. Pokud se mu snaží pracovník v této činnosti zabránit, přichází velká agrese. „Naposled jsem u něho našel tu kovovou část z věšáku, kterou si narovnal a použil jako nástroj, podařilo se mu s tím hodně věcí“ (P 2:21). Několikrát napadl personál, který skončil s vážným zraněním.

V následujících grafech jsme vycházeli z četnosti problémového chování, které se u pana Petra objevilo 142krát. Dle pracovníků se problémové chování objevuje velmi často, jak říká pracovník: „Lukáše rozruší kde co, stačí, že se mu řekne, ať se něco nedělá a je to“ (M 1:30). „Nebo se dožaduje něčeho, co není možné, aby dostal- naše klíče, nůž apod.“ (P 1:13).

Nejvíce problémového chování se objevuje v čase po obědě. To je relativní klid na oddělení a pan Lukáš často chodí do cizích pokojů, kde se snaží něco odcizit. U pana Lukáše je větší výskyt problémového chování v noci, oproti jiným klientům. Má často problémy se spaním, že nedokáže usnout nebo „je tak rozrušený, z toho, že mu bylo zabráněno v nějaké činnosti, že nemůže ani proto usnout“ (K 2:6). Několikrát byl pracovník panem Lukášem napadnut právě v noci.

Graf č. 7: Časové rozmezí výskytu problémového chování



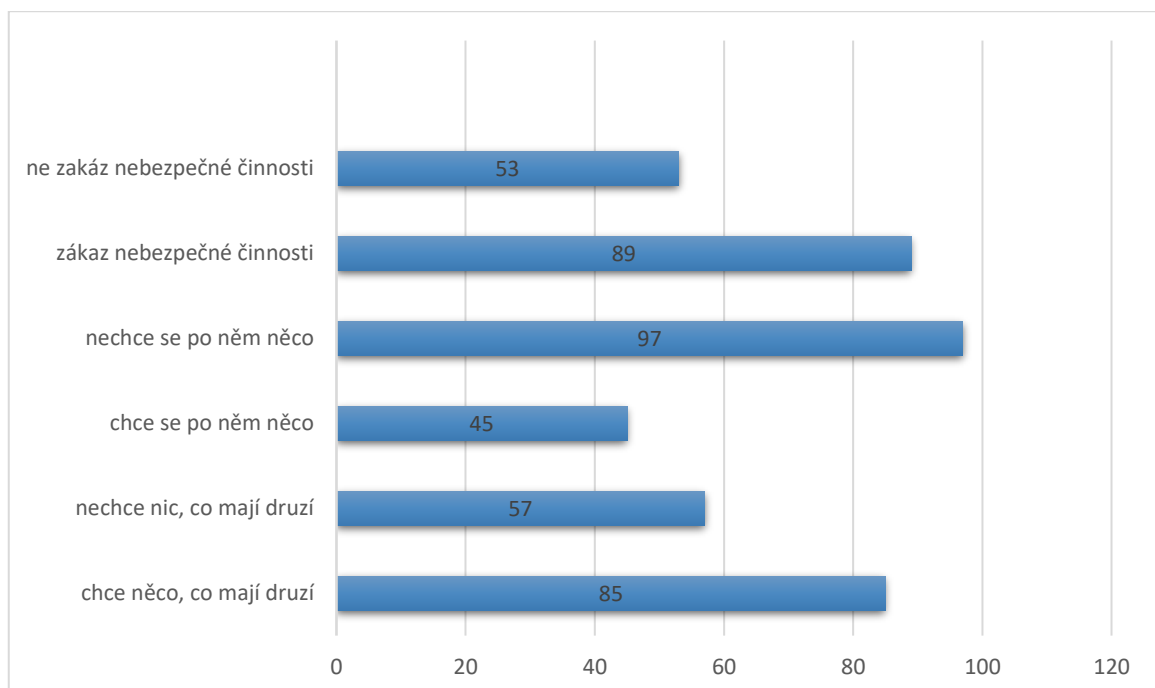
(Zdroj: Vlastní analýza, 2024)

Hlavní příčinou problémového chování u pana Lukáše je, že se mu snaží personál zamezit v činnosti, která je nebezpečná. „Stačí mu říct, ať něco nedělá a hned je zle“ (P 1:2). „Dojdu do pokoje, kde něco montuje, ještě nejlépe nějakým nástrojem, co někde najde a upraví si ho tak, aby s ním mohl rozmontovat třeba zámek od skříně“ (M 1:5). „Co on všechno dokáže rozmontovat, to je neskutečné, kolikrát se diví i údržbáři, že to není možné“ (L 1:5).

Většinou pracovníci ví, že pokud panu Lukášovi chtějí v něčem zabránit, objeví se problémové chování. I když se mu to snaží stále dokola vysvětlovat, zatím je to neúčinné. U pana Lukáše, když se blíží problémové chování, tak změní pohled v očích, jak říkají pracovníci. „Ten jeho pohled, ten znamená vždy peklo“ (K 1:8). „Jak se podívá tím svým pohledem, tak už to začíná“ (L 1:9). Další příčinou je to, že pan Lukáš často chce, to, co mají ostatní klienti. Jde k nim na pokoj a danou věc si vezme a následně zničí. „Kolikrát dojdu na pokoj a tam je rádio vedle z pokoje“ (P 1:12). „Kdyby si ho aspoň půjčil a vrátil, ale on ho v momentě rozebere na díly“ (K 1:15).

Ve dvou případech došlo k vážnému ublížení na zdraví pracovníků právě v noci. Kdy pan Lukáš využil své převahy nad pracovníci a několik minut v kuse ji bil pěstmi do hrudníku a trhal vlasy. „Jsem si jistá, že moc dobře věděl, že jsem tu sama a neubráním se“ (M 2:5). „Je pravda, že většinou se tak děje na noční a nebo na denní, když jsme pouze my ženské, jak je tam chlap, tak si většinou nedovolí“ (K 2:10).

Graf č. 8: Příčiny problémového chování

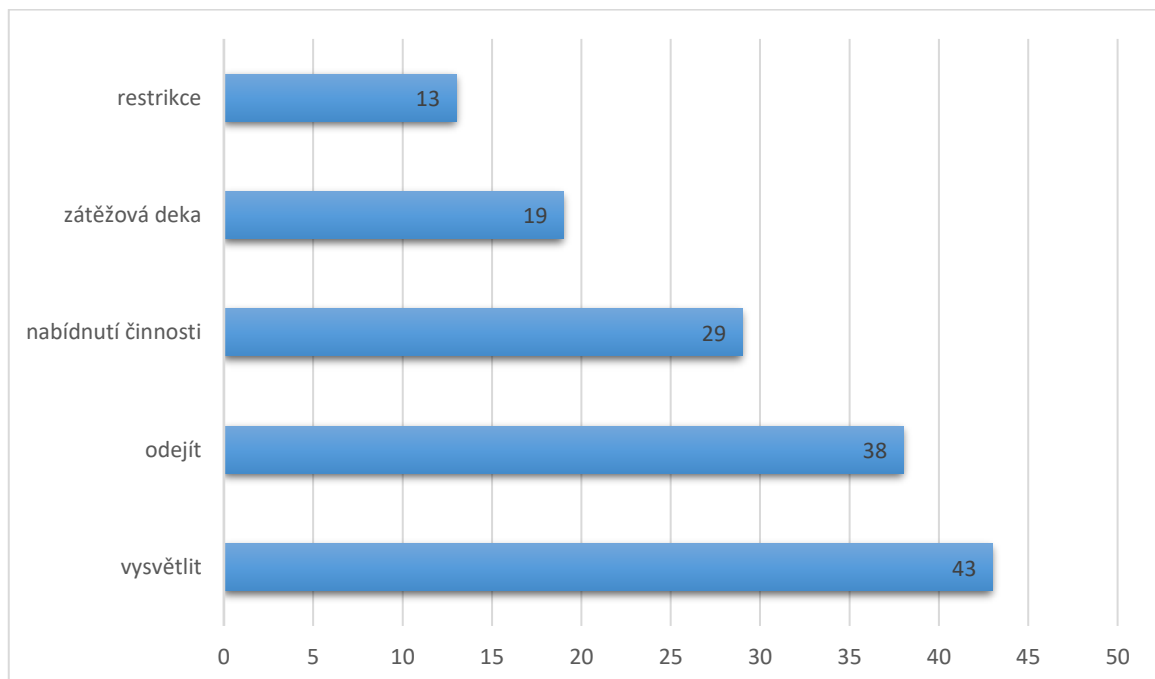


(Zdroj: Vlastní analýza, 2024)

Zvládání problémového chování u pana Lukáše je velmi složitý proces. Stále dokola se personál snaží vysvětlovat, že takové chování není vhodné, pan Lukáš často ví, že udělal chybu a omluví se. Uplyne pár hodin a celá situace se opakuje. „*Nejhorší na tom je, že ví, že to nemá dělat, ale prostě se nedokáže ovládnout*“ (P 1:20). „*Často přijde, omluví se a dělá jakoby se nic nestalo*“ (M 1:25).

V některých situacích je osvědčené nabídnout jinou činnost, někdy zabere třeba procházka ven. „*Když se spojí vycházka s nákupem v obchodě, tak je většinou vyhráno*“ (P 1:21). „*Někdy to ale pokračuje i v obchodě, když si tam chce koupit něco, co není vhodné*“ (K 1:22). V některých případech se osvědčila i zátěžová deka. Klient se většinou do pár minut zklidní. Ale někdy pokračuje agrese i pod zátěžovou dekou a v takových případech se přechází k restrikci – šetrným úchopům, které byly použity celkem 10krát a pokud situace stále eskaluje, je nutné použití místnosti zřízené k bezpečnému pobytu. Ta byla u pana Lukáše použita celkem 3krát. V této místnosti se pak Lukáš necítí nejspíš komfortně, a proto dojde vždy k okamžiku ke zklidnění. Pan Lukáš si celou situaci uvědomí a omluví se. Jsou to ale situace, kdy už jde o vážné ohrožení na zdraví většinou pracovníků.

Graf č. 9: Zvládnutí problémového chování



(Zdroj: Vlastní analýza, 2024)

6.4 Příklad č. 4 – Jan

Pan Jan je 39letý částečně verbálně komunikující klient. Pan Jan byl již ve svých 3 letech spolu se třemi sourozenci rodičům odebrán a rodiče byli pro hrubé zanedbání svých rodičovských povinností zbaveni rodičovských práv a pan Jan byl umístěn do dětského domova. Často pobýval v dětské psychiatrické nemocnici. V 17 letech byl pan Jan přijat do tehdejšího ústavu sociální péče. V roce 2008 byl hospitalizován v nemocnici ve vážném stavu, a ještě ten rok byl přemístěn do domova pro osoby se zdravotním postižením. Jeho zotavení se dařilo natolik, že začal znovu i chodit. A také začaly projevy problémového chování tak, jak projevuje dosud – křik, padání, sebezraňování, ničení předmětů, občasné napadení jiných klientů a také personálu. S rodinou v kontaktu není až na ojedinělé telefonáty, jednu bratra a jednu přítelku matky, které se však již nezopakovaly.

Před nástupem do DZR měl pan Jan své rituály, po byl zvyklý dostat sladkost, na kterou se těšil a vyžadoval ji. Po snídani odcházel na obchůzku domova a navštěvoval „svá“ místa – kanceláře, jiná oddělení, volnočasový úsek. V průběhu dopoledne se vracel střídavě na oddělení, aby posvačil, napil se, poseděl. Po obědě se krátce na obchůzku vydával také, ale nejpozději „na svačinu“ se vracel zpět na oddělení a tam pobýval po zbytek dne. Na jiných komunitách poseděl, někdy svými projevy druhé klienty polekal. Klienti z jiných oddělení se ho velmi báli. Když se rozhodl, že chce někde zůstat, bylo těžké jej přesvědčit a namotivovat k odchodu. Ptal si pití, sušenky apod. Rád poslouchal rádio na svém pokoji.

Projevy problémového chování byly důkladně mapovány 12 let.

Projevy agrese se odehrávaly vždy tak, aby je vidělo co nejvíc lidí.

Pády na kolena, přímý pád těla na zem, bez obranných reakcí, údery hlavou s cílem zranit se. Údery hlavou probíhaly do podlahy, do zdi, do dveří, do okna. Často si způsoboval krvácející zranění na hlavě. Kvůli úmyslným pádům a častým zraněním v oblasti hlavy stále nosil ochrannou přilbu. Dále to bylo kopání a bouchání do dveří, do skel, házení předmětem, který je v danou chvíli nejblíže. Napadení jiného klienta nebo pracovníka se občas objevilo, ale spíše se zdá, že pro vybití agrese volil pan Jan raději neživé předměty. Velmi často se u pana Jana objevovalo zvracení, kterým se snažil na sebe upozornit. Vždy musel vynaložit velkou sílu, aby se mu zvracení „povedlo“. Často se u něj projevovala také verbální agrese, kdy velmi hlasitě křičel a prostě nadával.

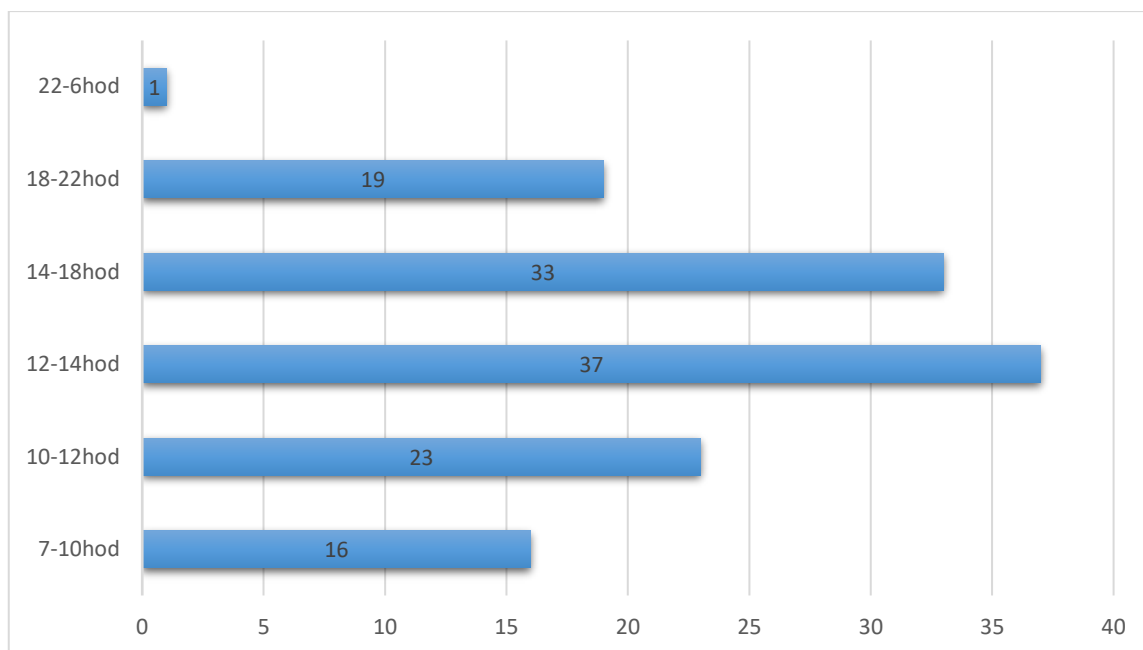
Po nástupu do DZR bydlel pan Jan v domově pro osoby se zdravotním postižením, které je součástí nově vzniklého DZR. Přímo na místě současného DZR pan Jan dokonce několik let bydlel. Proto bylo jeho stěhování spojené s velkými obavami, že bude chtít opouštět zařízení

a jít zpět tam, odkud přišel. Toto se ovšem ani jednou nestalo. Hned po příchodu a zamknutí dveří nejevil nikdy pan Jan opustit zařízení. Problémové chování se objevuje ve stejné míře, jako v předchozím zařízení. Ale zvládá se lépe korigovat. Pan Jan je část dne bez ochranné helmy. Pokud personál vidí, že se blíží neklid a pan Jan se začne projevovat křikem, helmu nasadí. Pokud se odchází mimo zařízení, musí mít pan Jan helmu stále na hlavě. Venku, mezi lidmi na sebe poutá pozornost tím, že padá cíleně na hlavu. U pana Jana se často objevuje zvracení, které se děje proto, aby klient na sebe upoutal pozornost. *„On sedí ve společenské místnosti, chvilku křičí, když někdo dojde za ním, tak se většinou uklidní, ale jak nikdo nedojde, tak se pozvrací“* (P 1:17).

Často k problémovému chování dochází i proto, že pracovník po klientovi něco chce. *„Naposled jsem chtěl, aby si po sobě zametl, když naházel chleba na zem, to ho rozzuřilo tak, že shodil stůl“* (L 2:23). *„Já když jsem s ním šla naposled pro oběd, tak chtěl na jiné oddělení, demonstrativně s sebou praštil o zem a začal kopat do skleněných dveří. Musela jsem si zavolat druhého pracovníka na pomoc, to bych sama nezvládla“* (K 2:21). U pana Jana, stejně jako u všech klientů funguje výborně preventivně relaxační jízda autem. Vždy se na jízdu velmi těší a často se používá hned ráno, aby se zabránilo problémovému chování. U pana Jana se problémové chování objevilo 129krát. Dle pracovníků se problémové chování objevuje často. Někdy jen křičí, ale jindy problémové chování eskaluje. U pana Jana se nedá moc vysledovat, zda se blíží problémové chování nebo ne. Většinou sedí, začne křičet, někdy do ostatních strká a ve většině případů se pozvrací. Problémové chování u pana Jana probíhá ve většině případech stejně.

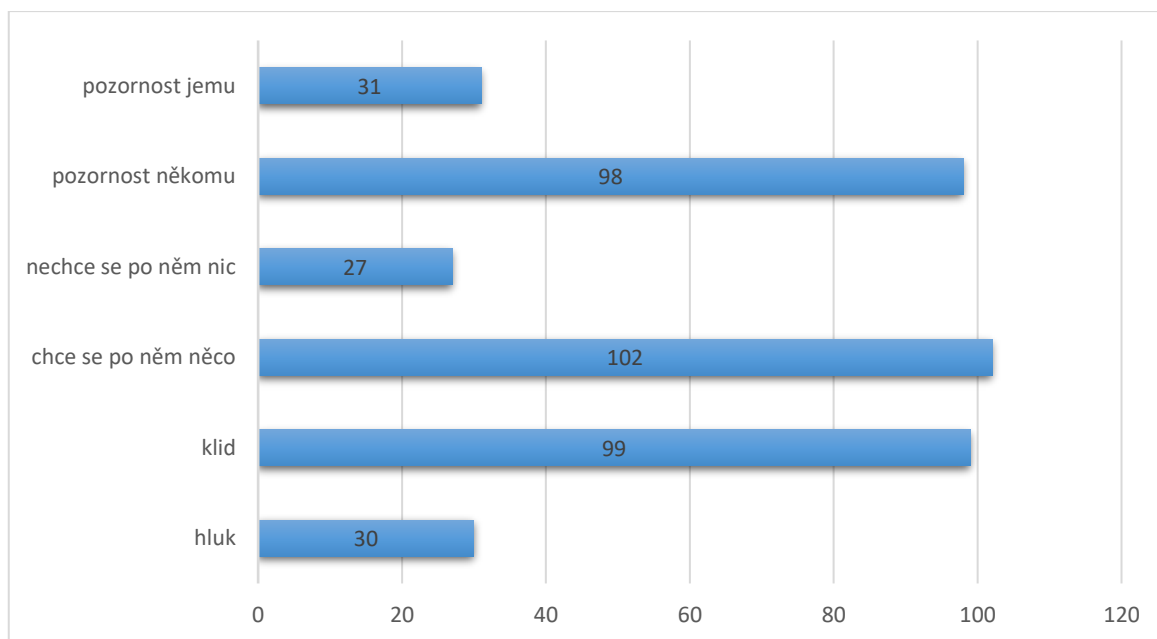
U pana Jana se nejčastěji problémové chování objevuje v dopoledním čase a čase po obědě. *„Často při jídle začne zuřit, protože se zrovna věnujeme někomu jinému a ne mu“* (K 2:13). K problémovému chování také často dochází v čase po obědě, kdy se děje nebo je plánovaná nějaká aktivita. V nočních hodinách došlo k problémovému chování pouze jednou, jinak pan Jan celé noci spí.

Graf č. 10: Časové rozmezí výskytu problémového chování



(Zdroj: Vlastní analýza, 2024)

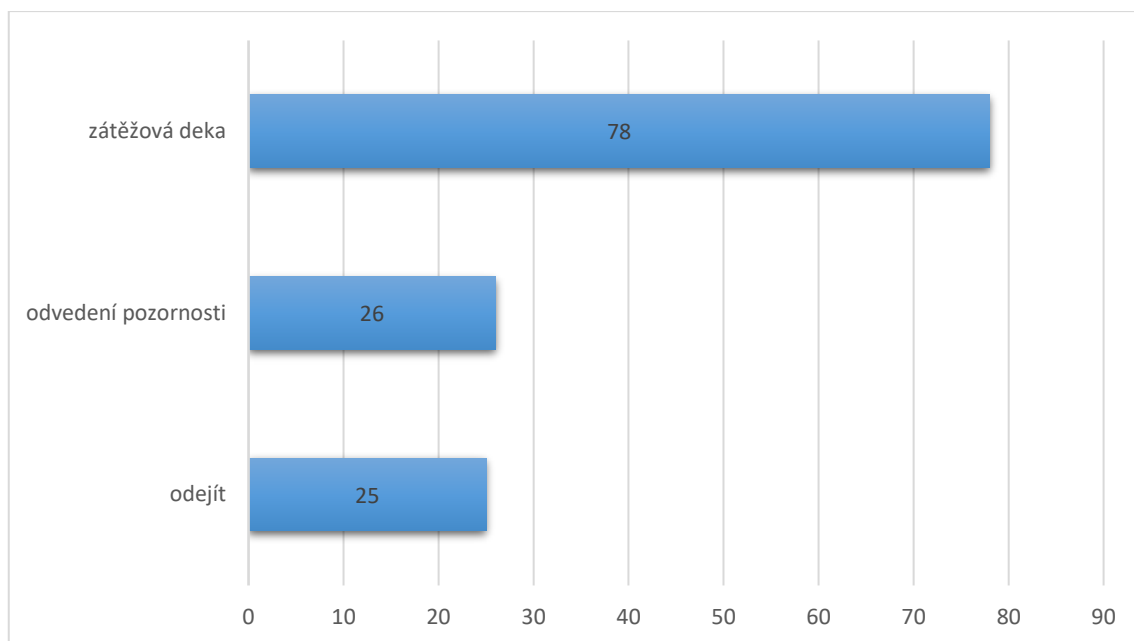
Příčinou problémového chování u pana Jana je ve většině případů to, že je pozornost věnována jinému klientovi. „*Jak se nevěnujeme přímo mu, tak začne*“ (L 1:11) „*Stačí, že se odejde s někým jiným ven nebo do patra a už je zle*“ (M 1:19). Taky ho ve většině případů rozruší to, když po něm pracovník něco chce. „*Měli jsme domluvené, že půjdeme do obchodu, pokud si sám obleče kalhoty a mikinu. On křičel, ať ho někdo obleče, že to sám nezvládne. Nakonec začal bouchat hlavou do zdi. Po hodině se oblekl a vyrazili jsme*“ (P 2:18). Příčiny jsou u pana Jana víceméně vždy stejné. Nejdůležitější je pro něho individuální péče, jakmile věnuje pracovník pozornost jinému klientovi, téměř vždy se problémové chování dostaví.

Graf č. 11: Příčiny problémového chování

(Zdroj: Vlastní analýza, 2024)

Ke zvládnání problémového chování bylo u pana Jana za poslední rok vyzkoušeno mnoho technik. Jako nejúčinnější se osvědčila zátěžová deka. Je jedna zátěžová deka přímo pro pana Jana, která je velmi těžká a téměř vždy dojde u pana Jana ke zklidnění. „*Stačí na něho dát deku a do pár minut je klidný a ve většině případů i usne*“ (M 1:29). U pana Jana jako jediného klienta nebyla nikdy použita restrikce. Zatím se dá všechno zvládnout pomocí zátěžové deky. V mnoha případech se dá s panem Janem během problémového chování i domluvit. „*I když křičí a už je rozjetý, tak se s ním dá domluvit, stačí mu dát nějaký návrh a přijde zklidnění*“ (L 2:6). „*Pokud nereaguje na slovní domluvu, tak pak se dá většinou deka, ale dekou jsme vždy vyřešili všechno*“ (K 2:12). V pár případech se povedlo agresi zvládnout i tím, že pracovník odešel. K takovému řešení se většinou přistupuje, že je pan Jan na svém pokoji. „*Zavřu dveře od pokoje a odcházím, on se většinou po chvílce uklidní. Samozřejmě jsem ale v blízkosti a poslouchám, co se tam děje*“ (P 2:21). Pokud je agrese u pana Jana ve společných místnostech je vhodné pana Jana odvést do soukromí, aby nerozrušoval ostatní klienty. Pokud to nejde a projevuje svou agresi na zemi, použije se zátěžová deka v místě, kde se momentálně pan Jan nachází.

Graf č. 12: Zvládnutí problémového chování



(Zdroj: Vlastní analýza, 2024)

6.5 Analýza napříč případy

Představili jsme konkrétní případové studie a v následujících pasážích se budeme věnovat interpretaci sledovaných případů. Budeme je analyzovat přímo ve vztahu k jednotlivým dílčím cílům práce.

Výskyt a četnost problémového chování

Problémové chování se u všech případů vyskytlo v průměru 129x za 10 měsíců pozorování. Lze tedy říci, že problémové chování se objevuje v průměru 12x za měsíc u každého případu. Nejčastěji se problémové chování objevuje v čase po obědě, pouze u jednoho případu je největší četnost problémového chování v ranních hodinách. Naopak v pozdějších odpoledních hodinách a v noci se problémové chování téměř neobjevuje.

Společné znaky: Ve 3 ze 4 případů se problémové chování objevuje nejčastěji v čase po obědě a brzkých odpoledních hodinách. V odpoledních a nočních hodinách se problémové chování neobjevuje téměř vůbec. U všech případů dochází k problémovému chování ve velmi podobné četnosti, v průměru 12x za měsíc u každého případu.

Individuální znaky: U případu Tomáše se problémové chování vyskytuje nejčastěji v ranních hodinách.

Příčiny a spouštěče

Příčiny a spouštěče problémového chování jsou u každého případu velmi odlišné. V první studii je příčinou to, že pan Tomáš vyžaduje často kávu, jelikož se nespokojí se slabou kávou, ani náhražkou kávy, je pracovníky dohodnuto, že káva se vaří maximálně 3x denně, jelikož pan Tomáš poté v noci nespí. Často je pan Tomáš agresivní v případě, že někdo na oddělení velmi křičí a jelikož se domníváme, že slyší pouze určité tóny, může být pro něj takový křik velmi nepříjemný. U druhé studie je příčinou neurologický neklid, který nastane jako reakce na nějakou aktivitu či úplně bez zjevné příčiny. U třetí studie je nejčastější příčinou to, že se pracovník snaží panu Lukášovi zabránit v nebezpečné činnosti, kdy hrozí nebezpečí jak pro pana Lukáše, tak pro ostatní klienty a pracovníky. Často je spouštěčem to, že pan Lukáš chce něco, co mají ostatní klienti na oddělení a bere jim to bez jejich vědomí. Často takovou věc i zničí. Poslední studie je případ pana Jana, u něhož je hlavním spouštěčem problémového chování to, že se pracovník věnuje jinému klientovi. Pan Jan má rád, když má individuální péči a všechna pozornost je věnována jemu. Často se problémové chování objeví v případě, že po něm pracovník něco chce, např. se obléct nebo po sobě uklidit po obědě.

Společné znaky: Se zde neobjevují žádné, jelikož je každý případ velmi ojedinělý a odlišný.

Individuální znaky:

Tomáš: dožadování se kávy několikrát za den, hluk na oddělení, nespokojení sexuálních potřeb

Petr: neurologický neklid, dožadování se velkého množství sladkého jídla

Lukáš: zamezování personálem v nebezpečné činnosti, chce něco, co mají ostatní klienti a on ne

Jan: pozornost se věnuje někomu jinému, chce po něm něco personál (např. uklidit si po sobě, obléct se)

Strategie ke zvládnání problémového chování

U dvou případů lze problémové chování částečně zvládnout použitím zátěžové deky. U pana Jana se zátěžová deka využívá téměř u každého projevu problémového chování. Pokud nepomůže deka, nechá se pan Jan v klidu sám na pokoji, aby nerušil ostatní klienty. U pana Tomáše je vyzorováno, že nejúčinnější řešení je odejít ven, mimo zařízení a agresivitu „vychodit“. V několika případech se podařilo problémové chování zvládnout i tím, že pan Tomáš byl odveden na pokoj, kde nerušil ostatní klienty. Pokud

se problémové chování nedá zvládnout ani jedním z výše uvedených způsobů a jsou vyčerpány všechny možné deeskalace problémového chování, je nutno přistoupit k restrikci. Ta u pana Tomáše byla použita ve 25 případech, pokaždé se jednalo o šetrné úchopy a vždy došlo ke zklidnění. U pana Petra se problémové chování daří zvládat tím, že se nechá v klidu sám na pokoji a pracovník odchází. Pokud nepomůže to, že se nechá pan Petr sám v klidu, je přistoupeno k restrikci. Ta byla u pana Petra použita celkem 8x za 10 měsíců. Ve dvou případech se jednalo o šetrné úchopy, které nebyly ovšem účinné. V 6 případech u pana Petra musela být použita místnost bezpečného pobytu. U případu pana Lukáše často ke zvládnutí problémového chování pomůže jít ven mimo zařízení. Často je účinná také zátěžová deka. Pokud nedojde ani jednou metodou ke zvládnutí problémového chování je přistoupeno k restrikci. U pana Lukáše byly 10x použity šetrné úchopy a ve 3 případech muselo dojít k pobytu v místnosti zřízené k bezpečnému pobytu. Vždy po použití restrikce došlo ke zklidnění pana Lukáše.

Společné znaky: U všech případů je společné to, že je důležité vždy odejít mimo ostatní klienty do svého vlastního pokoje. Někdy toto chování zvládne klient sám na pokoji, jindy se musí přistupovat k jinému řešení.

Individuální znaky:

Tomáš: odejít ven mimo zařízení, restrikce – šetrné úchopy

Petr: restrikce – šetrné úchopy, popř. místnost bezpečného pobytu

Lukáš: odejít ven mimo zařízení, zátěžová deka, restrikce – šetrné úchopy

Jan: zátěžová deka

Následné intervence po výskytu problémového chování

Po výskytu problémového chování, kdy je už klient v klidu, se pracovníci vždy snaží s klientem mluvit na toto téma. Snahou je zjistit, co zapříčinilo problémové chování. K tomu jsou používány prvky alternativní a augmentativní komunikace, jelikož klienti sami většinou nedokážou říct, co je v daný moment rozrušilo a proč tak reagovali. Také je důležité s klientem probrat, proč pracovník musel zasáhnout do problémového chování a nemohl nechat agresi svévolně přejít. O každém problémovém chování je proveden zápis. Při použití restrikce je vyplněn formulář a kontaktován opatrovník.

Společné znaky: U všech případů se na toto téma diskutuje a snaží se vysvětlit, proč k takovému chování došlo.

Předcházení problémovému chování

Předcházet problémovému chování je v mnoha případech velmi obtížné. Pokud má problémové chování nastat, tak většinou nastane. Velmi dobře se osvědčila preventivní relaxační jízda autem. Relaxační jízda autem, je jízda bez cíle. Kdy pracovník jede spolu s klientem autem bez toho, aniž by se dopředu domluvili, kam pojedou. Někdy se jeden jen pár kilometrů, někdy delší trasa, podle přání a rozpoložení klientů. Při relaxační jízdě autem, se z auta nevysedá, ale pouze jede. Většina klientů využívá tuto jízdu téměř denně. Problémové chování se daří předcházet i tím, že pracovníci si klienty „rozdělí“ a každý pracovník se věnuje jinému klientovi a mají různé aktivity. Důležité je, aby všichni klienti nebyli spolu v jedné místnosti a byli aktivizováni. Předcházet problémovému chování se daří i pomocí nastaveného plánu dne pomocí alternativní a augmentativní komunikace, kdy každý klient ví, co ho ten den čeká a je ukotvený v čase.

Společné znaky: Preventivní relaxační jízda autem, individuální práce s klientem, plán dne.

6.6 Závěry výzkumného šetření

V této kapitole si shrneme dílčí cíle naší práce, na základě, které si odpovíme na hlavní cíl naší práce.

Odpovědi na dílčí výzkumné cíle:

Výskyt a četnost (DC1) poukazuje na to, že problémové chování se objevuje v průměru 12x za měsíc. Nejčastěji se problémové chování objevuje v čase po obědě, pouze u jednoho případu je největší četnost problémového chování v ranních hodinách. Naopak v pozdějších odpoledních hodinách a v noci se problémové chování téměř neobjevuje.

„Rizikové faktory, mající vliv na podobu nevhodného chování, je možné rozdělit na osobní (vyplývající z osobnostní a biologické složky jedince) a environmentální (plynoucí z prostředí fyzického i společenského)“ (Emerson, E., 2008; Čadilová, V., Jůn, H., Thorová, K., 2007; Jůn, H., 2010; Hagopian, L., 2009). V našich popsanych případech se prolínají jak **příčiny** (DC2) osobní, tak environmentální. Jednak je to problémové chování, které vyplývá z mentálního postižení, které mají všichni respondenti z případových studií. Jedná se o dva klienty se středním mentálním postižením a dva klienty s těžkým mentálním postižením.

Dále jsou to osoby, které mají přidruženou poruchu autistického spektra, u které se problémové chování také často objevuje. Z environmentálních faktorů můžeme vysledovat prostředí, v kterém se klienti pohybují. Prostředí, kde usilují o své místo a tím mnohdy vzniká problémové chování.

Howlin (2005) říká, že *„je nutné velmi pečlivě zmapovat, aby pro nás nebylo chování lidí s mentálním handicapem nepředvídatelné. Je třeba si všimnout změn nálad, ztráty zájmu o činnosti, zvýšené únavy a dalších projevů, které mohou být signálem, že není něco v pořádku“*. To jsme uvedli v našich případových studiích. Při změně nálad, ztrátě zájmu o činnosti apod. se většinou následně objeví problémové chování. Proto je důležité takové chování vpozorovat a jednat dříve, než se problémové chování dostaví.

„Velmi často je problémové chování způsob, jakým nám chtějí lidé s mentálním handicapem sdělit, že něco potřebují (mají hlad, je jim zima apod.), že se jim něco nelíbí (hluk, přítomnost osoby apod.), něco je bolí nebo cokoliv jiného, co je třeba vpozorovat“ (Jún, 2010). U téměř všech klientů, u kterých byla zpracována případová studie je problémové chování způsob, jakým dávají najevo své potřeby. Proto je tak důležité pracovat pomocí AAK, aby si o základní potřeby dokázali říct jinou formou než mluveným slovem. V naší práci se jedná primárně o respondenta z první případové studie. Klient je verbálně nekomunikující, téměř neslyšící a nedokáže si říct o své potřeby říct. Proto se stane, že rozbije stůl, bouchá hlavou do dveří apod. Emerson (2008) tvrdí, že *„velkou roli hrají i kombinovaná postižení. Vliv mají i přidružená smyslová a tělesná postižení či narušení komunikačních schopností“*. Vzhledem k tomu, že všichni klienti v popsanych případových studiích mají kombinované postižení, dá se očekávat větší pravděpodobnost výskytu problémového chování.

Příčinou agresivního chování může být neuspokojená sexuální potřeba, jak říká jeden pracovník: *„někdy i 5x denně masturbuje a vzhledem k tomu, že se mu to nikdy nepodaří do konce, tak pak je někdy rozrušený“* (L 1:7). Na tuto situaci upozorňuje i Jún (2007), který uvádí, že ve chvíli, kdy nejsou základní životní potřeby u člověka naplněny, zvyšuje se u něj pravděpodobnost výskytu agresivního chování.

Podle respondentů z výzkumu, je nejlepší **strategií** (DC3) odpoutat pozornost od problému, a to v počáteční fázi agrese. To se podle pracovníků daří i tím, že se jde s klientem ven, jak uvádí jeden z respondentů. *„Někdy pomůže opravdu jen procházka, ale záleží, jaký má zrovna den“* (L 2:37). Jak uvádí i Jún (2010), cílem pracovníků je, aby se negativní emoční prožívání při fázi rozčilování neprohlubovalo stále dál a nedošlo k fyzické agresi. V případě

fyzické agrese je důležité zabránit zranění napadené osoby i samotného klienta. Ve zklidňující fázi je cílem personálu zabránit návratu agresivního chování.

U každého klienta je podrobně zpracován krizový plán, kde je jasně definované, jak se má pracovník v situaci zachovat. Tyto plány jsou zpracovány na základě konzultace odborníků na problémové chování. I Jůn (2010) uvádí, že každá organizace, která se setkává s agresivním chování klientů, by si měla určit postupy a metody, které můžou toto chování lépe zvládat. Postupy v rámci prevence agresivního chování a postupy v rámci následků agresivního chování.

„Při fyzické agresi klienta se personálu vždy nabízejí určité postupy zvládnutí tohoto chování. Důležitým faktorem je uvědomit si, že cílem při incidentu není zvítězit nad klientem, ale incident ustát tak, aby další společné soužití bylo i nadále možné“ (Jůn, 2010). Proto se vždy začíná slovním zklidněním a celkovou deeskalací problému, pokud se takový přístup nedaří, je přistupováno k opatření od nejméně omezujících, k nejvíce omezeným.

Někdy je řešením ignorace, jak uvádí jeden z respondentů: *„Zavřu dveře od pokoje a odcházím, on se většinou po chvilce uklidní. Samozřejmě jsem ale v blízkosti a poslouchám, co se tam děje“* (P 2:21). *Ignorovat chování klienta lze, pokud má klient pouze nízkou intenzitu negativních emocí* (Jůn, 2010).

„Restriktivní opatření jsou prostředky omezující pohyb při zvládnutí agrese klienta. Jejich použití by mělo následovat až po neúspěšném použití jiných technik zklidnění klienta“ (Čadilová, Jůn, Thorová, et al., 2007). Všichni respondenti z výzkumu použili několikrát restriktivní opatření. Nejčastěji se jedná o šetrné úchopy, kterými jsou pracovníci proškoleni a jsou vnímány jako jedny z nejdůležitějších prvků zvládnutí agresivního chování u klientů. Jsou totiž situace, které se moc nedaří zvládnout jinak, než použitím restrikce, jak uvádí jeden z respondentů: *„Pokud chce kousnout druhého klienta, tak se v tomto zabrání odtržením či únikovou cestou, jakmile ale začne kousat pracovníky, přistupuje se k šetrným úchopům“* (P 1:32)

Ve zklidňující fázi je cílem personálu zabránit návratu agresivního chování. (Jůn, 2010)

Následná intervence (DC4) probíhá v zařízení tak, že po skončení problémového chování se s klientem celá situace znovu přemítne, pracovník popíše klientovi, co se stalo, co na chování bylo nevhodné a jak se celá situace vyřešila. To vše se zapíše do dokumentace, při použití restrikce je kontaktován opatrovník.

„Proto, aby k agresí vůbec nedošlo, je důležité měnit spouštěcí mechanismy chování. Měnit vnější faktory tak, aby pro klienta bylo výhodnější zůstat v klidu“ (Jůn, 2010). Při přecházení problémového chování (DC5) je nutný individuální přístup, který je zajištěn všem respondentům z případových studií. To je umožněno velkým počtem pracovníků na směně.

Při komunikaci s lidmi s mentálním postižením je jednou ze zásad aktivní a pozorné naslouchání, které je nezbytné, chceme-li dobře pochopit, co člověk s postižením pociťuje, co potřebuje, ale také jak máme zareagovat. Bez naslouchání není možná uspokojivá podpora (Slowík, 2010). Proto je v zařízení zaveden systém alternativní a augmentativní komunikace, aby byla možnost s klienty o všem mluvit jinak než mluveným slovem.

Dotazovaní respondenti uvádějí, že aby se zabránilo v problémovému chování, je nutné klienty zaměstnat. „Nesmíme mu dovolit se nudit, jak nemá co na práci a chodí sem a tam, je to vždy blbě“ (K 2:23). Bartoňová, Bazalová, Pipeková (2007) uvádí, že práce je základní lidská potřeba, která musí být naplňována, jinak může vést k frustraci. Práce je znakem dospělosti a samostatnosti člověka bez ohledu na to, zda jde o člověka zdravého nebo se zdravotním postižením.

Je zřejmé, že individuálním přístupem ke klientům, vhodnou komunikací a získáváním nových dovedností a vědomostí lze alespoň z části předejít agresivnímu chování nebo zmírnit jeho průběh.

Hlavním cílem naší práce bylo zjistit, **jakým způsobem probíhá zvládání problémového chování u klientů s kombinovaným postižením v domově se zvláštním režimem.** K tomu, abychom dostali odpověď na hlavní výzkumnou otázku, museli jsme nejprve zpracovat dílčí cíle práce.

Jůn (2010) zdůrazňuje, že, v rámci prevence je nutné udělat vše, aby k agresí vůbec nedošlo, snažíme se vždy měnit spouštěcí mechanismy chování, aby u klienta nevzniklo agresivní chování. Měnit vnější faktory tak, aby pro klienta bylo výhodnější zůstat v klidu, i když jeho potřeby nejsou aktuálně z části naplněny. Učit klienta alternativnímu chování.“

Pracovníci vybraného domova se zvláštním režimem zvládají rizikové chování také díky tomu, že je velký počet zaměstnanců na denní službě, 3-4 pracovníci k 5 klientům, tím pádem je zajištěna individuální péče. Pokud dojde k problémovému chování, dva pracovníci se věnují klientovi, u kterého takové chování nastalo. Můžou s klientem odejít ven a ví, že je stále zajištěna služba pro ostatní klienty. Důležité je i to, že každý klient má svůj vlastní pokoj, kam může být v případě problémového chování odveden a může si tento stav prožít

ve svém soukromí, kde nikoho neruší. Agresivní chování u velké části klientů jde zvládnout i použitím zátěžové deky. Přikrývka funguje na principu hloubkové dotykové stimulace, kdy váha přikrývky příznivě stimuluje kožní receptory, čímž tlumí hladinu stresového hormonu a navozuje pocit bezpečí a objetí. Co se týče restrikce v domově se zvláštním režimem, je používána až v případech, kdy všechna možná opatření nejsou účinná a hrozí ohrožení zdraví samotného klienta i pracovníků. Z toho důvodu jsou všichni pracovníci odborně proškoleni na šetrné úchopy, které často využívají. Je vysledováno, že u dvou případů dojde pomocí šetrných úchopů k velkému zklidnění. Druhou možností restrikce, kterou pracovníci popisují, je místnost zřízená k bezpečnému pobytu. Není běžné, že v sociálních službách jsou tyto místnosti dostupné, ale v domově se zvláštním režimem je to nějakou „nutností“. Pracovníci hovoří o tom, že v místnosti dojde ve většině případech ke zklidnění. Zatím se nestalo, že by musela být volán lékař a byla použita aplikace léků ke zklidnění. Je patrné, že výsledky našeho výzkumu nejsou zobecnitelné, jsou použitelné pouze pro zařízení, kde byl výzkum realizován.

ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá zvládním problémového chování u klientů s kombinovaným postižením v domově se zvláštním režimem. Toto téma bylo zvoleno z důvodu, že se mě velmi dotýká a je to téma neprozkoumané, avšak velmi důležité a diskutované.

Práce byla rozdělena do dvou částí, a to části teoretické a praktické. Teoretická část je psána s použitím odborné literatury a zákona č. 108/2006. Sb. Teoretická část byla rozdělena na čtyři kapitoly. V první části jsme se věnovali problémovému chování, jeho faktorům, typům a diagnostice, v jedné podkapitole jsme popsali agresi jako druh problémového chování. Druhá kapitola se věnovala restrikcím v sociálních službách. V třetí kapitole jsme popsali kombinované postižení, jeho klasifikaci, příčiny a možnosti použití alternativní a augmentativní komunikace u klientů s kombinovaným postižením. Poslední kapitola teoretické části se věnovala domovu se zvláštním režimem, jeho posláním, cílovou skupinu a zaměstnanci, kteří v DZR pracují. Jedna podkapitola se zabývala individuálním plánem u verbálně nekomunikujících klientů, jelikož klienti zkoumaného DZR jsou většinou verbálně nekomunikující.

Cílem naší práce bylo zjistit, jakým způsobem probíhá zvládnání problémového chování u klientů s kombinovaným postižením v domově se zvláštním režimem. Data byla zjišťována pomocí analýzy dokumentů, pozorováním a skupinovým rozhovorem. Designem výzkumu byla případové studie. Byly zpracovány celkem čtyři případové studie. Abychom mohli zodpovědět hlavní cíl naší práce, museli jsme nejprve dostat odpověď na dílčí cíle práce.

Výzkum této diplomové práce ukázal, jaká je četnost problémového chování, jeho příčiny a spouštěče. Také jsme se dozvěděli, jaké pracovníci využívají strategie k předcházení a zvládnání takového chování.

Četnost problémového chování je v průměru 12x za měsíc u každého klienta. Příčiny problémového chování jsou jak osobní, tak enviromentální. Klienti jsou osoby s mentálním postižením, kombinovaným postižením a někteří mají diagnostikovanou poruchu autistického spektra. U všech těchto diagnóz můžeme nalézt možnost zvýšeného výskytu problémového chování. Dále je to prostředí, ve kterém se vyskytují a kde usilují o svou pozici ve skupině. Spouštěčem jsou také neuspokojené sexuální potřeby, nemožnost personálu sdělit své potřeby, jelikož jsou klienti nekomunikující. Strategie, které pracovníci používají ke zvládnání problémového chování u klientů jsou odpoutání pozornosti, slovní zklidnění, deescalace problému a v nejužším případě použití restrikce. U každého klienta je

také podrobně zpracován krizový plán. Následná intervence po skončení problémového chování je, že si pracovník spolu s klientem přemítne celou situaci a mluví o ní. Poté zapíše vše do dokumentace.

Doporučením pro praxi tedy je, aby byly budovány zařízení pro malý počet klientů s velkým počtem zaměstnanců, aby mohl být zajištěn individuální přístup, který je velmi důležitý. Dalším důležitým bodem jsou jednolůžkové pokoje pro klienty, kde najdou vždy soukromí a klid pro zvládnání svých emocí. Také technicky promyšlené a vybudované systémy zabezpečení.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. *Agresivní jednání klienta*, 2023. Velehrad: DZR Velehrad – Buchlovská.
2. BARTOŇOVÁ, Miroslava; BAZALOVÁ, Barbora a PIPEKOVÁ, Jarmila. *Psychopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-161-4.
3. BENDO VÁ, Petra. *Alternativní a augmentativní komunikace 1*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3703-3.
4. BROŽOVÁ, Gabriela a Jan VANČURA. *Percepce příčin agresivního jednání v domovech pro osoby s mentálním postižením*. Československá psychologie. Praha, 2010, roč. 54, č. 1, s. 17-31. ISSN 0009-062X.
5. Crocker, A. G., Mercier, C., Lachapelle, Y., Brunet, A., Morin, D., & Roy, M. E. (2006). Prevalence and types of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(9), 652–661. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2788.2006.00815>
6. ČADILOVÁ, Věra; JŮN, Hynek a THOROVÁ, Kateřina. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.
7. DOWDEN, P., & COOK, A. M. (2012). Improving Communicative Competence Through Alternative Selection Methods. In JOHNSTON S.S. *AAC Strategies for Individuals with Moderate to Severe Disabilities* (pp. 81-117). Brookes Publishing
8. EMERSON, Eric. *Problémové chování u lidí s mentální retardací*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-390-1.
9. HAICL Martin a Veronika HAICLOVÁ, 2011. Metody individuálního plánování služby s uživateli. In: BICKOVÁ, Lucie et al. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: APSS ČR, s. 149-156. ISBN 978-80-904668-1-4.
10. HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-x.
11. HAUKE, Marcela. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3849-9.
12. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

13. HOWLIN, Patricia. *Autismus u dospívajících a dospělých: cesta k soběstačnosti*. Speciální pedagogika (Portál). Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-041-0.
14. CHLOUPKOVÁ, Soňa. SMART nemusí být „chytrý“. *Sociální služby*. Tábor. APSS ČR. Říjen. 2012.
15. CHRASTINA, Jan. *Případová studie – metoda kvalitativní výzkumné strategie a designování výzkumu: Case study - a method of qualitative research strategy and research design*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2019. ISBN 978-80-2445-373-6.
16. JŮN, Hynek. *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-590-5.
17. JŮN, H., BALICKÁ, K. *Terapie problémového chování a fyzické restriktce*. Praha: APLA Praha, střední Čechy, O. S. 2012
18. KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.
19. KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Pedagogika (Grada). Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.
20. LAUDOVÁ, L. Alternativní a augmentativní komunikace. In ŠKODOVÁ, E.; JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003, s. 561–576. ISBN 80-7178-546-6.
21. LUDÍKOVÁ, Libuše. *Kombinované vady*. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1154-7.
22. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
23. MAREŠ, Jiří, 2015. Tvorba případových studií pro výzkumné účely. Pedagogika. Hradec Králové, 65(2), 113-142. Dostupné z: doi: <https://pages.pedf.cuni.cz/pedagogika/?p=11212%20title=>
24. MATOUŠEK, Oldřich, KŘIŠŤAN, Alois (ed.). *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.
25. OPATŘILOVÁ, Dagmar. *Edukace osob s těžkým postižením a souběžným postižením více vadami: Education of persons with severe disability and multiple disability*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6221-4.

26. PIPEKOVÁ, Jarmila (ed.). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
27. PONĚŠICKÝ, Jan. *Agrese, násilí a psychologie moci: v životě i v procesu psychoterapie*. 2., dopl. vyd. Psyché (Triton). Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-378-3.
28. *Registr poskytovatelů sociálních služeb* [online]. 2004 [cit. 2024-02-22]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/registr-poskytovatelu-sluzeb>
29. RENOTIÉROVÁ, Marie a LUDÍKOVÁ, Libuše. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1475-9.
30. SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-691-9.
31. SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Pedagogika (Grada). Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0095-8.
32. SOBEK, J. a kol. *Lidská práva v každodenním životě lidí s mentálním postižením – příručka pro zaměstnance sociálních služeb*. Praha: Portus, 2007.
33. SOBEK, Jiří. *Osobní cíl v individuálním plánování*. Sociální služby. Tábor: APSS ČR. 2009/I.
34. SOBEK, J. *Individuální plánování pro lidi, kteří verbálně nekomunikují*. Praha: Adpontes, 2019.
35. *Standardy kvality sociálních služeb, 2023*. Velehrad: DZR Velehrad-Buchlovská.
36. STRAUSS, Anselm L. a CORBIN, Juliet. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. SCAN. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. ISBN 80-85834-60.
37. ŠAROUNOVÁ, Jana. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0716-0.
38. VANČOVÁ, Alica. *Edukácia viacnásobne postihnutých*. Bratislava: Sapiaientia, 2001. ISBN 80-967180-7-X.
39. Vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, 2006. In: Sbíрка zákonů České republiky, částka 164. ISSN 1211-1244.
40. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006. In: Sbíрка zákonů České republiky, částka 37. ISSN 1211-1244.

41. ZIKL, Pavel. *Pojem kombinované postižení*. Speciální pedagogika, 2005, 15(4), s.241-245. ISSN 1211-2720

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AAK Alternativní a augmentativní komunikace

Apod. A podobně

DZR Domov se zvláštním režimem

OOPO Opatření omezující pohyb osob

s. Strana

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Dílčí cíle	40
------------------------------------	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Dílčí cíle práce a techniky sběru dat	40
Tabulka 2: Respondenti	42

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Otázky k rozhovoru

PŘÍLOHA P I: OTÁZKY K ROZHOVORU

1. Jaké jsou podle vás nejčastější příčiny či spouštěče problémového chování?
2. Jakým způsobem predikujete, že nastane problémové chování?
3. Jaké strategie používáte k předcházení problémového chování a jsou tyto strategie účinné?
4. Jaké problémové chování považujete za nejnáročnější?
 - Jak často k takovému chování dochází?
 - Jak toto chování řešíte?
5. Jak často se objevuje problémové chování?
6. Popište poslední situaci, kdy se vyskytlo problémové chování?
 - Jak jste situaci predikoval/a?
 - Jak situace dopadla?
 - Co si z toho odnášíte?
 - Je to situace, která se stala poprvé nebo se opakuje?
7. Charakterizujte typickou situaci, která předchází problémovému chování?
 - Jak taková situace probíhá?
 - Máte nastavený systém, kterým takové chování zvládáte a který je osvědčený?