

Klienti s problémovým chováním v domově se zvláštním režimem

Bc. Nicola Stella

Diplomová práce
2023



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Bc. Nicola Stella
Osobní číslo: H21319
Studijní program: N0111A190013 Sociální pedagogika
Forma studia: Kombinovaná
Téma práce: Problémové chování klientů v domově se zvláštním režimem

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti poruch autistického spektra, problémového chování a problematiky pobytové sociální služby domova se zvláštním režimem.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvalitativního výzkumu formou pozorování a analýzy dokumentů.

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:

- BAZALOVÁ, Barbora, 2017. Autismus v edukační praxi. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1195-2.
EMERSON, Eric, 2008. Problémové chování u lidí s mentální retardací. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-390-1.
ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2007. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
THOROVÁ, Kateřina, 2016. Poruchy autistického spektra. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-2620768-9.
VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH, 2018. Mentální postižení. 2., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0378-2.

Vedoucí diplomové práce: **doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **10. ledna 2023**
Termín odevzdání diplomové práce: **21. dubna 2023**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



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

Ve Zlíně dne 10. ledna 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 24.3.2023

Univerzita Tomáše Bati Fakulta humanitních studií

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 nahlížení 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). Odpirá-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 jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá jedinci s poruchou autistického spektra v kombinaci s mentálním postižením a problémovým chováním v domově se zvláštním režimem. Teoretická část se věnuje definování a klasifikaci poruch autistického spektra, dále se zabývá klíčovými pojmy jako jsou agresivita, agrese či problémové chování. Součástí je také vymezení konkrétních metod práce s jedinci s PAS a problémovým chováním. Cíli diplomové práce je vylíčit specifika domova se zvláštním režimem, konkrétně zjistit nejčastější příčiny a zároveň eliminaci problémového chování u klientů DZR a také analyzovat dokumenty opatření omezující pohyb osob, které se v zařízení dle §89 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, používají. Praktická část se zabývá kvalitativním výzkumem realizovaného pomocí zúčastněného pozorování spolu s analýzou dokumentů a zpracován je pomocí případové studie.

Klíčová slova: poruchy autistického spektra, agresivní (problémové) chování, agrese, agresivita, metody práce, domov se zvláštním režimem

ABSTRACT

Diploma thesis deals with people with autism, mental health disability and aggressive behaviour in a home with specific regime. The theoretical part contains definition and classification of autism spectrum disorders, it also deals with key definitions such as aggressiveness, aggression or aggressive (problem) behaviour. It also includes the definition of specific methods for working with individuals with autism spectrum disorders. The aim of this diploma thesis is to describe the specific of a home with special regime, specifically to find out the most common causes and at the same time the elimination of aggressive behaviour among clients of the home with specific regime, as well as analyse the documents of measures restricting the movement of persons, which is implemented in the home in accordance to § 89 of Act No. 108/2006 Coll. on social services. The practical part deals with qualitative research realized by participant observation together with analysis of documents and evaluated by a case study.

Keywords: autism spectrum disorders, aggressive (problem) behaviour, aggression, aggressiveness, working methods, home with a special regime

Tímto způsobem bych chtěla poděkovat doc. Jakobovi Hladíkovi, Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce, za podporu, důvěru, trpělivost a čas, který mi v průběhu tvorby práci věnoval. Rovněž děkuji za cenné informace, rady, a pozitivní přístup, který mi dodával nejen během psaní diplomové práce, ale po celou dobu studií na univerzitě. Děkuji také řediteli, zaměstnancům a klientům zařízení, ve kterém jsme měli možnost zrealizovat výzkum i přes specifika této služby. Poděkování náleží také mé rodině a nejbližším přátelům za podporu a obětavost, kterou mi věnovali během tvorby diplomové práce.

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

OBSAH

ÚVOD.....	9
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA.....	12
2 AGRESIVITA U KLIENTŮ S PAS.....	27
3 METODY PRÁCE VHODNÉ PRO KLEINTY S PAS	37
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	46
4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	47
4.1 VÝZKUMNÉ CÍLE	48
4.4 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT	58
5 VÝSLEDKY ZPRACOVÁNÍ DAT	62
6 DISKUSE	89
ZÁVĚR	97
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	99
SEZNAM ELEKTORNICKÝCH ZDROJŮ	102
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	104
SEZNAM TABULEK.....	105
SEZNAM OBRÁZKŮ	106
SEZNAM PŘÍLOH.....	107

ÚVOD

„Očima nám říkají, že rozumí daleko víc, než si vůbec dokážeme představit.“

(Andreas Rett)

Diplomová práce s názvem *Klienti s problémovým chováním v domově se zvláštním režimem* se zabývá problematikou péče o klienty s poruchou autistického spektra v kombinaci s mentálním postižením, a především problémovým chováním, které je agresivní. Jedná se především o agresi fyzickou nebo verbální, kdy klient napadá osoby ve svém okolí, či trpí sebepoškozováním. Domov se zvláštním režimem je pobytové zařízení sociálních služeb, které pečuje o osoby se specifickými potřebami nebo požadavky. Zpravidla se jedná o osoby s duševním onemocněním, vývojovými poruchami či problémovým chováním. Tato zařízení mají strukturované prostředí se specifickými pravidly a režimem, které jeho klientům mají poskytnout pocit bezpečí a podpory. Velmi často se ale v takovém typu zařízení objevují i klienti s již zmíněným agresivním chováním, které je náročné na péči jak pro zaměstnance zařízení, tak pro rodinu jedince. Zvládání problémového chování v těchto zařízeních vyžaduje komplexní přístup, který zahrnuje pochopení hlavních příčin chování klienta, provádění strategií prevence a intervence, poskytování vhodné podpory a zdrojů klientům a zajištění bezpečnosti všech klientů zařízení i jejich zaměstnanců. Spolupráce zaměstnanců v zařízení a porozumění práce s klienty, a především stanoveným postupům a zásadám je při práci s touto cílovou skupinou klíčové.

Vzhledem k výše uvedené problematice, kdy zařízení domova se zvláštním režimem v České republice nemá mnohdy takové vybavení, které by při práci s agresivními klienty s PAS potřebovali, je cílem naší diplomové práce zjistit jaká specifika má domov se zvláštním režimem, a to konkrétně pospat režim, činnosti a vztahy v domově se zvláštním režimem, který je specializovaný pro jedince s poruchou autistického spektra (dále jen „PAS“) v kombinaci s mentálním postižením a problémovým chováním, kdy konkrétně chceme zjistit nejčastější příčiny agresivního chování u jedinců s PAS v kombinaci s mentálním postižením a problémovým chováním, poukázat na možnosti eliminace problémového chování u jedinců s PAS, analyzovat záznamy opatření omezující pohyb osob, které se v zařízení dle § 89 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, používají a také zmínit metody práce s jedinci s PAS v kombinaci s mentálním postižením a problémovým chováním využívané zaměstnanci zařízení domova se zvláštním režimem.

V teoretické části se věnujeme charakteristice jednotlivých poruch autistického spektra a jejich klasifikaci, také zmiňujeme nejčastější příčiny a projevy PAS. Dále je cílem teoretické části seznámení s agresivitou a jejími projevy u klientů s poruchou autistického spektra či jiným postižením a v neposlední řadě se věnujeme metodám práce s těmito klienty. Vzhledem k používání opatření omezující pohyb osob při práci s klienty, nelze opomenout také správná vymezení a specifika dle legislativních předpisů.

V empirické části se věnujeme stanoveným výzkumným cílům, které se týkají především příčin agresivního chování u klientů s poruchou autistického spektra v kombinaci s mentálním postižením a problémovým chováním v domově se zvláštním režimem, ale také možnostmi eliminace tohoto chování, dále také analýzou dokumentů, konkrétně záznamů opatření omezující pohyb osob a deníků klientů DZR. Hlavním cílem výzkumné části je na základě předem daných kritérií, které jsme si předem určili pro zrealizování zúčastněného pozorování, a na základě sesbíraných dat, provést případovou studii zařízení domova se zvláštním režimem. Výzkumný soubor se tedy skládá z klientů a zaměstnanců DZR. Dále se detailně věnujeme již zmíněným kritériím a výsledkům, které plynou na základě výzkumného šetření a analýzy dat. Závěrem uvádíme kapitolu empirické části, kde prezentujeme výsledky výzkumu a odpovídáme na naše výzkumné otázky.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA

První kapitola naší diplomové práce se zabývá charakteristikou poruch autistického spektra, jejich klasifikací a rozdělením, ale také nelehkou diagnostikou – řekneme si, jakým způsobem může být porucha autistického spektra diagnostikována, tedy jaké důležité projevy se u jedince vyskytují, nebo naopak nevyskytují a jak jednotlivé projevy PAS od sebe odlišit navzájem. Jak již zmiňujeme výše, poruch autistického spektra (zkráceně tzv. PAS) je mnoho a dle Bazalové (2012) se řadí mezi neurovývojové onemocnění, které má neurobiologický základ a řadí se k trvalým a jedním z nejtěžších poruch co se dětského vývoje týče. Dle Světové zdravotnické organizace (WHO = *World Health Organization*) je lze zařadit mezi tzv. *pervazivní vývojové poruchy*, které ovlivňují a zároveň nabourávají všechny složky osobnosti člověka do obrovské hloubky. (Bazalová, 2012) Michalová (2011) definuje poruchy autistického spektra podobně jako Bazalová (2012), kdy obě autorky zmiňují hloubku postižení v oblasti vývoje dítěte, kdy Michalová (2011) popisuje obtíž, díky které může být dítě vývojově níž v jedné z oblastí (např. komunikace), ale zároveň je jistá tíha i v oblasti jiné (např. emoční), kdy postupným stárnutím a vývojem jedince může gradovat náročnost oblastí v různém rozsahu. Jak již zmiňujeme výše, jedná se o různé oblasti, v kterých mají jedinci s PAS problém – tyto oblasti nazýváme dle Čadilové, Jůna a Thorové (2007), Michalové (2011), Bazalové (2012) a Thorové (2012) jako tzv. **triády problémových oblastí**, které jsou společné pro všechny poruchy autistického spektra. Konkrétně se jedná o oblasti jako je *komunikace*, *sociální chování* a *představitost* (nebo také zájmy, hry apod.). Tuto triádu v roce 1979 definoval L. Wing a J. Gould v Londýně, kdy na základě jejich studií uvádějí, že „pokud někdo trpí tirádou postižení v jakékoliv formě, jeho osobní vývoj je vážně narušen. Lidé takto postižení shledávají život obtížným, matoucím, zastrášujícím. Jsou velmi zranitelní a utíkají k omezenému množství činností, aby našli bezpečí a předvídatelnost. Potřebují stejný typ pomoci ve vzdělávání, výchově, rekreaci i zaměstnání Jsou závislí na jiných a musíme jim opatřit takové vnější podmínky, aby struktura organizace učinila jejich život jasnějším a snadnějším.“ (Petters, 1998, s. 92 in Bazalová, 2012, s. 14). Dle Bazalové (2012) je triáda propojená, protože ve chvíli, kdy má jedinec např. problém s navázáním různých kontaktů nebo vztahů ve společnosti či menší skupině lidí, bývají zde často přítomny i obtíže v komunikaci a řeči. „Osoby s PAS mívají mimo narušenou komunikaci a sociální chování omezený okruh zájmů, provádí neúčelné repetitivní chování, jako je např. točení věcmi nebo trvají na dodržování zvláštních rituálů, například chození stále po

stejně cestě, přeskokování kanálů, počítání popelnic, olizování předmětů, plivání, hra s vodou, s elektrickými šňůrami nebo zásuvkami atd.“ (Bazalová, 2012, s. 12) Jako první je oblast **komunikace**, kdy do komunikace jako takové lze zařadit verbální i nonverbální projevy a interakci s jiným jedincem, komunikaci pomocí různých fotografií (obrázků, piktogramů), či pomocí mimiky nebo různých gest. U lidí trpících poruchou autistického spektra bývá tato část silně narušena – řeč se dokonce nemusí objevit vůbec, případně je např. narušená nebo nefunkční. Tento typ oblasti bývá velmi specifický a různorodý. (Bazalová, 2012; Čadilová, Jůn a Thorová, 2007) Dle Bazalové (2012) se potíže také ukazují v různých oblastech komunikace, ať už jde např. o zahájení či udržení rozhovoru, tak o neustále opakující se výrazy slov nebo vět, dále také pojmenování a oslovování sebe samotného třetí osobou, nevyhledávání očního kontaktu atd. Gillberg (1990 in Thorová, 2012; Scarpa, Wells a Attwood, 2019) říkají, že jsou poruchy autistického spektra především poruchami komunikačního charakteru, protože vývoj řečových schopností se udává mezi první příznaky, které řeší například rodiče jedince a jsou s touto oblastí znepokojeni. Bazalová (2012) také zmiňuje, že oblast komunikace je jedna z prvních věcí, které rodiče dětí s PAS řeší, především ve smyslu nalezení vhodné komunikace, aby byly uspokojeny potřeby dítěte a rodič či jiný člověk se byl schopen s jedincem dorozumět. Thorová (2012) také říká, že jedinci s PAS si řeč neosvojí na takovou úroveň, aby byli schopni ji používat jako součást denního života, protože obtíž s touto oblastí bývá jak na *receptivní* úrovni, tedy v oblasti porozumění řeči, tak v oblasti *expresivní*, tedy vyjadřování pomocí slov, samozřejmě i *verbální* a *nonverbální*, ale kombinace může u každé osoby být odlišná. Pro potíže s komunikací u lidí s PAS uvádí Thorová (2012) mnoho potíží v oblasti komunikačních dovedností, například **potíže s neverbálním vyjadřováním** (expresivní komunikační složkou), kam řadíme pár příkladů, jakou jsou:

- *gesta* – může chybět např. pohyb hlavy k vyjádření souhlasu či nesouhlasu (případně není tak zřetelný),
- *mimika, výraz obličeje, úsměv* – mimika se zdá živá, ale nemusí odpovídat aktuální situaci (např. je přehnaná, dítě nakrčuje nos, poulí oči atd.),
- *posturace těla* – poloha těla při průběhu komunikace je neobvyklá (např. dítě se tlačí k posluchači, může komunikovat bez natočení obličeje i těla k druhé osobě atd.), mívá tendence mít jeden postoj při konverzaci (např. schoulení do klubička, ramena dolů, sklonění hlavy, poskakování atd.),

- *oční kontakt* – kontakt není z očí do očí, případně je pohled na druhou osobu tzv. „pohled skrz“, tedy až moc upřený atp.,
- *fyzická manipulaci* – děti s PAS často využívají druhou osobu, např. její ruku jako nástroje (rukou druhé osoby ukazují např. k otevření dveří, v knize, k uchopení tužky apod.),
- *problémové chování jako forma komunikace* – může se jednat o ničivé chování, agresivitu, sebepoškozování apod. U tohoto typu chování se velmi často jedná o neschopnost dorozumět se s osobou s PAS, poté uspokojit její základní potřeby a také vyjádřit své pocity, proto může poté docházet k agresi a problémovému chování,
- *znakový a posunkový jazyk* – spontánně vytváří posunky či vlastní znaky.

Michalová (2011) udává jako typické znaky komunikace osoby s PAS následující:

- dítě neumí použít slova jako ano/ne správně,
- neklade běžné otázky,
- zapomíná nebo téměř nepoužívá slova, které se již naučilo,
- neustále opakuje ty samé otázky,
- opakuje slova či slovní spojení/věty okamžitě, když je řekne někdo jiný,
- na otázku odpoví celou otázkou nebo jinými slovy z dané otázky,
- samomluva,
- jeho řeč je mechanická, formální a používá stejné výrazy, jako dospělí jedinci,
- mluví o sobě v třetí osobě,
- často dává odpovědi typu „nevím“ i když odpovědi zná,
- nepřiměřeně zobecňuje (pojmenuje stejným slovem několik věcí, které spolu vůbec nesouvisí).

Lidé s PAS nemají problém pouze s vyjádřením, ale nejčastěji i s porozuměním, tedy mají problém s porozuměním neverbální komunikaci (receptivní složka), kdy je pro ně těžké z výrazů ve tváři či postojích těla dalších osob usoudit, co si druhý člověk myslí, nebo jak se cítí (Thorová, 2012). Obtíž týkající se **verbální komunikace** je u lidí s PAS také

různorodá, jedná se například o již zmíněné expresivní a receptivní složky řeči, či různé smíšené formy, dále např o zvukovou stranu jazyka - melodie, přízvuk apod., kdy dítě má např. příliš nízko nebo vysoko postavený hlas, dále také o mluvnickou stavbu vět a souvětí, kdy jedinec nemluví v celých větách, nebo neumí skloňovat, ale také ve významové stránce jazykových jednotek, kdy je zde potíž s chápáním významu a obecnému chápání jazyka. Mezi poslední lze zařadit jazykový styl a jeho praktické užívání, např. společenská nepřiměřenost, kdy jedinec má problém s tykáním, či vykáním nebo pokládá nevhodné otázky. (Thorová, 2012). Druhou oblastí triády je **sociální interakce a sociální chování**, kdy Thorová (2012) říká, že sociální chování lze sledovat u dětí již od prvních týdnů a mnohdy i dnů, kdy spatří svět. Bazalová (2012) zmiňuje, že mnoho odborníků (Clerq, 2011; Gillberg, 2011; Wing, 2011) tuto oblast shledává jako nejzávažnější, oproti Thorové (2006), která jako nejproblémovější považují komunikaci. Je totiž velmi těžké od sebe odtrhnout symptomy v oblasti dorozumívání (komunikace) a zároveň sociální interakce, protože udržení a navázání vztahů ve společnosti je založeno na základě mezilidské komunikace (Bazalová, 2012). V roce 1979 rozdělili L. Wing a J. Gould sociální interakci u lidí s pas na tři typy, s tím, že v r. 1996 byl přidán i čtvrtý – jedná se o typ:

1. **osamělý** – nenavazuje oční kontakt, bez vyhledávání interakce, chce činnosti vykonávat sám bez zásahu druhých osob,
2. **pasivní** – malý zájem o okolí a ostatní osoby, vydrží vedle jiných osob (bez další spolupráce), nenavazuje kontakt jako první,
3. **aktivní – zvláštní** – kontakt je navazován např. formou fyzické agrese (plácnutí, strkání, nechá si ubližovat (bez obrany), neoslovuje druhé,
4. **formální**. (Thorová, 2012, s. 21)

Thorová (2006 in Thorová, 2012) pak toto dělení na základě zkušeností doplnila o typ pátý – **smíšený – zvláštní**, kdy se jedná např o jedince, který vyhledává víc dospělé osoby než sobě věku rovné, navazuje kontakt, ale po chvíli ho již nechce (Thorová, 2012). Bazalová (2012) i Thorová (2012) zmiňují dva extrémní póly sociálního chování u jedinců s poruchou autistického spektra:

- a) pól **osamělý**,
- b) pól **extrémní**.

U osamělého se jedná o situace, kdy jedinec např. utíká pod stůl, zakrývá si oči, má motorický neklid, protestuje, hlučí a hučí, odvrací se a to pokaždé, kdy se někdo jiný snaží o sociální kontakt (Bazalová, 2012; Thorová, 2012). Michalová (2011) u tohoto typu udává, že zájem o druhé osoby či společnost je malá, jedinec je radši o samotě, osoby kolem sebe převážně ignoruje a ke svým nejbližším může, ale také nemusí uplatňovat základní sociální dovednosti jako jsou např. fyzický kontakt, projevy úsměvu či radost apod. U druhého případu, tedy extrémního pólu jde o „nepřiměřené sociální aktivity, kdy se dítě s poruchou autistického spektra snaží navázat sociální kontakt všude a s každým, nectí vůbec sociální normu, dotýká se lidí, upřeně jim hledí do obličeje a hodiny jim dokáže vyprávět o věcech, které je nezajímají či obtěžují“ (Thorová, 2012). Sociální je představitost (nebo také zájmy a hra), kdy se jedná o narušenou schopnost představitosti – dle Thorové (2012) se tato oblast s věkem rozvíjí a jakmile je kompletní, týká se také myšlenek o druhých lidech, kdy výsledkem může být plánování

Třetí problémová oblast triády se zabývá **představitostí**, konkrétně jejím narušením, např. i z hlediska nápodoby, dle Bazalové (2012) někteří odborníci používají i termín rigidita v myšlení a chování (místo termínu představitosti). U jedince s poruchou autistického spektra deficit v této oblasti způsobuje, že se u něj nerozvíjí dostatečným způsobem hra, což je, jak říká Thorová (2012, s. 114) „základní stavební kámen učení a potažmo celého vývoje.“ Jedinec poté upřednostňuje aktivity, které jsou vhodné pro např. mladší věkovou kategorii, může se vázat na velmi jednoduché a stereotypní aktivity a obecně vyplnění času hrou ve srovnání s jedinci stejného věku, je velmi odlišné, protože hra jako taková je založena na představitosti (=zapojení fantazie), motorice, úrovni myšlenkových procesů a sociálních dovednostech (ve smyslu nápodoby), kdy jakmile má jedinec tuto oblast narušenou, není schopen výše zmíněnou hru či aktivity vykonávat na stejné věkové úrovni, jako jeho vrstevníci. (Thorová, 2012) Vzhledem k narušeným oblastem, tedy tzv. triádě, jak dokazuje třetí oblast, je velmi důležité pro tyto jedince nalézt vhodnou aktivitu, protože mají, jak říká Thorová (2012) problém s vyplněním volného času aktivitou, která je pro ně zároveň považována i jako funkční. Bazalová (2012) udává, že deficit v této oblasti, tedy narušení představitosti a neschopnosti předvídat sled dalších událostí či situací způsobuje např. *abnormální hru, nechut' ke změnám, požadavek na stálý řád*, či požadavek na přesný *denní harmonogram činnosti*.

Jak již zmiňujeme výše, pro lidi s PAS je mnohdy důležité najít vhodnou a funkční aktivitu, kdy zapojení a dorozumění se s touto osobou může být zvoleno právě pomocí

denního a stereotypního harmonogramu či denního režimu dítěte, který je vytvořen např. podle piktogramů, konkrétních předmětů – tedy reálné struktury, případně napsáno slovně atp. Ony zmíněné stereotypní projevy se proměňují vzhledem k *věku, vývojové úrovni dítěte a vlivu prostředí*. (Bazalová, 2012). Čadilová a kol. (2016) zdůrazňují využití verbální i neverbální komunikace u dětí s PAS, především pomocí obrázků, piktogramů či použití reálných předmětů, také říkají, že je lepší používat kratší věty, někdy pouze přímá slova, a v neposlední řadě být při práci a úsilí vytvořit funkční komunikační kanál, trpělivý.

Shrňme – li si tedy široké možnosti projevů PAS, které se mohou objevovat v různé míře a to u každého jedince velmi individuálně, můžeme dle Michalové (2011) uvést nejčastější, jako jsou různé typy již zmíněných sociálních interakcí (pasivní, aktivní, osamělý typ atd.), ale také problémy se začleněním se mezi své vrstevníky, problémy s nápodobou, fixace na osoby či předměty, stereotypní vykonávání aktivit a činností, motorický neklid či obratnost, afektivní záchvaty a jistou formu impulzivity doprovázenou agresivním a problémovým chováním se sebepoškozováním či obtíže týkající se výchovy. Kromě triády, kterou zmiňujeme v textu výše jsou u PAS i další rysy, které je třeba sledovat a mohou u dítěte s PAS být zaznamenány – jsou nazvány jako tzv. nespecifické, kdy se jedná např o:

- mentální postižení různé hloubky,
- hyperaktivitu v dětství,
- hypoaktivitu v adolescenci či dospělém věku,
- nevyrovnaný humor,
- nízkou frustrační toleranci,
- výbuchy hněvu,
- impulzivitu jedince,
- sebepoškozování,
- alergie,
- agresivitu vůči jiným osobám,
- úzkosti či deprese (vedoucí např. až k sebevraždám, problémovému chování nebo myšlenkám o sebevraždě a jejím sklonům)
- epileptické záchvaty,

- změny spánkového rytmu
- odlišnosti v motorickém vývoji (motorický neklid, pohyby prstů či těla, dyspraxie)
- změny týkající se reakce na emoce sebe či druh osob
- stravovací potíže (odmítání určitých druhů potravin nebo lpění na nich)
- zvláštnosti týkající se oblasti percepce (sluchové vnímání – hypersensitivita nebo hyposenzitivita, práh bolesti, čich, reakce na horko a chlad, vnímání rovnováhy atd.).

(Bazalová, 2012)

Jak již vyplývá z textu výše, k poruchám autistického spektra bývají mnohdy přidružena další postižení či ne tak specifické rysy, proto je náročné někdy tyto poruchy včas rozeznat a dítě svým chováním může připomínat tzv. dítě nevychované, což je ještě těžší pro rodiče jedince, které se potýká se soudem od společnosti či svého okolí v ní (Bazalová, 2012).

Vzhledem k tomu, že poruch autistického spektra je širok množství, je potřeba si zmínit všechny z nich, nebo alespoň větší část a tyto jednotlivé poruchy si definovat pro značné rozdíly a možnost rozeznání jich navzájem. Dle Michalové (2011) a Bazalové (2012) je v dnešním 21. století na klasifikaci poruch z pohledu charakteristiky a medicíny dvojitý pohled. V Evropě se dle Bazalové (2012) a Scarpa, Wells a Attwood, (2019) používá 10. revize **Mezinárodní klasifikace nemocí** (*International Classification of Diseases*) se zkratkou **MKN – 10** (ICD-10), kterou vytvořila Světová zdravotnická organizace (*World Health Organization*), naopak v USA se používá tzv. **Diagnostický a statistický manuál IV**. revize se zkratkou **DSM-IV** od Americké psychiatrické asociace (APA). Thorová (2006 in Bazalová, 2012, s. 28) říká, že pro účely diagnostických metod, definování a porozumění je pro odborníky vhodnější používat kritéria DMS-IV. Michalová (2011) říká, že DMS-IV zmiňuje menší množství diagnostických jednotek a není v něm hyperaktivní porucha s mentální retardací a stereotypními pohyby nebo atypický autismus, jako v MKN-10. Tyto dva manuály se často liší i terminologií, kterou považujeme za důležitou, ale kromě toho se liší také dělením podle kritérií, kdy Bazalová (2012) říká, že PAS lze dle kritérií rozčlenit na vymezení:

- medicínské,
- funkční,
- adaptibilní,

- sociální.

Níže přikládáme pro přehled tabulku týkající se **medicínského dělení** a rozdílů v terminologii le MKN-10 a DMS-IV, jak říkají i Hrdlička (2004), Michalové (2011), Thorová (2012) a Bazalová (2012).

Tabulka 1 Medicínské dělení – porovnání MKN-10 a DMS-IV

MKN-10, r. 1992, Světová zdravotnická organizace	DMS-IV, r. 1994, Americká psychiatrická asociace
Dětský autismus f84.0 (<i>childhood autism</i>)	Autistická porucha (<i>autistic disorder</i>)
Rettův syndrom F84.2 (<i>Rett's syndrome</i>)	Rettův syndrom (<i>Rett's syndrome</i>)
Jiné dezintegrační poruchy v dětství f84.3 (<i>other childhood disintegrative disorder</i>)	Dětská dezintegrační porucha (<i>childhood disintegrative disorder</i>)
Aspergerův syndrom F84.5 (<i>Asperger's syndrome</i>)	Aspergerova porucha (<i>Asperger's disorder</i>)
Atypický autismus f84.s (<i>atypical autism</i>)	Pervazivní vývojová porucha dále nespecifikovaná (<i>pervasive developmental disorder not otherwise specified – PDD-NOS</i>)
Jiné pervazivní vývojové poruchy f84.8 (<i>other pervasive developmental disorders</i>)	
Pervazivní vývojová porucha, nespecifikovaná f84.9 (<i>pervasive developmental disorder, unspecified</i>)	
Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby f84.4 (<i>overactive disorder associated with mental retardation and stereotyped movements</i>)	Není ekvivalent

Bazalová (2012) dále zmiňuje dělení dle funkčnosti a dle adaptability, které vyobrazujeme pro přehled níže v tabulkách. Rozdělení dle sociálního chování, již zmiňujeme výše, ale pro přehled týkající se terminologie uvádíme tabulku i pro toto dělení.

Tabulka 2 Dělení dle funkčnosti

Česká republika	Zahraníčí
Vysoce funkční typ	Vysoce funkční typ (<i>High-function Type</i>)
Středně funkční typ	Nízko funkční typ (<i>Low-function Type</i>)
Nízko funkční typ	

(Bazalová, 2012)

Dělení dle výše zmíněné tabulky, tedy **funkčnosti** dle Bazalové (2012) není oficiálně uvedeno a tyto hodnoty jsou udány na základě hodnoty IQ (*intelligence quotient*)

=intelligenční kvocient), zpožděním vývojem komunikačních schopností (řeči) a dle míry potřebné pomoci či podpory při činnostech denního života. Dle Bazalové (2012) „tento přístup souvisí s celkovým přístupem ke klasifikaci postižení v České republice, tedy medicínská klasifikace postižení dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, ICD-10), která poskytuje etiologický rámec a je doplněna o Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (MKF, ICF), která klasifikuje funkční schopnosti a disability spojené se zdravotními problémy a osoby se stejnou nemocí tak mohou vykazovat různý stupeň funkční schopnosti, což je patrné právě u poruch autistického spektra“. Do **vysoce funkčního typu** lze zařadit skupiny jedinců s PAS, kteří mají normální či nadprůměrné IQ a většinou se neobjevuje ani tak opožděný vývoj řeči. Často jako tento typ jsou označeni lidé s Aspergerovým syndromem, ale jak dokazuje text výše, proces diagnostiky poruch autistického spektra je náročný proces, kdy např. lidé, kterým v dětství byl diagnostikován funkční autismus, v dospělosti mají diagnózu Aspergerova syndromu (Bazalová, 2012) Ke **středně funkčnímu typu** řadíme osoby s lehkou nebo středně těžkou mentální retardací a hodnotou IQ kolem 55 – 84 bodů (Bazalová, 2012). Středně funkční autismus lze definovat jako „závady a poruchy psychosociálního vývoje a sociální komunikace u jedinců s lehkou či středně těžkou mentální retardací, impulzivita, dereistické myšlení s rituálním chováním a větším zájmem o věci než lidi“ (Kohoutek in Bazalová, 2012). Poslední, tedy **nízko funkční typ** je připisován jedincům s těžkou až hlubokou mentální retardací, u kterých není rozvinuta řeč a kontakt navazují zřídka. Zde se jedná o autismus s nižší úrovní vývoje mentálních funkcí, bez navazování kontaktů a minimálnímu řečovému vyjadřování (Čadilová, Jůn a Thorová, 2007; Bazalová, 2012).

Tabulka 3 Dělení dle adaptibility

Česká republika	Zahraníčí
Vysoká míra adaptibility	Záleží na zemi a konkrétním pracovišti
Střední míra adaptibility	
Nízká míra adaptibility	

(Bazalová, 2012)

Tabulka výše definuje dělení dle adaptibility, kdy dle Bazalové (2012, s. 43) je „autismus celoživotním postižením, při kombinaci s mentálním postižením vyžaduje celoživotní péči“. Možnosti přizpůsobení se (adaptibility) jsou proměnné a s věkem jedince se mohou měnit a rozvíjet (Thorová, 2006; Bazalová, 2012). Thorová (2006) dělí adaptibilitu dle

tabulky výše, tedy na adaptibilitu vysokou, nízkou a střední a uvádí ji v souvislosti s rozvojem a projevy komunikace, hry, volného času či sociálního chování.

Tabulka 4 Dělení dle sociálního chování

Česká republika	Zahraníčí
Osamělý	<i>Aloof</i>
Pasivní	<i>Passive</i>
Aktivní – zvláštní	<i>Active but odd</i>
Formální	<i>Over – formal, stilted</i>
Smíšený zvláštní	Není ekvivalent

(Bazalová, 2012)

Již výše zmiňujeme různá rozdělení poruch autistického spektra. Nyní si vymežíme a charakterizujeme zvlášť každou z nich, protože ač mají různé i společné rysy, každá z nich se něčím liší. Mezi poruchy autistického spektra tedy řadíme:

- dětský autismus,
- atypický autismus,
- Rettův syndrom,
- Aspergerův syndrom,
- jinou dezintegrační poruchu v dětství,
- Hyperaktivní poruchu sdruženou s mentální retardací a stereotypními pohyby.

(Bazalová, 2012; Thorová, 2012; Mikoláš, 2014)

Dětský autismus je mnohdy nazván jádrem poruch autistického spektra, a to především z kontextu historie, protože tvoří základ a řadí se mezi PAS, které jsou prvotřídně charakterizovány a popsány. MKN-10 tuto poruchu popisuje jako „typ pervazivní vývojové poruchy, která je definovaná přítomností abnormálního a/nebo narušeného vývoje...“ (Bazalová, 2012, s. 31) Pro tuto poruchu je charakteristická tzv. variabilita různých příznaků a mohou se projevit v každé z oblastí triády. Specifika projevů jedince se mění s jeho věkem, nejčastěji můžeme spatřit obtíže v oblasti komunikace a sociální interakce, ale také stereotypní a ritualizované chování. K nespecifickým rysům se řadí např. agresivita a problémové chování spojené i se sebepoškozováním (a to především u osob, které zároveň mají diagnostikovanou těžkou mentální retardací, strach anebo také

poruchy příjmu potravy či poruchy spánku. Jeho formy bývají různorodé, ať už mírnější tak i těžší, stejně jako stupeň závažnosti. Nejčastější projevy bývají kolem 2–3 let věku dítěte, kdy rodiče zaznamenávají neobvyklé chování svého potomka, ale poruchu lze diagnostikovat v každém věku jedince. Světová zdravotnická organizace (WHO) vytvořila kritéria, která specifikují posuzování jednotlivých osob s PAS a u jednotlivých poruch, které vymezujeme výše, diagnostické systémy (DMS-IV a ICD-10) udávají různá kritéria, například pro oblast stereotypních vzorců chování pro dětský autismus se jedná o: „stále zabývání se jedním nebo více stereotypními a omezenými zájmy které jsou abnormální co do obsahu nebo zaměření, zájmy abnormální svou intenzitou, kompulzivní lpění na nefunkčních rutinách a rituálech, stereotypní a opakující se motorické manýry, které zahrnují buď poklepávání, nebo kroucení rukama a prsty, a nebo komplexní pohyby celého těla, zájem o části předmětů nebo nefunkční prvky hraček, jako vůně, omak, hluk, vibrace“ atp. (Hrdlička, Komárek, 2004 in Bazalová, 2012) Je známo, že více se vyskytuje i dívek, oproti chlapcům. U osoby s PAS a konkrétně dětským autismem je nejčastěji zaznamenáno stereotypní chování o zájmy a činnosti, které je mnohdy spojené např. s hyperaktivitou, sensitivností na hluk či dotek, sebepoškozováním, výbuchy agrese či hypoaktivitou a negativní reakcí na změny. (Michalová, 2011; Thorová, 2012; Bazalová, 2012) Hrdlička (2004 in Bazalová, 2012) říká, že symptomy se mohou projevovat dvojím způsobem – první je *abnormální vývoj dítěte*, kdy se neprojevuje radostně (neusmívá se), nesnaží se navazovat oční kontakt, je převážně neklidné a druhý, kdy dojde k tzv. *autistické agresi*, tedy jedinec ztrácí postupem času naučené dovednosti (nejčastěji v oblasti verbální a neverbální komunikace a sociálního chování).

Michalová (2011) říká, že **atypický autismus** se od dětského autismu liší tím, že narušené oblasti jsou viditelné až po třetím roku dítěte, ovšem zároveň upozorňuje na fakt, že kategorie atypického autismu nemá přesně stanoveny bariéry a jeho klinický obraz nebyl dodnes přesně definován a někteří jedinci s atypickým autismem a to jen jejich menší část, má některá pole vývoje narušena méně, než děti s dětským autismem a jedná se převážně o oblast komunikace a socializace, která je na lepší úrovni. Thorová (2012) zmiňuje, že diagnostický systém DMS-IV (USA) tento autismus nezná jako samostatnou kategorii, ale řadí jej k pervazivním vývojovým poruchám nespecifikovaným, vzhledem k nedostatku rozlišení a informací, kdy podobný názor na tento druh má i MKN-10 (EU). Čadilová, Jůn a Thorová (2007), Thorová (2012) a Bazalová (2012) stejně jako Michalová (2011) říkají, že chybou je špatné nastavení hranic, víceméně zde nejsou stanoveny hranice žádné a

diagnostika tak je převážně o odhadu a subjektivním názoru či myšlení, protože nejsou stanoveny ani speciální škály, kterých bych se člověk držel a pomohli mu tak při diagnostice této poruchy. Bazalová (2012, s. 33) doplňuje výše zmíněná tvrzení o fakt, že diagnóza atypického autismu se „stanovuje v případech, kdy dítě má přidruženo i těžké až hluboké mentální postižení a není možno odlišit autistické projevy od projevů obvyklých pro mentální retardaci“.

Další z poruch autistického spektra je **Rettův syndrom**, který dle Bazalové (2012) byl objeven rakouským neurologem Andreasem Rettem v r. 1965 pomocí studie 21 dívek, vzhledem k tomu, že tento syndrom se vyskytuje převážně u dívek. Michalová (2011), Thorová (2012) a Bazalová (2012) říkají, že se jedná o syndrom, který je doprovázen těžkým neurologickým postižením s vše pronikajícím dopadem na somatickou, motorickou i psychickou funkci jedince. Ze studií v průběhu let byla mezi projevy zařazena např. ztráta kognitivních schopností, porucha pohybu (především v oblasti koordinace) a ztráta schopností rukou (kroutivé, svíravé či tleskavé pohyby). Diagnostika se opírá o pozitivní genetická nález, protože bylo zjištěno, že je způsoben mutací chromozomu X. (Thorová, 2012).

Mezi další poruchy autistického spektra lze zařadit i **Aspergerův syndrom**, kdy Mikoláš (2014, s. 6) říká, že se jedná o syndrom, pro který „je stěžejné vývojová porucha sociálního porozumění, emočního prožívání a komunikace“. Oproti dětskému autismu se odlišuje tím, že zde není tak závažná porucha řečových schopností a většina lidí s Aspergerovým syndromem dokážou říct, jak se cítí, což lidé s autismem jako takovým většinou nedokážou (Čadilová, Jůn a Thorová, 2007; Thorová, 2012; Mikoláš, 2014). Mezi typické projevy dle Mikoláše (2014) a Thorové (2012) patří problémy v různých oblastech jako např. jazyk a řeč (učení nazpaměť opožděnější vývoj řeči), specifické zájmy (znalost jízdnic, značek výtahů) a rituální chování, pohybová neobratnost, kognice (potíže s vnímání emocí druhých osob), citlivost smyslů a sociální chování (nízký zájem o navazování kontaktů, emočně nepřiměřené chování). U Aspergerova syndromu jsou diagnostická měřítka víceméně totožná či podobná jako u dětského autismu, jen se nevyskytuje pohybový manýrismus a zájem o část předmětů, ale dalšími projevy mohou být například „záliby v memorování, obtížná přerušitelnost, omezená schopnost hrát fantazijní hry, malý zájem o pohádky a beletrii, slovní činnostní rituály, trvání na vykonávání rituálů ostatními, přerušování rituálu vyvolávající agresi či afektivní chování, nelibost či úzkost, zvláštní pohyby, tiky atd.“ (Szatmari, Bremmer, Nagy 1989 a Gillberg

Ch., Gillberg I. C 1989 in Bazalová, 2012, s. 24). Hrdlička (2020) zmiňuje rozpor klasifikací a složitost určení některých diagnóz, Aspergerova syndromu nevyjímaje.

Mikoláš (2014, s. 12 – 14) rozlišuje Aspergerův syndrom na 6 podtypů:

- **logický** – potřebuje vše do detailů znát a hlavně pochopit, usiluje všemu dát smysl pomocí logiky, argumentace a racionálního myšlení,
- **pravidlový** – k životu potřebuje soubor pravidel, kterými se poté řídí a pokud někde pravidla nejsou, stanoví si svá vlastní,
- **bezelstný/pasivní** – nemá problém s kázní ve škole, ale naopak doma může být nesnesitelný a mít prudké výbuchy hněvu, vrískat, hádat se atd.,
- **příliš se kontrolující** – podobný výše zmíněnému podtypu, s tím, že se chová slušně jak doma, tak ve škole, učí se ovládat své výbuchy a rodiče vytvářející pro něj pravidla vidí jako autoritativní osoby (podobně jako učitele),
- **emoční** – používá mnoho výbuchů zlosti a je náchylný ke špatnému chování, pravidla pro něj nejsou zdůvodněním,
- **paranoidní** – svět může vidět jako nepřátelské místo, myslí si, že se nikomu nedá věřit, je tzv ofenzivní a útočí na každého dřív, než je něco vyřčeno či realizováno.

Jiná dezintegrační porucha v dětství, která je dle Bazalové (2012), Thorové (2012) a Michalové (2011) nazvána jako infantilní demence ze slov vídeňského objevitele Theodora Hellera „*dementia infantilis*“, později známá také jako Hellerova porucha nebo dezintegrativní psychóza je porucha, u které se ke klasickým pozorovaným příčinám či projevům přidávají postupně i nástup emoční lability, záchvaty agrese, spánkové problémy, úzkostné stavy či dyskoordinace pohybů a neobratnost. Bazalová (2012) uvádí nástup tohoto onemocnění cca kolem 2–3 let věku dítěte, ale nejvíce se projevuje až kolem 10 let věku jedince. U této poruchy se vyskytuje často těžká mentální retardace souběžně s obdobím regrese a je zde známý i výskyt epilepsie. Oproti dětskému autismu se začíná projevovat později, ovšem o to větší může být nástup agresivního chování. Thorová (2012) říká, že jedinci s pervazivními poruchami bývají tzv. nároční na péči, a i jejich symptomy jsou velmi individuální. Vzhledem k tomu, že jedinci, kteří jsou diagnostikováni s touto poruchou mají často těžší formu poruchy aktivity, pozornosti, nerovnoměrné kognitivní dovednosti a vývojovou dysfázii, Gillberg (1983 in Bazalová, 2012) definoval tzv. **DAMP** (*deficits in attention, motor control and perception*), což je syndrom vyznačující se

poruchami pozornosti, motoriky a vnímání, u kterého můžeme sledovat autistické projevy a rysy.

Dle vymezení MKN-10, které zmiňujeme v tabulce č. 1, je *jiná pervazivní porucha, pervazivní vývojová porucha – nespecifikovaná a hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby*, postavena zvláště, ovšem DMS-IV (USA) ji, jak je již z tabulky viditelné, řadí pod jednu skupinu, a to konkrétně již zmíněné *pervazivní vývojové poruchy dále nespecifikované*. Nyní si ovšem vymežíme i hyperaktivní poruchu sdruženou s mentální retardací a stereotypními pohyby, abychom měli kompletně vydefinovanou tabulku výše. **Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby** je dle Michalové (2011), Bazalové (2012) a Thorové (2012) neurčitá a spojuje v sobě hyperaktivní syndrom, mentální retardaci s IQ pod 50 (WHO uvádí pod 35), stereotypní pohyby, narušení pozornosti a sebepoškozování. Bazalová (2012) součinně s Michalovou (2011) udávají, že v průběhu adolescence hyperaktivita může přecházet převážně v hypoaktivitu a sociální obtíže se nevyskytují. DMS-IV tuto poruchu neklasifikuje a zmiňuje ji pouze MKN-10. Tato porucha je doprovázena opožděním vývoje, motorickým neklidem až hyperaktivitou typu skákání, běhání, stereotypní vzorce chování, opakované poškozování nebo deficity ve hře.

Stanovování diagnózy a hlubších verdiktů je pouze pomocí klinických vyšetření velice nepřesné a množství odborníků se tak zaměřuje na další metody získávání informací o jedinci, například pozorování, díky kterému s dítětem navážou také kontakt. Přesně určující kritéria vymezuje MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí (Hrdlička, Komárek 2004). Lékařská definice autismu, kde je autismus řazen mezi pervazivní vývojové poruchy předkládá i Diagnosticko-statistický manuál (DSM-IV), který je vypracovaný Americkou psychiatrickou organizací (Jelínková, 2001). Thorová (2012) uvádí, že v současnosti z biologického hlediska neexistuje žádný možný test, který by určil, že se jedná o autismus a diagnostika se tak tedy zabývá mapováním a rozlišením chování u jedinců. U již zmíněné diagnostiky jsou důležité nejen předem daná kritéria, která již několik let známe, ale také zkušenosti odborníků, které se každodenně věnují PAS. Pro určení PAS existuje mnoho diagnostických nástrojů. V České republice mezi nejvíce používané patří 2 škály – **CARS** (*Childhood Autism Rating Scale*), kdy se jedná o vyšetření trvající cca 30 – 60 minut. (Hrdlička, 2004). Metoda CARS obsahuje 15 položek a u každé z nich se vyhodnocuje frekvence tzv. abnormálních jevů. Potvrzení poruchy autistického spektra či její vyvrácení je tedy celkem rychlé, ale není tak přesné oproti

druhé škále, kterou je **ADI-R** (*Autism Diagnostic Interview – Revised*). Jedná se o detailní rozhovor obsahující 111 položek, které se zaměřují na raný vývoj dítěte, první projevy poruchy, hru, zájmy chování, sociální vývoj a oblast speciálních schopností. Rozhovor probíhá samozřejmě s rodiči (vychovateli) jedince, který trvá cca 3 hodiny. (Hrdlička, 2004). Stanovit závěr a určit tak konečnou diagnózu smí pouze dětský psychiatr, kdy optimální období pro tato stanovení je cca od 3 – 5 let věku dítěte (Hrdlička, 2004). V současnosti existuje mnoho psychodiagnostických metod, které však nelze vždy plně využít. Některé děti nejsou schopny dostatečně navázat kontakt, nerozumí instrukcím a nereagují na pokyny. Stává se tedy, že se tyto metody kombinují nebo se využije jen některá část (Thorová, 2012). Je velmi důležité od PAS odlišit prostou mentální retardaci, schizoidní poruchu u dětí, specifické poruchy řeči a např. další poruchy učení. U některých dětí s mentální retardací se mohou vyskytovat potíže v sociabilitě, poruchy řeči a časté stereotypie, což může znamenat záměnu v diagnostice (Svoboda a kol. 2009). K základním testovacím metodám využívaných spolu s diagnostikou jako takovou se řadí také pozorování, či rozhovor. Diagnostiku jako takovou lze dělit různými způsoby, mezi nejznámější patří dělení na lékařskou, psychologickou a speciálně pedagogickou – všechny tři se vzájemně prolínají. (Bazalová, 2012) Dělení bývá i mnohem detailnější, např. speciálně pedagogickou dělíme na základě jednotlivých pedií na:

- *psychopedickou* (kombinace tělesných postižení),
- *surdopedickou* (kombinace sluchových postižení),
- *logopedickou* (kombinace narušených komunikačních schopností),
- *oftalmopedickou* (kombinace vad zraku) ,
- *etopedickou* (kombinace poruch chování, patologické závislosti),
- dle *specifických poruch učení* (zaměřené také na ADHS, ADD).

(Bazalová, 2012, s. 62)

2 AGRESIVITA U KLIENTŮ S PAS

Druhá kapitola naší diplomové práce se zabývá vymezením agrese, agresivity a s tím spojeným problémovým chováním, především v souvislosti s jedincem s postižením (ať už PAS, tak např. mentálním postižením či jiným). Zmiňujeme i doporučení týkající se eliminace nebo práce s agresivními jedinci a souvislost afektivního chování spojeného s postižením či dalšími úskalími. Jak již zmiňuje Emerson (2008) pojem problémové chování byl díky Asociaci pro lidi s těžkými vadami, v průběhu let nahrazen jinými pojmy, konkrétně se používá také jako např. chování *abnormální, poruchové, odchylné, náročné na péči, mentálně narušené, dysfunkční* nebo také *nepřizpůsobivé*. Z výše uvedených charakteristik plyne, že především společenská norma a komunita jsou rozhodčími při verdiktu, zda se jedná o problémové chování či nikoli. Lze tedy také konstatovat, že problémové chování je chování, které jiná osoba (zaměstnanec, rodiče, učitel, pečující osoba pod.) vyhodnotí či jako problémové (Jůn, 2010) Obecně se toto chování definuje 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, 1995 in Emerson, 2008, s. 13). Výše zmíněné definice byly dřív používány pro široké vymezení různého neobvyklého chování, mezi něž řadíme i agresi, agresivitu, sebepoškozování, stereotypní chování či řadu dalších druhů chování, které je pro škodlivé či nebezpečné pro jedince, (např. polykání nestravitelných či života ohrožujících předmětů), také pro pečující osobu, ať už rodiče či personál v zařízení, jako je např. neochota jedince, vytrvalý křik, poruchy spánku, hyperaktivní chování, ale také pro okolí jako takové (např. zvracení jídla) (Emerson, 2008,). Emerson (2008) zdůrazňuje, že toto agresivní chování lze mnohdy (alespoň krátkodobě) označit jako adaptivní chování na problémové situace, z čehož vyplývá, že např. nalezení vhodné komunikace pro uspokojení potřeb klienta či jedince, je také klíčové. Ono problémové chování, jak říká Emerson (2008) je typickou definicí pro sociální skupinu již zmíněného abnormálního nebo neobvyklého chování, ale ono chování, které obsahuje složku fyzického ohrožení sebe samotného či jiné osoby, snižuje i přístup jedince do komunitního prostředí. Náročné chování na péči můžeme spatřit často u lidí s mentálním postižením (kdy Emerson (2008) definuje mentální postižení jako podprůměrné a obecně intelektuální fungování jedince, které vede ke zhoršení adaptace v prostředí, nebo je s ním spojené a projevuje se i během vývoje jedince), kteří se projevují

mnohdy fyzickou agresí či destruktivitou apod. Pojem problémové chování a to, zda touto definicí nějakého jedince označíme, mohou ovlivňovat i další okolní vlivy, např. společnost a její vymezení vhodného chování v určitém prostředí, schopnosti lidí dát svému počínání přijatelné vysvětlení, názory dalších lidí v prostředí na mentální postižení a příčiny agresivního chování či obecná schopnost prostředí zvládnout jakýkoliv zvrát způsobený chováním agresivní osoby. (Emerson, 2008) Nyní se zastavujeme i u dalších pojmů, které je třeba vymezit a tím jsou např. **agresivita** či **agrese**. Výrost, Slaměník a Sollárová (2019, s. 1214) vymezují **agresi** jako „záměrné ubližování, poškozování nebo způsobování fyzické bolesti, kdy agresivní jedinec může svým jednáním také poškodit majetek jiné osobě, či způsobit jakékoliv psychologické zranění“. Jako vyjadřování s projevy a tendencemi chovat se agresivně označují Výrost, Slaměník a Sollárová (2019) **agresivitu**, s tím, že v širším slova smyslu se tímto slovem definuje také sebeprosazování ve smyslu získání sociální kontroly či dominance nad chováním a názory druhých osob. Výrost, Slaměník a Sollárová (2019) zmiňují k příbuzným pojmům také slovo **násilí**, které definují jako agresi v již konkrétní oblasti, jako jsou např. společenské vztahy (domácí násilí, násilí v práci apod.). Anderson a Huesmann (2003 in Výrost, Slaměník a Sollárová) říkají, že „konkrétně násilí se definují jako fyzická agrese s těžkými důsledky a znamená to, že každé násilí je agrese, ale ne každá agrese je násilí“ a tento pojem tak označují za nadbytečný.

Výrost, Slaměník a Sollárová (2019) rozlišují různé typy agrese, kdy nejčastějším dělením je agrese *fyzická, verbální, přímá a nepřímá*, kdy se z tohoto hlediska jedná víceméně o způsob či techniku ubližování. Dále Výrost, Slaměník a Sollárová (2019) rozlišují agresi z hlediska příčin na agresi **afektivní** neboli **reaktivní** a **instrumentální**, neboli **proaktivní** agresi. *Afektivní agrese* se jinak pojmenovává také jako *hostilní, zlostná, impulzivní, emocionální či expresivní*, čímž se vyznačují i pro ni typické znaky. Už dle vypovídajících názvů má tzv. reaktivní charakter a je spojena se zlostí a vyvolána z averze či podnětu, který vyvolává i jedince odpor. Jedinec, jak již zmiňujeme výše, reaguje na určitý podnět, který je pro něj silně negativní a vyvolává v něm nepřiměřené emociální stavy (zlost), impulzivní reakci, a to jak ve smyslu verbálního, tak fyzického chování, kdy tato reakce a chování není samozřejmě plánované (Výrost, Slaměník a Sollárová, 2019). U *instrumentální agrese* se jedná dle Výrosta, Slaměníka a Sollárové (2019) převážně o mezikrok mezi něčím jiným a agresivní chování je zde na vedlejší úrovni, například se může jednat o sport s cílem vyhrát – např. pokud nemohu soupeři zabránit dát gól jinak,

použiji agresivní chování v zápalu boje. Takto chovající se člověk nejedná pod zlostí, ale toto ublížení je vygradováno vedlejšími vlivy. Označovány tyto dva typy agrese bývají dle charakteristiky také jako „horké“ pro afektivní agresi a „chladné“ pro instrumentální agresi (Výrost, Slaměník a Sollárová, 2019). Během posledních období se naštěstí i další pojmy související se typy agrese, kdy je jím dlouhodobě trvající, záměrné a opakující se chování definované jako **tyranizování, obtěžování** nebo **šikanování** (*bullying, mobbing, harrasment*). Výše zmíněné chování není provázeno zlostí, je to tzv. proaktivní agrese s cílem ublížit, ale nevylučuje se, že se může jednat i o instrumentální charakter s dosažením jiného cíle (peníze, splnění úkolu atd.). (Výrost, Slaměník a Sollárová, 2019)

Mezi výše uvedenými charakteristikami agrese jsou znatelné rozdíly a mnohdy je obtížné se rozhodnout, o jakou agresi se u konkrétního jedince jedná, např. osoba může mít impulzivní útok s návalem zlosti i instrumentálním podtónem, ale podobně se může prolínat i agrese afektivní spolu s tyranizováním a instrumentální agresi. Primárně bychom se tedy měli zaměřit na společné charakteristiky agrese a na jejich rozlišení až sekundárně. Výše uvedené jsou rovněž důvody, proč existují různé typy agrese a jejich teorie, které hledají společné definice a vysvětlení pro všechny typy a formy. (Výrost, Slaměník a Sollárová, 2019) Lorenz (1992 in Výrost, Slaměník a Sollárová, 2019) říká, že agrese může být brána i jako tzv. instinkt, kdy na základě agrese je instinkt vytvářen sám, nikoli díky vlivu okolí, jedná se například o biologické důvody, jako jsou např. přežití – zachování rodu, potrava. „Agresivní instinkt hledá příležitost k uvolnění a když tato energie není uvolněna přirozeným způsobem v boji nebo soupeření, mohou ji uvolnit i jiné podněty“. (Výrost, Slaměník a Sollárová, 2019, s. 1228) Agrese a chování s nevhodným podtextem bývá často nejen u lidí s poruchami autistického spektra, ale také u lidí s mentální retardací, případně jinak kombinovaným postižením. Čadilová, Jůn a Thorová (2007) říkají, že příčinou afektivního chování může být i psychická porucha, ale v praxi se často setkáváme s případy, kdy problematické chování místo podrobné a detailnější analýzy, bývá často bráno jako běžný a ne nějak specifický projev mentální retardace (či jiného postižení) a není tak provedeno důkladné šetření, kdy následkem může být poté neúčinný léčebný plán a klientovi či jedinci se např. zbytečně zvyšuje medikace, která jej tlumí, ovšem neléčí a pouze agresivní chování potlačuje a může se stát, že s již neproblematickými projevy, což je poté bludný kruh.

Mezi hlavními spouštěči agrese nebo agresivity je dle Vágnerové (2009) mnoho spouštěčů s důvodem, proč se jedinec může chovat agresivně, jako například:

- *biologické předpoklady* – jde o poškození centrální nervové soustavy a biochemické procesy,
- *dědičnost* – člověk se již narodí s tendencemi a dispozicemi chovat se agresivně,
- *duševní porucha* – zde může patřit také užívání psychotropních látek spojené s duševním onemocněním (např. schizofrenie, asociální porucha apod.),
- *vliv prostředí* – zde řadíme vliv okolí a prostředí, v kterém se jedinec nachází, jako je např. rodina, vliv společnosti, vrstevníků, ale také školního prostředí.

Při setkání s osobou, která projevuje své afekty a agresivní chování má v mnoho případů okolí obavu, protože je jedinci mohou uvádět do rozpaků jejich zmíněným chováním, neví, jak vhodně se k nim v aktuální situaci zachovat, co si mohou nebo naopak nemohou dovolit a jak jednat, tak, aby vše bylo v souladu se zákonnými normami. Existují celkem tři druhy agresivních klientů, a je důležité, aby zaměstnanec při práci s takovou osobou (či rodič nebo jiná osoba využívající odbornější přístupy) zvolil pokaždé jinou metodu či práci. (Branson, 1988 in Lilley, 2009) Uvádíme tedy:

- *Tank typu Sherman* – na venek se projevuje víceméně útočně, vyjadřuje se vulgárně. Snaží se zastrašit okolí, které kritizuje a má velmi silné nutkání dokázat sobě, ale především druhým osobám, že jeho názor je správný a nejlepší a pokud s nimi pracovník (či jiná osoba pracující na základě odborných přístupů) bude zacházet tak, že jedinci v něčem nevyhoví, dá tuto nelibost velmi jasně znát.
- *Ostřelovači* jsou od výše zmíněného dělení odlišní, ale jednají velmi podobně. Upřednostňují od personálu (či jiné osoby) méně otevřený přístup. Ze začátku se před okolím chovají přátelsky, ale časem používají různé narážky, posměšky nebo provokativní poznámky. Využitím sociálních tlaků si vytvoří chráněný prostor, odkud budou útočit. S předchozím typem mají společné pouze to, že přesně ví, co by měli dělat druzí, ale díky neustálým poznámkám spíše demotivují.
- U *rozbušek* je typickým znakem záchvat vzteku, konkrétně pravidelné výbuchy hněvu. Takový záchvat agresivní klient dostane nejčastěji, když se bude cítit v ohrožení, obvykle to může souviset s otázkou položenou pracovníkem na téma obvinění či podezření.

(Branson, 1988 in Lilley, 2009)

Při práci s klientem a samotným rozhovorem či práci s ním je potřeba zajistit i okolní záležitosti, například jak říká Křivohlavý (2004):

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

Dále dle Křivohlavého (2004) jsou nastolena jistá doporučení, kterými by se člověk měl při práci s agresivním klientem držet a jsou to např.

- zachovat klidný přístup ze strany pomáhající osoby tak, aby bylo uvolněno napětí, které zároveň napomáhá klidu klienta,
- všímat 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

V případě fyzické agrese je kontakt s klientem či jedincem o to náročnější a pokud k personálu je klient vulgární, křičí, fyzicky napadá (bouchá pěstmi, kouše), existují osvědčené metody, které může při setkání s takovým jedincem využít. Jůn (2010) zdůrazňuje, že agresivní chování prochází třemi fázemi a každá z těchto fází popisuje aktéra dle jeho aktuálního chování, tedy:

1. rozčilující fáze,
2. agresivní fáze,
3. fáze zklidnění.

U **rozčilující fáze** se klient podle Jůna (2010) dostává tehdy, jestliže mu něco zkazilo dobrou náladu a takzvaně se dostává do nepohody. Klientovo emoční prožívání se poté stává víceméně negativním, doprovází ho zrychlené dýchání, pocení, případně také nadávání s vulgárními výrazy nebo také nadměrná gestikulace či vydávání zvuků. Tato fáze je bez fyzického napadání jiných osob a okolí se jedinec snaží uklidnit, aby ke zmíněné fyzické agresi nedošlo a snaží se tomuto předejít. Podle Jůna (2010) „k uklidnění klienta dochází prostřednictvím jednotlivých metod pracovníků, jež volí podle svých úvah a zároveň pokud klient dá svým jednáním určitý signál k jejich použití.“

Jako první metodu v rozčilující fázi lze zkusit ignoraci – tato metoda je vhodná ovšem pouze tehdy, pokud jedinec ještě není příliš agresivní a naštvaný a pokud tuto formu strategie použijeme, neznamená to, že na daný klientův výrok nebudeme rezignovat, ale v nejbližší době po následném zklidnění klienta se k němu vrátíme. Pokud ignorace nezabere, lze jako další možnou formu použít vyřešení problému – rovněž v situacích, kdy není afekt jedince ještě nějakým způsobem silnější. Ve chvíli, kdy bude osoba bude řešit klientův problém, zabrání se tak vzniku fyzického napadení. Pokud pracovník nepoužije strategii vyřešení problému, nezbývá mu nic jiného než převést klientovu mentální či fyzickou pozornost na jeho mentální schopnosti. Pokud je jedincův intelekt na nižší úrovni, pracovník se snaží odvést pozornost na slovo a rozhovor s klientem. Pokud k použití této strategie nedošlo, nabízí se zde verbální a neverbální možnosti zklidnění, které jsou vhodné především u klientů s vyšší intenzitou negativního prožívání. U *verbálního zklidnění* pracovník neřeší problém agresivní osoby, ale snaží se přistoupit na jeho situaci či řešení a dát mu tak „zapravdu“. U *neverbálního zklidnění* pracovník rozhoduje, zda klienta v jeho tíživé situaci má obejmout či se naopak vzdálit. Pracovník může obejmout klienta pouze za předpokladu, že mu nevadí doteky, kontakt a konkrétní osoba, která tuto techniku chce použít není zdrojem afektu. Jestliže klient nemá rád jakékoliv objetí a jiné formy doteků, nebo je pracovník je zdrojem jeho vzteku, je nejlepší se k němu nepřibližovat, nedívat se na něj. Gabura (2005) doporučuje již při prvních náznacích vzteku u klienta to, aby pokud to jeho schopnosti dovolí, se mohl vyjádřit, ať už slovně či jinak. Další doporučenou metodou je užití technik s prvky asertivity, do níž patří *pokažená gramofonová deska*. Pracovník neustále trvá na stanovených požadavcích či tvrzení bez vysvětlování. Jestliže klient začíná být dost kritický vůči pracovníkovi, použije se technika otevírání dveří, kdy sociální pracovník vyslechne od klienta kritiku, zároveň se nad ní zamyslí a připustí, že v něčem je pravda. Tím, že pracovník vyposlechne kritiku,

odvrací klientovu pozornost od agrese. Jestliže tyto jednotlivé strategie podle Jůna (2010) nepoužije, ať už z důvodu nedostatku času, nebo vzhledem k aktuální situaci, může to vést k fyzické agresi. Totéž platí i o použití některé metody hodící se pro nízkou intenzitu prožívání při vysoké intenzitě prožívání. (Gabura, 2005; Jůn, 2010)

V druhé fázi, tedy **agresivní fázi** již jedinec nějakým způsobem napadá své okolí, kdy typickými projevy může být škrábání, kousání, kopání, bití atp. V takové situaci se zaměstnanci snaží klienta hlídat, aby se nezranil, nenapadl druhé či neničil majetek daného zařízení. Jestliže klient pracovníka napadne, nezbyvá mu nic jiného, než se začít proti takovému jednání bránit prostřednictvím restriktivního postupu (Jůn, 2010). Tento postup označuje jednání, kdy pracovník z daného zařízení je díky svému postavení v převaze nad klientem, což mu potom umožňuje překročit tolik potřebnou hranici ve vztazích mezi dospělými lidmi. Hlavním cílem restriktivního postupu podle Jůna (2010) je řešit konkrétní incident s tím, že pracovník v žádném případě nemůže očekávat jakoukoli terapeutickou změnu v chování klienta. Hlavním cílem pracovníků je tedy dosáhnout toho, aby při příštím incidentu nikoho nezranil, neublížil sám sobě. Tato restriktivní opatření (mechanické omezení, fyzické omezení, podání léků) použije vyškolený personál v zařízeních sociálních služeb. (Jůn, 2010) „Při poskytování sociálních služeb nelze používat opatření omezující pohyb osob, jimž jsou sociální služby poskytovány, s výjimkou případů přímého ohrožení jejich zdraví a života nebo zdraví a života jiných fyzických osob, a to za dále stanovených podmínek pouze po dobu nezbytně nutnou, která postačuje k odstranění přímého ohrožení jejich zdraví a života a života jiných fyzických osob“. (§ 89 zákon č. 108/2006) Z výše uvedeného vyplývá, že v případech ohrožení zdraví zaměstnanců, klienta samotného či dalších osob lze použít tzv. **opatření omezující pohyb osob**. Dle § 89 odst. 2, zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, opatření omezující pohyb osob (dále také jako „OOPO“) lze použít jen tehdy, pokud jakákoliv předchozí bránění v agresivním chování bylo neúspěšné. Poskytovatelé sociálních služeb využívající tyto opatření se musí dle výše zmíněného zákona držet jistých pravidel, konkrétně vést o těchto OOPO záznamy, které musí obsahovat:

- a) jméno, popřípadě jména, příjmení a datum narození osoby,
- b) datum, čas počátku a místo použití opatření omezujícího pohyb osob a druh tohoto opatření,
- c) důvod použití opatření omezujícího pohyb osob,

- d) jméno, popřípadě jména, a příjmení osoby, která opatření omezujícího pohyb osob použila,
- e) podání léčivého přípravku jako opatření omezujícího pohyb osoby (zda bylo či nebylo použito),
- f) datum a čas ukončení použití opatření omezujícího pohyb osob,
- g) popis bezprostředně předcházející situace před použitím opatření omezujícího pohyb osob, popis průběhu situace při použití tohoto opatření a její zhodnocení a popis bezprostředně následující situace,
- h) záznam o splnění povinnosti stanovené v odst. 5 dle § 89 zákona č. 108/2006 Sb.
- i) popis případných poranění osob, ke kterým došlo při použití opatření omezujícího pohyb osob,
- j) popis způsobu informování osoby podle odst. 2 dle § 89 zákona č. 108/2006 Sb.

(§ 89 zákon č. 108/2006 Sb.)

Ve třetí, tedy **zklidňující fázi** klient přestává napadat své okolí, ale k úplnému zklidnění prozatím nedochází. V takové situaci se zaměstnanci snaží klienta co nejvíc zklidnit, aby se nedostal do předchozí fáze. Pokud se použijí restriktivní postupy, jako první lze použít verbální i neverbální zklidnění, ale klienta by měl zklidňovat pracovník, který se nepodílel na restriktivních postupech. Hlavním důvodem může být to, že se potřebuje pracovník po restriktivních opatřeních uklidnit, ale i to, že právě tento stejný pracovník se stává pro klienta zdrojem hněvu. Další možnou volbou je převedení pozornosti, jako tomu bylo v první fázi. Poslední používanou metodou je rozbor incidentu, kdy pracovník zjišťuje, z jakých důvodů bylo klientovo chování agresivní. Tyto příčiny zjišťuje buď pracovník sám, nebo společnými silami s klientem, jestliže nehrozí riziko vzteku. Rozbor musí být udělán kvalitně, protože na základě něho budeme dělat prevenci. Jůn (2010)

Každá organizace, která pracuje s klienty s agresivním chováním si určuje své vlastní postupy, jak takovému chování předcházet, případně jak s ním dále pracovat, tak, aby jej zvládali lépe jak zaměstnanci zařízení, tak klienti samotní. (Jůn, 2010). V rámci prevence je nezbytné udělat vše pro to, aby k vygradování do agrese nedošlo, najít tedy vždy spouštěče a příčiny a agresivního chování a společně se snažit nalézt takové mechanismy, aby toto chování již nevznikalo, případně se postupně eliminovalo., aby k agresi 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 (Jún, 2010). Například individuální plán klienta může být jedním ze zdrojů, jak pracovat a s problémovým chováním a jak jej eliminovat, ovšem i při individuálním plánování je důležitá týmová práce zaměstnanců v souladu s dalšími případnými odborníky (např. na problémové chování, sexualitu u klientů s postižením atd.) odborníků a lidí, kteří klienta dobře znají, takže především rodinných blízkých apod. 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) Každá organizace má své metodické postupy pro kvalitu poskytované služby. Tyto postupy berou v potaz náročnost služby jako takové a její specifika, jsou tedy tzv. šité na míru a v souladu se zákonnými normami nebo také se standardy kvality sociálních služeb. (Holková a Gabrysz, 2011).

Vzhledem k množství zmíněných projevů problémového agresivního chování je důležité si toto chování více rozdělit. Emerson (2008) zmiňuje, že nelze pozorovat pouze jeden typ problémového chování, ale nutno na ně nahlížet jako na celek, kdy toto chování dělí na:

- **agresivní chování** – jde o jednu nebo více násilných epizod, které způsobují fyzické zranění druhé osoby (zranění vyžaduje okamžitou lékařskou pomoc),
- **časté a závažné sebezraňující chování** – způsobuje závažné sebezraňování a vyžaduje okamžitý zásah lékaře (vyžadující okamžitou lékařskou pomoc),
- **časté sebezraňující chování** – sebezraňující chování se vyskytuje alespoň jednou týdně,
- **ničení majetku** – závažné ničení majetku.

Emerson (2008) rovněž udává nejčastější specifické druhy chování, tedy formy agrese, kterými jsou např. plácání, strkání, bouchání, tahání za vlasy, kousání, dušení, štípání, škrábání, použití předmětů, bušení do druhých rukama, bušení předměty, verbální agrese a spousta dalších možných kombinovaných forem. Kromě postižení jako takového a různých okolních faktorů má na agresivní chování také vliv přidružené postižení, prostředí, práce s jedincem, jeho aktuální rozpoložení a další okolní vlivy (medikace, nemoc apod.). (Emerson, 2008)

Lidé s mentálním postižením jsou vystaveni vyššímu riziku vzniku psychiatrických poruch (Doody, Johnstone, Sanderson, Cunningham Owens, a Muir, 1998) a vykazují vyšší prevalenci agresivního a sebepoškozujícího chování (Cooper a kol., 2009). Studie ukazují, že 5,7-12 % lidí s mentálním postižením vykazuje problémové chování. Prevalence problémového chování se liší v závislosti na takových charakteristikách, jako je závažnost postižení, věk a pohlaví, přičemž vyšší je u mladých mužů (Emersona kol., 2001). 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).

3 METODY PRÁCE VHODNÉ PRO KLEINTY S PAS

Třetí kapitola naší diplomové práce se zabývá souhrnem vhodných metod a přístupů při práci s klienty s poruchami autistického spektra v kombinaci s mentálním postižením a problémovým chováním, kdy si z velkého množství přístupů některé z nich zmíníme a charakterizujeme. Jak již výše říká Holková a Gabrysz (2011), každá sociální služba a organizace má své postupy pro plnění kvality sociální služby, ale nejsou to jen tyto postupy, které je třeba šít tzv. na míru, ale také postupy, které jsou vhodné pro např. eliminaci problémového chování u klienta nebo také pro jeho rozvoj. Jeden z možných prostředků terapie, díky kterému lze předcházet agresivnímu chování je terapie, ovšem člověk musí vědět, jaký druh terapie je pro jedince vhodný. **Behaviorální terapie** se např. zaměřuje na vnější klientovo chování, **kognitivně – behaviorální terapie (KBT)** se zabývá rovněž vnějším chováním, ale také myšlením klienta, kdy rozhodnutí je závislé na jeho dovednostech. (Zeleviová, 2007) Gavendová (2021) říká, že kognitivně behaviorální terapie „vychází z teorie, že příčinou psychických potíží jsou chybné způsoby chování a myšlení a že tyto chybné způsoby jsou naučené a udržované rozpoznatelnými vnějšími a vnitřními faktory. Klient se může tyto chybné způsoby myšlení a chování odnaučit či přeučit, nebo se může naučit novým způsobům jak řešit své problémy. Vztah důvěry je a spolupráce je v KBT nezbytný, ale nikoli postačující prostředek k dosažení úspěchu v terapii.“ Obě výše zmíněné terapie se řídí tzv. ABC modelem lidského chování, ale každý směr chápe terapii jiným způsobem. „Behaviorální terapie vychází z teorie učení a předpokládá, že určité chování je spouštěno faktory, které po něm následují“ (Jún, 2007, s. 109). Nyní si vysvětlíme ABC model a dělí se na tři části – **A** = *antecedents*, tedy spouštěče, **B** = *belief* a *beliefs* (chování) a **C** = *consequences* (následky). (Gavendová, 2021) Spouštěč může být vnitřní nebo vnější, kdy vnitřní odráží mysl i tělo jedince těsně před začátkem agresivního chování a vnější spouštěč je cokoliv, co obklopuje jedince kolem před agresí (konfliktem). Aby se určité chování (B) vyskytlo, předchází mu vždy nějaký spouštěč/příčina (A). Pokud budeme chtít, aby se chování opakovalo (B), musí následně po něm nastoupit takové následky, které jedinci přinesou jistým způsobem zisky, aby byl dostatečně motivován při stejném spouštěči použít stejné (v našem případě agresivní) chování. Kognitivní terapie užívá ABC model, který zachycuje posloupnost a návaznost jednotlivých událostí v čase. Jako první se zde objevuje podnět (A) a na konci je emočně vygradovaná reakce (C), kdy prázdno v mysli klienta označujeme jako B. Pokud ono B vyplníme, spojí se A a C, kdy úkolem KBT je ono nalezení a vyplnění prázdna

(myšlenky) jedince. (Čadilová, Jůn, Thorová 2007). Možný a Praško (1999 in Gavendová, 2021, s. 34) zmiňují možné rysy KBT a říkají, že:

- **KBT je krátká a časově omezená,**
- **KBT je strukturovaná a terapeut je aktivní a direktivní** (sezení má pevnou strukturu a předem dohodnutý program, kdy terapeut je aktivní a klade otázky, nacvičuje konkrétní dovednosti, dává konkrétní úkoly)
- **KBT se opírá o vztah otevřené spolupráce mezi klientem a terapeutem** (pro předpoklad terapie, která bude úspěšná je důležité navázání důvěryhodného vztahu a spolupráce mezi terapeutem a klientem)
- **KBT vychází z teorie učení a teorií kognitivní psychologie** (vychází z předpokladu, že určité psychické pochody jsou vrozené, tedy pudové, instinktivní a jinak naučené v průběhu života, kdy další předpoklad je také užití určité formy učení, které jsou u člověka i jiných živočichů shodné, zatímco jiné formy učení jsou vlastní pouze člověku)

Dále autoři (Praško a Možný, 1999 in Gavendová, 2021) říkají, že behaviorální model na základě výše uvedeného rozlišuje tři základní formy učení, tedy **klasické podmiňování, operantní podmiňování a sociální učení, tedy učení nápodobou.**

Co se týče KBT, jsou zde i další a rozšířené možnosti jak tuto terapii pojmout a to buď jako **skupinovou KBT** či **individuální KBT**. Oba modely mají dvě výhody i nevýhody. (Praško a kol., 2019)

Za výhody individuální KBT Praško a kol. (2019) považují:

- dostatek času na individuální potřeby jedince,
- celý čas terapie věnovaný jednomu klientovi,
- větší variabilitu řešení problémů,
- důvěryhodnější atmosféru,
- horší vyhýbání bolestným tématům,
- jednodušší otevírání citlivých témat,
- jedná se o intenzivnější proces.

Nevýhody individuální KBT:

- menší množství klientů na jednoho terapeuta,
- horší normalizace a přílišná výjimečnost,
- náročnější možnosti nácviku sociálních dovedností,
- menší možnosti učit se zkušenosti jiných, či být motivován příkladem jiných.

(Praško a kol., 2019)

Výhody skupinové KBT jsou dle autorů:

- množství pacientů na jednoho terapeuta,
- univerzalita,
- snadnější normalizace a destigmatizace,
- učení od členů skupiny navzájem,
- pestré a hodnotnější nácviky sociálních dovedností,
- pocit sounáležitosti se skupinou,
- podpora skupiny.

(Praško a kol., 2019)

Nevýhody skupinové KBT jsou:

- méně času na jednotlivce a jeho specifické problémy,
 - obtížnější přístup k citlivým či intimním tématům,
 - možnost vyhnout se bolestným tématům,
 - blokování skupiny jinými podskupinami.
- (Praško a kol., 2019)

Další formy terapií využívané prevence či eliminace vzniku agresivního chování mohou být např. umělecké terapie v rámci speciálně pedagogické péče, kdy např. arteterapie je součástí psychoterapie a vychází z předpokladu, že výtvarná tvorba je přirozená. Pokud se dobře stimuluje tvořivá atmosféra ve skupině, je potenciál jejího rozvoje a sdílených pocitů téměř neomezený. Dalšími technikami je např. muzikoterapie, které je cílevědomým využitím hudby k dosažení terapeutických cílů a výsledků, kdy prostřednictvím jejího užití by člověk měl rozumět lépe sobě i svému okolí, pohybovat se volně a svobodně (Zeleviová,

2007) Canisterapie, hipoterapie, aromaterapie a další lze také vnímat jako pozitivní při práci s jedincem. Konkrétně canisterapie vnímat jí lze ve dvou rovinách, a to jako činnost společenskou se smyslem povzbudit klientovu náladu, či jako léčebnou, kdy cílem je podílet se na určitém druhu postižení. (Slezáková, 2012). Správným základem je terapie klienta, personálu i organizace. V případě výskytu agresivního nepřiměřeného chování u jedince je zpravidla prvním krokem u něj právě terapie, kdy zaměstnanci zařízení (či jiné pečující osoby) se snaží zabránit klientovu chování, které není v souladu s normami, motivovat ho k chování vhodnému či lepšímu a tím údajný problém, respektive agresi, vyřešit. Změnu a pokrok v chování osoby lze dosáhnout také změnou postoje zaměstnanců, což nazýváme jako terapie personálu. Aby mohl personál měnit své postoje a zavádět do praxe nové metody, potřebuje podporu organizace týkající se např. změny směrnic či vnitřních pravidel, kompetencí, zvýšení počtu personálu – terapie organizace. V praxi by měl tento ucelený terapeutický přístup fungovat obráceně. Terapie klienta by měla být až na posledním místě. (Jůn, 2010). Další z metod vycházející z principů učení a chování, tedy tzv. *behaviorismu* a zabývá se funkčním vztahem mezi prostředím a chováním je tzv. **ABA** metoda, která u lidí s poruchou autistického spektra eliminuje agresivní chování, učí jedince novým dovednostem, posiluje adaptaci v prostředí, sebeobsluhu a je především nastavena individuálně pro každého jedince. Reakce dětí jsou velmi individuální, ne každá terapie se hodí pro každého. Každý rodič má právo zvolit si metody a postupy, které považuje pro své dítě za nejpříjemnější. (Čadilová, Žampachová, 2012).

Lidé s poruchou autistického spektra nedokážou dobře zpracovávat smyslové podněty a jsou na ně buď přecitlivělé (hyper reaktivní) nebo je necítí téměř vůbec (hypo reaktivní). Bez toho, aniž by u takových jedinců probíhala stimulace může mít osoba poté sklony k sebepoškozování, hněvu, opakujícím se agresivním atakům, kdy toto chování zasahuje poté do jejich běžného denního života a aktivit, které mohou vykonávat. (Ponechalová, 2010) Pro takové jedince je vhodné zvolit i další metody týkající se prostředí, např. multisenzorické prostředí (metoda Snoezelen), která jedinci může pomoci kontrolovat, redukovat nebo naopak zintenzivnit stimulaci, a to v pro ně bezpečném prostředí. Ponechalová (2010) zmiňuje možnosti smyslové stimulace:

- zraková stimulace,
- sluchová stimulace,
- hmatová (tzv. taktilní) stimulace,

- vibrační stimulace,
- čichová stimulace,
- chuťová stimulace,
- stimulace vestibulárního a propriocitivního systému,
- vestibulární a propriocitivní stimulace v hravé dobrodružné místnosti.

Ponechalová (2010) říká, že právě **zraková stimulace** patří mezi jedny z nejčastěji využívaných stimulačních metod a na klienty působí podněty, které se v běžném prostředí nenachází. Pracovníkovi pomáhají různé pomůcky, např.:

- solární projektor s vyměnitelnými tematickými kotouči, například obláčkové nebe, podmořský svět, les v různém ročním období, pestrobarevní motýli a pestrobarevný kotouč s olejovými barvami,
- zrcadlová koule a barevný reflektor vytvářející světelné stopy na stěnách místnosti,
- vodní bublinkový válec s interaktivním ovladačem, prostřednictvím kterého se dají měnit barvy bublinkového válce,
- zrcadlové pozadí bublinkového válce, které umocňuje zrakovou stimulaci,
- optická vlákna – nainstalovaná buď ve tvaru vodopádu v rohu místnosti, nebo položená volně na podložce, plynule měnící svou barvu, se kterými se dá manipulovat a jsou pro klienta bezpečná,
- interaktivní panely se světelnými efekty – dotyková stěna s barevnými tlačítky, při stisku, kterých se rozsvítí světla příslušné barvy, používá se na rozlišování, přiřazování a učení se barev,
- barevné osvětlení,
- dotyková lampa (plazma válec),
- UV lampa a fosforeskující předměty,
- světélkující interaktivní míčky,
- hvězdná obloha nainstalovaná na stropě místnosti – světýlka v kombinaci s průsvitnou látkou ve tvaru baldachýnů,
- „bublistroj“ – pozorování, foukání, chytání padajících bublinek.

Další z možností stimulace smyslů je zaměřena na **sluch**, kdy zmíněný Snoezelen kromě okem viditelných světelných efektů navozuje uklidňující a relaxační atmosféru také díky hudbě, kterou by člověk pracující s touto technikou měl zvolit a přizpůsobit klientovi dle jeho libosti. Nejčastěji se používá hudba relaxační, ve smyslu zvuků přírody, zvířat, moře, deště, lesa, zpěvu ptáků. Dále také rytmická hudba pro děti či variace tónů a rytmů. Využit se dá opravdu mnoho druhů a kombinací hudby. Pomůcky se využívají na rozvoj pochopení příčiny a následku, na rozvoj sluchové schopnosti rozlišení jednotlivých zvuků, na rozvoj kognitivních schopností, zejména paměti. Stejně jsou velmi vhodné a lze je použít i při systematické desenzibilizaci u hypersenzitivních klientů na zvukové podněty, a zvláště na některé zvuky.

Při aktivitách na sluchovou stimulaci se používají i speciální pomůcky a interaktivní panely se zvukovými efekty ovládané počítačovým programem, který ovlivňuje jednotlivá zařízení (Ponechalová, 2010):

- ozvučená kostka, která říká barvy, různé tvary a obrazy podle polohy,
- dotyková stěna se zvukovými efekty,
- piano matrace – molitanová matrace s interaktivními klávesami, díky kterým mohou klienti tlačit rukama nebo nohama s již předvolenými zvuk či tóny (např. zvířat, lidské zvuky, příroda apod.)
- emoční stěna s tlačítky a lidskými zvuky (smích, pláč apod.)

Prostředí poskytující počet hmatových zkušeností je vhodné pro taktilní (hmatovou) stimulaci. V tomto případě je prostředí Snoezelenu či jiné specializované místnosti vybaveno dle Ponechalové (2010) pomůckami jako jsou např.:

- jemné deky,
- polštáře,
- speciálně čalouněné zdi s různými povrchy, strukturami apod. – dotykové válečky z různých materiálů, jemné houbičky, kartáčky, látky různých měkkostí atd.,
- masážní míčky, či masážní vibrační přístroje,
- peříčka, plyšové a gumové hračky atd.

Na **hmatovou stimulaci** se dají využít i další pomůcky, jako jsou např.– modelovací hmoty, houby, kartáčky, peříčka, přírodniny, přírodní vlákna, sáčky naplněné pískem, rýží a jiným materiálem. Existují klienti, kteří jsou různě citliví na doteky a kontakt, v některých vyvolávají doteky libost, v jiném mohou zase nelibost, kontakt mohou odmítat, příp. odmítají některé materiály, které jim nejsou příjemné, proto u hmatových technik je důležitá znalost klienta a dobré reakce zaměstnance a brát také v potaz možnosti snižování či zvyšování sensitivity. Nejdřív je obecně dobré začít postupovat opatrně a snižovat senzitivitu, začít nejdříve se stimulací proprioceptivního systému – hlubkým vnímáním, intenzivním hlubokým tlakem a později přechodem na povrchové doteky. (Ponechalová, 2010)

U **vibračních stimulací** lze použít lidský hlas, vibrační pomůcky, ruce, vibrační polštáře, hudební nástroje produkující hluboké basové tóny atd. Zásadou je práce na podložce a je doporučeno začínat od končetin (noh) a pokračovat směrem k hlavě, aby se nezvýšil patologický tonus, je třeba stimulovat jedince podél kostí, nikoli svaly. (Ponechalová, 2010)

Velmi oblíbenou stimulací je také čichová, ze které má klient zážitek z vůně pomocí aromaterapie, u které se využívají různé oleje, které se kapou do aroma lamp či difuzérů. Nejčastěji se používá uklidňující levandule, jasmín, či růže, ale také další množství olejů, jako je např pomeranč, citron, vanilka apod. Je možné použít různé potraviny s výraznou vůní jako pomeranč, jablko, květy, skořici, nebo sáčky naplněné vonícími sušenými bylinami. Vonné oleje pro vytvoření příjemné vůně a atmosféry je dobré použít ještě před vstupem klienta do místnosti. (Ponechalová, 2010)

Poslední smyslovou stimulací je chuťová s různými druhy pochutin (sladké, slané, kořeněné atp.). Ovšem u této stimulace je rovněž znalost klienta důležitá, vzhledem k tomu, že jídlo může vyvolávat nejen libost, ale také nelibost a někteří klienti mají stravovací potíže, na které je třeba si dávat pozor. (Ponechalová, 2010)

Další s možností stimulace je **stimulace vestibulárního a proprioceptivního systému**, což se také řadí mezi formy stimulace a zklidnění u klientů. **Vestibulární stimulace** zahrnuje zejména změny polohy, rytmické houpavé pohyby do stran, dopředu a dozadu, pohyby nahoru a dolů, otáčení se kolem někoho, nebo otáčení se na místě kolem vlastní osy. Pro tyto účely je v bílé relaxační místnosti k dispozici většinou vodní postel, relaxační houpací síť, polohovací vak a měkké podlahové a nástěnné čalounění kvůli polohování, bezpečnosti a pohodlí. Na stimulaci **proprioceptivního systému** u klientů, kteří vyžadují

silné podněty, se v bílé relaxační místnosti kromě hlubokého tlaku a objetí využívá i zátěžová příkrývka, která má např. uplatnění pro širokou škálu diagnóz u dětí či dospělých zejména s PAS, epilepsií, mentálním postižením, poruchami chování či agresivním syndromem. (Ponechalová, 2010) „U osob s PAS byla prokázána nerovnováha tvorby neurotransmiterů – dopaminu a serotoninu, které slouží pro přenos vzruchů v CNS (centrální nervový systém). Dopamin hraje rozhodující roli v motorických funkcích mozku a při zpracování informací v kognitivních funkcích mozku. Serotonin se podílí na vzniku nálad. Jeho nedostatek způsobuje změny nálad, poruchy chování, poruchy spánku, podrážděnost, agresivitu. Účinek zátěžové příkrývky, která má rovnoměrně rozloženou uzavřenou zátěž je v tom, že působí mírným a rovnoměrným tlakem na svaly, klouby, šlachy a kosti, čímž stimuluje receptory CNS, které reagují na tento hloubkový tlak zvýšenou tvorbou neurotransmiterů, zejména serotoninu a dopaminu. Používají se například příkrývky s 11 kilogramovou zátěží v poloze vleže na zádech, kdy je klient přikrytý od nohou do poloviny trupu, vyjma tak oblast srdce. Výsledkem používání zátěžové příkrývky je celkové zklidnění zejména hyperaktivních klientů, potlačení agresivních a autoagresivních projevů, úprava emočních problémů a schopnost déle udržet pozornost“. (Ponechalová, 2010)

Vestibulární a proprioceptivní stimulace v hravé dobrodružné místnosti jsou další z možností, kdy se používají zejména pomůcky jako jsou kuličkový bazén, trampolína, schody, skluzavky, prolézačky, tunely, visící houpačky (jednobodové, dvoubodové, čtyřbodové), dutý válec, kužel, míče a rovnovážné podložky. Cílem aktivit je zejména rozvoj pohybových schopností, jemné a hrubé motoriky, pohybové obratnosti, koordinace těla, rozvoj rovnováhy, odstranění strachu z výšky a ze změny polohy, z chůze po schodech, úprava nevhodných pohybových vzorců, propojování pravé a levé hemisféry, i zážitek z nových zkušeností a nácvik nových pohybových aktivit. Místnost poskytuje velmi mnoho aktivit, pohybových her a cvičení na senzoryckou integraci. (Ponechalová, 2010)

Pokud chceme a potřebujeme, aby se klient uklidnil a opravdu relaxoval, musíme vědět jakým způsobem toleruje určité stimuly či podněty. Je velmi důležité, aby všechny možné pomůcky a zařízení v místnosti či při využití nějaké ze smyslových terapií, nebyly spuštěny najednou, ale postupně. V opačném případě by na klienta mohlo působit podnětově přesycené prostředí a mohlo by dojít naopak k neklidu. Pocit relaxace může navodit jemná relaxační hudba v pozadí a tlumené barevné světlo či různé další možnosti,

dle specifík klienta. U některých klientů, kteří mají rádi doteky, lze vedle relaxace využít masáže (masážními míčky, nebo s použitím masážních olejů, krémů) a již zmíněnou aromaterapii. (Ponechalová, 2010)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Téma lidí s poruchou autistického spektra v kombinaci s mentálním postižením je více než známé, ovšem lidé s PAS v kombinaci s mentálním postižením a problémovým chováním mohou pro společnost být neznámou. Ve světě kolem nás jsou různé mýty, které o poruchách autistického spektra kolují mnohem více než fakta. Z autismu se stále častěji dělá problém, než aby někdo vysvětlil poznatky, které se mohou zdát komplikované. První povědomí o autismu přišlo v roce 1952. Od 60. let přibývalo nejen vědomostí, ale rovněž dětí diagnostikovaných jako tzv. *autistických*. Téměř všechny, které byly mentálně postižené a dle jisté škály splňovali odlišné chování od tehdejší dané normy, byly nazývány výše zmíněným termínem. Těmto dětem i jejich rodičům se v důsledku větší a kvalitnější informovanosti dostávalo rozšířenějších možností, například vyhledat odbornou pomoc, a to jak pro své dítě, tak je samotné. (Thorová, 2016) Navzdory tomu, že znalostí o autismu přibývá i v dnešním 21. století, v očích široké veřejnosti je tohle téma směřováno často k nepochopení a stigmatizaci. (Hrdlička, 2020) Dřív bylo takřka zvyklostí psát o poruchách autistického spektra zřídka, ale dnes narůstá nejen výskyt případů jedinců s autismem v populaci, ale také odborné články a knihy pro přiblížení životních příběhů těchto lidí. (Hrdlička, 2020) I přes to, v jaké moderní době žijeme, není lehké zajistit jedinci s autismem v kombinaci s mentálním postižením odbornou péči, natož člověku, který k tomuto postižení jeví i známky problémového chování, jako může být například agrese, sebepoškozování, destruktivita vůči předmětům, stereotypie aj. (Emerson, 2008, s. 13; Thorová, 2016) Tito lidé jsou často neumístitelní a jako jeden z nejčastějších důvodů se zmiňuje narušování kolektivního soužití. Můžeme narazit např. na ranou péči pro děti s autismem, kdy jedinci a jeho rodině pomůže intenzivní speciálněpedagogická péče. V České republice v současnosti je možné poskytnout dítěti individuální předškolní program v zařízení předškolního věku, či zařídit odklad školní docházky. Rovněž při postupu do základní školy, ať už tradiční či speciální má dítě možnost mít strukturalizovaný program (Thorová, 2016). Nyní se dostáváme k pobytovým sociálním službám, kdy jak říká Thorová (2016, s. 384) „rozhodnutí umístit dítě do pobytového zařízení je velmi těžké i přes to, že jde o dospělé osobu“. U rodičů těchto dětí či jedinců se vzhledem k jejich zvyšujícímu se věku a náročnosti péče o jejich potomka stává obtížné a tak nezbyvá, než nakonec vyhledat specializované pobytové zařízení. (Thorová, 2016) Jak říká Emerson (2008) u některých jedinců lze pozorovat více než jeden druh problémového (nebo také tzv. náročného) chování a jak potvrzuje rovněž Thorová (2016)

symptomy projevů mohou gradovat a může tak docházet k intenzivnímu sebepoškození, či agresí vůči druhým nebo majetku. „Člověk s autismem v ústavech sociální péče mnohdy dostává silná psychofarmaka, nebo je převezen do psychiatrické léčebny. Kvalita jeho života se výrazně snižuje. V současné době probíhají v pobytových zařízeních školení personálu zaměřená na specifickou péči o osoby s autismem, poruchami intelektu a problémovým chováním.“ (Thorová, 2016, s. 386) I přes 21. století, ve kterém se věci i události kolem nás vyvíjí neuvěřitelně rychlým tempem, v České republice zařízení specializovaná a přizpůsobená jedincům s autismem a problémovým chováním není mnoho. (Thorová, 2016) Kvůli zvýšené podpoře, kterou jedinec od svých nejbližších potřebuje, se jeho rodina často octne v sociální i psychické zátěži a má velmi omezené finanční možnosti. Pobytové sociální služby bývají extrémně finančně náročné a možnosti příjmu financí jsou minimální, dochází tak k paradoxu, kdy „rodina s nejtíže postiženými dětmi dostává nejméně podpory“ (Thorová, 2016, s. 388). V méně peněžně náročných sociálních službách mohou lidé s mentálním postižením být ze služby vyloučeni pro již zmíněné narušování kolektivního soužití vzhledem k jejich problémovému chování (Emerson, 2008), které může ohrozit život člověka a jeho zapojení se do společnosti, ve které žije. (Jůn a Balická, 2012)

Z výše uvedeného výzkumného problému nám vyplývají výzkumné otázky:

VO1: Jaká jsou specifika domova se zvláštním režimem, který je specializovaný na jedince s poruchou autistického spektra v kombinaci s mentálním postižením a problémovým chováním?

VO2: Jaká jsou specifika práce s těmito klienty v tomto domově?

4.1 Výzkumné cíle

Cílem naší diplomové práce je vylíčit specifika domova se zvláštním režimem, a to konkrétně pospat režim, činnosti a vztahy v domově se zvláštním režimem, který je specializovaný pro jedince s poruchou autistického spektra (dále jen „PAS“) v kombinaci s mentálním postižením a problémovým chováním.

Jednotlivé cíle formulujeme takto:

- zjistit nejčastější příčiny agresivního chování u jedinců s PAS v kombinaci s mentálním postižením a problémovým chováním,

- poukázat na možnosti eliminace problémového chování u jedinců s PAS v kombinaci s mentálním postižením a problémovým chováním
- analyzovat záznamy opatření omezující pohyb osob,
- zmínit metody práce s jedinci s PAS v kombinaci s mentálním postižením a problémovým chováním využívané zaměstnanci zařízení domova se zvláštním režimem

4.2 Výzkumná metoda a technika

Vzhledem k okolnostem, kdy jsme chtěli získat co největší množství informací o specifických domova se zvláštním režimem, konkrétně o chodu tak specifické sociální služby a příčiny agresivního chování u jedinců s PAS v kombinaci s mentálním postižením a problémovým chováním, dále jaká jsou specifika dokumentů týkající se opatření omezující pohyb osob dle § 89 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, rovněž možnosti eliminace problémového chování u výše zmíněných jedinců DZR a především metody práce s těmito jedinci v pobytové sociální službě, zvolili jsme zúčastněné pozorování. Dle Švaříčka a Šedové (2007) se jedná o „dlouhodobé, systematické a reflexivní sledování probíhajících aktivit přímo ve zkoumaném terénu s cílem objevit a reprezentovat sociální život a proces.“. V roli pozorovatele se odlišujeme od ostatních účastníků výzkumu, a to především tím, že máme odlišné záměry nebo nejsme iniciátory nastalých aktivit, nýbrž sledujeme jejich průběh, a to buď z povzdálí nebo jako přímí účastníci činnosti. (Švaříček a Šedová, 2007) Dle Skutila (2011) je tento výzkum založen na pozorování a následující analýze a zpracování jevů, kdy se jedná o výzkumnou metodu v případě, že je studie provedena s určitým účelem, cílená, plánovaná, systematická a především řízená, což znamená, že se pozorovatel drží svého projektu a plánu, který „obsahuje cíl pozorování, předmět pozorování, časový harmonogram, použité prostředky shromažďování dat, způsoby registrace jevů a jejich vyhodnocování.“ (Skutil, 2011, s. 101) Každý výzkum má své výhody i nevýhody. Za výhodu považuje Skutil (2011) a Švaříček a Šedová (2007) přirozenou a málo nákladnou metodu, a to přímé pozorování sledovaných účastníků a jevů a v neposlední řadě získání velkého počtu dat. Jako nevýhodu Skutil (2011) zmiňuje náročnou přípravu (jak organizační, tak odbornou či technickou), ovlivnění průběhu pozorování samotným výzkumníkem, časovou náročnost či osobnost zaznamenatele (specifika vnímání jevů, soustředění, zkušenosti, odborná úroveň, způsob zpravování získaných informací atd.). Pro zajištění tzv. triangulace dat, tedy dle

Hendla (2016) pro dostatečné množství, důvěryhodnost a platnost našich výsledků jsme kromě zúčastněného pozorování zvolili také analýzu dokumentů. Denzin (1989) in Hendl (2016, s. 151) rozlišuje tzv. datovou triangulaci, kterou označuje jako „použití různých datových zdrojů a odlišuje ji od použití různých metod sběru dat.“ Jak zmiňujeme výše, pro zajištění množství dat a validity výzkumu jsme zvolili analýzu dokumentů. Konkrétně se jedná o analýzu záznamů opatření omezujících pohyb osob, které zmiňuje § 89 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Dle Hendla (2016) lze za dokumenty označit data z minulosti, která byla vytvořena za nějakým účelem a jinou osobou než výzkumníkem (námi). Vyhledáváme data tedy v dokumentech, které již existují a zaměřujeme se pouze na data, která potřebujeme pro účel výzkumu. Hendl a Remr (2017) definují sekundární data a dokumenty obdobně jako Hendl (2016), kdy se jedná o shromážděné a vytvořené dokumenty jinou osobou. Dle formulací Hendla (2016) a Hendla a Remra (2017) se v našem případě jedná o oficiální dokumenty, do kterých řadíme např. výroční zprávy a osobní dokumenty ze zařízení jako jsou deníky a různé druhy záznamů. V našem případě se jednalo o analýzu dokumentů vztahujících se k záznamům opatření omezující pohyb osob a dokumentů z internetového systému, což je tzv. deníků klientů, kde má každý klient zaznamenán denní průběh jeho chování a zrealizovaných činností se zaměstnanci. Záznam opatření omezující pohyb osob musí mít dle § 89 odst. 6 písm. a–j, zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách jistá specifika, konkrétně se jedná o:

- a) uvedení jména, popř. jmen osob, na která byla opatření omezující pohyb osob (dále OOPO) použita a data narození těchto osob,
- b) datum, čas počátku a místo použití OOPO, také druh tohoto opatření,
- c) důvod použití OOPO,
- d) jméno, popř. jména osob, která OOPO použila,
- e) podání léčivého přípravku jako OOPO (ano, či ne),
- f) datum a čas ukončení OOPO,
- g) popis bezprostředně předcházející situace před použitím OOPO, popis průběhu situace OOPO a její zhodnocení, popis situace bezprostředně následující po OOPO,
- h) záznam o splnění povinnosti – informování zákonného zástupce, opatrovníka či jiné zastupující osoby o použití OOPO bezodkladně,

- i) popis případných poranění osob, ke kterým došlo při použití OOPO,
- j) popis způsobu informování osoby, na kterou byla OOPO použita.

Nevyplněný záznam použití opatření omezující pohyb je dle výše uvedených kritérií pro doplnění přílohou PI této diplomové práce.

Při analýze dokumentů a pozorování je rovněž neméně důležitou částí také to, jakým způsobem pozorované jevy zaznamenat, a to ať už se jedná o pozorování jevů přímo v zařízení, tak analýzu dokumentů a zpozornění při sledování pro nás důležitých dat, které z množství psaných dokumentů potřebujeme získat. Pro tyto případy se používá tzv. záznamový arch, který může mít různou podobu. Na základě předem daných kritérií výzkumu (naše kritéria viz. tabulka č. 2) se pozorovatel pokouší zapsat pro něj podstatné události a zachytit jejich začátek, průběh i konec. (Miovský, 2006) Miovský (2006, s. 201) rovněž říká, že „je bezpodmínečně nutné, aby tato zvolená kritéria byla kvalitně operacionalizovaná a bylo zřejmé, na základě, čeho a proč jsme danou událost identifikovali“. Pro náš výzkum jsme si určili předem konkrétní kritéria, na která jsme se při procesu získávání dat (pozorování) zaměřovali. Vzhledem k časté fluktuaci zaměstnanců jedním z kritérií je, zda se v zařízení jedná o zaměstnance stálého (zaměstnaného ve službě od započetí služby doposud nebo po dobu min. 1 roku), či zaměstnance novějšího (ve zkušební době, po zkušební době). Protože jsme dále chtěli zjistit, jak moc velký respekt má klient ze zaměstnance muže, či ženy, dalším pozorovaným kritériem je pohlaví zaměstnanců při práci s klienty. Dále při agresi klienta (náročné chování bez OOPO), či použití OOPO bylo zvoleno kritérium, jak zaměstnanec na situaci reaguje – zda se pokouší agresi zabránit, zda reaguje okamžitě či později, zda reaguje okamžitě silou či se pokouší být přiměřený, zda se zdá být smířen se situací, či zda mu situace přijde pro něj samotného neúnosná (nesmířen), případně zda reagují na agresi verbálně či neverbálně. Podobné kritérium bylo zvoleno i u klientů, a to konkrétně jak reaguje klient na zaměstnance při neklidu – zda je klient více agresivní, zda se uklidní, či nereaguje, dále jak dlouho agrese či OOPO trvá. V souvislosti s OOPO také zda došlo či nedošlo ke zranění zaměstnance nebo klienta během zásahu. Dalším kritériem bylo, zda klienti vyhledávají kontakt se zaměstnanci a ostatními klienty a případně zda je tento kontakt vyvolán od klienta samotného či zprostředkován zaměstnancem. Dalším kritériem bylo při našem pozorování zaměřit se na spouštěč agresivního chování u klienta, co konkrétně u něj vyvolalo neklid, tedy příčiny agresivního chování (nevyhovění požadavku klienta ze strany zaměstnance, přílišné požadavky od zaměstnance na klienta –

zaměstnanec aktivizuje klienta, který nechce být aktivizován, počasí, neznámé prostředí či neznámí lidé kolem klienta, bez příčiny, bolest způsobená dalšími okolnostmi u klienta – nemoc, nachlazení atp., velký počet lidí v prostředí klienta, medikace atd.). V souvislosti s agresivním chováním je předposlední kritérium zaměřeno na možnosti eliminace, tedy např. pokud se zaměstnanci snaží nějakým způsobem toto problémové chování dlouhodobě či krátkodobě eliminovat a případně jak. Pro přehlednost byla vytvořena tabulka kritérií (tabulka č. 5), kde zmiňujeme, o jaké kritérium se jedná, případně podrobnější specifika tohoto kritéria a na koho je zaměřeno. Posledním kritériem jsou metody práce, které zaměstnanci využívaly s klienty při práci s nimi. Kritéria jsou detailněji popsány v kapitole 5 Výsledky zpracování dat.

Tabulka 5 Přehled zvolených kritérií pro výzkum

Kritérium	Kritérium podrobněji	Na koho je kritérium zaměřeno
stálý zaměstnanec	od počátku služby doposud/min. 1 rok	zaměstnanec
nový zaměstnanec	ve zkušební době po zkušební době	
reakce zaměstnance při neklidu/agresi klienta	zabránění agresi	zaměstnanec na klienta
	okamžitá VS pozdější reakce	
	reakce silou okamžitě VS později	
	smířen se situací VS nesmířen se situací	
reakce klienta na zaměstnance	ano (uklidnění X gradace) VS bez reakce	klient na zaměstnance
zranění zaměstnance/klienta při neklidu či OPO	ano VS ne	zaměstnanec, klient
doba trvání agrese při OPO	do 30 min VS nad 30 min	klient
spouštěč agresivního chování	požadavky od zaměstnance (např. aktivizace klienta)	klient
	další okolní vlivy (bolest způsobena dalšími okolnostmi u klienta (nemoc, nachlazení atp.), počasí, prostředí, medikace, změna režimu apod.)	
	bez příčiny	
kontakt	ano VS ne	klient, zaměstnanec

	o jaký kontakt se jedná (klient – klient, klient – zaměstnanec)	
	vyhledávání ze strany klienta	
	zprostředkování pomocí zaměstnance	
eliminace problémového chování	ano VS ne	klient, zaměstnanec
	jaké jsou možnosti eliminace (např. denní režim, práce s klientem, kontakt atp.)	
metody práce využívané s klienty ze strany zaměstnanců	jaké konkrétní metody práce zaměstnanci využívány	zaměstnanec

4.3 Výzkumný soubor

Vzhledem ke specifickým požadavkům cílové skupiny, tedy i výzkumného souboru byl osloven 1 domov se zvláštním režimem, ve kterém nám bylo umožněno provést výzkum. I přes specifika cílové skupiny jedinců s PAS v kombinaci s mentálním postižením a problémovým chováním nám byl vedením zařízení, které jsme písemně oslovili pomocí e-mailu, umožněn výzkum naší diplomové práce. Požadovali jsme možnost provést dlouhodobé pozorování přímo v zařízení a analýzu dokumentů souvisejících se specifickou sociální službou, konkrétně dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách § 89, dokumenty týkající se opatření omezující pohyb osob (§ 89 zákon č. 108/2006 Sb.), případě i další dostupná data. Výběr výzkumného souboru pro nás byl záměrný, a to především pro získání specifických dat a informací, jak říká Mareš (2015) jde v tomto případě o snahu maximalizovat užitečné informace, které jsou víceméně předem vybrány dle předpokládaného obsahu informací (v našem případě specifický režim a ochrana v domově se zvláštním režimem, opatření omezující pohyb osob, agresivní chování jedinců, specifické tzv. antivandal vybavení domova se zvláštním režimem atp.). Výzkumným souborem jsou tedy klienti a zaměstnanci domova se zvláštním režimem, který je specifický pro lidi s poruchou autistického spektra v kombinaci s mentálním postižením a problémovým chováním. Tento základní výzkumný soubor byl po zajištění kvality výzkumu, tedy po stanovení cílů a fází výzkumu (Hendl, 2016), vybrán záměrným výběrem a konkrétně je složený z klientů pobývajících v domově se zvláštním režimem a

ze zaměstnanců, a to jak v přímé péči, tak administrativních pracovníků. Jedná se celkem o 9 klientů domova se zvláštním režimem s poruchou autistického spektra v kombinaci s mentálním postižením a problémovým chováním, kdy 5 jedinců je z domácnosti dětí a 4 z domácnosti dospělých. Věk klientů služby se pohyboval v rozmezí od 10 do 26 let a každý z klientů projevuje různé problémové chování (např. sebepoškozování, agrese vůči jiným osobám, agrese vůči majetku apod. – dále viz tabulka 1). Dále se našeho výzkumu účastnilo 29 zaměstnanců pobytové služby, kdy v přímé péči je 26 zaměstnanců střídajících se ve dvousměnném provozu po 12hodinových směnách – na pozici pracovníků v sociálních službách (na 1 domácnost připadá 13 zaměstnanců v přímé péči). Dále se do výzkumného souboru řadí 2 vedoucí – domácnosti dětí a dospělých, a 1 sociální pracovníce v jednosměnném 8hodinném provozu. Praxe zaměstnanců v přímé péči v zařízení domova se zvláštním režimem je převážně 1–2 roky. U zaměstnanců v přímé péči je důležitým kritériem pohlaví, které vzhledem k cílové skupině služby může mít vliv na respekt zaměstnance ze strany klienta a práce s ním samotným. Našeho výzkumu se z celkového počtu 29 zaměstnanců služby účastnilo 5 mužů a 24 žen. Dle Hendla (2016) je přímý kontakt zaměstnanců a klientů pro náš výzkum výhodou, protože můžeme pozorovat jejich blízký vztah v přirozeném prostředí, což je velmi podstatné při našem pozorování v obou domácnostech, protože chceme získat množství informací nejen o chodu a specifikách této pobytové sociální služby, ale také možnosti eliminace problémového chování jedinců s poruchou autistického spektra a metody využívané zaměstnanci při práci s těmito lidmi. Pro lepší orientaci a interpretaci dat výzkumu jsme pro klienty zvolili přezdívky. Pro přehlednost byla vytvořena tabulka Přehled klientů DZR (tabulka č. 6 níže). V tabulce zobrazujeme přezdívky Děť1-5, které znamenají označení klientů domácnosti dětí, přezdívky Dos1 – 4 znamenají označení klientů domácnosti dospělých. V tabulce rovněž uvádíme věk klienta, druh jeho problémového chování a počet léků, které užívají klienti celkem za den. Rovněž uvádíme délku pobytu klienta v zařízení (k dubnu 2022, což byl poslední měsíc našeho pozorování). Délka pobytu klienta je důležitá vzhledem k adaptaci klienta na prostředí domova se zvláštním režimem, proto jsme zjišťovali i tyto údaje. Druh problémového chování, který vyobrazujeme v tabulce vychází z terminologie Emersona (2008), ale vzhledem ke specifickým vzorcům tohoto chování jsou určité typy či druhy přiřazeny konkrétnímu klientovi, který zmíněným typem projevuje své problémové rysy. V tabulce vyobrazujeme také nejčastější příčinu problémového chování u každého klienta. Rovněž zmiňujeme pohlaví klientů DZR. Vzhledem k tomu, že pro náš výzkum je velmi důležité i zařízení a jeho specifika, ať už speciálního vybavení, tak práce s klienty,

rozhodli jsme se popsat zmíněné zařízení domova se zvláštním režimem v této části. Popis zařízení vychází z našeho pozorování a z webových stránek služby, které vzhledem k anonymitě neuvádíme. Jak již zmiňujeme výše, jedná se o zařízení pobytové sociální služby domova se zvláštním režimem, která je určena pro jedince poruchou autistického spektra v kombinaci s mentálním postižením a problémovým chováním (dle služby samotné je za problémové chování považováno takové chování, které je dlouhodobé problémové a společensky neakceptovatelné, kdy tato osoba není schopna respektovat normy chování v úrovni odpovídající věku, resp. Rozumovým schopnostem, neboť mechanismy chování této osoby jsou výrazně oslavené nebo zcela nefunkční a osoba tak ohrožuje zdraví své a dalších osob. Cílovou skupinou jsou tedy jedinci s PAS s kombinovaným mentálním postižením a problémovým chováním ve věku od 6 do 35 let, které vyžadují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby a mají z důvodu PAS sníženou soběstačnost. Kapacita služby je celkem 11 klientů (5 klientů domácnosti dospělých a 6 klientů domácnosti dětí). V celém zařízení je vzhledem k cílové skupině speciální ochranná vybavení, jako jsou například ochranné kryty pro TV a PC, antivandal koupelny a pokoje klientů, uzamykatelné skříně, speciální okenní skla, připevněný nábytek, bezpečnostní matrace, možnost uzavíratelných prostor, místnost bezpečného pobytu apod. V zařízení je v případě nutnosti a ohrožení života klienta či zaměstnance (vzhledem k agresi klienta) možnost spustit tzv. alarm. Jedná se o speciální hodinky, kteří jsou zaměstnanci povinni při vykonávání své služby nosit na ruce. V případě, kdy jakékoliv problémové chování klienta nelze zvládat např. na domácnosti v počtu přítomných zaměstnanců, je spuštěn alarm – po celém zařízení se rozezní pípání alarmu a další zaměstnanci (např. z druhé domácnosti) běží co nejrychleji na pomoc na domácnost či do prostor zařízení, kde probíhá agrese klienta. V případě ohrožení a neustávání agrese mohou být použity opatření omezující pohyb osob, kdy se zaměstnanci drží dle § 89 o opatření omezující pohyb osob, vycházející se zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Klient je před zásahem několikrát slovně vyzván ke zklidnění a je i slovně upozorněn, že pokud nebudou jeho útoky ustávat, budou ho muset zaměstnanci chytit. Prázdný záznam opatření omezující pohyb osob lze vidět v příloze naší diplomové práce. Zařízení DZN má smlouvu s bezpečnostní službou a v případě jejich neodvolání (či stisknutí alarmu/tísne na hodinách ještě jednou), do 10-15 min automaticky dorazí do DZR i externí zaměstnanec, který se drží pokyny zaměstnanců interních. Tíseň na hodinkách lze v případě zmáčknutí tlačítko do 5 sekund odvolat. Zaměstnanci jsou pravidelně proškolení v opatření omezující pohyb osob a v šetrných úchopech, aby bezpečně chránili nejen sebe, ale i klienty či své

kolegy. Zařízení DZR nabízí zaměstnancům i mnoho dalších rozmanitých školení, které je pro ně přínosné při řešení problémového chování, či jsou jim poskytovány pravidelné supervize. Vzhledem k tomu, že v tabulce č. 6 zmiňujeme i projevy problémového chování u klientů DZR, níže zmiňujeme tyto projevy, které vyplynuly z pozorování i z listinných dokumentů, detailněji (viz. kapitola 5 Výsledky zpracování dat).

Tabulka 6 Přehled klientů DZR

Přezdí vka	Věk	Pohlaví	Délka pobytu v DZR k dubnu 2022	Počet léků/ den	Druh problémového chování	Nejčastější spouštěč problémového chování
Děť1	16	M	16 měsíců	21,5	Agrese vůči druhým osobám (kousání, tahání, škrábání), sebepoškozování (bouchání do přední části hlavy)	Nevyhovění požadavku od klienta, aktivizace, medikace
Děť2	7	M	12 měsíců	18	Agrese vůči druhým osobám (kousání, škrábání, bouchání, tahání, kopání), agrese vůči majetku (rozbíjení židlí, stolů, elektroniky, bouchání dveřmi), sebepoškozování (skřípání zubů)	Nedodržení režimu, nevyhovění požadavku od klienta, aktivizace
Děť3	11	Ž	7 měsíců	3,5	Sebepoškozování (kousání), agrese vůči druhým osobám (kousání, štípání, tahání)	Záporná slova jako „Ne.“, aktivizace, křik
Děť4	13	M	12 měsíců	10	Agrese vůči druhým osobám (bouchání)	Aktivizace, nevyhovění požadavku, potřeba upoutat na sebe pozornost

Dět5	16	M	4 měsíce	6,5	Agrese vůči druhým osobám (bouchání), sebepoškozování (kousání, obnovování již vzniklých ran)	Věci související se školou (zpracování úkolů, jízda do školy), aktivizace, nevyhovění požadavku od klienta
Dos1	18	M	12 měsíců	2	Agrese vůči majetku (likvidace a bouchání do nábytku, vylamování dveří, trhání oblečení na kusy – vlastního i cizího, trhání věcí, odtrhávání štítků z oblečení atp.), agrese vůči druhým osobám (kousání, chytání za hlavu a krk)	Hluk (pila, siréna, auta, křik či zvuky jiného klienta), jídlo (hlad, chuť na pochutiny), křik na klienta, aktivizace, nevyhovění požadavku od klienta, znečištění klienta
Dos2	27	M	15 měsíců	7	Agrese vůči druhým osobám (verbální agrese – vulgární nadávky, křik; fyzická agrese – bouchání pěstmi, plivání)	Témata týkající se rodiny (klient se nestýká s rodiči ani sourozenci, nesnese jejich přítomnost – ta v něm vyvolává agresivní raptý), zpívání a pouštění písniček, přílišná aktivizace, rozkazovací věty (např. „Stůj!“), sladké jídlo, agrese jiných klientů (především velký hluk, křik)

Dos3	27	M	16 měsíců	8,5	Sebepoškozování (bouchání do zadní části hlavy), agrese vůči majetku (rozbíjení židlí a stolů, elektroniky a jiného náčiní) agrese vůči druhým osobám (bouchání pěstmi, házení předmětů na druhé osoby)	Stesk po matce, aktivizace, nevyhovění požadavku, potřeba upoutat na sebe pozornost, žárlivost na jiné klienty.
Dos4	21	M	16 měsíců	2	Agrese vůči druhým osobám (verbální – hlasitý křik slov „Ne!“, fyzická – štípání)	Aktivizace klienta, agrese jiného klienta (při útoku na něj samotného).

4.4 Způsob zpracování dat

Vzhledem k námi předem určeným cílům a sběru dat pomocí dlouhodobého pozorování a také zařízením dodaných dokumentů (především záznamy opatření omezující pohyb osob a deníky klientů) jsme se rozhodli pro zpracování dat pomocí případové studie zařízení domova se zvláštním režimem. Dle sběru našich dat a předem určených cílů jsme se zaměřili tedy na případovou studii, kdy její jednotkou je dle Mareše (2015, s. 115) tzv. „případ, kterým se rozumí hlavní předmět zkoumání“. Pojem případová studie (*case study*) není snadné definovat, protože obsahuje spoustu přístupů, typů studií a aspektů sledovaného případu či případů. Za nejbližší (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). Dle Miovského (2006) se tyto případové studie v oborech psychologie, psychiatrie a v našem případě i pedagogiky považuje za nejrozšířenější metodu a staly se přelomovými u těchto významných oborů. Švaříček a Šedřová (2011) dle srovnání Bassery (1999), Stake (1995) a Yin (2003) říkají, podobně jako Mareš (2015, s. 116), že „případová studie je empirickým designem, jehož smyslem je velmi podrobné zkoumání a porozumění jednomu nebo

několika málo případů. V sociálněvědním výzkumu mnohdy bývá případová studie vymezena také jako „Systematické studium subjektu nebo subjektů s definovanými hranicemi, prováděné v kontextu dané situace a zkoumáním hlubších údajů a východisek, charakteristik sociálního prostředí, kultury a interakcí. Jde o systematické šíření událostí, jejichž cílem je popsat a vysvětlit fenomén, o který se zajímáme.“ (Bromley, 1986 in Chrastina, 2019, s. 51) Klíčovou charakteristikou je sběr skutečných dat, který musí být vztahující se k objektu výzkumu (případu).“ Dle Miovského (2006) případová studie zkoumá kromě osob či skupiny lidí i např. celé organizace. V našem případě se jedná o celé zařízení sociálních služeb, konkrétně domova se zvláštním režimem pro klienty s poruchou autistického spektra v kombinaci s mentálním postižením a problémovým chováním. Klienti a zaměstnanci domova se zvláštním režimem jsou v tomto případě pro nás jednotlivými případy, které ve výsledku budou tvořit celek. Detailní popis účastníků výzkumu a specifika klientů, u kterých proběhlo dlouhodobé pozorování v zařízení (jejich věk, počet podávaných léků, projevy agresivního chování apod.) lze vidět v tabulce č. 5. Vzhledem k tomu, že našimi cíli v diplomové práci je vylíčit specifika domova se zvláštním režimem, a to tedy konkrétně pospat režim, činnosti a vztahy v domově se zvláštním režimem, který je specializovaný pro jedince s poruchou autistického spektra v kombinaci s mentálním postižením a problémovým chováním, zjistit příčiny a možnosti eliminace problémového chování těchto jedinců a analyzovat dokumenty opatření omezující pohyb osob, je provázání mezi případy důležité, a vzhledem k realitě, kdy výzkumné pozorování probíhalo v přirozeném prostředí jedinců, tedy i případů, byla zvolena právě případová studie (*case study*). 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, jak již zmiňujeme výše (Švaříček a Šedřová, 2007), což jsme při našem pozorování v domově se zvláštním režimem považovali za velkou výhodu. Mareš (2015) rozlišuje 2 typy případových studií:

- jednopřípadové či individuální případové studie (*case study*),
- studie s více než jedním případem – vícepřípadová studie (*multiple-case study*).

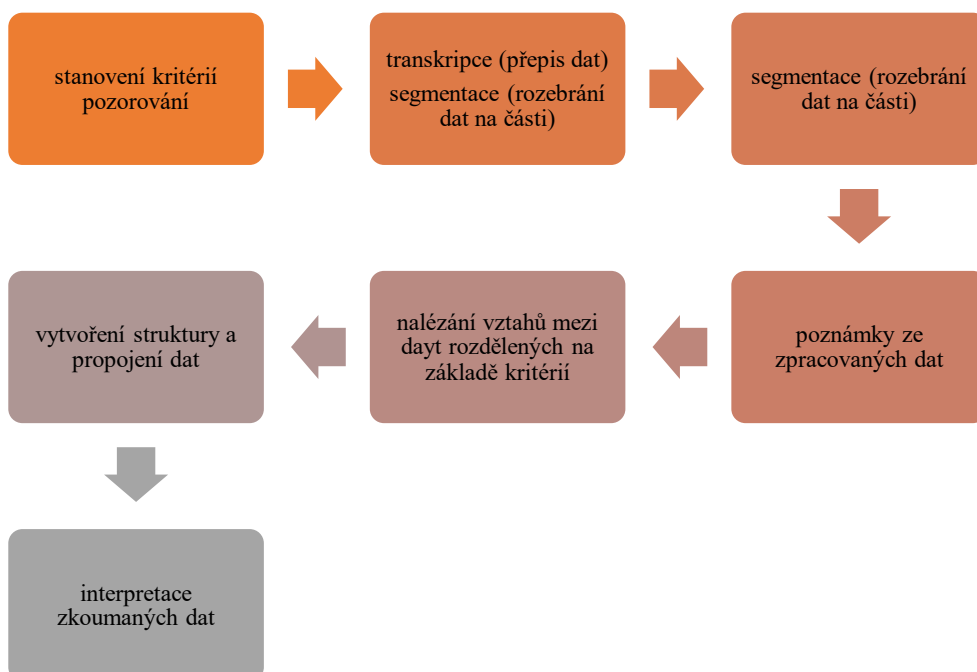
Chrastina (2019) vymezuje 2 typy tohoto výzkumného přístupu dle aplikačního přesahu, kdy se jedná o:

- **nomotetický přístup** (*nomothetic approach*) – zde se využívá studia většího počtu osob a fakta ze zkoumání tak mohou být zobecněny,

- **idiografický přístup** (*idiographic approach*) – v tomto přístupu se věnujeme studiu jednotlivce a snažíme se o zachycení originality a specifických zkušeností.

Pro účely naší diplomové práce bylo použito pozorování, které je dle Skutila (2011) náročné jak z organizačních důvodů, tak důvodů např. časových či osobnostních. Tímto jsme se nenechali odradit, a i přes zmíněné nevýhody jsme zvolili zúčastněné pozorování. Skutil (2011) a Švaříček a Šedová (2007) zmiňují jako výhodu tohoto sběru dat získání velkého počtu výzkumného materiálu a jejich sběr v přirozeném prostředí účastníků výzkumu, což se podařilo i nám, kdy jsme sesbírali velké množství dat z pozorování a byly nám rovněž dodány další dokumenty, jako jsou např. deníky klientů a záznamy opatření omezující pohyb osob. Dle Skutila (2011) je postup zpracování dat závislý na jejich sběru, kdy ať už jsme seskupili data pomocí přepisu, rozhovoru či pozorování (a jeho následného přepsání do poznámek). V rámci zpracovávání analýzy se jedná o souhrn po sobě jdoucích operací. Tyto operace uvádíme pro přehlednost ve schématu níže.

Obrázek 1 Schéma postupu a zpracování pozorování



Naše výzkumné šetření bylo provedeno na základě fází, které uvádí Hendl (2005, s. 120) a jedná se o:

- a) *přípravnou fázi* – v této části jsme si stanovovali cíle diplomové práce;
- b) *plán výzkumu* – tato fáze slouží pro volbu konkrétních případů, na které se chce výzkumník zaměřit. V našem případě se jedná o celou skupinu, konkrétně skupinu zaměstnanců a klientů v domově se zvláštním režimem, s ohledem na stanovené cíle naší diplomové práce, kdy se zaměřujeme např. na příčiny a možnosti eliminace problémového chování, na práci s klienty jako takovou, či na analýzu dokumentů opatření omezující pohyb osob;
- c) *provedení studie* – při této fázi jde především o seskupení množství dat případů, kdy pro sběr dat jsme v našem případě po písemném schválení ze strany ředitele zařízení použili pozorování a analýzu dokumentů (deníky klientů a záznamy opatření omezující pohyb osob). V celé práci je zachována anonymita zařízení i účastníků výzkumu.;
- d) *zprávu o výsledcích výzkumu* – v poslední fázi se jedná o předložení výsledků a zjištění na základě předem stanovených kritérií.

Při zpracování dat jsme se drželi našeho schématu výše (obrázek č. 1), kdy jsme si předem stanovili kritéria pro náš výzkum, na která jsme se zaměřovali jak během zúčastněného pozorování v zařízení domova se zvláštním režimem, tak během zpracování dat dodaných zařízením (deníky klientů, záznamy OOPO). Kritéria detailněji zmiňujeme v tabulce č. 5. Dále proběhl přepis pozorování do formy záznamů pro lepší orientaci a po opakovaném čtení rozdělení dat na různé části dle již zmíněných kritérií, kdy jsme si během tohoto procesu do dat zaznamenávali pro nás důležité poznámky, které byly důležité pro nalézání vztahů mezi rozdělenými daty a vytržnými daty. Po tomto procesu vzniklo vytvoření skupin a vzájemné propojení dat do celku s následnou interpretací dat.

5 VÝSLEDKY ZPRACOVÁNÍ DAT

Jak již zmiňujeme výše, na základě předem stanovených kritérií jsme data rozdělili, a to na základě tabulky č. 1. Tyto skupiny zmiňujeme a popisujeme níže s již konkrétními záznamy z pozorování a dokumentů (deníky klientů, záznamy OPO). U záznamů z těchto dat zmiňujeme vždy přezdívku účastníka výzkumu, aby bylo zřejmé, o jakého klienta se jedná, vzhledem ke specifickým projevům každého z nich. Zmíněný záznam z reálných dat je celek jak z pozorování, tak z analýzy dokumentů. V popisu jednotlivých kritérií a přímých záznamů z pozorování a dat z listinných dokumentů nejdřív zmiňujeme pro přehled data z domácnosti dospělých a poté z domácnosti dětí, data mezi sebou jsou ale vzájemně propojena a je na ně nahlíženo jako na celek (celé zařízení DZR). Pro zajímavost budeme tyto dvě domácnosti poté porovnávat, vzhledem k tomu, že problémové chování klientů se liší napříč zařízeními a mohou se vzhledem k počtu zaměstnanců zařízení DZR lišit také přístupy a práce, která je ze strany zaměstnanců ke klientům vedena

Přehled klientů DZR – projevy problémového chování

Jak jsme již zmínili výše u tabulky č. 2, v této části popisujeme problémové chování klientů DZR detailněji. Rozdělili jsme tyto projevy agrese na **verbální** a **fyzické**. Všechny tyto data, vztahující se k projevům problémového chování vyplynuly z pozorování a z listinných dokumentů (deníky klientů, záznamy OPO). U verbálních projevů se jednalo například o projevy ve smyslu křiku (vydávání hlasitých zvuků), křiku již konkrétních slov, vulgárních nadávek, pískor apod. Např: Dos2: „. K večeru ve společenské místnosti relaxoval u tabletu a sám si na něm najednou spustil stránky YouTube a spustil lidové písně. PSS se ihned se snažily odpoutat jeho pozornost od tabletu a namotivovat klienta k podílení se na přípravě večeře, což se nezdařilo. Po pár minutách poslech hudby přešel u klienta v neklid, kdy vykřikoval o L., používal sprostá slova, řval z plných plic, plival, pobíhal po společenské místnosti a snažil se v křiku útočit na PSS...Klient se při příchodu noční směny nacházel na své BJ. Jevil se značně rozrušený, hlasitě křičel vykazoval PSS se své BJ. PSS se s klientem domluvila, že až bude chtít poskytne mu podporu při večerní hygieně. PSS se klienta opakovaně pokoušela uklidnit, ale klient byl stále rozrušen a tvořila se mu pěna u úst. Jeho projevy agrese však nepřerostli v atak a po čase se podařilo PSS rozhovorem jeho neklid zklidnit...Klientovi byly podány léky, klient se jevil mírně rozrušen. Po odchodu SDOP se začal projevovat velice rozrušeně hlasitým křikem a nadávkami. Proto mu byl poskytnut dostatečný prostor pro relaxaci, byla mu poskytnuta podpora při WC a snídaně mu byla poskytnuta na BJ. Následně bylo klientovi umožněno

relaxovat na své BJ. Klient se i nadále jevil velice neklidný, a proto mu byl oběd taktéž poskytnut na BJ...Po příchodu noční směny byl klient na své BJ. Na jakoukoliv otázku ze strany PSS reagoval rozrušeně a negativně – řval, plival. PSS jej verbálně zklidňovali, aby nepřešel klient do plné agrese...Po příchodu noční směny klient relaxoval ve společenské místnosti a pracoval s tabletem. V 19h klient náhle vyskočil ze sedačky a začal hlasitě křičet, že L. zůstává, já odjíždím. PSS řekl klientovi, aby šel na svou BJ, ale ten se rozzlobil a rozběhl se na PSS, kterého honil kolem sedací soupravy. Klient byl verbálně zklidňován i ostatními PSS. Podařilo se a klient byl nasměrován na svou BJ, kde neustále vykřikoval a nadával. PSS monitorovaly klienta, ale ten je vždy vykázal ze své BJ...Klient se po probuzení jevil opět neklidný a byl mu ponechán delší čas na probrání. Při snídani se již jevilo, že neklid ustupuje a klient byl rozptylován hovorem na různá témata...Klient po ranním probuzení hned používal fráze, které se umocňují v průběhu dne při neklidu („Zůstává tady L., nachystej P., odjíždíme!“). S dohledem PSS se převlékl z pyžama, zastlal lůžkoviny, požádal PSS o oblečení ponožek, snídani chtěl na BJ, odmítal jít do jídelny – zvyšoval hlas. Po polední relaxaci se jeho stav nelepšil, křičel, že obě PSS chytne na za nohy a vyhodí z okna, mluvil se svými imaginárními přáteli, což se stupňovalo až do křiku. Klient odmítal jít na vycházku i veškeré aktivity. Při podávání večere, kterou klient opět odmítal jíst v jídelně, šla PSS na jeho BJ, kdy klient začal křičet, že L. zůstává, na což mu PSS odpověděla, že zůstává a klient se rozběhl proti ní ve snaze ji napadnout. PSS vyběhla z BJ, zavřela dveře, ale klient je otevřel, křičel a prudce s nimi bouchl (zavřel BJ) a opět komunikoval se svými imaginárními...Klient po obědě a podání léků z ničeho nic vyskočil, začal křičet na PSS a zdravotního bratra. Také po přítomných plival a používal své fráze při agresi - "L. zůstává, já odjíždím". Choval se velmi agresivně. PSS se jej pokoušely zklidnit mluvením a po chvíli se jim podařilo, aby klient odešel na svou BJ. Místo odpoledního odpočinku trávil čas na WC, které stále neustále splachoval. Při příchodu PSS na jeho BJ se jeho agresivní chování vždy prudce zhoršilo, chtěl PSS napadnout. Jídlo mu bylo podáváno celé odpoledne na jeho BJ. Celé odpoledne mluvil se svými imaginárními přáteli, což se stupňovalo až do křiku. Klient odmítal jít na vycházku i veškeré aktivity...Celé odpoledne byl klient velmi neklidný, agresivní a nechtěl s PSS spolupracovat (byl vulgární, křičel na PSS). Jídlo mu bylo podáváno na jeho BJ.“ Dos4: „Když zůstal v pokoji sám narážel ramenem do skříně a kopal do nočního stolku. PSS klienta verbálně zklidňovali. Na jakoukoliv otázku reagoval hlasitým „Ne! Běž pryč!“. Na oběd snědl pouze polévku a druhé jídlo s hlasitým „Ne! Ne!“ vysypal do koše...V dopoledních hodinách se jevil neklidný, chodil neustále vyhlížet z okna, občas zakřičel.

Kolem oběda se agrese začala zvyšovat, dožadoval se ovladače od TV, křičel, byl PSS verbálně zklidňován. Na oběd snědl pouze polévku, druhé vyhodil do koše se slovy „Ne! Ne!“...klient hlasitě křičel „Ne! Ne!“ a oběma rukama bouchal do PSS...”

U fyzických projevů se jednalo především o projevy s přímým tělesným konfliktem, ať už klient proti zaměstnanci, jinému klientovi nebo sobě samotnému, např. o kousání, škrabání, štípání, bouchání či útok pomocí předmětu na jiného člověka či pouze deformace předmětů kolem agresivního klienta, případně další různé kombinované formy chování, které jsou u každého klienta velmi individuální. Z pozorování a listinných dat se jednalo např. o: Dos1: „Vybíhal ze své BJ, měl ruce zdvižené do výšky. Když šel ze zahrady a podával PSS svou mikinu, stála PSS ve dveřích kanceláře. V tom ji klient agresivně odstrčil a vběhl do kanceláře, kde popadl knihu zdravotních záznamů a chtěl ji roztrhnout. PSS mu v tomto bránila, ale i tak se klientovi podařilo knihu PSS vytrhnout z ruky a odhodit na skříň. Klient PSS popadl za hlavu a snažil se ji pokousat...klient spatřil piktogramy klienta Dos4 na stole ve společenské místnosti, vzal je a hodil je za lednici klientů. Klient Dos4 do klienta Dos1 strčil, piktogramy mu vzal a snažil se ho poštipat...Vyběhl ze své BJ se zdviženýma rukama a hlasitým křikem. Jevil se neklidný, dožadoval se jídla a dobíval se do uzamčené kuchyně. Poté bouchal do věcí na své BJ a snažil se chytit PSS...Dopoledne pobýval na své BJ, odkud se ozývaly hlasité výkřiky a bouchání do nábytku...Jevil se neklidný a rozrušený, vybíhal ze své BJ. Když se mu připravovala snídaně, popadl hrnek druhého klienta a vypil ho jeho obsah... v odpoledních hodinách se klientovo chování nelepšilo, vybíhal ze své BJ na zahradu, lomcoval se skříněmi a stavěl se negativně vůči PSS. Vběhl do chodby v šatně a zde strhal fotky klientů ze skříněk...Vybíhal z BJ, strhával fotky ze struktury zaměstnanců a házel je polootevřeným oknem na své BJ ven. Lomcoval s dvířky od skříněk a domáhal se jídla v kuchyni (již 3x po večeři). Dále v neklidu pokračoval boucháním pěstmi do dveří a oken...V odpoledních hodinách klient vybíhal neustále ze své BJ, střídavě oblečený a nahý. Dožadoval se jídla, přičemž chytil PSS za vlasy...Vybíhal z pokoje, projevoval se velice hlasitě, křičel a zároveň poplakával, následně opakovaně vběhl na terasu. Dožadoval se jídla v kuchyni. Napadal PSS...Hlasitě vykřikoval, chvílemi bušil do WC na své BJ, proto byl PSS verbálně zklidňován. Několikrát vybíhal ze své BJ na zahradu a prošel se z chodby do kuchyně. V odpoledních hodinách roztrhal výkresy jinému klientovi, kterého tím zneklidnil. Až do večere vybíhal ze své BJ a byl neklidný... Klient se během dne snažil několikrát dostat do velína (*řídící místnost pro PSS*), kde se díky silnému bouchání i přes uzavřené dveře na

čip, dostal. Vylil zde pití zaměstnanců a snědli jejich svačinu...Jevil se neklidný, se zdviženýma rukama vykřikoval a pobíhal po domácnosti. Dožadoval se vstupu do velína, avšak přes zavřené i uzamčené dveře se mu to nepodařilo. Stál před velínem a stále bušil vší silou do dveří, křičel, kvílel a ohlížel se po všech přítomných PSS. U sprchování poté křičel a dělal prudké pohyby, bušil do sprchového zařízení... Po snídani klient s křikem vyběhl z pokoje a snažil se násilím dostat do velína. Klient tak dlouho bušil do dveří, až dveře povolili a klient se dostal dovnitř. Ve velíně klient roztrhl papír a vzal prázdnou misku, kterou tam viděl. Zbytek dopoledne klient několikrát vyšel s křikem na terasu a zahradu. Po obědě klient opět vyběhl s křikem ze své BJ a snažil se lomcovat skříňkou, kde má schované sladkosti...Ihned po obědě klient začal vybíhat z BJ a dožadovat se sladkostí uložených ve skřínce ve společenské místnosti. Křičel, hrubě bouchal do krytu televize a útočil na přítomné PSS. Urputně se snažil dostat do uzamčené skříňky a úchytem vespod za dvířka se tyto snažil vší silou otevřít. Klient byl verbálně zklidňován a klidným hlasem motivován k aktivitě (vkládačky, puzzle). Toto klient rázně odmítal a házel kostkami po společenské místnosti. Na BJ pořukával do nábytku, tleskal a projevoval se hlučně. Stále vycházel do společenské místnosti a otevíral skříňku, kde ještě včera byly sladkosti. U toho hlasitě křičel a rozhlížel se po místnosti a ostatních přítomných klientech i PSS. Klient následně roztrhal kraťasy, které měl na sobě, běhal nahý po společenské místnosti a chtěl vyjít na terasu...Po snídani se vrátil na svou BJ, kde další tepláky roztrhal. Po celý den se jevil neklidný, neustále vybíhal ze své BJ. Při obědě byl nervózní, popadl židli a několikrát s ní uhodil o zem. PSS klienta verbálně zklidňovala, ten si sedl na židli, houpal se na ní tak, že ji celou rozviklal. Dožadoval se sladkostí, když je nedostal, tak hlasitě křičel, bouchal dveřmi, bušil do krytu televize. Klient během dne několikrát rozrazil...Klient se dostal i přes zavřené dveře od velína, kde pracovala PSS na PC a popadl klíč od schránky na klíče a hodil jej na skříň. Několikrát se situace opakovala a klient na verbální uklidňování nereagoval a vylil tekutiny na písemnosti. Po celý den se jevil nervózní a neklidný...Několikrát se snažil dobývat na BJ jiného klienta, který s tím nesouhlasil – v tom se mu PSS podařilo fyzicky i verbálně zabránit...Vybíhal s rukama nad hlavou. Vzhledem k tomu, že klient často vstupoval do operační místnosti, kde poté trhal papíry a rozhazoval věci, byla tato místnost uzamčena. Klient se snažil otevřít dveře do operační místnosti, což se mu nedařilo a jeho agrese se stupňovala. Lomcoval s dveřmi, kopal do nich, tloukl pěstmi, narážel celým tělem a pokoušel se i o odtržení kliky a čidel pro otevření. Velmi hlasitě křičel a nereagoval na snahu PSS o zklidnění. PSS se nepodařilo přeměřovat jeho pozornost na jinou činnost a ani o nabízené nápoje a pochutiny nejevil

zájem. Vzhledem k tomu, že se ani po 15 min nepodařilo klienta zklidnit, byl na pomoc přivolán VDDět. Vedoucí dětí klienta od dveří odvrátil a nasměroval na jeho BJ. Po zklidnění situace bylo zjištěno, že dveře od operační nelze otevřít...Vybíhal z BJ do společenské místnosti, kuchyně a na terasu, křičel a byl obnažený. Nějakou chvíli trvalo, než se přítomným PSS podařilo klienta vlídným hlasem zklidnit a dostat na BJ, aby se s dopomocí oblékl...Během dopoledne opakovaně vyčkával před velínem, aby se mohl dostat dovnitř. Podařilo se mu 3x vstoupit do velína a domáhal se vody u kávovaru. Klient byl vždy ve spolupráci přítomných PSS vyveden z kanceláře. Při chystání oběda se klient chtěl pohybovat v kuchyni, byl PSS upozorněn, že si má sednout ke stolu. Klient na PSS zaútočil, chytil jej za krk a chtěl se přiblížit k jeho obličej. PSS útok odvrátil a klient byl ke zklidnění odveden na BJ. Během dne klient navštívil několikrát opakovaně BJ klienta Dos4, odkud byl klient Dos1 vyveden PSS. V jednom případě z mezidveří sebral fotky rodičů klienta Dos4 a následně je oknem svého pokoje vyhodil ven...poté klient vyšel do společenské místnosti a byl nasměrován do jídelny, kde měl na svém stole připravenou snídani. Klient přistoupil ke stolu, chytil židli za opěradlo a středně silnými údery ji bouchal o zem. PSS ke klientovi přistoupila verbálně ho zklidňovala...Celé dopoledne vybíhal ze své BJ a jevílo se, že hledá, co by zničil. Několikrát se dobýval do velína...jevíl se velice neklidný. Kolem 6.50 začal klient bouchat okenicí v tom mu PSS zabránil, klient chtěl chytit za hlavu to PSS odmítl a lehce jej poškrábal. V tom klient opakovaně PSS napadnul chycením za hlavu a začal jej mlátit po hlavě. Toto PSS odvracel, dále klient přiběhl k televizi ve společenské místnosti a začal prudce bouchat do ochranného skla v tom mu PSS znovu zabránil a klient jej opakovaně napadnul. Zdálo se, že si klient vyžaduje další jídlo, přesto všechno že již byl po druhé snídani. Dále klient chtěl přítomné PSS znovu napadnout a PSS mezi klienta a něj dal bezpečnostní matraci a takto jej dovedl na BJ...Během dopoledne byl klient dost neklidný. Několikrát vyběhl do společenské místnosti s křikem a silně bouchal do plexiskla od TV které se prohýbalo, snažil se dostat do kanceláře a několikrát se rozběhl proti PSS, která vždy stačila včas uhnout. Během oběda klient nechtěl moc jíst a několikrát od jídla odběhl s křikem do společenské místnosti, kde se snažil házet věci na skříň. Klient byl celou dobu verbálně i neverbálně zklidňován a vyzíván ať takového chování zanechá, klient i přes veškeré upozornění nereagoval a nadále se jeho agrese stupňovala. Během oběda klient vběhl na BJ klienta Dos2, kde popadl větráček, rozlomil ho na půl a hodil s ním o zeď, čímž došlo k jeho zničení. Klient Dos1 byl odveden na jeho BJ aby se zklidnil, ale ihned na to se klient Dos1 rozběhl do pokoje klienta Dos4. PSS, která byla zrovna poblíž, dveře ihned zavřela a

uzamkla, aby se tam klient nedostal a neponičil další věci... Po příchodu klienta Dět2 z vycházky mu klient Dos1 sebral pití přímo z ruky, utíkal s tím na pokoj a odmítal ho vrátit. PSS mu pití vytrhla z ruky, aby nedošlo k potyčce mezi klienty.“ Dos2: „. K večeru ve společenské místnosti relaxoval u tabletu a sám si na něm najednou spustil stránky YouTube a spustil lidové písně. PSS se ihned se snažily odpoutat jeho pozornost od tabletu a namotivovat klienta k podílení se na přípravě večere, což se nezdařilo. Po pár minutách poslech hudby přešel u klienta v neklid, kdy vykřikoval o L., používal sprostá slova, řval z plných plic, plival, pobíhal po společenské místnosti a snažil se v křiku útočit na PSS. Z důvodu příchodu sestry ze služby SDOP byl požádán o pomoc PSS z domácnosti dětí, ale klient měl výbuchy křiku i na něj. Rozhazoval rukama, skákal do výšky, na PSS děti plival, strkal do něj, kopal a bouchal pěstmi. Klient nereagoval na žádné verbální ani neverbální zklidnění ze strany PSS a nezdařilo se ani podat léky službou SDOP. Po odchodu denní směny se klient nacházel na své BJ, seděl s tabletem u stolu a stále vulgárně křičel...Klient již ráno při podání léků projevoval neklidné chování, oznamoval, že odjíždí. Když na něj PSS promluvila, máchal rukama a křičel. Byl ponechán pro klid na BJ, kde poté mluvil pro sebe a vykřikoval...Po příchodu noční směny byl klient na své BJ. Na jakoukoliv otázku ze strany PSS reagoval rozrušeně a negativně – řval, plival. PSS jej verbálně zklidňovali, aby nepřešel klient do plné agrese...Klient po obědě a podání léků z ničeho nic vyskočil, začal křičet na PSS a zdravotního bratra. Také po přítomných plival a používal své fráze při agresi - "L. zůstává, já odjíždím". Choval se velmi agresivně. PSS se jej pokoušely zklidnit mluvením a po chvíli se jim podařilo, aby klient odešel na svou BJ. Místo odpoledního odpočinku trávil čas na WC, které stále neustále splachoval. Při příchodu PSS na jeho BJ se jeho agresivní chování vždy prudce zhoršilo, chtěl PSS napadnout. Jídlo mu bylo podáváno celé odpoledne na jeho BJ. Celé odpoledne mluvil se svými imaginárními přáteli, což se stupňovalo až do křiku. Klient odmítal jít na vycházku i veškeré aktivity.“ Dos3: „Následně si sedl ve společenské místnosti na pohovku, po chvíli klient vyběhl přímo na svoji BJ, PSS se rozběhla za ním. Klient si lehl na zem a bouchl se do hlavy, tuto činnost mu PSS okamžitě ukončila, rázným ukázáním stačí. Na to se klient zvedl a ukázal si bouchání do rukou, to mu bylo ke snaze zklidnění klienta umožněno...Klient seděl ve společenské místnosti. Z ničeho nic vyskočil z gauče a utíkal směrem do jídelny, kde se na krátkou chvíli zastavil, povyskočil, poté se rozběhl, a popadl stůl s kterým hodil směrem do společenské místnosti. PSS se za klientem rozběhla, aby zabránila dalšímu pokračování v hodů s předměty a také aby nezranil dalšího přítomného klienta Dos4, který ležel na vaku. PSS klienta neverbálně uklidňovala a snažila se o zklidnění situace. PSS proto

klientovi nabídla tleskání do dlaní, přičemž se zdál stále velmi neklidný a nevybouřený. Když PSS a VD odklízely stůl, aby předešly dalšímu problému, klient se rozběhl znovu do jídelny, kde popadl židli, s kterou cca 3x hodil vší silou o zem. PSS se ke klientovi znovu rozběhla, a opět se snažila danou situaci uklidnit ukázáním stačí a tleskáním do rukou...běžel a na BJ se 2x bouchnul do hlav...vyskočil ze židle a zaútočil pěstí na klienta Dos4, bezdůvodně ho udeřil do zad...klient vyskočil, chytil stavebnici, kterou měl na okně a vší silou s ní hodil o zem...Klient seděl ve společenské místnosti, kýval divoce hlavou dopředu a dozadu, měl nepřítomný výraz a hlasitě „funěl“. PSS se klienta snažila uklidnit znakováním a sovu přítomností a snažila se o navázání neverbálního kontaktu. Klient najednou PSS bouchnul do ramene a odstrčil ji. Než se PSS zvedla klient již nad hlavou měl gauč. Aby jím klient nehodil, přítomné PSS a VD se s klientem o gauč „přetahovali“, čímž zamezili hození. Vzhledem k tomu, že útoky neustávaly, zmáčkli PSS alarm (tíseň)...Po obědě klient seděl na vaku naproti klienta Dos4, když najednou odložil tablet, vyskočil a začal pěstmi bouchat klienta Dos4 do hlavy. Klient Dos4 utekl na svou BJ. Klient Dos3 popadl tablet a začal s ním házet o zem vší silou.“ Dos4: „...klient Dos4 s PSS piktogramy vytáhly, to se ale nelíbilo klientovi Dos1 a snažil se opět piktogramy vzít, klient Dos4 do klienta Dos1 strčil silou a piktogramy mu vyrval z ruky a snažil se ho štípnout. Během situace do toho okamžitě zasáhly PSS a piktogramy s klientem Dos4 zavřeli na chvíli do kanceláře, než se celá situace neuklidnila...před obědem se rozběhl na PSS a chtěl dotyčného poštipat...V odpoledních hodinách klient Dos1 odcizil fotky rodičů klienta Dos4 z futer, což u klienta Dos4 vzbudilo agresivní reakci a začal napadat obě PSS, přičemž je poštipal na ruku. Ty se ho snažily verbálně zklidňovat, klient však svůj útok zopakoval ještě třikrát...to se mu nelíbilo a snažil se přítomného PSS napadnout – štípal,... klient šel do prádelny do koše na špinavé prádlo, tam vytáhl špinavé prádlo a nesl si ho na BJ. PSS se snažili mu špinavé prádlo vzít, na to klient reagoval hlasitým, „Ne! Ne! Jdi pryč!“ a pokoušel se o štípnutí přítomné PSS. Proto PSS nechali klienta v klidu s tím, že se prádlo uklidí ráno...Klient opakovaně strhával a PSS ji opakovaně dával na zeď. Klient se u toho jevil neklidný a občasně napadal PSS. PSS agresi klienta odvracel úspěšně a také využil možnosti zástupných podnětu, tedy vyvedení na terasu. Toto trvalo cca 20 min... Ještě jednou se pokusil strhnout, avšak ji po upozornění PSS dal na zeď. Klient Dos4 chtěl PSS znovu u struktury poštipat, chytil PSS pevně za ruku. PSS se mu snažil z úchopu vyprostit na pomoc mu přišel druhý PSS a snažil se klienta od PSS odtrhnout. V tomto případě klient poškrábal oba PSS, jak PSS odvraceli útok, je z něj lehce poškrábaný i klient...klient hlasitě křičel „Ne! Ne!“ a oběma rukama bouchal do PSS...”

Dět1: tu chvíli k ní klient přistoupil, chytil za ruce ve kterých tablet držela s snažil se ji kousnout do ruky, kterou si přitahoval k ústům, protože klient štípal, škrábal a kousal oba zaměstnance...“ Dět2: bezpečnostní matrací a neustále útočil, kousal, škrábal, kopal a zvedal se do sedu... ze sedačky a běžel ke svému pokoji, kde opakovaně bouchal rukami do dveří své BJ, vyzul si papuče, které hodil do chodby, kousal se do ruky a začal fyzicky napadat PSS (škrábal, kousal, bouchal pěstmi)...“ Dět3: „Při večeři klientka pokousala klienta Dět5, protože odmítnul sedět vedle ní... projevovala neklid, kousala a štípala klienty a pokoušela se štípat i zaměstnance...“ Dět4: „...klient kopal klientku Dět3, která seděla vedle něj. Klient Dět4 se ji snažil kopáním shodit ze sedačky...“ Dět5: „Neklid projevoval napřahováním se proti zaměstnankyni... Před branou do areálu začal PSS bouchat pěstí kopat a válet se po zemi – PSS úderů vykrývala...“

Kritérium: stálý zaměstnanec

Kritérium s názvem **stálý zaměstnanec** bylo zaměřeno na zaměstnance v přímé péči služby domova se zvláštním režimem. Konkrétně jsme se již dle názvu zaměřovali na personál, který je ve službě zaměstnán již déle, konkrétně tedy po dobu *jednoho roku* anebo a jsou zde od *počátku otevření služby*. Toto kritérium bylo zvoleno z toho důvodu, že zaměstnanci DZR, kteří jsou bráni jako celek stálých zaměstnanců, mají oproti kritériu zaměstnanců nových mnoho zkušeností a jsou již plně proškolení v šetrných úchopech a v opatření omezující pohyb osob, případně i v jiné problematice týkající se poruch autistického spektra v kombinaci s jiným postižením a problémovým chováním, případně na agresi samotnou. Co se týče rozlišení zaměstnanců stálých na ty, kteří jsou zde zaměstnaní po dobu jednoho roku nebo od počátku otevření služby, zde jsou z pozorování rozdíly jen malé a obě tyto skupiny jsou na velmi podobné úrovni. Obě tyto skupiny mají za sebou dostatek školení a s klienty DZR již strávili dostatek času na to, aby spolu navázali vztah/kontakt, aby klienty znali a aby věděli, jak s nimi pracovat. Skupina pracovníků, kteří jsou v zařízení do jednoho roku mají sice dostatek zkušeností, ale občas by potřebovali více rozmanitá školení zaměřená na problematiku cílové skupiny klientů. Níže rozdělujeme zaměstnance dle měsíců našeho pozorování (únor, březen, duben r. 2022), dle domácností (děti, dospělí) a také dle toho, zda se jedná o zaměstnance již dle detailu našeho kritéria – zaměstnanci po dobu jednoho roku nebo od otevření služby. Rovněž zmiňujeme počet žen a mužů, vzhledem k tomu, že při práci s klienty s problémovým chováním hraje gender důležitou roli při práci s nimi, či získání respektu ze strany klienta k zaměstnanci. Zaměstnance rozdělujeme níže záměrně dle měsíců,

protože v zařízení je vzhledem k cílové skupině klientů častá fluktuace. Pro přehled dat jsme vytvořili tabulku.

Tabulka 7 Přehled stálých zaměstnanců

měsíc r. 2022	domácnost dětí	počet mužů/žen z celkového počtu	počet zaměstnanců od otevření služby/ do jednoho roku	domácnost dospělí	počet mužů/žen z celkového počtu	počet zaměstnanců od otevření služby/ do jednoho roku
únor	5	1/4	5/0	11	1/10	5/5
březen	10	3/7	5/5	9	1/8	5/4
duben	11	3/8	5/6	12	2/10	5/7

V zařízení DZR je maximální počet požadovaných zaměstnanců v přímé péči v každé domácnosti 12 pracovníků v sociálních službách, kteří pracují v dvousměnném provozu a k nim vždy 1 vedoucí domácnosti v jednosměnném provozu. Z tabulky výše vyplývá, že v únoru 2022 bylo v domácnosti dětí zaměstnáno celkem pouze 5 zaměstnanců přímé péče, kteří byli v zařízení od počátku otevření služby. Z tohoto počtu se jednalo o 1 muže a 4 ženy. Vzhledem k personálnímu úbytku domácnosti dětí pomáhali vyplnit směnný provoz zaměstnanci z domácnosti dospělých formou přesčasů, aby vždy byly pokryty jak denní, tak noční služby. V domácnosti dospělých bylo v měsíci únoru 2022 celkem 11 zaměstnanců v přímé péči. Z tohoto počtu se jednalo o 1 muže a 10 žen. Z celkového počtu 11 zaměstnanců zde bylo 5 zaměstnanců od počátku fungování sociální služby a 5 do jednoho roku.

V měsíci březen 2022 bylo v domácnosti dětí 10 pracovníků v přímé péči, z toho 3 muži a 7 žen. Z celkového počtu 10 se jednalo o 5 zaměstnanců zaměstnaných do 1 roku a 5, kteří ve službě byli od jejího počátku. V domácnosti dospělých bylo v březnu 2022 zaměstnáno 9 pracovníků v přímé péči, z tohoto počtu se jednalo o 1 muže a 8 žen. Od počátku služby DZR zde bylo 5 pracovníků a 4, kteří zde bylo do jednoho roku.

V dubnu 2022 bylo v domácnosti dětí zaměstnáno již 11 zaměstnanců v přímé péči, z toho se jednalo o 3 muže a 8 žen. Z celkového počtu 11 se jednalo o 5 pracovníků

zaměstnaných v DZR od počátku služby a 6 do jednoho roku. V domácnosti dospělých byl v tomto měsíc zaměstnán již maximální možný počet, tedy 12 PSS, kdy z toho se jednalo o 2 muže a 10 žen. Z celkového počtu 12 zaměstnanců bylo 5 z nich v zařízení od počátku jejího založení a 7 do jednoho roku.

Z výše uvedeného vyplývá, že personální pokrytí sociální služby domova se zvláštním režimem, který je specializovaný pro lidi s poruchou autistického spektra v kombinaci s mentálním postižením a problémovým chováním, je velmi náročné a personál se často mění, ať už přichází noví zaměstnanci, tak odchází jiní, což je velmi náročné i pro klienty s PAS, ale také pro zaměstnance, kteří ve službě jsou nějakou dobu již zaměstnáni. Noví zaměstnanec totiž není proškolený v šetrných úchopech a opatření omezující pohyb osob hned, a tak je mnohdy veškerá zodpovědnost a bezpečnost na zaměstnancích, kteří jsou v DZR již déle, což pro ně nemusí být úplně komfortní a necítí se poté bezpečně. Fluktuace je tedy velká a personál velmi proměnlivý. Vedení služby se pokouší situaci stabilizovat. U zaměstnanců, které zmiňujeme jako zaměstnané v zařízení do jednoho roku, jsou zařazeni i zaměstnanci noví ve zkušební době, protože jak již zmiňujeme výše, personální situace je velmi proměnlivá a zaměstnanci v přímé péči v průběhu měsíců výzkumu, tedy v období od února do dubna 2022 přibývali a jejich obsazení se stále měnilo. Detailněji nové zaměstnance přibližujeme v kritériu níže – nový zaměstnanec.

Kritérium: nový zaměstnanec

Výše zmíněné kritérium bylo také zaměřeno na zaměstnance, ovšem na zaměstnance nové. Detailněji se jednalo o pracovníky, kteří byli ve službě domova se zvláštním režimem zaměstnaní po dobu kratší než 3 měsíce, tedy stále byli ve *zkušební době*, nebo zaměstnance po dobu delší než 3 měsíce, tedy *po zkušební době*, a to konkrétně k dubnu 2022, protože pokud bychom jednotlivě sledovali každý z měsíců pozorování, byl by tento údaj irelevantní a počet zaměstnanců v průběhu měsíce byl proměnlivý, o čemž vypovídáme výše v kritériu stálý zaměstnanec. K měsíci dubnu 2022 tedy bylo v domácnosti dětí celkem 11 zaměstnanců v přímé péči. Z tohoto počtu se jednalo v rozmezí února – dubna 2022 o 6 nových zaměstnanců, kdy všichni byli ve zkušební době. V domácnosti dospělých bylo k měsíci dubnu 2022 celkem zaměstnáno 12 pracovníků v přímé péči, z toho v rozmezí únor–duben 2022 se jednalo o 3 nové zaměstnance. Kritériem **nový zaměstnanec** jsme sledovali personální situaci a to, zda nový zaměstnanec, který nastoupí do služby domova se zvláštním režimem, bude chtít v této práci pokračovat, či zda situaci vzdá. Na domácnosti dospělých ej k novým

zaměstnancům přistupováno tak, že i přes dvousměnný 12hodinnový provoz mají v cca prvních dvou týdnech směny 8hodinové a chodí buď na ranní či odpolední směnu, aby viděli průběh víceméně celého dne s tím, že během této doby probíhá neustálé zaškolování od vedoucí domácnosti a pracovníků v přímé péči, kteří jsou zde již delší dobu. Vedoucí domácnosti se vždy dle svých možností snažila plánovat směny novým zaměstnancům tak, aby směna byla vždy pokryta zaměstnancem, který je ve službě již déle a probíhalo tak zaškolení i z jeho strany k novému personálu. Až po této době, kdy se pomalu zaměstnanec dostane do režimu zařízení, má i noční směny a již klasické denní 12hodinové. Na domácnosti vždy byl nový zaměstnanec se 2 dalšími PSS, kteří již byli služebně starší. Na domácnosti dětí se stávalo, že nový zaměstnanec ve většině případů měl 12hodinové směny hned, a to buď po sobě jdoucí denní a až po např. týdnu noční směnu anebo hned klasické směny střídající denní a noční provoz. Rovněž nebyl vždy se 2 dalšími PSS, kteří byli zkušenější, ale mnohdy sám nový zaměstnanec s jedním zaměstnancem novým, což je náročné jak pro stranu zkušenější, tak pro personál nově přicházející. Výše uvedené tedy potvrzuje fakt, že na domácnosti dětí je větší fluktuace i nových zaměstnanců, protože je na ně v tomto vyvíjen větší tlak a potřebovali víc prostoru na ztotožnění se s prací i s cílovou skupinou klientů. Na domácnosti dospělých se stávalo, že někteří zaměstnanci také nevydrželi zkušební dobu, ale velmi zřídka.

Kritérium: reakce zaměstnance při neklidu/agresi klienta

Pod kritérium reakce zaměstnance při neklidu/agresi klienta se řadily, jak již název vypovídá, reakce zaměstnance v přímé péči na neklidné chování klienta nebo již jeho agresivní chování a bylo tedy zaměřeno na zaměstnance zařízení domova se zvláštním režimem, a to jak reaguje na klienta (zaměstnanec – klient). Detailněji jsme se soustředili při pozorování i při analýze listinných dokumentů (deníky klientů, záznamy OOPO) na to, zda zaměstnanec reaguje tak, že *zabrání agresi*. Dále, zda jeho reakce je *okamžitá VS pozdější* a případně pokud na neklid či agresi klienta reaguje, tak zda *zasáhne ihned fyzickou silou VS fyzickou silou zasáhne později* dle gradující situace. Z pozorování a z listinných dokumentů dle výše uvedených specifik vyplynulo, že zaměstnanci se jakýkoliv způsobem, který jim v danou chvíli přijde vhodný, agresi snaží zabránit, protože z pozorování i z listinných záznamů vyplývá, že na začínající rozrušené chování klienta či již přímo agresi vždy reagují a snaží se tedy předejít konfliktu. Dále jsme vypožorovali, že co se týče spuštění alarmu a reakce zaměstnance na tento zvuk, jejich reakce byly okamžité a vždy běželi urychleně na protější domácnost (či na přítomné domácnosti) přímo

k zásahu. Bylo rovněž zjištěno, že PSS usilují nezasahovat ihned fyzickou silou, ale klienta se pokouší zklidnit nejdřív **verbálně**. Vypovídají o tom např. záznamy: Dos1: „Klient byl celou dobu verbálně i neverbálně zklidňován a vyzíván ať takového chování zanechá...PSS ke klientovi přistoupila verbálně ho zklidňovala...PSS ho verbálně zklidňovali...Hlasitě vykřikoval, chvílemi bušil do WC na své BJ, proto byl PSS verbálně zklidňován...PSS klienta verbálně zklidňovala...Nějakou chvíli trvalo, než se přítomným PSS podařilo klienta vlídným hlasem zklidnit...“ Dos2: „...PSS se klienta opakovaně pokoušela verbálně uklidnit, ale klient byl stále rozrušen a tvořila se mu pěna u úst...PSS se jej pokoušely zklidnit mluvením...klienta se podařilo PSS rozhovorem jeho neklid zklidnit...PSS řekl klientovi, aby šel na svou BJ, ale ten se rozzlobil a rozběhl se na PSS, kterého honil kolem sedací soupravy. Klient byl verbálně zklidňován i ostatními PSS.“ Dos3: „...činnost mu PSS okamžitě ukončila, rázným ukázáním stačí (znakovou řečí – klient je neslyšící) ...PSS se jej snažila znakováním a svou přítomností uklidnit...“ Dos4: „...PSS se ho snažily verbálně zklidňovat, klient však svůj útok zopakoval ještě třikrát...PSS se ho snažily verbálně zklidňovat, klient však svůj útok zopakoval ještě třikrát...“ Děť1 :“PSS útoky klienta vykrývala...PSS se snažili klienta rozptýlit jinou aktivitou...snažili se klienta verbálně zklidnit...PSS klienta upozorňovali slovně, že pokud kousání nezanechá, budou jej muset chytit...“

Dále vyplynulo, že pokud zaměstnanec nereaguje hned silou a dbá tomu, situaci předejít nejdřív např. verbálně, jak již zmiňujeme výše, často používá k odvedení pozornosti a zabránění gradující agrese i *odvedení pozornosti pomocí nabízení jiné aktivity*. Např. Dos1: „Klientovi byly nabízeny aktivity pro odvedení jeho pozornosti, aby nedošlo k dalšímu incidentu...PSS mu dala jasný slovní pokyn, aby okamžitě odešel na svoji BJ, klient poslechl. PSS okamžitě vytáhla dřevěné puzzle ze skříně a klientovi je vysypala na stůl na jeho BJ s pokynem, že bude odměna. Klient okamžitě začal křičet na pokoji a s křikem puzzle sestavil, podal je PSS a PSS mu okamžitě dala Brumíka...Klient byl verbálně zklidňován a klidným hlasem motivován k aktivitě (vkládačky, puzzle). Toto klient rázně odmítal a házel kostkami po společenské místnosti.“ Dos2: „PSS se s klientem domluvila, že až bude chtít poskytne mu podporu při večerní hygieně...PSS se ihned se snažily odpoutat jeho pozornost od tabletu a namotivovat klienta k podílení se na přípravě večere...“ Děť2: „PSS se snažili klientovi vysvětlit, že jeho řešení situace není vhodné... klientovi bylo zdůrazněno slovně, pokud nezanechá agrese a napadání, že jej zaměstnanci musí chytit...PSS se snažila změnit směr vycházky a klienta rozptýlit okolním děním...“

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že jsou zde případy, kdy nezasahuje personál fyzickou silou okamžitě, ale *zasahují až později*, např. pokud by klient nereagoval, či jeho chování vygradovalo v napadení zaměstnance či jiného klienta a to tak, že se pokoušejí klienta zklidnit verbálně či nabídkou aktivity.

Dále jsme z pozorování i analýzy listinných dokumentů zjistili, že v případech, kdy klient již nějakým způsobem fyzicky ohrožuje zaměstnance zařízení, či jiné klienty, je potřeba *zasáhnout okamžitě i fyzicky* a to buď pomocí šetrných úchopů, opatření omezující pohyb osob, odvracení útoků či pomocí použití bezpečnostní matrace, nebo také zavření dveří před agresivním klientem atp. Například Dos1: „Klient byl vždy ve spolupráci přítomných PSS vyveden z kanceláře...PSS mu pítí vytrhla z ruky, aby nedošlo k potyčce mezi klienty...PSS, která byla zrovna poblíž, dveře ihned zavřela a uzamkla, aby se tam klient nedostal a neponičil další věci... Klient byl celou dobu verbálně i neverbálně zklidňován a vyzíván ať takového chování zanechá...Během chystání oběda se klient chtěl pohybovat v kuchyni, byl PSS upozorněn, že si má sednout ke stolu... PSS útok odvrátil a klient byl ke zklidnění odveden na BJ...v tom se mu PSS podařilo fyzicky i verbálně zabránit...Klient byl vyveden PSS z pokoje klienta Dos4...“ Dos2: „...PSS vyběhla z BJ a zavřela dveře, aby zabránila další agresi klienta...“ Dos3: „PSS se za klientem rozběhla, aby zabránila dalšímu pokračování v hodů s předměty a také aby nezranil dalšího přítomného klienta Dos4, který ležel na vaku. PSS klienta neverbálně uklidňovala a snažila se o zklidnění situace. PSS proto klientovi nabídla tleskání do dlaní, přičemž se zdál stále velmi neklidný a nevybouřený... PSS se ke klientovi znovu rozběhla, a opět se snažila danou situaci uklidnit ukázáním stačí a tleskáním do rukou...proto jej PSS ihned zastavil a použil techniku tleskání do dlaní...klientovi bylo okamžitě zabráněné v dalším útoku na klienta Dos4 a byl neverbálně zklidňován přítomnými PSS...“ Dos4: „Během situace do toho okamžitě zasáhly PSS a piktogramy s klientem Dos4 zavřeli na chvíli do kanceláře, než se celá situace neuklidnila...PSS se mu snažil z úchopu vyprostit na pomoc mu přišel druhý PSS a snažil se klienta od PSS odtrhnout...“ Děť1: „PSS klienta okamžitě odstrčila... PSS se snažila ze sevření klienta vymanit... PSS klienta silou odstrčila a vzala bezpečnostní matraci, kterou se snažila bránit...PSS zmáčkli tlačítko tísňe na hodinkách...PSS se mu z úchopu vytrhl a odstrčil jej směrem doprostřed obývacího pokoje. Klient pokusil PSS opětovně chytit, a když se mu to nepodařilo, klekl si na podlahu a pokusil se bouchat hlavou o podlahu. PSS dal dlaň své ruky na jeho čelo, nedovolil mu se bouchat silou...“

Děť2: „...PSS si vzala bezpečnostní matraci, díky které nemohl klient blíž k ní... PSS klienta odstrčila...PSS se snažila vymanit z úchopů a oddělovala ruky klienta...“

V poslední řadě jsme se při sledování tohoto kritéria snažili soustředit na to, zda zaměstnanci jsou s agresivní situací *smíření VS nejsou smíření*. S tímto se pojí mnoho situací, zda se jedná o personál zařízení, který je stále nový (buď čerstvě po zkušební době, nebo stále ve zkušební době) anebo zda se je personál již služebně starší a je zde např. déle a má více zkušeností. Za celou sobu pozorování se nestalo, že by zaměstnanec na neklidné (náročné) chování klienta nereagoval, a to i zaměstnanec nový. Po probíhajících konfliktech, ať už náročného chování bez OOPO či s OOPO, se zaměstnanci vždy vzájemně ujistili, že jsou všichni v pořádku, příp. pokud došlo ke zranění, jednalo se dále dle rozsahu zranění. Všichni zaměstnanci, kteří byli již zkušení byli se situací smíření, u nových zaměstnanců panovala převážně občasná nejistota, protože ne všichni byli proškolení hned v šetrných úchopech a opatřeních omezující pohyb osob a byli tak závislí na fyzické reakci na dalších a zkušenějších zaměstnancích.

Všechny možné reakce zaměstnanců domova se zvláštním režimem, ať už verbální, či fyzické probíhaly v rámci práv klienta a dle zákonných ustanovení (např. § 89 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách).

Kritérium: reakce klienta na zaměstnance

Při kritériu s názvem reakce klienta na zaměstnance jsme se snažili, jak již název vypovídá pozorovat situace, kdy zaměstnanec nějakým způsobem reaguje na klienta (více viz. výše kritérium reakce zaměstnance při neklidu/agresi klienta) a jaká je zpětná vazba klienta, tedy jak konkrétně klient reaguje na snahu zaměstnance jej zklidnit. Detailněji jsme sledovali, zda se zde nějaká reakce klienta nacházela (*ano VS bez reakce*) a pokud ano a klient tedy reagoval, zda došlo k *uklidnění situace* či *gradaci*. Ve většině případů, když byl klient v afektu, zdál se být „zaslepený“ a na zaměstnance i přes jeho snahu klienta zklidnit verbálně, neverbálně či dotekem a jinými metodami, víceméně jedinec nereagoval a v neklidu a agresi pokračoval. V mnoha případech se stalo, pokud se jevil bez reakce, že jeho náročný chování pokračovalo dále takovým způsobem, že musela být použita OOPO (opatření omezující pohyb osob). Například: Dos1: „. Několikrát se situace opakovala a klient na verbální uklidňování nereagoval a vylil tekutiny na písennosti...snažil otevřít dveře do operační místnosti, což se mu nedařilo a jeho agrese se stupňovala. Lomcoval s dveřmi, kopal do nich, tloukl pěstmi, narážel celým tělem a pokoušel se i o odtržení kliky a čidel pro otevření. Velmi hlasitě křičel a nereagoval na snahu PSS o zklidnění. PSS se

nepodařilo přeměřovat jeho pozornost na jinou činnost a ani o nabízené nápoje a pochutiny nejevil zájem...Klient byl celou dobu verbálně i neverbálně zklidňován a vyzíván ať takového chování zanechá, klient i přes veškeré upozornění nereagoval a nadále se jeho agrese stupňovala... nereagoval kladně, křičel, začal běhat po domácnosti a napřahoval se na přítomné PSS...Byl neustále upozorňován, že si má obléct kalhoty, nebo jít nazpět na svou BJ, ale nato nereagoval a nadále se projevoval velmi hlučně a agresivně, proto PSS použili mechanickou zábranu (bezpečnostní matraci) mezi kliente a nimi. Klient se mohl plně pohybovat a matrace bylo používáno pouze k odrážení útoku...“ Dos2: „, Rozhazoval rukama, skákal do výšky, na PSS plival, strkal do něj, kopal a bouchal pěstmi. Klient nereagoval na žádné verbální ani neverbální zklidnění ze strany PSS...Vstal za dvě hodiny a přišel do společenské místnosti, kde probíhala schůze. Klient začal hlasitě vykřikovat „L. zůstává, já odjíždím...“ proto ho PSS verbálně uklidňovala a nabídla mu pití na pokoj, na to klient nereagoval...na verbální uklidňování ze strany PSS nereagoval, opakoval stále dokola stejné věty, byl proto ponechán v klidu na BJ.“ Děť1: „Na slovní podněty nereagoval, piktogramy ze zdi, si vkládal do úst a kousal. Na opakované výzvy PSS Pyšné nereagoval a jevil značné známky neklidu, proto byla přivolána ještě PSS...Na slovní výzvu „... nech toho, nebo Tě chytíme nereagoval, a proto byla použita OOPO...: na slovní výzvu PSS „... hotovo, jestli chceš dostaneš jogurt, sedni si.“ PSS mezi tím otevřel lednici, aby klient Děť1 viděl, že mu PSS chystá jogurt, ten však nereagoval a začal útočit na VDět, který se bránil nataženými rukami před sebou, případně se vždy uvolnil ze sevření (vytržením ruky) ... klient však na slovní výzvu nereagoval, nereagoval ani dotyk na ramenou.... Klientu bylo sděleno, kam na procházku půjdou, klient na sdělení nereagoval a jeho neklid přetrvával...“ Děť2: „PSS se klienta snažila verbálně uklidnit, na to však klient nikterak nereagoval, jeho agrese se nadále stupňovala., proto PSS klientovi sdělila „Nech toho, nebo tě chytím“. Klient v útocích pokračoval, a proto byla použita OOPO...na což klient nereagoval a začal útočit na přítomnou PSS... Ta jeho útok odvrátila a klient vběhl na svoji BJ...“ Děť3: „Klientka se při návratu ze školy kousala a kopala kolem sebe. Nereagovala na verbální podporu zaměstnance. Při zklidnění odmítala vstát ze země. PSS zvolila motivačním prvkem nabídnutí sladkost...Asi cca po 30metrech se posadila na zem a začala se kousat do rukou a kopat kolem sebe. PSS se ji snažil verbálně uklidnit. Klientka však nikterak nereagovala...“ Děť4: „Klient byl vyzván, aby opustil operační místnost" pojd', pustím ti na pokoji písničky.“ Na což klient reagoval pevným stiskem oběma rukama PSS za tričko pod krkem a nereagoval na slovní upozornění: "...pust' mě, to bolí". Za pomoci druhé PSS byl vyveden stále v držení trika

PSS do obývací místnosti, kde se posadil na pohovku a nepovoloval ve stisku...“ Děť5: ...v průběhu vycházky šel rychlou chůzí příliš dopředu, proto byl klient několikrát slovně vyzván PSS, aby počkal na ostatní. Klient opakovaně nereagoval. PSS se klienta snažila motivovat, ten však nereagoval odstrkoval a plácal přítomnou PSS. Proto proběhla výměna PSS se kterou již proběhl odchod z domácnosti do školy již bez problém...zastavoval se, schválně utíkal jiným směrem-na výzvy PSS nereagoval...Na slovní zklidňování nereagoval, v agresi pokračoval, agrese se stupňovala, proto bylo klientovi sděleno: „...nech toho, nebo tě chytíme“..

Dále z pozorování i listinných dat vyplynulo, že na některé snahy a postupy klienti reagovali *zklidněním* (např. zaměstnanci klienta zklidnili verbálně či pomocí jiné aktivity). K ústupu neklidu či agrese docházelo buď na základě předcházejícího podnětu od zaměstnance, tedy díky snaze personálu anebo samostatným uplynutím potřeby agrese a útoku v klientovi, kdy klient přestal sám, např. díky klidu na své BJ. Například:

Dos1: „Bouchal do věcí na své BJ, vybíhal a snažil se chytit PSS LP, ta však útok ihned odvrátila a poslala klienta na svou BJ se zklidnit. Klient nabízené aktivity odmítal, ale v pozdějších odpoledních hodinách se zdál už klidný... K večeru se klient zklidnil, několikrát vyšel na terasu... Klient se zklidnil kolem 12:30h a poté poobědval. Následně relaxoval na své BJ a odpoledne opět vycházel na zahradu domácnosti a usmíval se. V podvečer se již jevil neklidný... kuchyně a na terasu, křičel a byl obnažený. Nějakou chvíli trvalo, než se přítomným PSS podařilo klienta vlídným hlasem zklidnit a dostat na BJ, aby se s dopomocí oblékl. Následně relaxoval na BJ u poslechu hudby v TV. Během dopoledne opakovaně vyčkával...“

Dos2: „...klient byl stále rozrušen a tvořila se mu pěna u úst. Jeho projevy agrese však nepřerostli v atak a po čase se podařilo PSS rozhovorem jeho neklid zklidnit...Po obědě klient relaxoval a po probuzení se jevil opět neklidný. Byl tedy zaměstnán úklidem a společně s PSS otíral kliky a dveře. Toto však nesl nelibě jiný klient (Dos3) který žárlil na to, že se PSS nevěnuje jemu, ale někomu jinému a pokusil se klienta Dos2 udeřit pěstmi do zad. Jeho útok se PSS podařilo odvrátit. Klient Dos2 se po tomto incidentu okamžitě zklidnil a po chvíli si vyžádal tablet.“

Dos3: „...po příchodu noční směny byl klient ve společenské místnosti, kde sledoval TV. Po chvíli si klient vyžádal tablet. Následně si přišel pro PSS a ukázal znak sprchy, proto mu byla poskytnuta podpora při večerní hygieně. Klient vypadal nervózně, proto když klient po sprchování vystříkal deodorant, ukázala PSS klientovi znak, aby se oblékl. Vzala

prkénko a příborový nůž, dala mu to na terasu a nechala klienta za dohledu PSS plechovku rozkuchat, aby zjistil, že sprej je doopravdy prázdný. Tímto se klient zklidnil a jevil se spokojený. Po rozkuchání plechovky klient plechovku vyhodil a vrátil se do společenské místnosti relaxovat... Klientova reakce nejdříve byla dobrá, poté si sedl na křeslo, PSS šla za ním a snažila se odvést pozornost, hladila jej po tváři a snažila se o navázání neverbálního kontaktu. Poté bouchl PSS pěstí do ramene a odstrčil ji. Než se stihla zvednout, držel nad hlavou sedačku...“ Dos4: „. Jako motivace byl klientovi nabídnut dezert. Před obědem došlo ze strany klienta opět k napadení PSS a tato se před jeho útokem uchýlila do operační místnosti. Klient byl opět urputný a pokoušel se PSS poštipat. Po 5min se zklidnil a PSS již neohrožoval. Odpoledne si vyžádal spuštění PC. Klient se jevil rozrušený a po zbytek dne přecházel mezi společenskou místností a svou BJ.“ Dě1: „...Během noci se klient zklidnil, žádal si jídlo...“Dě2: „...klient začal bouchat pěstmi do zdi, a kousat se do své pravé ruky PSS se jej snažila verbálně zklidnit, na což klient nereagoval a začal útočit na přítomnou PS S...klient začal kopat a štípat obě PSS – ty odrážely útoky bezpečnostními matracemi. Klient se však nezklidnil, proto byl slovně upozorněn PSS: „... nechej toho, nebo Tě budeme muset chytit“ na což klient nereagoval a byla použita OOPO.“

Dě5: „Klient na slovní výzvy PSS reagoval vulgárními nadávkami a křikem, bouchal, kopal a štípal přítomné PSS. Jeho chování se zklidnilo až po příchodu další PSS...“

Kritérium: zranění zaměstnance/klienta při neklidu či OOPO

Při pozorování a analýze dokumentů jsme zvolili kritérium zranění zaměstnance nebo klienta při neklidu, či OOPO z toho důvodu, že při zásazích velmi často docházelo k drobným, ale i větším zraněním. Zvolili jsme detailněji *ano VS ne*, tedy zda se zde nachází situace, kdy dochází ke zraněním, či nikoli. Kritérium bylo zaměřeno jak na zaměstnance a to, zda docházelo při neklidu či OOPO ke zranění, tak i na klienta. Vzhledem k cílové skupině domova se zvláštním režimem, se zde situace, kdy se obě strany či jedna z nich zranila, nacházely. Nebyly zde úrazy pokaždé, ale občas se stalo, že se personál nebo nějaký z klientů poranil. U zaměstnanců se v případě menších zranění jednalo např. o modřiny, odřeniny, škrábance, vytržené vlasy. U zranění většího rozsahu to byly např. prokousnuté prsty, či kousance po různých částech těla (zápěstí, krk, hlava, ruce atd.). U klientů se při zranění menšího rozsahu jednalo nejčastěji o různé kousance, modřiny či škrábance, které byly způsobeny buď zaměstnancem při obraně anebo si je klient způsobil sám při zásahu. Mezi většími zraněními byla nejčastěji rozbitá hlava, a to

z důvodu sebe agrese u klienta (nejčastěji bouchání čelem do zdi nebo země během OOPO). V případě zranění personálu nebo klienta vždy zaměstnanci provedli písemný záznam (jednalo se o tzv. mimořádnou událost) o rozsahu zranění a jakým způsobem k němu došlo (i s příloženými fotografiemi). Tento dokument se přikládal v případě poranění jedné ze zmíněných osob k záznamu o opatření omezující pohyb osob. Rovněž se tyto události a detailnější popis poranění zaznamenával do knihy úrazů. O zraněních v průběhu OOPO či mimo OOPO během např. obrany, vypovídaly i listinné dokumenty, z kterých vyplývá: Dos1: „PSS zranění kolene – podlomení vahou klienta... PSS odřenyiny a škrábance na pravé ruce...klient Dos1 modřiny na zádech...“ Dos4: „PSS DP modřiny od štípání klienta Dos4...PSS LP škrábance a modřiny...“ Děť1: „PSS poškrábána na hřbetu pravé ruky, klient Děť1 obnovení odřenyiny na čele a modřina na pravém koutku oka...klient Děť1 – boule na čele...PSS JK vytrhnutí vlasů z temene hlavy, PSS MB – otok nad pravým zápěstím způsobené kousnutím od klienta, VD – poškrábání zápěstí pravé ruky...PSS MB silné zarytí nehtu do pravého předloktí, přetočení ruky a malíčku pravé ruky, PSS MK kousnutí a škrábnutí do předloktí levé ruky, škrábnutí na pravém zápěstí, klient Děť1 prokousnutí spodní ret...PSS DS poškrábání na krku a pokousání na pravém zápěstí, klient Děť1 prokousnutí spodní ret...PSS JK kousnutí do pravého předloktí, klient Děť1 boule na čele, odřený prsteníček na pravé noze...Děť1 odřenina a boule na čele..Děť1 odřenina na čele, PSS JH poškrábání hřbetu ruky a na krku...PSS MJ poškrábaný hřbet pravé i levé ruky, PSS KK pohmoždění pravé ruky nad loktem, klient Děť1 obnovení boule na čele – odřenina...PSS MJ kousnutí do dlaně levé ruky...VD prokousnutí kůže a podkoží na pravé ruce...PSS DS otok kloubu u prostředníčku levé ruky a poškrábání na hřbetu levé ruky, PSS MK poškrábání a kousnutí na hřbetu levé ruky, klient Děť1 boule a otok na čele...PSS DP poškrábání na levé ruce...PSS MB kousnutí na zápěstí levé ruky, poškrábání na hřbetu pravé ruky, boule na hlavě a vytržené vlasy, klient Děť1 boule a sedřená kůže na čele...PSS DS pokousání hřbetu pravé ruky, prokousnutí ukazováčku pravé ruky, otok celé pravé ruky, zhmoždění, prokousnutí ukazováčku levé ruky, pokousání hřbetu levé ruky, kousnutí za levým uchem, modřina v koutku levého oka, PSS MK otok po kousnutí na levém hřbetu ruky, klient Děť1boule, modřiny a sedřená kůže na čele o průměru cca 6 cm s následným výronem tkáňového moku...“ Děť2: „Klient Děť2 – kousnutí do pravého zápěstí...klient Děť2 – odřenina a boule na čele... PSS BV otok na pravé tváři...Klient Děť2 – škrábnutí na zápěstí pravé ruky...VDěť – kousnutí na pravém předloktí, poškrábání v levém podpaží a na pravé ruce...Klient Děť2 – roztržený spodní ret...Klient Děť2 kousnutí do pravého

hřbetu ruky...PSS KK škrábnutí na levé horní končetině, Klient Děť2 kousnutí do pravého zápěstí...“

Kritérium: doba trvání agrese při OPO

Při pozorování jsme snažili soustředit také na délku agrese, ale vzhledem k nepřítomnosti naší osoby po celou dobu 24hodinového provozu, nám bylo umožněno získat **50 záznamů opatření omezující pohyb osob**. Při opatření omezující pohyb osob, kdy jsme detailněji toto kritérium rozdělili na trvání *do 30 minut* a trvání *nad 30 minut* bylo zjištěno, že **39 zásahů proti agresi klienta trvalo do 30 minut a 11 zásahů trvalo nad 30 minut**. Co se délky zásahů týče, z pozorování vyplynulo, že i přes snahu zaměstnanců opatření omezující pohyb osob ukončit dřív, je to jedno z kritérií, které při práci s klienty bohužel nemohou zaměstnanci jakýmkoliv způsobem ovlivnit.

Kritérium: spouštěč agresivního chování

Jak již napovídá název kritéria, zde jsme se soustředili na příčiny, tedy spouštěče agresivního chování u klientů. Jedná se převážně o situace, kdy se klientům nějakým způsobem něco nelíbí, jsou z různých příčin v nepohodě, neklidu, a ne komfortu a poté nemusí mít dobrou náladu a plyne tohle vše v neklid, případně agresi. Od těchto negativních pocitů, či situací, které mnohdy mohou trvat jen chvíli se odvíjí často i to, zda agrese klienta vyvrcholí či nikoli. Z pozorování i listinných dokumentů plyne, že spouštěčů agresivního chování je mnoho. Vybrali jsme ty nejčastější, tedy situace, kdy jsou na klienty kladeny požadavky ze strany zaměstnance, např. *je klient z jeho strany aktivizován*. Není pravidlem, že aktivizace klienta byla příčinou pokaždé, jde o aktuální rozpoložení klienta/klientů a další vlivy, které mohou dohromady působit negativně na klienta a vyvolávaly v něm tak neklid. Jednalo se i o situace, kdy vzhledem k přílišné aktivizaci byl klient v pro něj podnětově přesyceném prostředí, protože některým klientům během dne stačily 1-2 aktivity a při větším množství docházelo k neklidu u klienta/ů. O vyvolání negativního chování a případné agresi klientů vypovídají záznamy z pozorování a listinných dokumentů, jako např.: Dos1: „...veškeré nabízené aktivity odmítal...odmítal se obléct...na výzvu PSS být ve společenské místnosti reaguje odmítavě...na nabízené aktivity (puzzle) reagoval negativně... PSS klientovi nabídla aktivitu – skládání puzzlů. Klient PSS puzzle vrátil rozzuřeně zpět.“ Dos2: „...klient odmítal veškeré nabízené aktivity, jevil se neklidný, řval...odmítal jít v jídelně...klient odmítal jít na další vycházku... klient odmítal výtvarnou aktivitu (barvení vajec) a na PSS reagoval vždy křikem.“ Dos3: „...“veškeré nabízené aktivity odmítal, měl nepřítomný pohled...při aktivitě

na zahradě (hrabání listí) popadl hrábě a začal s nimi mlátit o zem, čímž je rozbil...“ Dos4: „...aktivity spojené se školou a práci na úkolech odmítá, agresivně křičí „Ne!“, snaží se štípat PSS...“ Děť1: „Klient odmítal nabízené aktivity... klient odmítal účastnit se vycházky...klient reagoval rozrušeně na pobídky PSS k práci, reaguje neklidně, funí...“ Děť5: „...na pobídku PSS k aktivizaci klienta pomocí úkolů či her, klient reaguje odmítavě, PSS vulgárně nadává...“ Děť 3: „...PSS nabídla klientce výtvarné aktivity, ta však reagovala neklidně a začala se kousat...“

Dále jsme detailněji toto kritérium soustředili na *další okolní vlivy*, mezi které jsme zařadili například počasí, pohyb cizích lidí v zařízení (údržbáři, opraváři apod.), vzhledem k časté fluktuaci také pohyb nových zaměstnanců v zařízení anebo také medikaci. Klienti v zařízení DZR jsou často medikováni, každý bere jiné množství a kombinaci léků (detailněji zmiňujeme tyto podstatné údaje v tabulce č. 5), ovšem při změně jako je např. počet stávajících léků (snížení X zvýšení medikace) nebo změna či vyřazení léku, působí tyto situace na klienty často negativně a objevuje se zde častější agrese. Častou příčinou zde bylo také jídlo, např. chuť na sladké či slané pochutiny nebo hlad, případně také vybíravost v jídle nebo naopak různé alergie, či citlivost na určité druhy jídla, kdy po požití může klientovi být ze zdravotních důvodů hůře (např. plynatost). Mnohdy se jednalo o působení více vlivů najednou. Vypovídají o tom např. data jako: Dos1: „Vyběhl ze své BJ se zdviženýma rukama a hlasitým křikem. Jevil se neklidný, dožadoval se jídla ...Po obědě klient opět vyběhl s křikem ze své BJ a snažil se lomcovat skříňkou, kde má schované sladkosti.“ Dos4: „... klient šel do prádelny do koše na špinavé prádlo, tam vytáhl špinavé prádlo a nesl si ho na BJ. PSS se snažili mu špinavé prádlo vzít, na to klient reagoval hlasitým, „Ne! Ne! Jdi pryč!“ a pokoušel se o štípnutí přítomné PSS. Proto PSS nechali klienta v klidu s tím, že se prádlo uklidí ráno... nabízené aktivity odmítal, vykřikoval „Ne!“ a dupal...veškeré nabízené aktivity odmítá silným řvaním „Ne!“ a oběma rukama bouchal do PSS...“ Dos2: „Klient měl navštívit lékaře, ovšem toto mu nebylo dostatečně předem oznámeno, jevil se proto neklidný. Dos3: „Den předem volala matka, že mění termín odjezdu klienta domů, což bylo důvodem změny nálady klienta a vyvolání neklidu... Dos4: „Klient neměl ve své individuální struktuře nachystaný pictogram vycházky, proto tuto aktivitu agresivními výkřiky „Ne!“ odmítal.“ Děť1: „Klient měl horečku, jevil se malátný – při podávání lokl od zdrav. bratra se jej pokoušel napadnout...klientovi byla změněna mediakce – možná z příčin zvýšeného agresivního chování. Klient jel do jiné ambulantní služby, kde ho čekaly různé aktivity. Vzhledem

k tomu, že se jedná o aktivitu novou, byl z jízdy rozrušený...“ Děť4: „Matka změnila odjezd klienta, z čehož byl klient velmi rozrušený, křičel, byl plačtivý a napadal ostatní klienty...“

Kritérium: kontakt

Při pozorování jsme zvolili toto kritérium z toho důvodu, že navazování vztahu a kontakt jako takový, ať už mezi klienty navzájem nebo mezi klienty a zaměstnanci zařízení. Bylo zjištěno, že i přes to, že se jedná o domov se zvláštním režimem, který je zaměřený na jedince s poruchou autistického spektra v kombinaci s mentálním postižením a problémovým chováním, jsou vztahy a jejich počáteční navazování, tedy počínaje kontaktem, velmi podstatné nejen pro chod (režim) domova se zvláštním režimem, ale také pro další rozvoj klienta a jeho potřeb v zařízení. Kontakt a navazování vztahů mezi klienty i mezi nimi a zaměstnanci zde rozhodně probíhá. Nešlo jen o kontakt jako takový (např. dotek, komunikace), ale také se zde projevovalo navazování vztahů mezi klienty, které vzájemnému navázání pozitivnímu kontaktu ve většině případů předcházelo. Vzhledem k tomu, že se jednalo o klienty s poruchou autistického spektra v kombinaci s mentálním postižením a problémovým chováním v zařízení domova se zvláštním režimem, z počátku zařazení klienta do zařízení sociální služby bylo důležité brát v potaz jeho adaptační dobu, která činila vždy cca 2-3 měsíce, než se klient adaptoval do pro něj nového prostředí. Pro přehled jsou data týkající se délky pobytu klienta zařízení vyobrazena v tabulce č. 5. Data řadící se pod toto sledované kritérium, se týkají všech klientů celého zařízení DZR, kdy kromě klienta Děť5 jsou všichni zbývající klienti (Dos1-4, Děť1-4) plně adaptováni a jsou v zařízení déle jak 3 měsíce. Klient Děť5 je v zařízení po dobu 4 měsíců, proto zde může na jeho chování vliv adaptační doba, což jsme brali při zpracování dat v potaz. Z pozorování i z listinných dat (deníky klientů, záznamy opatření omezující pohyb osob) vplynuly následující informace. Klienti v zařízení vztahy rozhodně navazují, ale záleželo na celkové adaptaci, jak taková adaptace probíhala a jak moc intenzivně se s klientem v zařízení pracovalo během adaptační doby. Vliv na navazování vztahů měly také vzájemné sympatie jednoho klienta s druhým a jejich projevy běžného chování (např. pokud jeden klient má hlučnější projevy chování a druhý klient je citlivější na hluk či vyšší intenzitu hlasu, už jen z tohoto principu nebudou mezi těmito jedinci vzájemné sympatie tak velké, jako by byly např. s klientem, který není tak hlučný nebo citlivý na hluk). Z pozorování i z listinných dat vplynulo, že se zde nachází snaha o *kontakt mezi klienty*, a to buď tak, že klienti kontakt hledají sami, např. Dos2: „Chtěl trávit čas s PSS na houpačce na terase...Po

odpolední relaxaci klient trávil čas s přítomnými PSS a s klienty z dětského oddělení na terase. Věnoval se pohybové aktivitě skákání na trampolíně. Na terase u stolu se občerstvoval a vedl rozhovory s PSS na různá témata...K večeru trávil čas ve společnosti ostatních klientů ve společenské místnosti. S jiným klientem hráli hru „Na babu“, utíkali po zahradě a lechtali se. Jevil se klidný a spokojený...V podvečer seděl ve společenské místnosti na sedací soupravě vedle klienta Dos3, o které se rozdělil se slovy „K., chceš jablko?“ a natáhl k němu misku. Klient Dos3 si jablko vzal...Klient byl ve společenské místnosti a sledoval TV. Po chvíli k němu přišel klient. Dos4 a opřel se o něj. Klient Dos2 toto akceptoval, jevil se klidný. Vzal klienta Dos3 za ruku a povídal si s ním...přítomným PSS vyprávěl, co během dne prožil.“Dos4: „...když dorazili klienti z domácnosti dětí, klient uviděl venku klienta Děť5 a okamžitě šel za ním ven...zdržoval se na vaku ve společenské místnosti s ostatními klienty a relaxoval... Dopoledne relaxoval na vaku ve společenské místnosti s ostatními klienty a poté po PSS vyžadoval činnost s prvky bazální stimulace. Při relaxaci si několikrát vyžádal činnost s prvky bazální stimulace...Večer se jevil klidný, vyžádal si prvky s činnosti bazální stimulace.“ Dos3: „Klient večer relaxoval ve společenské místnosti, polehával na vaku a jevil se spokojeně...chtěl se zaměstnanci znakovat podle kalendáře, poté trávil čas na terase s ostatními klienty i zaměstnanci...Klient šel s PSS na domácnost dětí, když uviděl klienta Děť5, šel s ním na jeho BJ, kde mu klient Děť5 ukazoval vlakovou dráhu. Jevil se spokojený. Poté na své domácnosti trávil čas ve společenské místnosti a sledoval TV... Odpoledne klient trávil čas na zahradě, kam v pozdějších hodinách přišli na návštěvu klienti z domácnosti dětí. Všichni společně grilovali. Klient se po celou dobu jevil klidný a spokojený, usmíval se... Po obědě relaxoval ve společenské místnosti s ostatními klienty a sledoval dění kolem sebe“ Děť1: „Klient navštěvuje často BJ klienta Děť5 a Děť4.. je mu vysvětlováno, že tak nesmí činit bez jejich svolení...“ Děť5: „Klient sám požádal PSS o vycházku s klienty domácnosti dospělých...klient ukazoval vláčky klientovi z domácnosti dospělých, vzal jej rovněž na svou BJ... Klient dle záznamů opakovaně navštěvuje BJ ostatních klientů. Je mu vysvětlováno, že tak někdy učinit může, ale pouze se svolením klienta, který na BJ bydlí...“

Jak jsme již zmínili výše, navázání kontaktu nebylo mnohdy jednoduché obzvláště u lidí s poruchou autistického spektra v kombinaci s mentálním postižením a problémovým chováním, ale i přes to v zařízení domova se zvláštním režimem se vztahy i kontaktu navazují, a to nejen mezi klienty, ale také mezi klienty a zaměstnanci. I při navazování

vztahů a kontaktů mezi klienty a zaměstnanci bylo viditelné, že na ně přátelské vztahy mají dobrý vliv a projevují se mnohdy radostně, spokojeně, ale také lze říct, že se tímto eliminovalo problémové chování. Zaměstnanci se s klienty také snaží probírat různá důležitá témata, pro osobní rozvoj klientů, např. různá životní témata či téma týkající se osvěty v sexuální výchově, vzhledem k věku klientů DZR a jejich sexualitě. Mnohdy tento kontakt nebyl pouze o vzájemné mluvené komunikaci, dotecích či přítomnosti druhé osoby, ale také o jisté formě pomoci, kterou klient sám zaměstnanci nabídne a sám je z ní poté radostný. Například se jedná o záznamy: Dos2: ...“poté PSS s jiným klientem pomohl odnést jídelní boxy“ Dos3: „Sám pomáhal PSS donést boxy s obědem...

Nebo dále vyplynulo, že kontakt mezi klienty podporují i zaměstnanci, kteří se snažili jim ho zprostředkovat, jako např.: Dos1: „Klient byl připravován na vycházku, záměrně byl na připraven i druhý zaměstnanec s klientem Děť2, aby byla uskutečněna společná vycházka.“ Dos3: „Odpoledne klient trávil čas na zahradě, kam v pozdějších hodinách přišli na návštěvu klienti z domácnosti dětí. Všichni společně grilovali. Klient se po celou dobu jevil klidný a spokojený, usmíval se.“ Dos4: „Klientovi byla navržena činnost s prvky bazální stimulace ze strany PSS. Toto klient akceptoval. Jevil se spokojený, hlasitě se smál.“ Děť1: Proběhla společná vycházka s klientem Děť2...Klient byl s ostatními klienty oddělení dětí na terase, kde se zúčastnil opékání špekáčků. Nejprve se procházel po zahradě, poté vyčkával na připravené jídlo v přítomnosti dalších klientů... Klient šel s PSS na její návrh skákat na trampolíně. Vyžádal si neverbálně podporu PSS při skákání. Jevil se spokojeně...Odpoledne se klient zúčastnil společné vycházky se všemi klienty domácnosti dětí. Děť2, Děť3, Děť4, Děť5: Odpoledne se klient zúčastnil společné vycházky se všemi klienty domácnosti dětí.

Co se vztahů mezi **klienty a zaměstnanci** týče, byly zde i situace, kdy sám personál měl snahu navázat dobré vztahy a kontakty s klienty. Například Dos1: „S klientem byla zahájena preterapie. Klientovi se komunikace velmi líbila a bylo zřetelné, že mu kontakt a komunikace chybí. Klient strávil s PSS ve společenské místnosti cca 25 minut. Klient byl po celou dobu klidný, jevil se spokojený a PSS projevovat náklonnost, prvky po něm opakovat – snažil se o fyzický kontakt, chytal PSS za ruku, což mu dle pravidel služby bylo umožněno. Klient dával svůj nos na nos PSS (u klienta projev největší náklonnosti a důvěry). Klientovi bylo opakováno, že s ním v budoucnu bude provedena vycházka ven mimo zařízení...Když klient vešel do společenské místnosti, PSS jej pobídla, aby šel za ostatními klienty i PSS na pohovku...PSS se snažila navázat kontakt s klientem, věnovali

se prvům bazální stimulace...V odpoledních hodinách se smál, s PSS na její návrh využíval prvky bazální stimulace. S ostatními klienty pouze stoloval.“ Dále Dos2: „Na popud VDos vedl klient s vedoucí telefonický rozhovor a odpovídal na dotazy ve stylu, jak se mu daří, jak se má, jak tráví svůj čas atd...Odpoledne klient trávil ve společenské místnosti, kde s PSS na její návrh hráli stolní hru Člověče nezlob se...S VDos probírali téma sexuální výchovy, kdy se do konverzace klient aktivně zapojil...Klient byl na své BJ, PSS mu navrhla společnou četbu knihy. Na tuto výzvu se klient přesunul do společenské místnosti a spolu s PSS společně četli knihu.“ Dos2: „...Po odpolední relaxaci klient trávil čas s přítomnými PSS a s klienty z dětského oddělení na terase. Věnoval se pohybové aktivitě skákání na trampolíně. Na terase u stolu se občerstvoval a vedl rozhovory s PSS na různá témata... s PSS si prohlížel knihy.“ Dos3: „...“chtěl se zaměstnanci znakovat podle kalendáře, poté trávil čas na terase s ostatními klienty i zaměstnanci...chtěl se zaměstnanci znakovat podle kalendáře, poté trávil čas na terase s ostatními klienty i zaměstnanci...“Když přišli údržbáři na připevnění boxovacího pytle, klient je na své BJ se zaujetím pozoroval. Poté vstal a jevílo se, že chce údržbářům pomoci a zajímá se o jejich aktivitu. Po svačině byl s PSS na zahradě, kde poté společně skákali na trampolíně. Odpoledne chtěl vyzkoušet nový boxovací pytel, v čemž mu pomohla PSS. Jevil se spokojený.“ Děť1: Klient Děť1 si vyžádal pobyt na terase. Vzal PSS za ruku a vedl ji na terasu, kde s ní chtěl trávit čas...“ Děť3: „PSS klientce nabízela prvky bazální stimulace, na což klientka reagovala pozitivně... klientce byly nabízeny různé aktivity...klientce bylo navrženo společné čtení knihy... Klientka se jevila smutná, tak ji PSS chytila za ruku a nabídla prvky bazální stimulace, po čemž se jevila radostně a spokojeně...“ Děť1: „PSS klientovi nabídla ruku... klient nabídku PSS přijal...klientovi byly nabízeny různé aktivity ve společenské místnosti se záměrem trávení času s ostatními klienty a zaměstnanci služby...“ Děť5: „Klient byl vyzván k trávení společného času ve společenské místnosti s ostatními klienty i zaměstnanci. Nabídku PSS klient přijal...vzhledem k tomu, že klient je kontaktní a rád se objímá, PSS jako pozdrav zvolila obejmoutí s předchozím dotazem, zda může – klient toto přijal akceptoval, jevil se spokojeně a radostně...“

Kritérium: eliminace problémového chování

Vzhledem k tomu, že se jednalo o zařízení domova se zvláštním režimem, které je zaměřené na klienty s poruchou autistického spektra v kombinaci s mentálním postižením a problémovým chováním, zaměřili jsme se i na předcházení problémovému chování. Z dat vyplývá, že pokud zaměstnanci vyvíjeli na klienta přílišný tlak, docházelo k afektu, ovšem pokud se zde objevovaly správné postupy, které lze šlo u každého klienta vysledovat, mohlo se agresivnímu chování i předejít, či jej dokonce eliminovat. Jak jsme již zmiňovali v naší diplomové práci výše, data jsou napříč sebou propojena vzájemně, konkrétně k eliminaci problémovému chování se váže například navazování dobrých vztahů či kontaktu s ostatními lidmi, protože je to jedna z možných forem eliminace problémového chování. V zařízení domova se zvláštním režimem jsme sledovali především to, zda se zde nějaká forma eliminace *nachází či nikoli* a případně jaké jsou tyto *formy eliminace problémového chování*. Z pozorování a listinných dokumentů vyplynulo, že formy eliminace se zde rozhodně nacházejí, ale jde především o to, jakou formou je toto předcházení realizováno. Dalo by se říct, že se zde nachází krátkodobá a dlouhodobá forma eliminace. U dlouhodobé eliminace se tato práce projevovala např. pomocí individuálního plánu klienta nebo dodržování jeho denního režimu. Pokud se s klientem intenzivně pracovalo a držel se tohoto plánu a jeho cílů i klíčový pracovník klienta (popř. i ostatní zaměstnanci DZR), nacházely se zde viditelné změny a pokroky u klientů, díky kterým se eliminovalo právě i problémové chování. Každý klient měl ve svém individuálním plánu rozdílné cíle, i přes to byly pokroky viditelné u všech klientů. U některých klientů byly cíle splnitelné již během 3měsíčního období, na které je individuální plán psán, u jiných klientů byl mnohdy jeden cíl plánován dokola po celý rok, či ve více individuálních plánech po sobě. U *krátkodobé eliminace* se jednalo víceméně o předcházení agresivního chování a chvilkovou eliminaci, aby nedošlo k afektu u klienta, ale k jeho zklidnění, a to buď hned nebo během dne – tedy během kratšího časového úseku, oproti eliminaci dlouhodobé. Vypovídají o tom např. data jako: Dos1: „...klient byl připravován na vycházku, po ní se jevil klidný a spokojený... Dos2: „Klient se po probuzení jevil opět neklidný a byl mu ponechán delší čas na probrání. Při snídani se již jevilo, že neklid ustupuje a klient byl rozptylován hovorem na různá témata...Jídlo mu bylo podáváno na jeho BJ... Byl PSS ponechám celý den na BJ,...proto mu byl poskytnut dostatečný prostor pro relaxaci, byla mu poskytnuta podpora při Wc a snídani mu byla poskytnuta na BJ. Následně bylo klientovi umožněno relaxovat na své BJ...PSS s klientem vedly rozhovory na různá

témata... během dne klient pracoval cca 1 hod na tabletu (tablet je klientovi půjčován pouze na 1-2 h denně – v delším časovém úseku v klientovi může vyvolat neklid) ...“
Dos3: „...Na to se klient zvedl a ukázal si bouchání do rukou, to mu bylo ke snaze zklidnění klienta umožněno...matka klienta v dodržuje plánované odjezdy a příjezdy klienta., který pak není tak rozrušený... Dos4: „klient i přes prvotně odmítavý postoj nakonec šel na vycházku...po ní se jevil radostně a spokojen... Klient se kvůli praní prádla cítil neklidný a byl rozrušený, proto PSS nechali klienta v klidu s tím, že se prádlo uklidí ráno.“

U *eliminace dlouhodobé*, jak již zmiňujeme výše, se jednalo o dodržování individuálního plánu klienta, tedy plnění cílů předem dané na určité tříměsíční období a také dodržování denního režimu a struktury (ať už struktury společné, která platila pro všechny klienta a byla vyvěšena jako denní režim domácnosti ve společenské místnosti nebo struktury individuální, kterou by měl každý klient mít na svém pokoji v pro něj vyhovující formě – piktogramy VS reálná struktura). Jednalo se i o drobnosti, kterých si klienti v rámci denního režimu či jejich specifík v chování mohli všimnout a vnímat, zda zaměstnanec koná tak, jak potřebují. Například: Dos1: „Klient šel na vycházku v čas jeho denního režimu...v případě, že není tento postup dodržen a klient nejde každý den zhruba ve stejný čas, jeví se poté neklidný.“ Dos2: „Společně s PSS se podílel na vytváření svého individuálního plánu a cílů na další období...“ Děť2: „...Byla mu přinesena polévka a klient se již jevil neklidný, stále kontroloval, zda přítomná PSS drží talíř, což je u klienta nutné (viz individuální plán klienta). Klienta zároveň rušila přítomnost jiného klienta, který současně s ním sdílel jídelnu. Stále se po něm ohlížel a skřípal zub...“ Děť3: „Klientka si dnes vytvořila individuální jídelníček na příští týden, volila jídla dle vlastního výběru z nabízených možností...“ Děť4: „...zaměstnanci zařízení se snaží prodlužovat pauzy mezi klientem zvolenými jednotlivými činnostmi, snaží se jej neustále motivovat, aby trávil poměrnou část bez přítomnosti zaměstnanců. V rámci individuálních činností klient využívá...“

Kritérium: metody práce využívané s klienty ze strany zaměstnanců

Při tomto kritériu jsme se zaměřili na pozorování toho, jaké metody práce jsou využity ze strany zaměstnanců při práci s jedinci v zařízení. Konkrétně nám šlo o to, jaké konkrétní *druhy metod práce* personál používal, protože i dle toho, jakým způsobem zaměstnanec pracoval s klientem, jaké metody využil a jak dlouho tuto práci s klientem provádí, bylo zaznamenáno jako možná forma eliminace problémového chování. Pokud byl klient

přetížen (jak již zmiňujeme v textu výše, kdy klient může na aktivizaci reagovat neklidem), mohlo to u něj vyvolat i agresivní chování a práce s ním tedy byla jednou z možných příčin agrese. Nejčastěji byla využívána kognitivně behaviorální terapie, zrcadlení, TEACCH metoda či Lavaasova intervenční terapie, také různé zklidňující metody typu masáže a bazálních stimulací, nebo také muzikoterapie, různé výtvarné a pracovní činnosti, či nácvik denních činností běžného života (např. úklid, vaření, práce na zahradě atd.). Např.: Dos1: „Při obědě mu byla poskytnuta podpora a oběd snědl celý, po obědě se klient začal projevovat hlasitě a začal si boucháním do ochranného skla vynucovat další jídlo, tato agrese byla odvrácena. PSS pracoval s klientem formou zrcadlení, jak pohyby, tak zvuky, klient začal s PSS navazovat kontakt. Mezi tím mu byla nachystána další svačina, kterou snědl v jídelně a PSS byl vedle něj, celé zrcadlení přešlo ve hru, kdy klient zkoušel, co vše PSS je schopen napodobit vč. dání nohy na stůl. Odpoledne klient pozoroval PSS jak pracují s jiným klientem na tvorbě velikonočních zajíců na terase vzhledem k tomu, že začalo pršet na zahradu již nešel a byl na své BJ... Několikrát za den byla PSS na BJ, kde klient využíval činnosti s prvky bazální stimulace, tleskání do dlaní, zrcadlení... PSS s ním prováděl preterapii a opakovaně po 30 minutách jej informoval: „... jsou kamarádi a dnes půjdou po obědě ven.“ PSS sním ještě chvíli prováděl preterapii to se mu velice zamlouvalo. Jevil se velice spokojený... Klient po celý den až do odchodu denní služby měl tepláky a byl oblečený. S klientem byla po dobu cca 14 dní prováděna ze strany PSS metoda TEACCH a Lavaasova intervenční terapie. Klient byl systematicky připravován na změnu režimu a průběhu dne...“ Dos4: „V průběhu večera využíval činností s prvky bazální terapie, vyžádal si zapnutí PC a chvíli sledoval TV. S dopomocí PSS provedl večerní hygienu ...“ Děť1: „Klientovi byla provedena masáž dlaní a prstů... Klient umožnil PSS po ranní hygieně bazální stimulaci rukou s použitím krému. Jevilo se klidným dojmem a usmíval se...“ Děť5: „...PSS klientovi masírovala ruce a nohy, nejprve rukama namazanýma krémem a poté masážním balonkem. Masáž nohou si klient pochvaloval...“ Děť2: „...klientovi byla provedena BS jako prvek zklidnění a odpoutání pozornosti od vycházky... Po obědě mu byla nabídnuta relaxace s prvky BS. Jevil se velmi spokojený...“

6 DISKUSE

V kapitole diskuse se věnujeme shrnutí výsledků výzkumu, a to konkrétně formou odpovědí na naše výzkumné otázky, které jsme zmiňovali již u výzkumného problému a vztahují se k našim cílům. Diplomová práce se zabývá jedinci s poruchou autistického spektra v kombinaci s mentálním postižením a problémovým chováním v domově se zvláštním režimem. Data byla sesbírána pomocí zúčastněného pozorování s předem danými kritérii v měsících únor–duben r. 2022 a díky poskytnutým dokumentům (deníky klientů a záznamy opatření omezující pohyb osob). Předem daná kritéria nám pomohla se při pozorování zaměřit již na pro nás důležité záznamy a relevantní data. Detailněji tyto rozdělená kritéria zmiňujeme v kapitolách výše. Sesbíraná data byla zpracována pomocí případové studie, která nám pomohla odpovědět na výzkumné otázky naší diplomové práce.

VO1: Jaká jsou specifika domova se zvláštním režimem, který je specializovaný na jedince s poruchou autistického spektra v kombinaci s mentálním postižením a problémovým chováním?

Jak již plyne z pozorování a analýzy dokumentů (opatření omezující pohyb osob a deníků klientů), s člověkem s poruchou autistického spektra v kombinaci s mentálním postižením a problémovým chováním je mnohdy velmi těžké nalézt vhodný způsob komunikace, aby klient byl schopen dát najevo své potřeby. Čadilová, Jůn a Thorová (2007) rozlišují tzv. třídu problémových oblastí, ve kterých mají jedinci s PAS zhoršené schopnosti. Řadíme zde výše zmíněnou komunikaci, ale také představivost jedince a sociální chování. Pokud se zaměříme na oblast sociálního chování a sociální interakce, Bazalová (2012) tuto oblast shledává ze zmíněných třech jako nejzávažnější. L. Winga a J. Gould (in Thorová, 2012, s. 21) rozdělili v letech 1979 – 1996 sociální interakci u lidí s PAS na čtyři typy, Thorová (2006 in Thorová, 2012) dle svých zkušeností přidala typ pátý. Jedná se o typ *osamělý*, kdy jedinec nenavazuje oční kontakt a činnosti vykonává převážně sám bez zásahu druhých osob, dále o typ *pasivní*, který má malý zájem o okolí a další osoby, ale kontakt nenavazuje jako první, *aktivní (zvláštní)* typ, kdy osoba se snaží navázat kontakt, ale převážně formou fyzické agrese a bez oslovení druhých osob, *formální* typ, a jako poslední typ *smíšený (zvláštní)*, kdy osoba vyhledává převážně dospělé osoby, oproti sobě věkové rovným a po chvíli již kontakt navazovat nechce. Z našeho výzkumu vyplynulo, že se v zařízení domova se zvláštním režimem rozhodně nachází různé typy těchto sociálních interakcí. Zaměstnanci se rovněž pokouší o zapojení klientů do sociálních interakcí, a to tak, že

klienty podpoří ve vzájemném kontaktu mezi sebou (kontakt klient – klient) anebo se sami pokouší s klienty navázat kontakt jako takový (kontakt zaměstnanec – klient). Co se týče navazování vztahů obecně, v zařízení DZR je třeba brát v potaz také adaptační dobu klienta, která zpravidla činí 2-3 měsíce, protože již z pozorování bylo viditelné, že klienti navazují vztahy a pokusy o sociální interakci (jak mezi sebou, tak se zaměstnanci) až po adaptační době, kdy si zvyknou na nové prostředí i lidi kolem sebe. Vztahy mezi klienty vzájemně jsou buď podporovány a zprostředkovány pomocí zaměstnanců anebo je klienty realizují, tedy vyhledávají druhé klienty sami od sebe. V případě samostatného navazování vztahů se jedná převážně o situace, kdy klient vyhledává čas strávený s druhým klientem např. na jeho bytové jednotce a ukazuje mu jeho hračky či pomůcky, tráví spolu čas na zahradní houpačce nebo trampolíně, sami se dělí o jídlo či jej nabízí atp. U navazování vztahů mezi klienty pomocí zprostředkování zaměstnanců se jedná víceméně o záměrné konání společných vycházek či společně tráveného času v zařízení (např. grilování na zahradě). Důležité je také zmínit, že se někteří klienti snaží sami navázat i kontakt se zaměstnancem, a to konkrétně jistou formou pomoci, kterou klient zaměstnanci nabídne a m z ní poté radostný pocit, např. klienti pomáhají PSS nosit boxy s jídlem či s jinými potřebnými činnostmi. Co se vztahu mezi klienty a zaměstnanci týče, v DZR personál vztahy s klienty navazuje a vyvíjí úsilí pro dobré vztahy i mezi nimi a klienty. V tomto případě se jedná o nabídnutí fyzické pomoci ze strany zaměstnance, zprostředkování kontaktu ze strany personálu (např. nabídka bazálních stimulací) nebo různé návrhy společných činností (společenská hra, společná četba), či společně strávený čas (společné houpání na zahradní houpačce či skákání na trampolíně). Thorová (2006) oproti Bazalové (2012) shledává jako nejzávažnější oblast komunikace, protože jak autorky zdůrazňují, navazování vztahů ve společnosti je založeno na základě mezilidské komunikace. Pro personál DZR, jak již plyne z našich sesbíraných dat, je sice navazování vztahů důležité a vyvíjí pro pozitivní vztahy v zařízení, především s klienty úsilí, ovšem není to jednoduchá cesta. Bazalová (2012) zmiňuje komunikaci jako jednu z problémových oblastí, protože dle Čadilové, Jůna a Thorové (2007) ji lidé s poruchou autistického spektra mají např. narušenou či nefunkční. V zařízení DZR se s klienty komunikuje na základě jejich individuálního plánu, ale vedoucí domácností (i domácnosti dětí i dospělých) se snažili zavést u každého klienta formu struktury, kdy na domácnosti dospělých mají klienti převážně strukturu složenou z piktogramů, fotografií a obrázků a u jednoho klienta se vedoucí pokoušela zavést strukturu z reálných předmětů. Rovněž se zde zaměstnanci dorozumívají i pomocí znakové řeči, vzhledem k hluchotě jednoho z klientů. V domácnosti

dětí se jednalo také převážně o strukturu ve formě obrázků. V obou domácnostech klienti mají své individuální struktury umístěny na své bytové jednotce. V domácnosti dospělých mají klienti ve společenské místnosti umístěnou i strukturu režimu dne, která je pro všechny společná (např. vstávání, snídane, úklid, oběd, relaxace atd.). Rovněž se zde nachází struktura zaměstnanců, aby klienti viděli, kdo ze zaměstnanců je přítomen a jaký člověk bude přítomen na nadcházející směně (např. noční). Dále se zde nachází denní struktura jídla, tedy každý klient má možnost vidět co bude ke snídani, obědu, i večeři v daný den. Na domácnosti dětí je struktura pro všechny klienty zavedena pouze ve formě fotografií přehledu zaměstnanců (společná struktura ve smyslu přehledu jídla či režimu dne se zde nenachází). I oblast komunikace je pro zaměstnance DZR náročná, protože dle Thorové (2012) má mnoho jedinců s PAS problémy nejen s neverbálním vyjadřováním jako je mimika, gesta, oční kontakt či fyzická manipulace, ale také s komunikací na verbální úrovni, kdy jedinci buď nekomunikují vůbec a pokud ano, tak nemluví v celých větách či neumí správně postavit hlas. Rovněž zde bývá problém v oblasti nejen vyjadřování, ale také porozumění slov od jiné osoby. Poslední problémovou oblastí je dle Bazalové (2012) představitost, především z hlediska nápodoby, kdy tento deficit u jedinců s PAS způsobuje nedostatečně rozvinutou hru a zapojení fantazie. Dle Bazalové (2012) a Čadilové a kol. (2016) je pro lidi s PAS důležité nalézt vhodnou a zejména funkční komunikaci a aktivitu, kdy pro zapojení a dorozumění s touto osobou může být zvolen právě denní a stereotypní harmonogram/režim dne, který je vytvořen piktogramy, reálnou strukturou apod. Dle výše uvedeného s tímto pracují také zaměstnanci DZR, jak již zmiňujeme výše. Co se dalších specifík služby domova se zvláštním režimem týče, důležitý pro nás byl také popis zařízení jako takový, kdy specifická tohoto DZR je už jen v tom, že se v něm nachází speciální antivandal vybavení jako jsou například ochranné kryty pro TV a PC, antivandal koupelny a pokoje klientů, uzamykatelné skříně, speciální okenní skla, připevněný nábytek, bezpečnostní matrace, možnost uzavíratelných prostor, místnost bezpečného pobytu apod. V zařízení je v případě nutnosti a ohrožení života klienta či zaměstnance (vzhledem k agresi klienta) možnost spustit tzv. alarm. Jedná se o speciální hodinky, které jsou zaměstnanci povinni při vykonávání své služby nosit na ruce. V případě, kdy jakékoliv problémové chování klienta nelze zvládat např. na domácnosti v počtu přítomných zaměstnanců, je spuštěn alarm – po celém zařízení se rozezní zvuk alarmu a další zaměstnanci (např. z druhé domácnosti) reagují (utíkají) co nejrychleji na pomoc na domácnost či do prostor zařízení, kde probíhá agrese klienta. V případě ohrožení a neustávání agrese mohou být použity opatření omezující pohyb osob, kdy se zaměstnanci postupují dle § 89 o

opatření omezující pohyb osob, vycházející se zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Klient je před zásahem několikrát slovně vyzván ke zklidnění a je i slovně upozorněn, že pokud nebudou jeho útoky ustávat, budou ho muset zaměstnanci chytit, což je v zařízení dodržováno a OPO probíhají naprosto v souladu se zákonnými normami. Již jsme zmiňovali vztah mezi zaměstnanci a klienty a také uživateli služby navzájem, nicméně i přes to, že personál vyvíjí úsilí o navazování sociálních kontaktů u klientů, vztahy mezi nimi samotnými (personál) pokulhávají. Zaměstnanci si mnohdy nepředávají dostatečně informace a pokud se jedná o striktní dodržování pravidel týkajících se individuálně klienta (ve smyslu jednotného režimu), ne vždy všichni dodržují tak, jak by měli, což se poté projevuje do chování klienta či celého týmu. Tato problematika se týká také fluktuace zaměstnanců, která je zde velmi častá a do služby přicházejí často noví zaměstnanci. Požadovaný počet zaměstnanců na jednu domácnost je 12 pracovníků v přímé péči a 1 vedoucí domácnosti. Téměř polovina zaměstnanců se v době pozorování únor-duben 2022 vyměnila. Největší fluktuace se projevuje na domácnosti dětí, oproti domácnosti dospělých se zde zaměstnanci střídají častěji. V domácnosti dospělých je rovněž také větší počet stálých zaměstnanců, oproti dětské domácnosti. Nejsou to pouze vztahy mezi zaměstnanci, díky čemuž je fluktuace větší, ale také další specifikum DZR, tedy samotná cílová skupina – klienti s poruchou autistického spektra v kombinaci s mentálním postižením a problémovým chováním. Thorová (2012) říká, že problémové chování je mnohdy forma komunikace a Výrost, Slaměnik a Sollárová (2019) definují přímo pojem agrese, jako záměrné ublížení a způsobení fyzické bolesti, kdy agresivní osoba poškodí druhou osobu či majetek. V DZR se vyskytuje mnoho druhů agresivního chování a opravdu každý klient má jiné projevy agrese. Jak jsme již zmínili výše, jedno ze specifík je právě cílová skupina zařízení, kdy projevy klientů a jejich problémové chování jsou různorodé. Výrost, Slaměnik a Sollárová (2019) rozlišují agresi na fyzickou, verbální, přímou a nepřímou, kdy jde víceméně o způsob a techniku ubližování. U klientů v DZR se vyskytuje agrese verbální, kdy se projevuje zejména vydáváním hlasitých zvuků, vzkřeky, pískotem, křikem již konkrétních vulgárních slov apod. Fyzická agrese je u klientů DZR častější a projevuje se např. kousáním, škrábáním, štípáním, boucháním pěstmi, taháním za vlasy, ruce apod. Klienti také trpí sebepoškozováním (bouchání do hlavy, obnovování ran, škrábání, kousání). Obe zmíněné agrese se vyskytují nejčastěji vůči zaměstnancům, ale také směrem ke ostatním klientům, či sobě samotným. Nechybí zde ani záměrné ničení majetku (nábytek, elektronika atd.).

VO2: Jaká jsou specifika práce s těmito klienty v tomto domově?

Specifika práce s klienty s poruchou autistického spektra v kombinaci s mentálním postižením a problémovým chováním se v domově se zvláštním režimem projevují v mnoha oblastech. Vzhledem k tomu, že se jedná o klienty s chováním náročným na péči, prolínají se zde reakce zaměstnanců při neklidu ze strany klienta. Křivohlavý (2004) doporučuje při setkání s agresivním klientem zaměstnancům zpozornit a všimnout si verbálních i neverbálních projevů klienta, díky kterým lze v mnoha případech včas odhadnout případný neklid či rovnou útok. Dále doporučuje nedotýkat se hned klienta, obzvláště pokud s ním personál nemá ještě tak pevně vybudovaný vztah. Pracovník by se měl v první řadě pokusit o zklidnění klienta a poté se pokusit najít řešení a příčinu agrese. (Křivohlavý, 2004) Personál v domově se zvláštním režimem reaguje na agresi klienta různými způsoby. V první řadě se zde rozlišuje, zda reaguje hned či později. Z našich dat vyplynulo, že všichni zaměstnanci hlavně nějakým způsobem vždy reagují a jsou alespoň přítomni u zásahu (např. zaměstnanec nový je koordinován zkušenými a proškolenými zaměstnanci a bylo by zde jisté pochopení, kdyby jisté kroky sledoval z povzdálí, protože by nebyl např. proškolený). Zaměstnanci DZR vždy usilují o předejití neklidu a konfliktu, nejdříve se pokoušejí reagovat víceméně verbálně a jedince tak zklidnit, aby agresivní chování nevygradovalo. Tyto kroky jsou velmi individuální, protože na každého klienta platí jiné postupy, pokud na jednoho nepůsobí verbální uklidnění, pomáhá např. převedení pozornosti jinam, např. pomocí aktivitu či jiné činnosti. Personál v DZR tedy na agresi klienta reaguje zprvu verbálně či odvedením pozornosti, ale nereaguje ihned fyzicky, pokud to situace sama nevyžaduje. U verbálního zklidnění se jedná víceméně o navození pocitů, že vše bude dobré, případně otázky, co by klient zrovna potřeboval anebo také pokyny, aby se vzdálil na svou bytovou jednotku. V případě již fyzické reakce ze strany zaměstnanců se nemusí jednat o okamžité použité opatření omezující pohyb osob, ale jedná se např. o šetrné úchopy ve smyslu bránění se a tedy odvrácení útoku, či použití bezpečnostní matrace tak, aby se klient k zaměstnanci nedostal na přímo a nebyl tak ani jeden z nich v ohrožení. Dle Jůna (2010) totiž existují tři fáze agresivního chování a v jisté z nich lze klientovi ve vygradování agrese zabránit. Jako první Jůn (2010) uvádí rozčilující fázi, kdy se klient dostává do nepohody, což je viditelné i u klientů v domově se zvláštním režimem, které často rozruší např. změna jejich režimu (dřívější/pozdější odjezd domů), přítomnost nových či cizích osob v zařízení, počasí, nemoc, ale také nepříjemná situace (neklid jiného klienta) atp. Dle Jůna (2010) také zabírá v této fázi na některé klienta

ignorace jejich neklidu, což v zařízení DZR zabírá víceméně u jednoho klienta, ale záleží na aktuálním rozpoložení klienta či klientů. V této fázi je dle autora (Jůn, 2010) vyzkoušet také verbální zklidnění – popisujeme v souvislosti s DZR již výše. Dále je dle Jůna (2010) podstatné v této fázi rozhodnout, zda je nutné použít i neverbální formu zklidnění (např. obejmutí, dotek), ale tato forma je u každého klienta velmi individuální a zde již zaměstnanci DZR sami ví, u koho mohou tyto metody použít či nikoli. Gabura (2005) doporučuje u této fáze dát také dostatečný prostor pro vyjádření klientovi, o což usilují i zaměstnanci v DZR (např. se klienta ptají, co se stalo, co by potřeboval apod.). V tomto případě trpělivost mnohdy přináší růže. Vzhledem k reakci zaměstnance na klienta je velmi důležité i reakce opačná, tedy reakce klienta na zaměstnance, který se jej pokouší zklidnit a dostat nějakým jím zvoleným způsobem do pohody. Jůn (2010) říká, že druhá fáze agrese je již právě agresivní fáze, kdy jedinec napadá fyzicky své okolí, což se děje i u klientů v domově se zvláštním režimem, kde místo k utlumení či odvrácení neklidu dojde k jeho gradaci. V případě, že agrese vygraduje tak silně, že se nelze ubránit pouze odvrácením útoku a klient ignoruje veškeré snahy a upozornění zaměstnanců, aby svého chování zanechal, v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, konkrétně § 89 jsou použity opatření omezující pohyb osob. Zaměstnanci před použitím klienta slovně několikrát upozorní, aby přestal s tímto chováním, nebo jej budou muset chytit – v případě ignorace ze strany klienta nebo ještě větší gradace agresivního chování (především napadání jiných klientů nebo zaměstnanců) jsou OOPO použita. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách vymezuje přesné parametry písemného záznamu této události, což zaměstnanci v DZR dodržují a jak reálné provedení OOPO, tak následné písemné vyjádření je v souladu se zákonnými či jinými normami. Při třetí – zklidňující fázi (Jůn, 2010) klient již své okolí nenapadá, ale k úplnému zklidnění nedochází a jde především o to, aby se klient nedostal do předchozí agresivní fáze, kdy se v DZR jedná zejména o průběh OOPO, kdy zaměstnanci na klienta např. mluví, snaží se jej rozptýlit i verbálně či naopak být úplně potichu. Rovněž se ptají, zda už bude klidný a mohou ho pustit, případně mu rovnou oznamují, že OOPO ukončí, ale nesmí napadat (kousat, škrábat, bouchat). U zaměstnanců i klientů v souvislosti s OOPO dochází občas ke zranění, nejčastěji se jedná o naraženiny, modřiny, odřeniny, škrábance, vytržené vlasy, prokousané prsty, nateklé kousance po různých částech těla, či o rozbitou hlavu. V případě zranění personálu nebo klienta vždy zaměstnanci provádějí další písemný záznam (tzv. mimořádnou událost) o rozsahu zranění a jakým způsobem k němu došlo (i s příloženými fotografiemi). Tento dokument se přikládá v případě poranění jedné ze zmíněných osob k záznamu o opatření

omezující pohyb osob a postupuje dál vedoucím služby a řediteli organizace. Rovněž se tyto události a detailnější popis poranění zaznamenává do knihy úrazů. Z pozorování a nám dodaných záznamů opatření omezující pohyb osob vyplývá, že ze zmíněných 50 záznamů trvalo 11 zásahů opatření omezující pohyb osob déle jak 30 minut (nejdéle cca 90 minut) a 39 zásahů OOPO trvalo pod 30 minut (nejkratší cca 10 minut). Doba trvání agrese u klienta je bohužel jeden z faktorů, který nelze ani v průběhu OOPO či mimo něj nějakým způsobem více ovlivnit. Pokud se zde nacházejí situace, které ale zaměstnanci naopak ovlivnit mohou, jde o sledování spouštěčů agresivního chování u klientů. Dle Vágnerové (2009) je důvodů, proč se jedinec chová agresivně mnoho, například uvádí vliv prostředí, biologické předpoklady i dědičnost či přítomnost duševní poruchy. V případě klientů DZR je spouštěčů také mnoho, ale opět jsou velmi různorodé a individuální u každého z nich. Mnoho klientů reaguje neklidně v souvislosti s aktivizací ze strany zaměstnance, kdy neklid způsobený pobídkou k činnosti se vyskytuje v zařízení nejčastěji. Vzhledem k množství různých spouštěčů se jedná i o různé další okolní vlivy, kdy dalším z častých příčin je změna režimu u klientů, a především změny týkající se jejich medikace. Ovlivňuje je také jejich aktuální rozpoložení, ale také např. přítomnost nemoci či počasí. Vzhledem k přítomnosti PAS a dalšího kombinovaného postižení jsou jedinci v DZR na právě zmíněné okolní vlivy velmi citliví. Jak říká Holková a Gabrysz (2011), každá sociální služba a organizace má své postupy pro plnění kvality sociální služby, ale nejsou to jen tyto postupy, které je třeba šít tzv. na míru, ale také postupy, které jsou vhodné pro např. eliminaci problémového chování u klienta nebo také pro jeho rozvoj. I přes to, že zaměstnanci jsou vedeni k nalézání vhodných postupů pro nalezení spouštěče agresivního chování, i tak bohužel není předejití agrese úspěšné. V případě dodržování postupů, a především vytrvalosti lze problémové chování u jedinců i eliminovat (Holková, Gabrysz, 2011) Velmi důležitá je tedy také prevence (předcházení) a eliminace (snížení) problémového chování u jedinců, kdy je nezbytné aby k agresivním rapům a jiným abnormálním projevům u jedince nedocházelo a společně se tak zařízení snažilo najít funkční mechanismus. (Jún, 2010). V domově se zvláštním režimem se jedná o krátkodobou a dlouhodobou eliminaci týkající se chování náročného na péči. Za krátkodobou eliminaci považujeme také zklidnění klienta při agresi pomocí zaměstnanců a jimi již známých postupů. Podstatnější je ale eliminace dlouhodobá, která je realizovaná pomocí např. individuálního plánu klienta (projekt osobního rozvoje klienta = PORK). Pokud se s klientem dostatečně pracuje a plní se cíle výše zmíněného PORK a denního individuálního režimu je u klientů vidět pokrok. Velmi pozitivně na klienty při eliminaci problémového chování působí každodenní vycházky do venkovního prostředí, kdy na domácnosti dospělých je zavedený režim v naprostém souladu s vycházkami tak, aby mělo možnost vycházky všichni klienti. Na

domácnosti dospělých pravidelně tyto činnosti jsou realizovány pouze u pár klientů (nikoli u všech), kdy na zmíněné domácnosti jsou vycházky ovlivněny také počtem zaměstnanců (který je většinou v době pozorování nižší, oproti dom. dospělých). Jednotnost zaměstnanců při dodržování cílů, denního režimu a obecně tak práci na eliminaci problémového chování je také náročná, a ne vždy dodržena. Zaměstnanci DZR kromě hledání vhodných způsobů eliminace problémového chování, pracují také na nalézání obecně vhodných metod při práci s jejich klienty. Dle Zeleiové (2007), Praška a kol. (2019), Slezákové (2012), Jůna (2010) a Gavendové (2021) je mnoho terapií, které klientům pomáhají jak v eliminaci onoho problémového chování, tak jejich rozvoji. Gavendová (2021) jako jednu z vhodných terapií uvádí kognitivně behaviorální terapii (KBT), která využívá tzv. ABC model, která je zaměřená na spouštěč chování (A), na chování samotné (B) a jeho následky (C). V zařízení DZR zaměstnanci využívají mnoho různých aktivit, činností a terapií, ale v tomto je problém již zmíněný jednotný přístup anebo také proškolení zaměstnanců. I přes množství školení, které zaměstnanci během roku absolvují, nelze říct, že by každý z nich byl schopen s klientem absolvovat nějakou z možných terapií či činností, která má hlubší význam. KBT či jiné behaviorální terapie anebo také preterapii či metodu zrcadlení využívá na každé domácnosti sotva 1-2 zaměstnanců. Většina z nich používá běžné metody činnosti práce ve smyslu stimulace smyslů pomocí aromaterapií, bazálních stimulací či výtvarných a hudebních činností. Pro větší využití různých metod práce někteří klienti obou domácností navštěvují návaznou ambulantní službu, do které 1x týdně dojíždí. Zde využívají např. Snoezelen a různé zklidňující techniky, ale také keramickou dílnu.

ZÁVĚR

Diplomová práce s názvem *Klienti s problémovým chováním v domově se zvláštním režimem* se zabývala primárně klienty s poruchou autistického spektra v kombinaci s mentálním postižením a problémovým chováním v domově se zvláštním režimem, konkrétně specifiky pobytového zařízení sociální služby, práci s těmito klienty, problémovým chováním klientů a spouštěčem či možnostmi eliminace chování náročného na péči.

V teoretické části jsme se věnovali charakteristice jednotlivých poruch autistického spektra a jejich klasifikaci, ale také jsme se snažili vymezit nejčastější příčiny a projevy PAS. Dále jsme v teoretické části čtenáře chtěli seznámit s agresivitou a jejími projevy u klientů s poruchou autistického spektra či jiným postižením a v neposlední řadě jsme se zaměřili na metody práce s klienty v zařízení domova se zvláštním režimem. Vzhledem k cílové skupině neopomíjíme ani opatření omezující pohyb osob dle §89 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

V empirické části jsme se zaměřili na stanovení výzkumných cílů týkající se především příčin agresivního chování u klientů s poruchou autistického spektra v kombinaci s mentálním postižením a problémovým chováním, ale také na možnosti eliminace tohoto chování. Pro tyto účely bylo zvoleno kvalitativní pojetí výzkumu a zrealizováno zúčastněné pozorování v období únor-duben 2022, kdy jsme si předem stanovili kritéria, která chceme sledovat, a na jejich základě zrealizovali v zařízení domova se zvláštním režimem náš výzkum. Také jsme se zabývali analýzou dokumentů opatření omezující pohyb osob a deníků klientů. V empirické části jsme tedy dále věnovali datům, která byla sesbírána díky již zmíněnému pozorování. Výzkumným souborem byli klienti i zaměstnanci domova se zvláštním režimem, kdy pro náš výzkum jsme oslovili jeden z těchto domovů, který je specifický svou cílovou skupinou, a vzhledem k tomu, že nám bylo ředitelem DZR umožněno výzkum zrealizovat, další zařízení obdobného typu jsme již neoslovovali. Sesbíraná data jsme rozdělili na základě předem daných kritérií. Pomocí výzkumu jsme zjistili, že práce s klienty s PAS v kombinaci s mentálním postižením a problémovým chováním je pro zaměstnance v domově se zvláštním režimem velmi psychicky i fyzicky náročná, kdy cílová skupina je jeden z nejčastějších důvodů větší fluktuace v zařízení. Rovněž bylo zjištěno, že klienti projevují agresivní chování z různého množství příčin, ale při zvolení a následně správném použití odborných metod se tomuto chování dá předcházet anebo ho také lze eliminovat. Závěrem lze říci, že zvládnání

problémového chování v DZR vyžaduje nejen specifické vybavení, ale také specifický režim a přístup od zaměstnanců. Je důležité, aby zaměstnanci jasně znali zásady a postupy zařízení pro zvládnání problémového chování a měli k dispozici potřebné nástroje a zdroje pro účinné a bezpečné řešení těchto situací. Klíčové je poskytnout klientům vhodnou podporu a zdroje a zajistit bezpečnost všech jedinců i zaměstnanců v zařízení.

Diplomová práce může posloužit zaměstnancům podobných zařízení jako inspirace pro řešení některých situací s náročným chováním. Dále může být tvůrčím podnětem pro zavedení různých speciálních metod práce do jiných DZR, či potřebě vybavit lépe zařízení budovy, které jak se ukazuje, je při práci s agresivními klienty také velmi podstatné.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BAZALOVÁ, Barbora, 2012. Poruchy autistického spektra v kontextu české psychopedie. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5930-6.
- [2] BRANSON, 1988 cit. podle LILLEY, Roy, 2009. Jak jednat s problematickými lidmi. Brno: Computer Press. ISBN 80-251-0687-X.
- [3] ČADILOVÁ, Věra a Zuzana ŽAMPACHOVÁ, 2012. Pacient s poruchou autistického spektra v ordinaci lékaře. Praha: APLA. ISBN 978-80-87690-03-1.
- [4] ČADILOVÁ, Věra et al., [2016]. Řečové a komunikační obtíže. Praha: Raabe. Dobrá škola. ISBN 978-80-7496-214-1
- [5] ČADILOVÁ, Věra, Hynek JŮN a Kateřina THOROVÁ, 2007 Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.
- [6] EMERSON, Eric, 2008. Problémové chování u lidí s mentální retardací. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-390-1.
- [7] GABURA, Ján, 2005. Sociálne poradenstvo. Bratislava: Občianske združenie Sociálna práca. ISBN 80-89185-10-X
- [8] HEJNAROVÁ, Eva a Lenka SLEZÁKOVÁ, 2012. Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy. 2., dopl. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3601-3.
- [9] HENDL, Jan, 2005. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
- [10] HENDL, Jan, 2016. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
- [11] HOLKOVÁ, Ilona a Aleš GABRYSZ, 2011. Manuál pro metodiky v sociálních službách: cesta k rozvoji. Praha: Instand, o.s.
- [12] HRDLIČKA, Michal, 2020. Mýty a fakta o autismu. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1648-3.
- [13] HRDLIČKA, Michal, ed. Dětský autismus: přehled současných poznatků. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-813-9.

- [14] CHRASTINA, Jan, 2019. 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. ISBN 978-80-244-5373-6. THOROVÁ, Kateřina, 2012. Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0215-8."
- [15] JELÍNKOVÁ, Miroslava, 2001. Vzdělávání a výchova dětí s autismem. Praha: Univerzita Karlova. ISBN 80-7290-042-0.
- [16] JŮN, Hynek a Kateřina BALICKÁ, c2012. Terapie problémového chování a fyzické restrikce. Praha: Asociace pomáhající lidem s autismem - APLA Praha, Střední Čechy. ISBN 978-80-87690-11-6.
- [17] JŮN, Hynek, 2010. Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-590-5.
- [18] JŮN, Hynek, 2010. Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-590-5.
- [19] KARUNOVÁ, Hana et al., 2021. Komunikační mosty: v podpoře rozvoje osob s poruchami autistického spektra a jiných skupin jedinců s postižením. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5878-6.
- [20] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2004. Jak přežít vztek, zlost a agresi. Praha: Grada. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0818-3.
- [21] MATOUŠEK, Oldřich, 2011. Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0041-3.
- [22] MICHALOVÁ, Zdeňka, 2011. Sociální dovednosti u žáků s poruchami autistického spektra se zaměřením na ovlivnění chování. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7372-745-1.
- [23] MIKOLÁŠ, Přemysl, 2014. Autismus - Aspergerův syndrom: psychologie rozvoje dovedností pro život. Ostrava: Montanex. ISBN 978-80-7225-398-2.
- [24] MIOVSKÝ, Michal, 2006. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

- [25] PONECHALOVÁ, Daniela, 2010. Snoezelen pre deti a mladých ľudí s poruchou autistického spektra. Průručka vhodných terapií pre klientov s PAS a príklady dobrej praxe. Autistické centrum Andreas. ISBN 978-80-970549-8-4.
- [26] SCARPA, Angela, Anthony WELLS a Tony ATTWOOD, 2019. Dítě s autismem a emoce: program pro práci s dětmi. Přeložil Petra DIESTLEROVÁ. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1435-9.
- [27] SKUTIL, Martin, 2011. Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-778-7.
- [28] SVOBODA, Mojmir, Dana KREJČÍŘOVÁ a Marie VÁGNEROVÁ, 2009. Psychodiagnostika dětí a dospívajících. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-566-0.
- [29] ŠVARÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2007. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
- [30] THOROVÁ, Kateřina, 2016. Poruchy autistického spektra. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-2620768-9.
- [31] THOROVÁ, Kateřina. Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-091-7.
- [32] VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.
- [33] VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH, 2018. Mentální postižení. 2., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 9788027103782.
- [34] ZELEIOVÁ, Jaroslava, 2007. Muzikoterapie: východiska, koncepty, principy a praxe. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-237-9.

SEZNAM ELEKTORNICKÝCH ZDROJŮ

- [1] Cooper, S. A., Smiley, E., Allan, L. M., Jackson, A., Finlayson, J., Mantry, D., & Morrison, J.(2009). Adults with intellectual disabilities: Prevalence, incidence and remission of self-injurious behaviour, and related factors. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(3), 200–216. doi:10.1111/j.1365-2788.2008.01060.
- [2] 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>
- [3] ČESKO. 2006. Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 31. března o sociálních službách. In: Sbíрка zákonů. Částka 37, s. 1257-1289. Dostupná také z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>
- [4] Doody, G. A., Johnstone, E. C., Sanderson, T. L., Cunningham Owens, D. G., & Muir, W. J.(1998). 'Přofschizophrenie' revisited: Schizophrenia in people with mild learning disability. *The British Journal of Psychiatry*, 173, 145–153. doi:10.1192/bjp.173.2.145
- [5] Emerson, E., Kiernan, C., Alborz, A., Reeves, D., Mason, H., Swarbrick, R., Hatton, C.(2001). The prevalence of challenging behaviors: A total population study. *Research in Developmental Disabilities*, 22(1), 77–93. doi:10.1016/S0891-4222(00)00061-5
- [6] GAVENDOVÁ, Nora, 2021. Kognitivně-behaviorální přístupy v praxi pedagoga [online]. Praha: Grada [cit. 2023-04-07]. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-2501-2. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/kognitivne-behavioralni-pristupy-v-praxi-pedagoga-10301/>
- [7] 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=>
- [8] PRAŠKO, Ján et al., 2019. Skupinová kognitivně-behaviorální terapie [online]. Praha: Grada Publishing [cit. 2023-04-07]. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0496-3. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/skupinova-kognitivne-behavioralni-terapie-6017/>

- [9] VÝROST, Jozef, Ivan SLAMĚNÍK a Eva SOLLÁROVÁ, ed., 2019. Sociální psychologie: teorie, metody, aplikace [online]. Praha: Grada [cit. 2023-04-03]. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5775-9. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/socialni-psychologie-1267499/#>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AGCH agresivní chování

aj. a jiné

apod. a podobně

atd. a tak dále

atp. a tak podobně

BJ bytová jednotka v zařízení domova se zvláštním režimem

BPCH běžné projevy chování

Dět1-5 klienti domácnosti dětí

Dos1-4 klienti domácnosti dospělých

DZR domov se zvláštním režimem

např. například

PAS porucha/poruchy autistického spektra

PSS pracovník/ce v sociálních službách

SDOP středisko domácí ošetrovatelské péče

SP sociální pracovníce

VD vedoucí domácnosti

VDět vedoucí domácnosti dětí

VDos vedoucí domácnosti dospělých

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Medicínské dělení – porovnání MKN-10 a DMS-IV	19
Tabulka 2 Dělení dle funkčnosti	19
Tabulka 3 Dělení dle adaptability	20
Tabulka 4 Dělení dle sociálního chování	21
Tabulka 5 Přehled zvolených kritérií pro výzkum	52
Tabulka 6 Přehled klientů DZR	56
Tabulka 7 Přehled stálých zaměstnanců	70

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Schéma postupu a zpracování pozorování	60
--------------------------------------------------------	----

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Záznam opatření omezující pohyb osob – prázdný

PŘÍLOHA P I: ZÁZNAM OOPO – PRÁZDNÝ

Záznamový list č. ...

Jméno	Příjmení	Datum narození osoby, popř. osob, vůči nimž bylo použito opatření omezující pohyb osob (dále jen OOPO)

Datum	Čas počátku	Místo použití OOPO

Druh OOPO

Důvod použití OOPO

Jméno, popř. jména a příjmení osob, která OOPO použila	
1.	4.
2.	5.
3.	6.

Podání léčivého přípravku jako OOPO

Datum	Čas ukončení použití OOPO

Popis bezprostředně předcházející situace před OOPO (co dotyčný dělal před incidentem, kde se nacházel, kdo další byl přítomen...)

Popis průběhu situace při použití OOPO a její zhodnocení

Popis bezprostředně následující situace (co dělal klient, co dělal personál...?)

Popis případných poranění osob, ke kterým došlo při použití OOPO

Popište všechny ostatní faktory, které by mohly být v souvislosti s incidentem relevantní např. epilepsie, léky, změna prostředí, personálu apod.

Možné relevantní faktory:

Návazná opatření – popište faktory (např. jiný způsob poskytování podpory zaměstnance klientovi, zajištění hmotných prostředků pro uspokojení potřeb klienta), které by mohly vést k možnému předcházení vzniku náročného chování klienta a eliminaci použití OOPO.

Návrh opatření:

Záznam o splnění povinnosti informovat bez zbytečného odkladu zákonného zástupce osoby, opatrovníka či fyzickou osobu, kterou osoba s předchozím souhlasem určila (viz zákon č. 108/2006 Sb., odst. 5 § 89). Záznam o splnění povinnosti informovat bez zbytečného odkladu vedoucího domácnosti a vedoucího pracoviště (jméno a příjmení, pracovní zařazení, způsob podání informace, datum, čas).

Vyjádření vedoucího domácnosti

Popište způsob informování osoby o tom, že může být vůči ní použito OOPO

Záznam vyhotovil (datum, jméno a příjmení zaměstnance, podpis)

Posouzení adekvátnosti zásahu a kontrola záznamu:

Zásah byl proveden v souladu § 89 zákona č. 108/2006 Sb.

ANO

NE

Zjištěný nedostatek

Záznam vyhotoven správně

ANO

NE

Podpis: vedoucí domácnosti.....

Podpis: vedoucí pracoviště.....