

# **Postoje pracovníků k problémovému chování uživatelů pobytových sociálních služeb**

Bc. Petra Humpolová

---

Diplomová práce  
2010



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2009/2010

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Petra HUMPOLOVÁ**  
Studijní program: **N 7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Postoje pracovníků k problémovému chování uživatelů pobytových sociálních služeb**

Zásady pro vypracování:

**Zpracování rešerše a studium odborné literatury.**

**Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti problémového chování osob s mentálním a kombinovaným postižením, z oblasti historického vývoje přístupů k lidem s mentálním postižením, ústavní péče a postojů.**

**Příprava metodiky výzkumné části.**

**Realizace kvantitativního výzkumu metodou dotazování (dotazník, škálování).**

**Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.**

**Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.**

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. a kol. Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.**

**EMERSON, E. Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-390-1.**

**VALENTA, M., MÜLLER, O. Psychopedie. Praha: Parta, 2009. ISBN 978-80-7320-137-1.**

**HAYESOVÁ, N. Základy sociální psychologie. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-283-6.**

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.**  
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **12. ledna 2010**

Termín odevzdání diplomové práce: **30. dubna 2010**

Ve Zlíně dne 12. ledna 2010



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.  
*děkan*



Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.  
*vedoucí katedry*

## 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 <sup>1)</sup>;
- 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 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> 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 <sup>3)</sup> 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 samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ..... 8. 4. 2010

.....  


*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 nevdělečně 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 vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

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

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

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

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

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

## **ABSTRAKT**

Předložená diplomová práce se věnuje tématu postojů pracovníků domova pro osoby se zdravotním postižením k problémovému chování uživatelů služeb. V teoretické části charakterizuje pojem postoje, vztahy a postoje společnosti k lidem se zdravotním postižením, pojednává o specifikách ústavního prostředí a věnuje se problematice potíží v chování uživatelů pobytových sociálních služeb. V praktické části je popsán kvantitativní výzkum - dotazníkové šetření postojů pracovníků k problémovému chování uživatelů služeb. Na základě interpretace výsledků výzkumu jsou navržena doporučení pro management a pracovníky zařízení, s cílem zlepšení vztahu uživatelů a pracovníků a zvýšení kvality poskytovaných služeb.

Klíčová slova: postoje, problémové chování, lidé se zdravotním postižením, uživatelé pobytových sociálních služeb, pracovníci pobytových zařízení sociálních služeb, domov pro osoby se zdravotním postižením, ústavní péče, totální instituce, terapie problémového chování, humanistický přístup, behaviorální terapie problémového chování, ucelená terapie problémového chování, výzkum postojů.

## **ABSTRACT**

The present thesis describes the attitudes of staff on a home for people with disabilities to problem behavior of users. In the theoretical part, defines the concept of attitude, attitude towards people with disabilities. This thesis deals with specifics of the institutional environment and deals with issues of problem behavior individual users of residential services. The practical part describes the quantitative research - questionnaire survey of attitudes of workers to problem behavior of users. Based on the interpretation of the results of research suggests recommendations for the management and staff of the facility, with a view to improving respect for staff and users, the quality of social services.

Keywords: attitudes, problem behavior, people with disabilities, residential users of social services, staff of social services, home for people with disabilities, residential care, total institution, problem behavior therapy, humanistic approach, behavioral treatment of problem behavior, comprehensive therapy of problem behavior, research of attitudes.

Motto: *„Jednej tak, jako bys žil podruhé a snaž se vyvarovat chyb, které bys ve stejném jednání udělal poprvé.“*

Viktor Frankl

Děkuji vedoucí mé diplomové práce Mgr. Soně Vávrové, PhD. za laskavý a vstřícný přístup, cenné rady a podněty a za povzbuzení. Děkuji své rodině za pomoc, podporu a trpělivost. Děkuji svým přátelům a kolegům.

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

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
<b>1 POSTOJE A JEJICH ZMĚNA</b> .....	<b>13</b>
1.1 POSTOJE .....	13
1.1.1 Definice pojmu postoj .....	13
1.1.2 Charakteristika postojů.....	14
1.1.3 Funkce postojů .....	14
1.1.4 Utváření, zdroje a formy postojů.....	15
1.1.5 Vztah postojů a chování .....	16
1.2 ZMĚNA POSTOJŮ .....	16
1.2.1 Vztah vlastností postojů k jejich změnám.....	16
1.2.2 Kognitivní rovnováha a kognitivní disonance .....	17
1.2.3 Ovlivňování změny postojů .....	17
1.2.4 Předsudky a stereotypy .....	18
1.2.5 Redukce předsudků .....	19
<b>2 POSTOJE SPOLEČNOSTI K LIDEM S POSTIŽENÍM</b> .....	<b>20</b>
2.1 POSTOJE K LIDEM S POSTIŽENÍM V PRŮBĚHU VÝVOJE LIDSKÉ SPOLEČNOSTI.....	20
2.1.1 Periodizace vývoje postojů společnosti k lidem s postižením .....	21
2.2 POSTOJE K LIDEM S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V SOUČASNÉ SPOLEČNOSTI.....	23
2.2.1 Generalizace .....	24
2.2.2 Etiketizace (labelling) .....	24
2.2.3 Sociální stigma a negativní sociální role lidí s mentálním postižením .....	25
2.2.4 Diskriminace lidí s postižením.....	26
2.2.5 Tolerance a intolerance v postojích k lidem s postižením .....	26
2.2.6 Humanizace ve vztahu k lidem s postižením a normalizace jejich života .....	27
<b>3 ÚSTAVNÍ (REZIDENČNÍ) ZARÍZENÍ PRO LIDI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM</b> .....	<b>28</b>
3.1 CHARAKTERISTIKA ÚSTAVNÍ (REZIDENČNÍ) PÉČE .....	28
3.1.1 Totální instituce.....	29
3.1.2 Rizika ústavní péče .....	31
3.1.3 Mýty a stereotypy ústavní péče .....	33
3.1.4 Od péče k podpoře.....	34
3.1.5 Standardy kvality sociálních služeb .....	35
3.1.6 Nepříznivý vliv pracovníků na chování uživatelů sociálních služeb .....	36
<b>4 PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ U LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM</b> .....	<b>37</b>
4.1 PŘÍSTUPY K UŽIVATELŮM SLUŽEB S PROBLÉMOVÝM CHOVÁNÍM.....	37
4.1.1 Přístup k uživatelům služeb z hlediska humanistické psychologie.....	37
4.1.2 Přístup k problémovému chování uživatelů sociálních služeb z hlediska behaviorální psychologie.....	38
4.1.3 Ucelený terapeutický přístup.....	39



4.2	DEFINICE PROBLÉMOVÉHO CHOVÁNÍ.....	40
4.3	PŘÍČINY PROBLÉMOVÉHO CHOVÁNÍ.....	41
4.3.1	Faktory, ovlivňující postoje a jednání personálu vůči uživatelům služby .....	41
4.3.2	Výzkum postojů personálu k uživatelům s problémovým chováním .....	43
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>44</b>
<b>5</b>	<b>METODOLOGIE VÝZKUMU.....</b>	<b>45</b>
5.1	VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	45
5.2	METODY A TECHNIKY VÝZKUMU .....	46
5.2.1	Dotazník jako technika sběru dat .....	46
5.3	VÝZKUMNÝ SOUBOR A SBĚR DAT .....	47
5.4	MÍSTO REALIZACE VÝZKUMU .....	47
<b>6</b>	<b>ANALÝZA A INTERPRETACE DAT .....</b>	<b>48</b>
6.1	VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU .....	82
6.2	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU .....	84
6.3	DOPORUČENÍ PRO ZAŘÍZENÍ.....	84
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>86</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>87</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>93</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>94</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>95</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>96</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>98</b>

## ÚVOD

Postoje pracovníků v pobytových zařízeních sociálních služeb k problémovému chování uživatelů těchto služeb jsou tématem méj diplomové práce. Zvládání problémového chování u lidí s těžším stupněm mentálního postižení a s autismem jsem se věnovala ve své bakalářské práci. Uvědomila jsem si přitom, že řada projevů problémového chování uživatelů je ovlivňována nejen svým handicapem, ale také prostředím, v němž uživatelé žijí. A to nejen materiálním a fyzickým prostředím, ale zvláště prostředím sociálním, především mezilidskými vztahy a vzájemným chováním. Cílem méj práce je proto popsat postoje k lidem se zdravotním postižením, postoje celospolečenské a zvláště pak postoje pracovníků v pobytových zařízeních služeb k uživatelům těchto služeb a k jejich chování, které je problémové z hlediska personálu a komunity, v níž uživatel žije.

V teoretické části předložené diplomové práce se zabývám charakteristikou pojmů postoje a předsudky a dále se zabývám některými zdroji, formami a projevy postojů a předsudků společnosti k lidem s postižením, zvláště s mentálním postižením. Zabývám se také postoji k lidem s postižením v průběhu vývoje lidské společnosti, neboť tyto postoje jsou i zdrojem postojů současné společnosti k těmto lidem. Negativní hodnocení a postoje k lidem s se zdravotním postižením a předsudky vůči nim se podle mého mínění vyskytují nejen mezi laickou veřejností, ale projevují se také mezi pracovníky poskytovatelů sociálních služeb. Jednání personálu, ovlivněné těmito předsudky a stereotypy může být jednou z příčin problémového chování uživatelů služeb. Charakterizují proto některé negativní, ale i pozitivní jevy a postoje současné společnosti k lidem s postižením.

V další části se věnuji specifikám ústavní péče, popisují koncept totální instituce Ervinga Goffmana, uvádím rizika ústavní péče. Současné postoje k lidem se zdravotním postižením v rezidenční péči lze vyjádřit jako posun „od péče k podpoře“. Zabývám se také úlohou Standardů kvality sociálních služeb a v souvislosti s nimi také shrnuji možné druhy nepříznivého vlivu pracovníků na chování uživatelů služeb.

V poslední kapitole teoretické části představuji tři hlavní přístupy k lidem se zdravotním postižením, kteří se chovají problémově, v zařízeních pobytových sociálních služeb: přístup zaměřený na klienta/uživatele, behaviorální nebo kognitivně behaviorální terapii a ucelený terapeutický přístup. Definují problémové chování a uvádím některé jeho příčiny,

zvláště se zabývám vlivy postojů a jednání personálu na problémové chování uživatelů služby.

V praktické části popisuji výzkum postojů pracovníků vybraného domova pro osoby se zdravotním postižením k problémovému chování uživatelů služby. Tento výzkum spočíval v administraci dotazníku pracovním zařízením a v jeho následném vyhodnocení a interpretaci. Cílem výzkumu bylo poměrně podrobně popsat postoje pracovníků domova pro osoby se zdravotním postižením a na základě výsledků výzkumu navrhnout některá opatření, která by napomohla ke zlepšení vztahů mezi personálem a uživateli a přispěla ke zvýšení kvality poskytované služby.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 POSTOJE A JEJICH ZMĚNA

Postoje a chování pracovníků k uživatelům pobytových sociálních služeb mohou být jednou z příčin problémového chování těchto lidí. V této kapitole se zabývám vymezením pojmu postoj, vztahem postojů a chování a možnostmi změny postojů. Také uvádím definice pojmu předsudek a možnosti změny předsudků.

### 1.1 Postoje

Pojem postoj patří k velmi často užívaným pojmům v každodenním životě. Koncept postojů je jedním z hlavních témat v dějinách sociální psychologie. Příčinou toho, proč je studiu postojů přikládána taková důležitost je předpoklad, že postoje řídí naše chování. Bohner (2006, s. 283) uvádí, že vztah mezi postoji a chováním je jen částí výzkumu postojů: studium postojů je významné proto, že postoje jsou důležité pro náš společenský život. Na úrovni jedince ovlivňují postoje vnímání, myšlení a chování. Na interpersonální úrovni činí znalost postojů druhých lidí svět předvídatelnější, utváří naše myšlení a chování a umožňuje nám snažit se ovládat chování ostatních tím, že budeme měnit jejich postoje. Na meziskupinové úrovni jsou zkoumány postoje k vlastní skupině a k ostatním skupinám.

#### 1.1.1 Definice pojmu postoj

Pojem postoj použili poprvé v odborném textu W. J. Thomas a F. Znaniecki v roce 1918 v klasické sociálně psychologické studii „Polský sedlák v Evropě a Americe“. Postoj definovali jako: „stav mysli jedince vůči hodnotě“ (Novák, 2002, s. 8). Toto klasické pojetí postoje jako vztahu člověka k hodnotám zpřesnil roku 1935 G. W. Allport (In Nakonečný, 2000, s. 113): „Postoj je mentální a nervový stav pohotovosti, organizovaný zkušenostmi, vyvíjející direktivní nebo dynamický vliv na odpovědi individua vůči všem objektům a situacím, s nimiž je v relaci.“ (Nakonečný, 2000, s. 131). Někteří autoři upozornili na to, že tato definice postoje způsobuje směšování postojů s motivy. Rozdíl mezi postojem a motivem spočívá dle Newcomba (In Nakonečný, 2000, s. 131) v tom, že motivy jsou příčinou chování, postoje znamenají pohotovost chovat se určitým způsobem (determinují způsob jednání).

Postoj se pokoušelo definovat mnoho sociálních psychologů. Atkinson a kol. (2003, s. 616) konstatuje, že přes odlišné definice se všichni autoři zabývají vzájemnými vztahy mezi

přesvědčením, pocity a chováním. Krech, Crutchfield a Ballachey (1962, In Nakonečný, 2000, s. 131) definují postoje jako „*trvalé soustavy pozitivních nebo negativních hodnocení, emocionálního cítění a tendenci jednání pro nebo proti vůči společenským objektům*“. Na základě tohoto pojetí označuje Nakonečný postoje jako „hodnotící vztahy“. V současnosti, podle Bohnera (2006) většina výzkumníků definuje postoje jako shrnující hodnocení nějakého objektu, např. Eagly a Chalken (1998, In Bohner, 2006, s. 283) definici postoje: „*postoj je psychologická tendence vyjádřená hodnocením určité entity s určitou mírou souhlasu či nesouhlasu.*“

### 1.1.2 Charakteristika postojů

Charakteristiku postojů podává Wilson (In Nakonečný, 1995, s. 188). Postoje jsou 1. podmíněny zkušeností a kulturními vlivy, 2. orientovány na hodnoty a akcentovány emocemi, 3. hypotetické konstrukty – nemohou být přímo pozorovány, ale odvozovány z chování a mínění. Postoje podle sociálních psychologů zahrnují tři složky (komponenty, dimenze):

- kognitivní složku tvoří přesvědčení o objektu postoje;
- složka afektivní (emoční) obsahuje emoce a pocity, které objekt postoje vyvolává;
- behaviorální (konativní) složkou postoje je jednání směřující k objektu postoje a úmysl se takto chovat (Atkinson a kol., 2003, s. 616; Bohner, 2006, s. 284).

### 1.1.3 Funkce postojů

Postoje mají subjektivní význam. Různí lidé mohou zastávat tytéž postoje z různých příčin, člověk sám může zastávat určitý postoj z více než jedné příčiny. Funkce, kterým určitý postoj slouží, mají také vliv na to, jak dalece je tento postoj konzistentní s dalšími postoji člověka a jak snadno ho lze měnit (Atkinson a kol., 2003, s. 617). Byla popsána řada funkcí, které postoje mohou plnit, hlavními z nich jsou funkce poznávací, utilitární, hodnotová, sociálně adjustační, funkce obrany ega a externalizace:

*Poznávací (kognitivní; znalostní) funkci* mají takové postoje, které pomáhají člověku uspořádat si poznatky o světě i o sobě samém, nacházet určitý řád, chápat smysl událostí a vztahů mezi nimi (Katz In Nakonečný, 2000, s. 137). Atkinson a kol. (2003, s. 618) upozorňuje, že postoje, které plní znalostní funkci jsou v podstatě schémata, která nám umožňují uspořádání a zpracování informací, avšak podobně jako jiná schémata zjednodušují realitu

a zkreslují vnímání informací. *Instrumentální (utilitární) funkci* plní postoje, které zastáváme z praktických nebo utilitárních důvodů. Tyto postoje řídí chování tak, aby byly odměny maximální a tresty minimální (Shavit In Bohner, 2006, s. 285). *Hodnotovou (hodnotově expresivní) funkci* mají postoje, které vyjadřují naše hodnoty nebo odrážejí naše sebepojetí (Katz In Bohner, 2006, s. 286). *Sociálněadjustační funkci (neboli funkci sociální identity či sociálního přizpůsobení)* slouží postoje, které nám pomáhají, abychom se cítili součástí sociálního společenství (Bohner, 2006, s. 286). Smith, Bruner a White (In Hayesová, 2007, s. 98) zdůraznili sociální stránky sebevyjádření – vyjádřené názory pomáhají utužovat sounáležitost se skupinou: pomáhají při sociální identifikaci. Atkinson a kol. (2003, s. 620) v této souvislosti podotýká, že nejrychlejší cestou ke změně postojů, které slouží sociálněadjustační funkci je změna sociálních norem - výzkumy bylo dokázáno, že většina lidí podporuje cokoli, co se stane sociální normou. *Ego-defenzivní (ego obrannou) funkci* mají takové postoje, které nás chrání před úzkostí nebo ohrožením naší sebeúcty. Tyto postoje pomáhají překonávat nejistotu, úzkost a mohou se podílet na řešení vnitřních konfliktů (McGuire In Nakonečný, 1995, s. 189). Ego-obrannou funkci spolu s funkcí externalizace označuje Shavit (In Bohner, 2006, s. 286) názvem *Funkce udržování sebeúcty*. *Funkcí externalizace* je označováno spojování nevědomých motivů či vnitřních stavů s tím, co právě probíhá v bezprostředním okolí. K tomuto vnějšímu objektu si tak vytváříme postoj, vyjadřujeme tím některé vnitřní stavy či konflikty (Smith, Bruner a White In Hayesová, 2007, s. 98).

#### 1.1.4 Utváření, zdroje a formy postojů

Utváření postojů probíhá v procesu socializace, v návaznosti na potřeby a zkušenosti jedince (Musil, 2005, s. 77).

Výrazným zdrojem postojů jsou podle Nakonečného (1995, s. 192) vliv primárních a sekundárních skupin. Dalším zdrojem postojů je vliv kultury (uskutečňovaný prostřednictvím socializace a prostřednictvím masmédií). Autoři Sartain, North, Strange, Chapman (In Nakonečný, 1995, s. 191) pokládají za hlavní zdroje postojů: specifické, zvláště sociální zkušenosti; sociální komunikaci (často přebírání již hotových postojových schémat – např. dětmi od rodičů); nápodobu modelů (učení na základě modelu – identifikace nebo odvozování) a institucionální faktory (např. ideologie politických stran, církví).

Formy postojů jsou podle Musila (2005, s. 79) smýšlení - kognitivně akcentovaný postoj; víra - postoj akcentovaný emotivně; předsudek - iracionálně převzatý postoj; mínění - verbalizovaný postoj; názor - postoj s dominancí představové složky; tendence - neuvědomovaný postoj stabilnější v čase a intence, záměr - trvalejší vědomý postoj.

### 1.1.5 Vztah postojů a chování

Hlavním důvodem studia postojů je předpoklad, že postoje člověka determinují jeho chování. Tento předpoklad však, podle provedených výzkumů, neplatí ve všech případech. Chování člověka je totiž determinováno i mnoha jinými faktory než jen postoji a tyto ostatní faktory ovlivňují vztah postojů a chování. Atkinson a kol. uvádí dva z těchto faktorů: 1. míra zdrženlivosti v situaci, 2. tlak vrstevníka. Podle Atkinsonové postoje nejlépe predikují chování, když jsou silné a konzistentní, mají úzký vztah k predikovanému chování, jsou založené na přímé osobní zkušenosti a jedinec si je svých postojů vědom (Atkinson a kol, 2003, s. 620). Ajzen a Fishbein (In Hayesová, 2007, s. 101) tvrdí, že má-li člověk jednat v souladu se svými postoji, musejí se spojit postoje jednotlivce a jeho vnímání sociálních tlaků, protože sociální tlaky mohou mít velmi silný vliv na chování.

## 1.2 Změna postojů

Mnoho výzkumníků se zabývalo a zabývá změnou postojů – jakým způsobem je možné lidi přesvědčit, aby změnil názor. Tyto výzkumy se týkají možností redukce předsudků, kognitivních aspektů změny postojů a také způsobů, jak přesvědčit veřejnost, aby změnila postoj k určitému výrobku či službě – přesvědčování pomocí reklamy (Hayesová, 2007, s. 102).

### 1.2.1 Vztah vlastností postojů k jejich změnám

Krech, Cruchtfeld a Ballachey (In Nakonečný, 1995, s. 192) podávají přehled vztahů vlastností postoje k změnám: *Extrémnost postojů*: extrémní postoje jsou vůči změnám nejodolnější. *Vnitřní diferenciace postojů*: jednoduchý postoj (např. sympatie) je proměnlivější než složitější postoj (např. přátelství). *Konzistence postojů* (tj. soudržnost jejich kognitivní, emocionální a konativní složky): konzistentní postoje jsou stabilnější. *Vzájemná souvislost různých postojů*: vzájemně závislé postoje se mění nesnadno. *Konsonance postojového trsu*: postoje se mohou spojovat v trsy – snadnost změny postoje závisí na stupni kon-



sonance postoje s ostatními postoji, s nimiž tvoří trs. *Síla a množství uspokojovaných potřeb*: postoje založené na významných potřebách (např. potřebě jistoty, pozitivního sebehodnocení) jsou relativně odolné vůči změnám. *Vztažné hodnoty*: postoj vůči hodnotě, která je dominantní pro jedince a výrazně schvalovaná skupinou, k níž jedinec přísluší, se mění obtížně.

### 1.2.2 Kognitivní rovnováha a kognitivní disonance

Důležitým zdrojem změny postojů je podle Festingera, který navazuje na Heidera (In Hayesová, 2007, s. 103) kognitivní disonance, která se objeví tehdy, když zjistíme, že si naše postoje nebo přesvědčení odporují (nejsou vyvážené, tj. v souladu s jinými postoji nebo jsou v přímém konfliktu). Vzniká tenze, kterou se snažíme odstranit buď změnou jednoho z postojů, nebo přidáním dalšího postoje, který nám umožní interpretovat situaci jiným způsobem.

Lidé však jsou často rezistentní k informacím, které odporují jejich přesvědčení a mají tendenci se jim bránit – ignorováním informace nebo jejím zkreslením, které může mít různé formy: 1. diskreditace zdroje informace; 2. nová analýza informace, která ukáže, že z ní vyplývají odlišné závěry; 3. účelový výběr části informace, které člověk vezme na vědomí nebo si je zapamatuje (Hayesová, 2007, s. 104).

### 1.2.3 Ovlivňování změny postojů

Postoje jsou produkty učení, a proto se mohou za určitých podmínek měnit. V sociální psychologii byl zkoumán především vliv komunikace na změnu postojů – tj. vliv informace. Nakonečný (2000, s. 147-149) upozorňuje, že životně významné postoje jsou stabilizované a v běžném životě se obvykle nemění - mohou se měnit např. pod vlivem psychického otřesu, životní krize apod. Vliv na změnu významných postojů mají tedy především přímé osobní zkušenosti.

Člověk se v běžném životě setkává poměrně často s pokusy o změnu postojů – působením propagandy různých stran, církví a dalších institucí, masmédií, reklamy. Změnu postoje mohou kromě přímých osobních zkušeností ovlivňovat také informace a přesvědčování: Rozhodující je vztah jedince k informacím, nikoli informace sama (ta může být popírána nebo zkreslena – viz kognitivní disonance). Důležitý je kontext prezentace informace a důvěryhodnost jejich zdroje, odbornost člověka, který informaci sděluje, sociální identifi-

kace, dále atraktivita zdroje informace, moc zdroje informace a styl, struktura a obsah informace. Nepřímá komunikace informace je účinnější než přímé sdělení, je však nutné, aby se informace přímo týkala života jedince (Nakonečný, 2000, s. 149; Hayesová, 2007, s. 106 - 107). Grác (In Nakonečný, 2000, s. 150) označuje přesvědčování jako persuázi a definuje ji jako: „takové ovlivňování, při kterém se recipient pod vlivem přisvědčovatele dobrovolně, zainteresovaně a zúčastněně ujišťuje o zdůvodnitelnosti nějakého stanoviska“. Jde tedy o profesionální činnost, prováděnou v rámci psychodiagnostiky nebo psychoterapie, uplatňují se zde jiné podmínky než v běžné interpersonální interakci. S přemlouváním či přesvědčováním se setkáváme i v běžném životě. Na změnu postoje má podle některých autorů (McGuire In Hayesová, 2007, s. 111) vliv také osobnost člověka, především jeho inteligence, sebeúcta a úzkost.

Musil shrnuje způsoby změny postojů, upozorňuje přitom, že důležitým aspektem je výchozí stav postoje, neboť neutrální a ambivalentní postoje jsou lépe ovlivnitelné.

- Přemlouvání (bairgaining) je méně účinné než diskuse.
- Masmédia mají významný účinek na změnu postojů, záleží ovšem na míře kreditu masmédií u ovlivňované osoby a na individuálních vlastnostech této osoby (sugestibilita, inteligence).
- Referenční skupina má největší a současně nejtrvalejší vliv na změnu postojů.
- Mínění většiny ovlivňuje změnu postoje víc než mínění expertů.
- Emocionální argumentace je účinnější než racionální.

Při navozování změny postoje je třeba postupovat pozvolně a postupně, dosáhnout nejprve polohy neutrálního postoje a teprve pak protikladného, aby se předešlo nebezpečí tzv. bumerangového efektu, kdy se původní postoj nejen nezmění, ale ještě více se upevní (Musil, 2005, s. 77-78).

#### 1.2.4 Předsudky a stereotypy

Zvláštními druhy postojů jsou předsudky a stereotypy. Předsudek je definován jako „*odmítavý až nepřátelský postoj k člověku, který patří do určité skupiny, jen proto, že do této skupiny patří a má se tudíž za to, že má nežádoucí vlastnosti připisované této skupině*“ (Allport, 2004, s. 39). Smith (In Musil, 2005, s. 83) definuje předsudek jako: „*emocionálně*

*založený postoj pro nebo proti věcem, individuům nebo skupinám, který ignoruje relevantní objektivní kritéria usuzování. Představek je založen iracionálně“.*

Za podstatné znaky předsudků pokládá Nakonečný (2000, jejich s. 154) silnou emoční podmíněnost a z toho vyplývající odolnost vůči změnám.

Podstatou předsudků je negativní stereotyp - soubor schématických předpojatých domněnek a očekávání, které se týkají chování a myšlení všech členů určité skupiny (Musil, 2005, s. 83), Biehoff (In Nakonečný, 2000, s. 154) označuje stereotyp jako kognitivní komponentu předsudku. Stereotypy jsou podle Lippmanna (In Novák, 2002, s. 10): „*zkratkovité představy o věcech, osobách, skupinách a institucích, přičemž tyto zkratkovité představy jsou připisovány všem jednotlivcům patřícím k dané skupině nebo třídě jevů“.*

### **1.2.5 Redukce předsudků**

Hlavní podmínky redukce předsudků uvádí Hayesová (2007, s. 128 – 129):

1. Zúčastnění musejí mít rovnoprávné postavení.
2. Musí mít příležitost k osobnímu kontaktu.
3. Je nutný kontakt s nestereotypními jedinci.
4. Kontakt mezi skupinami musí být podporován společností.
5. Měla by existovat příležitost ke spolupráci.

Hayesová upozorňuje, že osobní kontakt sám o sobě nestačí k redukci předsudku, může vést spíše k zostření konfliktu. Ke snížení předsudku přispívá např. spolupráce na řešení společného problému, zajištění rovnoprávného postavení obou skupin a především splnění všech pěti vyjmenovaných podmínek společně (Hayesová, 2007, s. 128).

## 2 POSTOJE SPOLEČNOSTI K LIDEM S POSTIŽENÍM

Lidská společnost v průběhu svého vývoje se vždy nějakým způsobem musela vyrovnávat s jedinci, kteří byli odlišní od většiny ostatních svým fyzickým vzhledem, způsobem komunikace, chováním, mentálními schopnostmi atd. Tato zdravotní omezení jsou označována jako postižení. Znalost přístupu a postojů společnosti k lidem s postižením v minulých obdobích nám pomáhá pochopit i zdroje postojů či předsudků k těmto lidem v současné společnosti (Hadj-Mousová, 2004).

### 2.1 Postoje k lidem s postižením v průběhu vývoje lidské společnosti

Postoje k lidem s postižením jsou v každé společnosti ovlivňovány kulturou této společnosti, její ekonomickou situací a politikou, v neposlední řadě náboženstvím.

Typy postojů k lidem s postižením na různých úrovních vývoje lidské společnosti a v různých kulturách se zabývá Hadj-Mousová. Jde o následující postoje: *odmítání slabších či fyzicky postižených jedinců* (prehistorická a částečně i starověká společnost se takových lidí zbavovala – odložením, opuštěním či zabitím); *vnímání lidí odlišných od běžných norem populace jako lidí cizích, ohrožujících nebo nebezpečných*; *odmítání postižených lidí, protože se odlišují od určitého estetického ideálu kultury* (zvláště antická kultura, založená na souladu krásy těla a ducha (kalokagathia) negativně hodnotila jedince, kteří neodpovídali oběma z těchto kritérií); *odmítání přiřazující vznik postižení působení neznámých, ale negativních vlivů* (takový jedinec byl považován za možné nebezpečí pro skupinu, protože reprezentoval vliv těchto neznámých a tím nebezpečných sil); *postižení bylo chápáno jako boží vůle nebo úmysl – v podobě boží zkoušky nebo trestu*, ve středověku se pak objevuje *postižený jako předmět soucitu a křesťanské lásky*, která se projevuje péčí o něj; *postižení se stává stigmatem*, u postiženého se předpokládají spíše negativní vnitřní kvality, pro které je pokládán za nepřijatelného; *ambivalentní přijímání a odmítání* (fascinace) „monster“. Některé z těchto postojů, předsudků a stereotypů působí dodnes, často v zastřené a neuvědomované formě. Ovlivňují tak vnímání lidí s postižením majoritní společností a chování k těmto lidem a to na jednotlivých lokálních a institucionálních úrovních, mj. v pobytových zařízeních sociálních služeb.

V průběhu dějin se vytvářela i druhá linie vztahu k postiženým lidem, vyjádřená ve středověku příkazem křesťanské lásky (charitas) a péčí o slabé a nemocné. Zvláště v posledních

dvou stoletích se objevují skutečné pokusy o reálnou pomoc lidem s postižením. I zde je však nebezpečí vnímání člověka s postižením především jako objektu péče a soucitu, nikoli lidské bytosti, jejíž odlišnost je respektována a akceptována (Hadj-Mousova, 2004, s. 8 – 13).

### 2.1.1 Periodizace vývoje postojů společnosti k lidem s postižením

V průběhu vývoje společnosti lze sledovat v každé historické etapě určité charakteristické znaky postojů k lidem nějak odlišným, postiženým. V české speciální pedagogice je dosud nejčastěji uváděna Sovákova periodizace historických stádií péče o lidi s handicapem z roku 1972 (Sovák, 1972, s. 38). Z této periodizace vychází také Jesenský (2000, s. 34–36), který přidává ve svém členění vývoje péče o handicapované stadium osmé – úplné začlenění lidí s postižením do většinové společnosti. Srovnání dělení podle Sováka a Jesenského uvádím v tabulce č. 1.

*Tabulka 1 - Vývoj postojů k lidem s postižením a péče o lidi s postižením z historického hlediska (Sovák, 1972, s. 38; Jesenský, 2000, s. 34)*

Stadium	Stadia péče o defektní osoby (Sovák, 1972)	Dominantní postoj k lidem s postižením a péče o ně (Jesenský, 2000)	Období
I.	<b>Stadium represivní</b>	<b>Represivně lhostejný postoj</b>	Ranný a střední starověk
	Společnost lidí s postižením vyvrhovala (opuštěním, vyloučením, zabitím)		
II.	<b>Stadium zotročování</b>	<b>Výběrově utilizační postoj</b>	Starověk
	Lidé s postižením byli využíváni jako otroci		
III.	<b>Stadium charitativní</b>	<b>Charitativní postoj</b>	Středověk
	Výrazem postoje k postiženým lidem byla křesťanská charita		
IV.	<b>Stadium renesančního humanismu</b>	<b>Humánně filantropický postoj</b>	Renesance 14. – 16. století
	Hledal se lidský poměr k lidem s postižením		
V.	<b>Stadium rehabilitační</b>	<b>Altruisticko-segregační postoj</b>	Osvícenství 17. – 19. století
	Pro společnost se jevílo výhodnější zapojit postižené po přípravě do pracovního procesu, než je zdarma žít		
VI.	<b>Stadium socializační</b>	<b>Rehabilitačně emancipační postoj</b>	Moderní společ-

	Člověk s postižením má být prostřednictvím rehabilitace uschopňován k pracovnímu a společenskému uplatnění		nost 19. – 20. století
VII.	<b>Stadium prevenční</b>	<b>Preventivně integrační postoj</b>	Postmoderní společnost konec 20. století
	Bude dominovat snaha předcházet defektivitě  (defektivita: porucha celistvosti u člověka stíženého defektem, projevuje se v narušení společenských vztahů (Edelsberger, 2000, s. 57)	Důraz je kladen na dodržování lidských i specifických práv handicapovaných, snahy o dosažení plné nezávislosti, nevylučování, partnerského soužití s intaktními na bázi integrace. Očekává se podpora a solidární pomoc ze zdrojů státních, veřejných i soukromých	
VIII.		<b>Nevyřazování, inkluzivita</b>	Začátek 21. století
		Kontinuální pokračování předchozího stadia. Plně vítězí myšlenka integrace – inkluze ve formě koadaptace. Není přípustná jakákoliv segregace a diskriminace handicapovaných. Těmto postojům a hodnotám by mělo patřit prvních deset až dvacet let 21. století.	

Podle kritiků Sovákova pojetí (Titzl, 2000; Mühlpachr, 2001) se tento model opírá o myšlenkové schéma tradované od doby osvícenství, že vztah společnosti k postiženým lidem se stále vyvíjí k lepšímu. Titzl (2005, s. 7) upozorňuje např. na nepravdivost tvrzení, že se společnost v prvopočátečním období svého vývoje postižených jen zbavovala a přináší nepřímé důkazy, že tomu tak nebylo ve všech případech. K doložení tohoto předpokladu slouží kosterní nálezy pravěkých lidí. Již v mladším paleolitu přežívali lidé s vážným onemocněním a rozsáhlými poraněními, kteří by se neobešli bez pomoci ostatních. Titzl tyto nálezy považuje za hmatatelné důkazy Kohákova výroku: „*Jedním ze základních lidských rysů je od prvopočátku schopnost altruistického chování: soucitu, péče, starostlivosti, obětavosti*“ (Kohák, 1993, s. 36). Titzl (2005, s. 8-10) uvádí příklady z dalších historických období, které dokazují, že v každé etapě vývoje společnosti existují vedle sebe egoistická i altruistická varianta chování, a stejně tak probíhá spor mezi altruismem a egoismem uvnitř každého jednotlivce. Autor upozorňuje: „*jakmile se jen na okamžik přestane v kultivaci vztahu silnějších k slabším, vynoří se vzorce jednání, které bychom velice rádi považovali za dávno překonané*“ (Titzl, 2005, s. 11).

Titzl (2005, s. 11) navrhuje novou periodizaci vývoje vztahu společnosti k lidem s postižením, která by byla založena na bázi vývoje institucionálního. Rozlišuje dvě stadia: stadium předinstitucionální a stadium institucionální, které se dále dělí na tři etapy: 1. insti-

tuce ještě nejsou rozčleněny do cílových skupin a mají azylový charakter; 2. instituce jsou již rozčleněny dle cílových skupin a mají výchovný, popř. i léčebný charakter; 3. tendence k odklonu od speciálních institucí k podpoře života postižených v neústavním prostředí

Podle Vančové (In Valenta, 2009, s. 17) lze z pohledu jednotlivých historicko-sociálních epoch hovořit o následujícím kontinuu vývoje postojů k minoritě lidí s mentálním postižením: 1. Společnost bez mentálně postižených; 2. Mentálně postižení mimo společnost; 3. Mentálně postižení mezi intaktními; 4. Mentálně postižení spolu s intaktními.

## **2.2 Postoje k lidem s mentálním postižením v současné společnosti**

Postoje společnosti k lidem s mentálním postižením jsou obdobné jako postoje k lidem s postižením obecně, sociální význam postojů k jednotlivým typům postižení se však různí. Mentální postižení považuje za nejhorší handicap 45% respondentů výzkumu provedeného v roce 1992 (Kehárová In Vágnerová, 2004b, s. 25). Jesenský (1993, s. 49 - 50) uvádí podobné výsledky výzkumu: lidé s mentálním postižením jsou nejméně přijímanou skupinou u 52 % respondentů. Většina dotazovaných považuje za problém porozumění člověku s mentálním postižením, nepřijatelné chování a neuspokojivou komunikaci těchto lidí.

Je možné předpokládat, že za dobu více než 15 let, která uběhla od uvedených výzkumů, došlo k určité pozitivní změně postojů v důsledku větší informovanosti veřejnosti a jejího častějšího setkávání se s lidmi s mentálním postižením. Podle mého mínění jsou v současnosti postoje majoritní společnosti vůči lidem s mentálním postižením stále spíše rozpačité. Dokládá to i názor respondentů z výzkumného šetření z roku 2006, kdy se 48% respondentů domnívá, že postoj společnosti k lidem s mentálním postižením je pozitivní, ale zároveň 42% respondentů si myslí, že tento postoj je negativní (Rosecká, 2006, s. 58). Požár (2009, s. 44-45) uvádí některé výsledky výzkumů postojů k lidem s postižením a konstatuje, že postoje společnosti k těmto lidem se sice začínají pozitivně měnit, ale stále je není možné považovat za optimální.

Podle Vágnerové (2004a, s. 189) byla problematika lidí s postižením ve vztahu k laické veřejnosti po dlouhou dobu tabuizována, proto kognitivní složka postojů společnosti k postiženým bývá slabá. Neinformovanost vede k převaze emocionální složky v postoji.

Emocionální postoj k postiženým bývá ambivalentní. Pocity, které ovlivňují postoj k lidem s postižením, jsou pozitivní i negativní, např. soucit, ostych, hrůza i odpor.

Tyto postoje se mění obtížně, někdy se jedná spíše o předsudek či stereotyp. Předsudky či stereotypy v postoji k lidem s postižením se mohou projevovat tendencí ke generalizaci. Negativní hodnocení se odráží také v stigmatizaci a etiketizaci (labelling) a vede k sociální exkluzi a diskriminaci lidí s mentálním či jiným postižením.

### 2.2.1 Generalizace

Projevem předsudků či stereotypu v postoji k lidem s postižením je tendence ke generalizaci, sklon vidět je všechny stejně bez ohledu na individuální odlišnosti (Vágnerová, 2004a, s. 190). Podle Švarcové (2006, s. 14) se často i v odborných diskusích mluví o „mentálně retardovaných“ či „mentálně postižených“ skoro jako o samostatném biologickém druhu, jehož jedinci se takřka neliší. Může potom docházet k nedostatečné diferenciaci těchto lidí a jejich potřeb. Tato generalizace, podle mých zkušeností, je patrná i v postojích personálu pobytových zařízení sociálních služeb. Pracovníci hovořící o uživatelích služeb často vztahují individuální zvláštnosti uživatele na celou skupinu, používají slovo oni daleko častěji než on/ona (např. „oni mají rádi, když...“).

Příčiny neschopnosti diferencovaného přístupu, rigidity hodnocení a chování i neochoty změnit postoje mohou podle Vágnerové (2004b, s. 16) souviset s nedostatkem informací, s kognitivní pohodlností a stereotypií uvažování. Jindy může být rigidita postojů projevem obrany před vším novým a proměnlivým, obrany před potencialem ohrožením a nejistotou.

### 2.2.2 Etiketizace (labelling)

Labelling (etiketizace, nálepkování) je sociologická teorie, která se zabývá vysvětlováním, jak a proč je určité chování označováno jako deviantní (Jandourek, 2007, s. 139). Podle Matouška (1995, s. 35) je nálepkování definováno člověka jeho hendikepem. V medicíně je k nálepce připodobňována diagnóza, která je připevněna na určitém člověku a tato nálepka nemoc uchovává a znemožňuje změnu. Toto nálepkování má v případě akutních stavů pozitivní efekt ze správné léčby, avšak u chronických onemocnění (zvl. v psychiatrii) a u postižení má nálepka obvykle efekt negativní, zahanbující. (Baštecká, Goldmann In Lečbych, 2008, s. 19). Nálepkování může poškozovat kvalitu života člověka, neboť společenské při-



způsobení se této nálepce staví člověka s mentálním postižením do role nemocného. Pro tuto roli je typická pasivita, ztráta zodpovědnosti, závislost na okolních osobách a zdůraznění pracovní neschopnosti (Baštecká a kol. In Lečbých, 2008, s. 19).

### 2.2.3 Sociální stigma a negativní sociální role lidí s mentálním postižením

Původně řecký termín stigma znamenal znaky, vypalované nebo vyřezávané do těla otroků, zločinců a zrádců; těmto lidem se ostatní vyhýbali (Goffman, 2003, s. 9). Chromý (2002, s. 220) charakterizuje stigma jako: „*znamení domnělé méněcennosti, vedoucí k odmítání jeho nositele druhými lidmi. Zdrojem stigmatizace může být viditelná vlastnost (např. deformita těla) nebo okolnost neviditelná (např. příslušnost k určité skupině lidí). Odmítání znamená snahu vyhýbat se stigmatizovaným jedincům v různých situacích (bydlení, pracoviště, zájmové činnosti, partnerské vztahy)*“. Stigma je člověku s postižením přisouzeno proto, že nesplňuje představy svého sociálního okolí o tom, co je normální (nesplňuje představy o standardu vnějšího vzhledu a projevů). Goffman (2003, s. 13) k postojům „normálních“ lidí k osobě se stigmatem podotýká: „*Zcela samozřejmě věříme, že osoba se stigmatem není tak docela člověkem. O tento předpoklad opíráme různé formy diskriminace, jejímž prostřednictvím de facto – jakkoli často nevědomky - snižujeme její životní šance... V běžném hovoru používáme konkrétní „stigmatizující“ výrazy jako mrzák, bastard a imbecil jako metafory a symboly, aniž se obvykle zamýšlíme nad jejich původním významem.*“

Podle Vágnerové mentální defekt je stigmatizujícím postižením, které svého nositele zatěžuje negativní sociální rolí. To se projevuje v asymetrii vztahu „normálních“ lidí k lidem s postižením: odlišným způsobem komunikace s nimi, tendenci k jejich manipulaci, nepovažováním člověka s postižením za rovnocenného partnera, neochotou vyslechnout jeho názor apod. (Vágnerová, 2004a, s. 190).

Nejčastější sociální role lidí s mentálním postižením, vnímání těchto lidí a postoje k nim jsou podle Wolfensbergera následující: lidé s mentálním postižením jsou vnímáni 1. jako bytosti ne-lidské, pouze vegetující: proto izolované v ústavech; 2. neposkvrnění hříchem; 3. nemocní; 4. objekty posměchu; 5. objekty lítosti a záležitosti charity; 6. nebezpečí/postrach veřejnosti; 7. ubohé, trpící děti: proto byli lidé s postižením chráněni, infantilizováni a trvale hospitalizováni v obrovských zařízeních (Wolfensberger In Dörner, Plog, 1999, s. 55; Wolfensberger In Šiška, 2005, s. 16). Nejvíce zakořeněný je postoj k člověku s mentálním postižením jako k věčnému dítěti, projevující se např. tím, že personál nevy-

stavuje lidi s mentálním postižením žádnému (ani přiměřenému) riziku nebo jim neumožňuje vyslovit a realizovat svoje přání. Projevem infantilizace dospělého člověka je také např. dětská výzdoba jeho pokoje.

Negativní vnímání a hodnocení lidí s mentálním postižením a předsudky vůči nim se vyskytují nejen mezi laickou veřejností, ale projevují se také mezi lidmi, kteří by měli k lidem s mentálním postižením mít vztah profesionální, např. mezi pracovníky poskytovatelů sociálních služeb. Jednání personálu, ovlivněné negativními předsudky a stereotypy může být příčinou obranné reakce uživatele, únikové (izolace, stažení se do sebe) nebo agresivní (sebepoškození, verbální či fyzická agrese).

#### **2.2.4 Diskriminace lidí s postižením**

Negativní postoje a předsudky vůči lidem se zdravotním postižením vedou k diskriminaci. Diskriminace znamená takové způsoby jednání, kterými jsou znevýhodňováni nebo ponižováni lidé na základě své příslušnosti k určité sociální skupině. Podle Novosada (2009, s. 32) existuje diskriminace přímá (znevýhodňování člověka s postižením ve srovnání s jinými lidmi), diskriminace nepřímá a diskriminace skrytá (neprovedení nebo záměrné oddalování přiměřeného opatření). Za formu diskriminace je možno považovat obtěžování, dojde-li k *„nevyžádanému chování souvisejícímu se zdravotním postižením za účelem nebo s účinkem porušení důstojnosti dané osoby a vytvoření zastrašujícího, nepřátelského, ponižujícího, pokořujícího nebo urážlivého prostředí.“*

#### **2.2.5 Tolerance a intolerance v postojích k lidem s postižením**

Tolerance jako postoj je podle Smékala (2005, s. 133) slovy nebo chováním vyjádřené sdělení, že respektujeme cizí přesvědčení a cizí názory i neobvyklé jednání druhých - že respektujeme člověka v jeho jinakosti. Cílem, ke kterému by měl směřovat vývoj společnosti je neodmítavý a nese segregující postoj k lidem s postižením, který vytváří optimální podmínky pro jejich začlenění – integraci do hlavního proudu (mainstream) společenského života. Integrace obecně znamená spojování částí v celek. Integrace pomáhá překonávat rozpory mezi lidmi a sjednocovat postoje, hodnoty a chování jednotlivých lidí a celých skupin. Z postojů a vztahů mezi minoritou, jako jsou lidé se zdravotním postižením, a mezi majoritní společností vyplývají pozitivní nebo negativní jevy, podle toho, jsou-li tyto postoje a vztahy tolerantní nebo intolerantní. Z netolerantních postojů vyplývají jevy jako

izolacionismus, diskriminace, agrese, stigmatizace. Tolerantní postoje mají za následek humanitu, solidaritu, úsilí o uplatňování lidských práv, o nezávislost a normalizaci života lidí se zdravotním postižením (Jesenský, 1998, s. 22).

### **2.2.6 Humanizace ve vztahu k lidem s postižením a normalizace jejich života**

Humanizace znamená brát lidi s postižením jako rovnocenné partnery. Humanizace společnosti se projevuje nejen ve verbálně vyjadřovaných postojích k lidem s postižením, ale zejména v jednání a zacházení s nimi a ve vytváření adekvátních podmínek pro jejich život. Při jakémkoli rozhodování o lidech s postižením je třeba jednat s ohledem na jejich oprávněné zájmy a potřeby a umožnit jim, aby se na rozhodování o sobě v maximální možné míře podíleli. Je třeba respektovat lidskou svobodu, lidskou důstojnost a lidská práva člověka s mentálním postižením stejně jako každého jiného občana naší společnosti (Švarcová, 2006, s. 15; Pipeková, 2006, s. 302).

Normalizace života lidí s postižením je pojem, vyjadřující skutečnost, že i lidé s postižením by měli žít běžným způsobem života, srovnatelným se životem vrstevníků bez postižení. Principy normalizace vypracoval Švéd B. Nirje (In Dörner, Plog, s. 52): jde o zachování režimu běžného dne a týdne; oddělení místa bydlení od místa vykonávání práce a místa trávení volného času; prožívání normálního rytmu roku (dovolená, cestování, svátky); normální průběh života: respekt k tomu, v jaké etapě života se člověk nachází (pro dítě jistota rodiny nebo rodině podobné malé skupiny se stálými blízkými osobami, docházka do školy, kontakty s vrstevníky, pro dospívajícího a dospělého možnost změnit bydliště, atd.); normální očekávání člověka s postižením, že nalezne odpovídající odezvu na své přání, volní a emocionální projevy; normální vztahy k druhému pohlaví; dostupnost normálního ekonomického standardu jako základního předpokladu pro samostatný život, odměna za práci podle výkonu a svobodné zacházení s penězi; normalizace plánování veškerých zařízení pro lidi s mentálním postižením s ohledem na umožnění života v běžných životních podmínkách.

### 3 ÚSTAVNÍ (REZIDENČNÍ) ZAŘÍZENÍ PRO LIDI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Pobytová zařízení sociálních služeb, nazývaná dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách domovy pro osoby se zdravotním postižením se do doby platnosti tohoto zákona nazývala ústavy sociální péče. Změnou názvu z ústavu na domov má být zřejmě vyjádřeno směřování ke změně, která je žádoucí z hlediska kvality života klientů/uživatelů služeb. Ústavní péče a život v ústavech má svá specifika, která působí na vzájemné chování a jednání klientů a personálu těchto ústavů. Sama povaha ústavní péče usnadňuje zneužívání a znesnadňuje kontrolu. Personál má vždycky mocenskou převahu a je vždycky v pokušení ji zneužít, tvrdí Matoušek (2007, s. 96) a dodává: *„Ústavní prostředí svádí k medicinizujícímu přístupu, posiluje závislost klienta na ústavu a upřednostňuje potřebu personálu zvládat skupinu před respektem k osobním potřebám klienta.“*

Proto se dnes ve vyspělých zemích ústavní péče považuje až za poslední možnost pro klienta, není-li možno využít alternativních sociálních služeb (Matoušek, 2008, s. 240).

#### 3.1 Charakteristika ústavní (rezidenční) péče

Ústav/ústavní zařízení je instituce, poskytující svým klientům či uživatelům nepřetržitou péči spojenou s ubytováním a stravováním. Podstatnými parametry ústavů jsou podle Matouška kompetence personálu, přiměřenost stavby a denního režimu potřebám klientů, velikost ústavu a jeho lokalizace. Trendem je zmenšování ústavů až na velikost běžných bytů a domů. V naší zemi ovšem nově stavěné ústavy mají průměrnou velikost 88 lůžek (Matoušek, 2008, s. 239).

Jak dále poznamenává Matoušek, výraz ústavní péče má u některých našich odborníků negativní konotaci a používají raději výraz rezidenční péče.

Matoušek (1995, s. 22) rozlišuje následující funkce ústavů:

1. *Podpora a péče* – tato funkce je v popředí v zařízeních pro těžce mentálně nebo fyzicky postižené lidi, dětských domovech, kojeneckých ústavech, domovech pro seniory apod. Klientům je poskytováno chybějící zázemí či péče, bez nichž by se klient nemohl obejít. Neexistence takových ústavů by znamenala nízkou kvalitu života klientů, v běžných podmínkách by někteří klienti nedokázali přežít.

2. *Léčba, výchova a resocializace* – tato funkce je v popředí v nemocnicích, léčebných a rehabilitačních ústavech, v zařízeních pro rizikovou mládež, v postpenitenciárních zařízeních. Usiluje se o změnu stavu klienta.
3. *Omezení, vyloučení a represe* – tato funkce je v popředí ve věznicích, psychiatrických zařízeních s nedobrovolnými pobyty, ve sběrných táborech pro uprchlíky apod. Cílem je ochrana společnosti před ohrožením kriminálními osobami, lidmi trpícími akutní psychózou atd.

Další funkcí pobytových zařízení je *funkce rekreační*. Žádný ústav neslouží jen jednomu účelu, každý je nositelem všech vyjmenovaných funkcí, i když některé z nich zdůrazňuje a jiné spíše skrývá. Zvláště funkce represivní je maskovaná, neboť její veřejné přiznání by nepůsobilo dobře (Matoušek, 1995, s. 22).

Zneužívání a manipulaci klientů či obyvatel ústavů usnadňuje sama povaha těchto institucí. Goffman označuje taková zařízení jako *totální instituce*. Podle Matouška (2001, s. 105) se studie Ervinga Goffmana *Asylums* stala podnětem k éře zdůrazňování lidských práv lidí s postižením.

### 3.1.1 Totální instituce

Americký sociolog Goffman ve svém pohledu na přístup personálu k „chovancům“ (inmates) psychiatrické léčebny z roku 1961 vymezuje totální instituci jako: „*místo, kde se bydlí i pracuje a kde velký počet jedinců, kteří se nacházejí v podobné situaci a kteří jsou na nikoliv zanedbatelné období odděleni od širší společnosti, vedou společně uzavřený a formálně uspořádaný koloběh života*“ (Goffman, 1991, s. 11). Popisuje zde, jak „*nepočetný personál dohlížitelů*“ v ústavních podmínkách zvládá „*velkou skupinu ovládaných, jimž se obvykle říká chovanci*“ (Goffman In Musil, 2004, s. 65).

Goffman (In Musil, 2004, s. 65) rozlišuje několik skupin totálních institucí podle účelu, kterému instituce slouží: 1. péče o nemohoucí a neškodné (kteří se sami o sebe postarat nedokáží, např. osoby těžkým mentálním postižením), 2. péče o takové lidi, kteří jsou považováni za nemohoucí a zároveň představují hrozbu či riziko pro společnost (psychiatrické léčebny, lidé trpící nakažlivými chorobami), 3. ochrana společnosti před nebezpečnými osobami (vězení), 4. zdokonalení způsobu uskutečnění nějakého pracovního úkolu (kasár-

na, lodě, pracovní tábory) a 5. umožnění stažení se před světem do zvláštního chráněného prostředí (kláštery).

Všechna tato zařízení mají následující společné charakteristiky: spojují na jednom místě a pod vedením jedné autority takové činnosti, které bývají v podmínkách moderní společnosti provozovány odděleně a na různých místech, jako je spánek, práce a aktivity volného času; všechny fáze každodenní činnosti probíhají za bezprostřední přítomnosti ostatních, se všemi se zachází stejně; všechny činnosti jsou prováděny podle přesně stanoveného a pro všechny přísně závazného rozpisu a všechny aktivity mají přispívat k naplnění oficiálního cíle organizace (Goffman In Musil, 2004, s. 65; Keller, 2007, s. 122).

Důsledky pro život obyvatel v totální instituci jsou závažné. Personál a obyvatelé-chovanci zařízení jsou dvě zcela oddělené skupiny, které stojí proti sobě a pohlížejí na sebe skrze hostilní stereotypy. Goffman popsal proces, začínající již při vstupu do instituce, který lze nazvat degradační rituál (Matoušek a kol., 2001, s. 106). Tento proces slouží k umrtvování osobnosti, k její přeměně a standardizaci. Tento umrtvovací proces - mortifikace (Goffman In Keller, 2007, s. 123) se projevuje mj. odebráním osobních věcí, ostříháním, přidělením ústavního oděvu nebo příkázáním lůžka ve společné ložnici. Jsou přetřhány svazky k rodině i známým. Je omezeno nebo znemožněno osobní rozhodování. Je omezena nebo vážně narušena komunikace s vnějším světem. Je vyžadován naprostý respekt vůči personálu. Chovanci musí žádat o povolení každé drobnosti. Je zcela eliminováno soukromí chovanců, člověk není nikdy zcela sám. O chovancích jsou zjišťovány i kompromitující údaje (různé formy zpovědi), avšak chovanec nemá možnost získávat žádné informace, které se týkají rozhodování o jeho vlastních osudech. Obranné reakce proti tomuto umrtvování osobnosti a snaha zachovat si vlastní důstojnost jsou institucí potlačovány.

Mocenské vztahy v totální instituci mají také určitá specifika, např. každý příslušník aparátu organizace má právo disciplinovat každého chovance. Sankce je možné udělovat za velmi široké spektrum projevů, zahrnující i nepředpisové oblečení, stravovací způsoby apod. Nevhodné chování v jedné oblasti je možné trestat v jakékoliv jiné oblasti. Výsledkem je velké množství příležitostí k trestání. Řada zákazů a příkazů, které prostupují život chovanců, přibližuje pozici dospělých lidí pozici dítěte a vyvolává v některých chovancích stálou úzkost z důsledků možného překročení všudypřítomných pravidel (Goffman In Keller, 2007, s. 124). Důležitá součást ideologie každé totální instituce je racionalizace, tzn.

hledání přijatelného vysvětlení pro přístup, který je z nějakého důvodu diskutabilní, legitimizace tohoto přístupu (Goffman In Musil, 2004, s. 41).

Ve světě totální instituce podle Goffmana (In Keller, 2007, s. 125) existuje také systém privilegii, která mají usnadnit restrukturalizaci osobnosti chovanců (např. systém drobných odměn za příkladnou poslušnost vůči personálu). Chovanci se na existující podmínky adaptují různými způsoby, hlavní způsoby jsou regrese (stažení se do sebe), rebelie (vzpouora), kolonizace (chovanec se snaží zajistit si relativně spokojenou existenci s maximem dosažitelných výhod) a konverze (chovanec přejímá optiku personálu v pohledu na druhé i sám na sebe).

Platnost popsaných mechanismů mortifikace, systému privilegii i způsobů adaptace se liší podle typů instituce, v závislosti na způsobu vstupu do instituce (dobrovolnost) a na stupni prostupnosti instituce. Podle Goffmana (In Keller, 2007, s. 126) mají všechny totální instituce společné také to, že se jim nedaří plnit deklarované cíle, zvláště pokud si kladou za cíl vybudování či posílení seberegulačních schopností chovanců. „*Nezanedbatelná část totálních institucí slouží jako pouhé odkladiště problémových lidí.*“ Před veřejností se však prezentují jako: „*zcela racionálně fungující organizace efektivně naplňující své oficiálně schválené cíle*“ (Keller, 2007, s. 126).

Pobytová zařízení sociálních služeb jako jsou domovy pro osoby se zdravotním postižením (DZP) je možno považovat za totální instituci, neboť zde lze nalézt mnoho znaků shodných se znaky totálních institucí. Základním znakem totální instituce je odlišnost prostředí v DZP od takového prostředí, ve kterém žijí běžní občané moderní společnosti. I v DZP jsou pod jednou střešou soustředěny všechny činnosti, které bývají v moderní společnosti provozovány odděleně. Výrazným znakem je nedostatek soukromí uživatelů. Právě ztrátu soukromí považuje Matoušek za jedno z rizik ústavní péče, dalšími riziky jsou ponorková nemoc, šikanování a násilné chování uživatelů mezi sebou navzájem, zneužívání uživatelů personálem a především hospitalismus.

### 3.1.2 Rizika ústavní péče

Ústavní péče nese vysoké riziko sociálního vyloučení uživatelů a riziko nepříznivého vlivu uživatelů na sebe navzájem. Nejzávažnějším rizikem ústavní péče je podle Matouška *hospitalismus*, tj. stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky, a snižující se schopnost adaptace na život mimo prostředí ústavu. Redukce nároků a omezení podnětů mají za ná-

sledek ztrácející se zájem o lidi a svět, zhoršení komunikace, návrat do ranějších vývojových stádií, hledání náhradního uspokojení v jídle, spavost, apod. Předcházet hospitalismu je možno např. maximálním otevíráním ústavního prostředí (Matoušek, 1995, s. 107, Matoušek, 2008, s. 71).

V uzavřených ústavech může snadno dojít ke vzniku *ponorkové nemoci*. Stereotyp, z kterého nelze uniknout zvyšuje únavu a snižuje toleranci. Lidé se stávají vztahovačnými, agresivními, jsou zvýšeně sugestibilní. Stávají se introvertnějšími, klesá jejich otevřenost a vstřícnost. Přibývá obranných prvků v chování, zvyšuje se význam osobního teritoria, které je jako poslední zbytek soukromí intenzivně bráněno před průnikem ostatních. Skupina, stížená ponorkovou nemocí, může některého svého člena i vyobcovat, ostentativně ho ignorovat.

V uzavřených institucích také snadno dochází k *šikanování*, k násilnému chování mezi uživateli navzájem. Avšak i personál ústavů zneužíval a někdy doposud zneužívá své moci nad uživateli služeb k jejich nepřiměřenému trestání, ponižování, hrubému zacházení. *Zneužívání klientů/uživatelů* může mít i jemnější formy: uživatelé mohou dostávat méně stravy, než na kolik mají nárok (např. „za trest“ nebo „aby netloustli“) nebo si personál může přisvojovat výsledky práce uživatelů apod. Toto nebezpečí zneužívání hrozí především u těch uživatelů, kteří se neumí nebo nemohou bránit.

V ústavech také dochází ke *ztrátě soukromí*, kdy člověk nuceně sdílí malý prostor s druhými obyvateli, které si nemohl vybrat. Je tedy nucen přizpůsobovat se jednak režimu, jednak potřebám jiných obyvatel. Stále hrozí, že jeho projevy nebudou někomu vyhovovat. Pokud definujeme domov jako místo, kde můžeme nejvíce být sami sebou, potom ústav v tomto smyslu domovem není (Matoušek, 1995, s. 108-111).

Za riziko ústavní péče o lidi s mentálním postižením a se závažným problémovým chováním považuje Emerson (2008, s. 21-23) *zneužívání* (podle amerických výzkumů v reakci na problémové chování občas dochází i k udeření uživatele), *vyločení*, *deprivaci*, *systematické zanedbávání* (neexistence programů denní aktivity pro uživatele, fyzická omezení, zanedbávání jejich potřeb) a *nevhodné zacházení*. Podle Emersona je za nevhodné zacházení s těmito lidmi nutno považovat také *nadměrnou psychiatrickou medikaci*, která má řadu závažných vedlejších účinků. Na nevhodnost „plošného“ podávání medikace v pobytových zařízeních sociálních služeb upozorňuje i Petišková (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007, s. 142).



### 3.1.3 Mýty a stereotypy ústavní péče

I v dnešních institucích mohou přetrvávat stereotypy v postojích pracovníků ke klientům či uživatelům služeb, které mají svůj původ v dědictví reálného socialismu, ale také již v době osvícenské, kdy velké instituce vznikaly. Matoušek (1995, s. 37-46) tyto stereotypy nazývá „idoly“. Z doby vzniku velkých ústavů přetrvává medicínský přístup k péči o klienty, který se projevuje v následujících idolech: 1. *idol jednoznačné diagnózy*: představa, že je možné s konečnou platností zjistit soubor příčin, jež způsobily klientův stav; 2. *idol jediné správného postupu*: po správné diagnóze má následovat správná léčba, bez ohledu na přání klienta a vedlejší účinky terapie; 3. *idol jediné vhodného zařízení*: někteří klienti jsou vyřazováni jako nevhodní pro určitý typ zařízení (např. klient domova se zdravotním postižením, který se chová problémově, by byl vhodněji umístěn v domově se zvláštním režimem – ale nikdo už se nezamýšlí nad tím, jaká je příčina problémového chování); 4. *idol úplné nápravy* (dokonalé údravy) – v tradičním ústavu nejsou oblíbené chronické a proto hůře ovlivnitelné handicap.

Také mýty a stereotypy z doby reálného socialismu přetrvávají v některých pobytových zařízeních i nadále, přestože od doby skončení éry vlády komunismu u nás uplynulo již dvacet let. Kromě 1. *idolu centrálního řízení a závazné metodiky*, 2. *idolu přestavby osobnosti* a 3. *idolu dysfunkční rodiny* (přesvědčení, že všechny potíže klienta mají svůj původ ve špatně fungující rodině) se v zařízeních pro lidi se zdravotním postižením dodnes vyskytují následující idoly: 4. *idol defektu osobnosti* – v ústavní péči je na člověka nahlíženo jako na nositele nálepky, ne jako na celistvou osobnost; 5. *idol kolektivu jako terapeutického činitele* – preferování kolektivního, dirigovaného života v zařízení – ale pro některé klienty představuje kolektiv zátěž a někdy i přímou překážku zlepšení situace. Nucená účast na kolektivních akcích vede často k problémovému chování uživatele služeb, neboť uživatel nemá možnost svobodného rozhodování, zda se akce účastnit chce nebo ne; 6. *idol profesionality dosažitelné formálním školením* – školení sice může zvýšit kompetence pracovníků, ale nikdy nemůže nahradit osobnostní základ; 7. *nepoužívání supervize* - neochota a nezájem konzultovat problémové chování uživatele služeb s odborníkem „zvenku“ brání často vyřešení situace, která řešitelná je; 8. *idol vhodných podmínek* – představa, že bez finanční podpory a bez přestavby budovy, bez snížení kapacity atp. nelze kvalitní péči poskytovat.

Představa, že klient či uživatel služeb se chová problémově jediné proto, že má nevhodné materiální prostředí, vede k přesvědčení, že přístup pracovníků k uživateli a jednání s ním nemá na toto problémové chování žádný vliv. Pracovníci jsou přesvědčeni, že postačí, změní-li se k lepšímu prostředí, uživatelé se budou v lepším prostředí chovat lépe (přitom „lépe“ z pohledu personálu znamená často „poslušněji“). Cháb podotýká: „*Je-li správné tvrzení, že podstata problému nefunkčnosti ústavů tkví v instituci, nikoli v prostředí, je s podivem, že většina bojů, útoků, napadání, obviňování, sem tam i diskusí kolem ústavů se dotýká právě jen budov*“.

### 3.1.4 Od péče k podpoře

Ústavní péče v současnosti by se podle Matouška měla vyznačovat následujícími znaky: ústavní péče je poskytována pouze v té míře, jakou klient/uživatel potřebuje; přednost mají formy neústavní péče před ústavními; není již tak ostrá hranice mezi ambulantní a ústavní péčí; ústavy se zmenšují až na úroveň bytů v běžném domě; ústavy se otvírají okolní komunitě; postupuje se od centrálního státního řízení ústavní péče k řízení místnímu; zmenšuje se distance mezi pracovníky a klienty/uživateli (Matoušek, 1995, s. 34-35).

V posledních přibližně sto padesáti letech je možné hovořit o čtyřech modelech přístupu k lidem s mentálním handicapem. Tyto modely stručně charakterizuje Valenta (2009, s. 13):

- Medicínský model (*o pacientovi/chovancovi/svěřenci/klientovi/uživateli služeb rozhoduje lékař, osoba takto – v průběhu času - nazývaná žije v ústavu*)
- Sociální model (*o klientovi/ uživateli služeb rozhoduje instituce*)
- Podpůrný model (*asistent prosazuje potřeby člověka s mentálním postižením, který má možnost se sám rozhodovat*)
- Ekologický model (*člověk s postižením se sám rozhoduje a je podporován rozvoj jeho kompetencí*).

V současné době je podle Lečbycha (2008, s. 17) stále převládající medicínský model, kdy je k člověku s mentální retardací přistupováno jako k pacientovi.

Medicínský a sociální přístup preferují péči o lidi s mentálním postižením, model podpůrný a ekologický preferují jejich podporu. Lidem s mentálním postižením je nezbytné na jedné

straně zajistit kvalitní péči, na straně druhé poskytovat jim podporu potřebnou pro prožití života v maximální možné míře samostatného a nezávislého. V ústavní péči se daří plnit podmínku první, někdy za cenu poskytování nadměrné péče, která vede k zneschopňování uživatelů, k jejich závislosti na službě, kdežto poskytování podpory je problematické. Podle Valenty a Müllera (2009, s. 13) je podpora poskytována takovým způsobem, který nevede vždy ke zvyšování kompetencí uživatelů služby.

Přetrvávajícím problémem z minulosti v ÚSP zůstává i to, že do těchto zařízení byli přijímáni uživatelé s lehkým stupněm mentálního postižení, kteří nepotřebují tak vysokou míru péče, jaká jim je poskytována a na kterou si zvykli. Jak uvádí Matoušek (2007, s. 96), nadbytečné služby brzdí osobní rozvoj takových lidí, kdežto lidem s těžším stupněm postižení jsou poskytovány služby minimální, někdy jen na úrovni starosti o základní fyziologické potřeby uživatelů.

Nadbytečná péče o lidi s lehkým postižením, stejně jako nedostatečná aktivizace lidí s postižením těžším jsou i zdrojem problémového chování těchto uživatelů služeb, neboť nejsou v dostatečné míře uspokojovány jejich potřeby. Také Valenta a Müller (2009, s. 229) upozorňují, že: *„personál některých domovů pro osoby se zdravotním postižením stále setrvává na tradičních modelech rezidenční péče, které nerespektují nejnovější poznatky o významu nejrůznějších forem stimulace, považují uživatele za pasivní objekty manipulační péče a omezují se na zajištění jejich základních fyziologických potřeb a na restriktivní opatření vůči problematickým prvkům v jejich chování. Doprovodnými negativními jevy takového přístupu jsou např. šikana, zneužívání, hospitalismus apod.“*

### 3.1.5 Standardy kvality sociálních služeb

V pobytových zařízeních sociálních služeb dominuje v současnosti snaha o zvyšování kvality poskytovaných služeb a tím i o zlepšování kvality života uživatelů těchto služeb. Významně k tomu přispívají Standardy kvality sociálních služeb (SQSS). Standardy kvality sociálních služeb doporučené MPSV od roku 2002 se staly právním předpisem závazným od 1. 1. 2007. Znění kritérií Standardů je obsahem přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Standardy se dělí na procedurální, personální a provozní, přičemž nejdůležitější pro působení na postoje personálu k uživatelům služeb jsou SQSS procedurální, požadující vypracování pravidel a závazných metodik např. v oblastech ochrany

uživatelů před předsudky a negativním hodnocením, uplatnění vlastní vůle uživatelů, ochrany práv uživatelů a individuálního plánování průběhu sociální služby, včetně vypracování plánů přiměřených rizik při realizaci aktivit, které si uživatel přeje vykonávat.

### 3.1.6 Nepříznivý vliv pracovníků na chování uživatelů sociálních služeb

V příručce MPSV pro podporu poskytovatelů služeb při zavádění SQSS do praxe jsou v části, věnované ochraně práv uživatelů, uvedeny i postoje personálu jako možný zdroj problémového chování uživatelů služeb. Podle autorů bylo dokázáno výzkumy i praxí, že chování lidí s postižením rozumových schopností významně ovlivňuje chování poskytovatelů služeb, a to jak v kladném, tak záporném smyslu. Pocit pohody nebo nepohody uživatelů služeb (a tím možnost vzniku jejich obtížného nebo agresivního chování) mohou významně ovlivnit následující postoje a přístupy pracovníků sociálních služeb: *podvádění* (předstírání něčeho kvůli tomu, aby uživatel udělal to, co chce pracovník); *zneschopňování* (uživateli je bráněno ve využití a rozvinutí svých schopností a v činění vlastních rozhodnutí); *infantilizace* (k uživateli je přistupováno jako k malému dítěti); *zastrašování* (vzbuzování strachu u uživatele s cílem manipulovat jednání uživatele); *nálepkování* (označování uživatele nebo skupiny uživatelů podle jeho chování, postižení nebo diagnózou, např. „ležáci“); *stigmatizace* (vyjadřování odporu a nechuti k uživateli nebo skupině uživatelů, např. viditelné značení oděvů a osobních věcí uživatelů, podávání jídel odlišným způsobem apod.); *nerespektování tempa* (nerespektování zásad komunikace s uživateli, nátlak na vykonávání činností rychleji, než uživatel dokáže); *zneplatňování* (ignorování nebo zlehčování sdělení uživatele); *odhánění* (odmítání s uživatelem mluvit, být v jeho blízkosti); *zvěčňování* (jednání s uživatelem jako s věcí); *ignorování uživatelské přítomnosti* (hovor o přítomném uživateli, jako by přítomen nebyl, vstup do uživatelského soukromí bez jeho souhlasu); *vnucování* (nerespektování uživatelských přání, práva na výběr a svobodnou volbu); *odpírání pozornosti* (odmítání pozornosti uživateli, když o ni žádá nebo potřebuje určitou službu); *obviňování* (otevřené nebo skryté obviňování uživatele, že něco neudělal nebo naopak udělal špatně); *vyrušování* (přerušování hovoru nebo činnosti uživatele, narušování jeho soukromí); *vysmívání* (skrytý nebo zjevný výsměch či pobavení nad zvláštnostmi uživatele); *ponižování* (poukazování na neužitečnost a bezcennost uživatele, např. zdůrazňování věku, vzhledu, postižení nebo omezení uživatele). (Čermáková, Johnová a kol., 2002, s. 26-28; Matoušek, 2008, s. 151).

## 4 PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ U LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Podle epidemiologických výzkumů připadají na 10 milionů obyvatel České republiky přibližně 4 000-4 500 lidí s mentální retardací, u kterých pozorujeme také problémové chování (Jůn, 2008). Řada lidí s mentálním postižením a problémovým chováním žije v pobytových zařízeních sociálních služeb. V těchto zařízeních dochází v období prvních deseti let nového tisíciletí k postupné změně náhledu na problémové chování uživatelů služeb od „restriktivního náhledu“ k „náhledu podpůrnému“ (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007, s. 8).

### 4.1 Přístupy k uživatelům služeb s problémovým chováním

Problémovému chování uživatelů služeb se věnují odborníci z jednak hlediska medicínského (psychiatrie, neurobiologie), jednak z hlediska přístupů vycházejících z behaviorální a humanistické psychologie. Jůn (2010, s. 19-28) popisuje ucelený terapeutický přístup, který kombinuje přístupy behaviorální i humanistické. Behaviorální terapie se zaměřuje především na změnu chování uživatele, případně na ovlivnění jeho prostředí. Humanistický přístup se zaměřuje na osobu uživatele a na uspokojování jeho potřeb. Ucelený terapeutický přístup se zaměřuje na uživatele, na personál i na organizaci.

#### 4.1.1 Přístup k uživatelům služeb z hlediska humanistické psychologie

Humanistická psychologie vznikla v polovině 20. století. Hlavními zakladateli jsou Carl Ransom Rogers a Abraham Harold Maslow. Zaměřuje se na prožívání, tvořivost, seberealizaci, možnost volby. Za nejvyšší hodnotu považuje důstojnost a rozvoj člověka. Podporuje celoživotní učení (Hartl, 2004, s. 83).

A. Maslow je autorem *hierarchie lidských potřeb*, jejichž uspokojování je důležitým faktorem prevence problémového chování uživatelů v pobytových zařízeních sociálních služeb. Lidé s postižením totiž často nejsou schopni bez asistence druhých lidí své potřeby plně uspokojit. Nenaplněná potřeba pak vyvolává frustraci, která může spustit agresivní nebo jiné problémové chování (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007, s. 107).

C. R. Rogers je zakladatelem psychoterapeutického směru zaměřeného na klienta. Z tohoto směru vychází *na osobu zaměřený přístup* (PCA, Person Centered Approach), který by se mohl stát jádrem a základem práce v sociálních institucích. Postoj důsledně zaměřený na

osobu, podle autorky Marlis Pörtner (2009, s. 11), může zlepšovat kvalitu života lidí s postižením; zlepšovat prostor pro jejich vlastní jednání; ulehčovat personálu práci, která se může pro ně může stát příjemnější a uspokojivější, oslabit negativní účinky častého střídání pracovníků; působit proti příznakům vyhoření. Postoj zaměřený na osobu má tři složky: 1. empatii (čili porozumění vcítěním), 2. úctu k osobnosti (čili akceptaci bez hodnocení) a 3. kongruenci (čili opravdovost). Existuje několik zásad pro jednání s uživatelem služeb: ponechání prostoru pro vlastní rozhodování uživatele (v daném rámci situace); jasně dané skutečnosti; prožívání jako ústřední faktor; zaměření ne na to, čeho se nedostává, ale na to, co je; postupovat vpřed třeba po malých krůčcích, s důvěrou ve vývojové možnosti, přičemž cesta je stejně důležitá jako cíl; podporovat odpovědnost uživatele za sebe sama (Pörtner, 2009, s. 25-38). V koncepci na osobu zaměřeného přístupu jsou vypracovány také zásady pro každodenní praxi, mezi něž patří naslouchat uživateli, brát ho vážně, nepodléhat předsudkům, povzbuzovat, podporovat svébytnost uživatele, poskytovat přehledné možnosti volby, podávat jasné informace, být konkrétní, rozpoznat vlastní podíl na situaci, přímo popisovat situaci, atd. Osvojení si a dodržování těchto zásad vede ke zlepšení vztahu uživatele a pracovníka a přispívá ke zmírnění problémového chování uživatele služeb.

Důležitá zásada pro pracovníky při řešení problémů s chováním uživatelů služeb a zvládnání kritických situací, které mohou nastat, je naučit se rozpoznávat svůj vlastní podíl na vzniklé situaci, neboť k situaci vždycky přispívají všechny zúčastněné osoby, tedy také pracovníci sami. Je důležité, aby pracovníci viděli tento svůj podíl, aby mohli rozpoznat a vyzkoušet jiné možnosti jednání. Je to často jediný způsob, jak něco konkrétně změnit, nedaří-li se změnit chování uživatele.

#### **4.1.2 Přístup k problémovému chování uživatelů sociálních služeb z hlediska behaviorální psychologie**

Behaviorismus jako psychologický směr vznikl začátkem 20. století v USA. Značně se rozšířil a uplatnil v praxi od čtyřicátých let 20. století, zejména působením B. F. Skinnera (neobehaviorismus), s jehož jménem je spojena teorie učení známá jako operantní podmiňování. Učení probíhá ve třech rozlišitelných stádiích 1. podnět či situace (S – stimulus), 2. chování (B – Behavior), 3. zpevnění (R – Response). Techniky založené na operantním podmiňování se nazývají modifikace chování a lze je využít mj. ve výchově a terapii osob se zdravotním postižením a při zvládnání problémového chování těchto lidí. (Fontana, 1997,

s. 147, 337). Výhodou behaviorálních postupů je mj. možnost najít vztah mezi chováním jedince a prostředím a tím možnost stanovit principy učení (Schopler, Mesibov, 1997, s. 24). Behaviorálnímu přístupu ke zvládnutí problémů v chování u lidí s těžším stupněm mentální retardace a s autismem jsem se věnovala ve své bakalářské práci (Humpolová, 2008). V terapii chování je důraz kladen na prevenci před řešením důsledků problémového chování. Prevencí je podpora schopností a vytváření nových dovedností (zvláště komunikačních dovedností) a dále vytváření podmínek pro možnost volby a vlastního rozhodování každého člověka – tedy možnosti ovlivnit své prostředí. V práci s uživateli je možno použít behaviorální terapii (BT), která je zaměřena na změnu vnějšího chování uživatele nebo kognitivně-behaviorální terapii (KBT), zaměřenou na změnu myšlení a vnějšího chování uživatele. V terapii problémového chování dětí a v přístupu k dospělým lidem s těžším stupněm mentálního postižení (často v kombinaci s autismem) jsou s dobrými výsledky používány výchovné a vzdělávací strategie, např. metoda strukturovaného učení a aplikovaná behaviorální analýza. Pro použití v domovech pro osoby se zdravotním postižením je vhodný terapeutický postup vycházející z EDM (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007, s. 112-133).

#### 4.1.3 Ucelený terapeutický přístup

Postoje personálu k chování uživatele jsou velmi důležité. Personál se často snaží ovlivňovat chování uživatele i v takových oblastech, kde mu to již nepřísluší, v přesvědčení, že to dělá pro dobro uživatele, či v přesvědčení, že si musí za každou cenu zachovat svou moc nad uživatelem. Zvýšený tlak na klienta spouští problémové chování, s kterým si potom personál někdy neví rady. Dojde-li ke změně chování personálu, může to následně vést ke změně chování uživatele. Personál však potřebuje podporu organizace v tom, aby mohl změnu svých postojů uvádět do praxe (změna interních směrnic, navýšení počtu personálu, objednání supervize chování uživatelů, vytvoření plánu pro řešení krizových situací aj.). Ucelený terapeutický přístup je tedy zaměřen na uživatele, na personál i na organizaci. Nejprve je třeba zaměřit se na terapii personálu a organizace (jak změnit naše chování a přístup takovým způsobem, abychom nezavdávali příčinu k problémovému chování uživatelů, jak změnit organizaci, aby se v ní uživatelé i personál cítili lépe). Terapie chování uživatele nastupuje teprve jako poslední volba, neboť uživatel většinou s terapií nesouhlasí

nebo nedokáže souhlasit a vzniká tak etický problém, navíc úspěšnost terapie v takových případech nebývá velká (Jůn, 2010, s. 19-20).

Terapii organizace je možno v širším smyslu chápat jako cestu k její transformaci, jako změnu postojů nejen managementu organizace, ale široké veřejnosti, v neposlední řadě politický konsensus, že je nutné zmenšit rezidenční zařízení na velikost běžných domků, což je cesta jistě dlouhá a nákladná, ale nutná. Jůn zdůrazňuje, že ke zkvalitnění života lidí s mentálním a kombinovaným postižením v podmínkách pobytových zařízení je nutné: snížení počtu uživatelů v domácnosti; zvýšení počtu personálu; rozvoj terénních služeb; rozvoj poradenských služeb pro zařízení; školení personálu v technikách preventivních i restriktivních; zkvalitnění legislativy a změnu myšlení personálu (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007, s. 9).

## 4.2 Definice problémového chování

Problémové chování je definováno jako *„chování, které se svou intenzitou, frekvencí nebo trváním natolik odlišuje od běžné společenské normy, že může vážně ohrozit fyzické bezpečí dané osoby nebo druhých. Jako problémové se označuje i 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. 17). Z této definice vyplývá podle Jůna (2010, s. 16), že o problémovosti chování rozhoduje převážně to, co je považováno v dané společnosti za normu a také „komunita“. Neexistuje tu žádný výčet konkrétních příkladů chování, které nazýváme problémovým. Jůn proto uvádí druhou definici: *„problémové chování je jakékoli chování, které personál vyhodnocuje jako problémové“*. Třetí definice (Jůn, 2010, s. 17), která volně vychází z definice Emersona, tvrdí: *„problémové chování je takové chování, které není normální“*. Z této definice lze vyčíst, že o tom, co je problémové chování či nikoli, nerozhoduje vlastní chování uživatele, ale personál, který toto chování vyhodnocuje.

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

Rozdíl mezi poruchou chování a problémovým chováním vysvětluje Vágnerová (2004, s. 779). Podle této autorky je porucha chování charakterizována jako odchylka v oblasti soci-



alizace, kdy jedinec není schopen respektovat normy chování na úrovni odpovídající jeho věku nebo úrovni jeho rozumových schopností. O poruchu chování nejde v případě, není-li jedinec schopen pochopit význam hodnot a norem, jako je tomu v případě lidí s mentální retardací. V tomto případě mluvíme o problémovém chování. V současné době se setkáváme s termínem problémové chování i u chování, dříve označované za poruchu, termín je výrazem snahy o zapojení jedince s poruchami emocí a chování do pedagogického procesu v přirozeném sociálním prostředí (Vojtová, 2008, s. 56).

### 4.3 Příčiny problémového chování

Pravděpodobnost agresivního či jinak problémového chování lidí s mentální retardací zvyšují faktory vnitřní a vnější. Mezi modifikující faktory vnitřní patří věk, pohlaví, specifické syndromy a poruchy, stupeň mentální retardace a přidružené handicapy. Modifikující faktory vnější jsou: nemožnost soukromí, jednání personálu, nevyhovující prostředí, počet personálu, náplň dne, nemožnost výběru a tlak na skupinový život (Jůn, 2007). Častým spouštěčem problémového chování jsou přísná pravidla, která jsou daná velikostí zařízení a jejich nastavením podle uživatele s nejtěžším stupněm mentálního postižení. Vnější příčiny problémového chování uživatelů služeb jsou podle zkušeností autorů Čadilové, Jůna, Thorové (2007, s. 108) zastoupeny ve větší míře než příčiny vnitřní.

Mezi vnější příčiny patří i nevhodné jednání personálu zařízení s klienty, které může pramenit v chybných přesvědčeních o klientech a o své úloze v sociální službě (Jůn, 2008).

#### 4.3.1 Faktory, ovlivňující postoje a jednání personálu vůči uživatelům služby

Podle Jůna (2008) může jednání personálu ovlivňovat efekt pořadí (dokumentace uživatele vede k obezřetnosti personálu, která může uživatelem následně být vyhodnocována jako nepřátelské chování) a základní atribuční chyba. Personál má často chybná kognitivní schémata (iracionální přesvědčení) o uživateli služby a o své úloze v sociální službě. Tato schémata ovlivňují vyhodnocování konkrétních situací s uživatelem. Na jejich základě se často objevuje chybná interpretace a/nebo emoční hodnocení situace. Chybné hodnocení a interpretace spouští nevhodné chování personálu vůči uživatelům služby. Toto chybné chování pak bývá spouštěcím faktorem problémového chování klientů, které přesvědčení personálu negativně ovlivňuje a vice versa. Chybná přesvědčení personálu lze podle Jůna rozdělit do třech základních kategorií, charakterizovaných výroky – viz tabulka č. 2:

Tabulka 2- Výroky charakterizující přesvědčení personálu o uživatelích sociální služby  
(zdroj: Jůn, 2008, s. 11 -13)

Kategorie – přesvědčení personálu	Charakteristické výroky
1. Je to dítě	To si ke mně nesmí dovolit!!! Plně a vždy odpovídám za jeho stav Musí mě poslouchat
2. Je to hajzl	Kdyby chtěl, tak se může chovat lépe! Dělá mi to naschvál Tohle nemám zapotřebí
3. Musím zajistit spravedlnost	Kdyby to dělali všichni, jak by to tu vypadalo Nesmí mít víc než ostatní, protože by mu to záviděli Všichni jsou si rovni

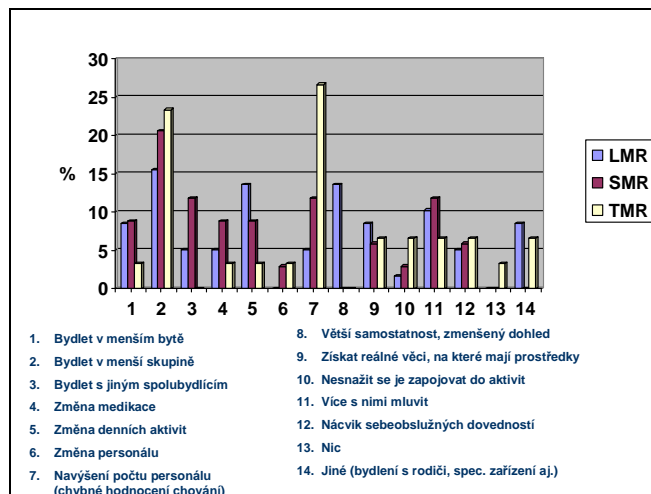
Podle Emersona existuje obecný vztah mezi problémovým chováním uživatele služeb a hladinou stresu nebo napětí personálu. Personál často silně emočně reaguje na výskyt problémového chování, zejména, má-li pocit, že uživatel by byl schopen své jednání ovládnout. Na chování personálu má také značný vliv působení skupiny spolupracovníků, kdy: *„členové stávající skupiny personálu učí nový personál „triky profese“, ty mohou zahrnovat např. velmi jasné poučení, že je snazší a obecně jednodušší, když personál dělá věci za klienty, než když podporuje jejich účast na každodenních aktivitách.“* (Emerson, 2008, s. 145).

Emerson (2008, s. 146) uvádí, že převládající názory personálu na příčiny problémového chování jsou 1. vnitřní psychický stav člověka (frustrace, nuda) nebo 2. velmi široký vliv faktorů prostředí (např. předcházející deprivace, nedostatek personálu). Tyto faktory podle Emersona v podstatě nesouvisejí s činností, kterou má personál vykonávat. Podle tohoto autora je třeba v zařízení vytvořit jasná pravidla, kterým se bude jednání personálu řídit. Tato pravidla musí být jasně vymezena, kontrolována a musí existovat sankce za jejich porušení. V zařízeních pobytových sociálních služeb jsou taková pravidla vytvářena zejména na základě Standardů kvality sociálních služeb, důležité je vytvoření etického kodexu pracovníků.

#### 4.3.2 Výzkum postojů personálu k uživatelům s problémovým chováním

Vnímání a postojům pracovníků v sociálních službách k problémovému, zvláště agresivnímu chování uživatelů sociální služby se věnuje Jůn (2008) ve své příspěvku na kongresu kognitivně behaviorálních terapeutů v Kroměříži (2008). V uvedeném příspěvku Jůn informuje o výzkumu, provedeném v roce 2007 autory Petiškovou, Čadilovou a Jůnem ve dvanácti zařízeních ve Středočeském kraji. Tento výzkum byl zaměřen na postoje personálu k uživatelům s problémovým chováním a na to, zda došlo ke změně těchto postojů na základě proškolení personálu v metodách prevence a terapie problémového chování. Výzkumné šetření bylo realizováno pomocí dotazníku, který vyplnilo 147 respondentů - personálu, který je přímo v kontaktu s osobami s postižením (školy, domovy pro osoby se zdravotním postižením – celkem 12 zařízení). Dotazník byl administrován před absolvováním semináře o problémovém chování uživatelů pracovníky jednotlivých zařízení a následně znovu po jeho skončení. V tomto výzkumu byla potvrzena hypotéza, že školení personálu v technikách zvládnání agresivního chování u uživatelů služeb snižuje nepohodu při interakcích s těmito uživateli. Došlo k více než padesátiprocentní změně k lepšímu v postojích personálu ve čtyřech otázkách z deseti. Z tohoto výzkumu vyplynulo, že pro pohodu personálu je důležité školení nejen v oblasti restrikcí, ale i v oblasti prevence.

Obrázek 1 - Petišková, Čadilová, Jůn Výzkum postojů personálu ve dvanácti Domovech ve Středočeském kraji, 2007 – ukázka grafického vyhodnocení In Jůn, 2008, s. 18



Jůn uzavírá: „Personál, který si je jistý v rozpoznávání potřeb svých klientů, bude jistě klidnější než personál, který v této oblasti tápe“ (Jůn, 2008, s. 22).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 METODOLOGIE VÝZKUMU

Chování uživatelů služeb, které je personálem vyhodnocováno jako problémové, má mnoho druhů, příčin, jedna charakteristika je však tomuto chování společná: personál se poměrně často cítí nejistý, neví jak má vzniklou situaci řešit, má negativní pocity, které se následně odrážejí ve vztahu mezi pracovníky a uživateli. Vedení organizace proto potřebuje zmapovat situaci v zařízení, zjistit, jaké postoje pracovníci zaujímají, aby bylo možné navrhnout strategii dalšího postupu.

*Cílem výzkumu* je zjistit postoje pracovníků zařízení pobytových sociálních služeb k problémovému chování uživatelů. Na základě výsledků výzkumu navrhnout vhodné postupy pro management zařízení a pracovníky. Výzkumným problémem jsou postoje, které zaujímají pracovníci konkrétního zařízení pobytových sociálních služeb k problémovému chování uživatelů služeb. Za výzkumnou strategii jsem zvolila kvantitativní výzkum formou dotazníkového šetření.

Za *postoj* považuji: soubor názorů, pocitů osoby a její tendence chovat se určitým způsobem. Za *problémové chování* považuji: jakékoliv chování uživatele služeb, které pracovníci vyhodnocují jako problémové (Jůn, 2010, s. 16).

### 5.1 Výzkumné otázky

*Hlavní výzkumná otázka* zní: Jaké jsou postoje pracovníků pobytové sociální služby doma pro osoby se zdravotním postižením k problémovému chování uživatelů?

*Dílní výzkumné otázky:*

- O 1: Jaké chování uživatelů pobytové sociální služby považují pracovníci za problémové?
- O 2: S jakým problémovým chováním se pracovníci zařízení setkávají nejčastěji?
- O 3: Jaké konkrétní projevy chování uživatele sociální služby považují pracovníci zařízení za nejvíce problémové?
- O 4: Co považují pracovníci zařízení za hlavní příčiny problémového chování uživatelů?
- O 5: Připouštějí pracovníci zařízení, že mohou být příčinou problémového chování uživatelů sociální služby právě sami pracovníci?
- O 6: Jaké způsoby řešení problémového chování pracovníci preferují?

O 7: Jsou pracovnice ochotny se vzdělávat v oblasti zvládnání problémového chování uživatelů?

## 5.2 Metody a techniky výzkumu

V případě výzkumu postojů pracovníků konkrétního pobytového zařízení sociálních služeb považuji za vhodné zvolit kvantitativní druh výzkumu. Vzhledem k poměrně malému počtu pracovníků v tomto zařízení by bylo možné uvažovat o kvalitativním výzkumu (např. metodou pozorování a polostrukturovaného rozhovoru). Zvolila jsem metodu kvantitativní – dotazníkové šetření, pomocí techniky dotazníku, a to z toho důvodu, aby pracovníci měli zajištěnu anonymitu odpovědí a neobávali se proto projevit svůj názor či pocity. Výsledky výzkumu budou platné pouze pro zkoumané pracovníky daného zařízení, nebudou moci být zobecnitelné na všechny pracovníky domova pro osoby se zdravotním postižením ani jiných zařízení. Jedná se o popisný výzkum. Provedený výzkum může být považován za případovou studii konkrétního zařízení, vzhledem k úsilí o detailní popis zkoumaného problému.

### 5.2.1 Dotazník jako technika sběru dat

Použila jsem dotazník vlastní konstrukce, který jsem sestavila na základě vlastního dlouhodobého pozorování, vlastních dlouholetých zkušeností (pracuji v zařízení, ve kterém výzkum probíhal), na základě neformálních rozhovorů s pracovníky zařízení a v neposlední řadě na základě studia odborné literatury a dostupných výsledků výzkumů (Jún, 2008), zabývajících se problémovým chováním uživatelů v pobytových zařízeních sociálních služeb. V úvodních čtyřech položkách dotazníku jsou zjišťovány demografické údaje o pracovnících – jejich pracovní zařazení, vzdělání, věk a doba práce v zařízení. (pohlaví respondentů není zjišťováno, dotazník byl administrován pouze ženám). Další položky dotazníku jsou zaměřené zejména na zjišťování názorů pracovníků na problémové chování uživatelů služeb, jeho příčiny a řešení, z menší části i na zjišťování pocitů pracovníků vzhledem k problémovému chování uživatelů služeb zkoumaného pobytového zařízení.

Po sestavení dotazníku jsem provedla předvýzkum, který spočíval v předložení dotazníku pěti pracovnícím zařízení, které vyplnily dotazník v mé přítomnosti. Formou interview jsem zjišťovala, zda pracovnice všem otázkám v dotazníku dobře rozumí, zda dokáží všechny položky správně vyplnit. Na základě jejich podnětů a připomínek jsem dotazník

doplnila (např. jsem přidala některé položky, z kterých mají pracovnice vybírat, zvýraznila jsem podtržením klíčová slova v nadpisech), v některých částech jsem dotazníkové položky pozměnila. Dotazník jsem vyplnila také já sama, znovu jsem zkoumala, zda na všechny otázky lze jednoznačně odpovědět a zda jsou pokyny k vyplnění dotazníku srozumitelné. Následně jsem zvolila výzkumný soubor a způsob sběru dat.

### 5.3 Výzkumný soubor a sběr dat

Výběr výzkumného souboru byl záměrný, ze všech 47 pracovníků zkoumaného zařízení jsem zvolila ty pracovníky, kteří se ve své práci dostávají do situací, kdy se uživatel chová agresivně nebo jinak problémovým způsobem a oni musí na vzniklou situaci nějak reagovat. Jsou to, kromě pracovnic sociálních služeb, také vychovatelky, všeobecné sestry, vedoucí sestra, sociální pracovnice a vedoucí zařízení – celkem 31 pracovnic. Dotazníky jsem administrovala v měsíci lednu 2010. Každé z pracovnic, která patří do popsaného výzkumného vzorku jsem dotazník osobně předala a požádala jsem o jeho vyplnění a následné vhození do schránky na stížnosti, aby tak byla zaručena anonymita respondentů. V průběhu dvou následujících týdnů jsem tak postupně získala 28 vyplněných dotazníků. Na dotazník neodpověděly tři pracovnice, nelze tedy výsledky výzkumu považovat za postoje všech pracovnic domova pro osoby se zdravotním postižením, které se ve své práci setkávají s problémovým chováním uživatelů služeb.

### 5.4 Místo realizace výzkumu

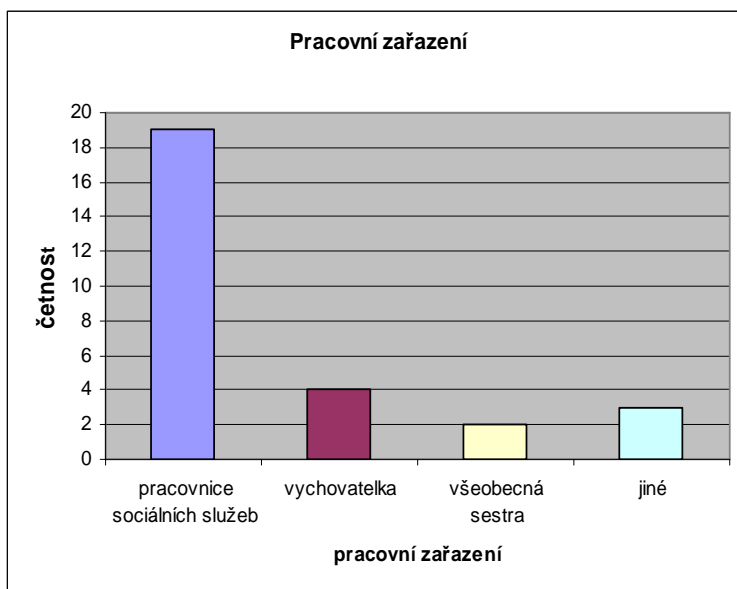
Zkoumané zařízení má kapacitu 92 uživatelů, kterým jsou poskytovány dva typy sociální služby: domov pro osoby se zdravotním postižením (90 uživatelů) a týdenní stacionáře (2 uživatelé). V tomto zařízení pracuje celkem 47 zaměstnanců: vedoucí zařízení, vedoucí sestra zařízení, sociální pracovnice, 22 pracovnic sociálních služeb, 3 všeobecné sestry, 4 vychovatelky (cílovou skupinou zařízení jsou také děti a mládež), dalších 15 pracovníků zajišťuje provoz zařízení. S jednou výjimkou (údržbář) jsou všichni zaměstnanci ženy. Fyzické a materiální prostředí zařízení je nevyhovující, není bezbariérové, na pokojích bydlí 3 – 5 uživatelů, chybí vhodné venkovní prostory. Z tohoto důvodu je zařízení zařazeno do přípravné fáze projektu Transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele.

## 6 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

Dané odpovědi z dotazníků jsem nejprve vložila do tabulky v programu Excel. Pomocí funkcí v programu Excel jsem data zjištěná z dotazníku sumarizovala a analyzovala. U každé položky jsem takto zjistila četnost odpovědí, z toho jsem vypočítala procenta a případně modus. Z daných tabulek jsem vygenerovala grafy. Tato data interpretuji. Některé tabulky uvádím v příloze, tabulky sloužící zároveň jako popis jednotlivých částí grafů ponechávám v textu.

### Dotazníková položka č. 1. Otázka: Jaké je vaše pracovní zařazení?

Graf 1 - Pracovní zařazení respondentů výzkumu: četnost



Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

Z grafu 1 a 2 je dobře patrné, že většina respondentů výzkumu, tj. 19 respondentů (68%) je zařazena do pracovní kategorie pracovnice sociálních služeb. Tato pracovní kategorie je i nepočtenější kategorií pracovníků ve zkoumaném zařízení celkem. Jsou to pracovnice, které jsou nejčastěji v bezprostředním kontaktu s uživateli, stejně jako vychovatelky – 4 respondenti (14 %), a setkávají se tedy nejčastěji s nějakým druhem problémového chování uživatelů služeb, na které musí nějakým způsobem reagovat. Ostatní pracovnice jsou dvě všeobecné sestry (7 %) a dále kategorie „jiné“, do níž patří vedoucí zařízení, sociální pracovnice a vedoucí sestra zařízení (11 %). Všeobecné sestry při své práci s uživateli také řeší každodenní problémové situace a navíc občas zvládají situace, kdy uživatel odmítá



ošetření nebo léčebný zákrok. Vedoucí pracovníci organizace se setkávají spíše se závažnějšími projevy problémového chování a očekává se od nich, že si vždy budou vědět rady a vyřeší každou situaci.

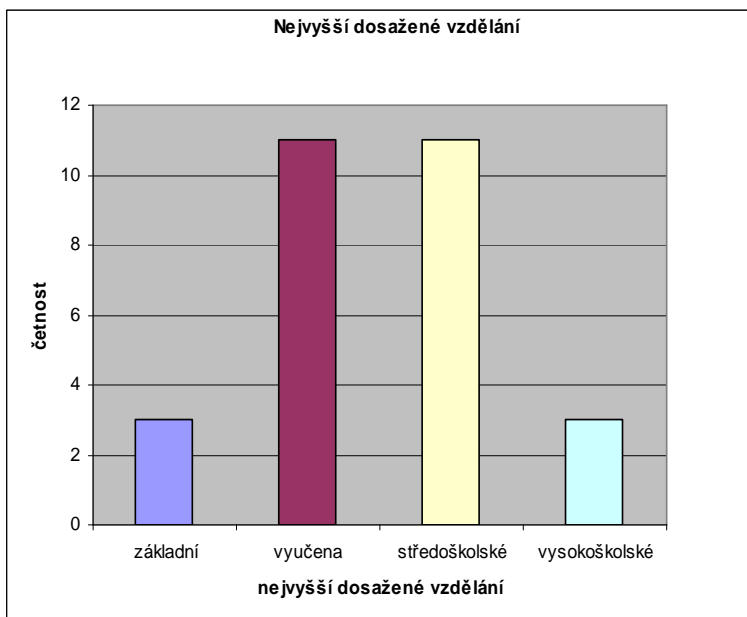
Graf 2 - Pracovní zařazení respondentů výzkumu: procenta



Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

## Dotazníková položka č. 2. Otázka: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

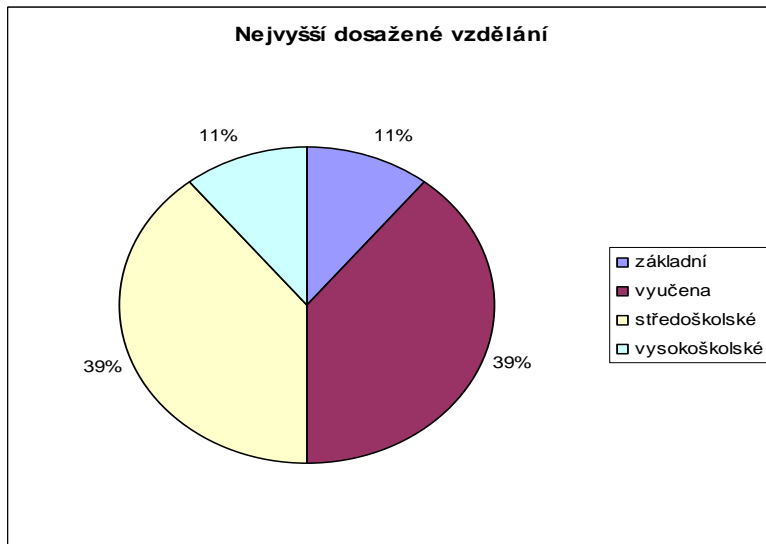
Graf 3 - Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů výzkumu: četnost



Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

Mezi respondenty výzkumu jsou ve stejném počtu (11 osob, 39 %) zastoupeny pracovníce se středoškolským vzděláním a pracovníce vyučené. Základní vzdělání mají tři pracovníce (11%) a vysokoškolské vzdělání mají také tři pracovníce (11%).

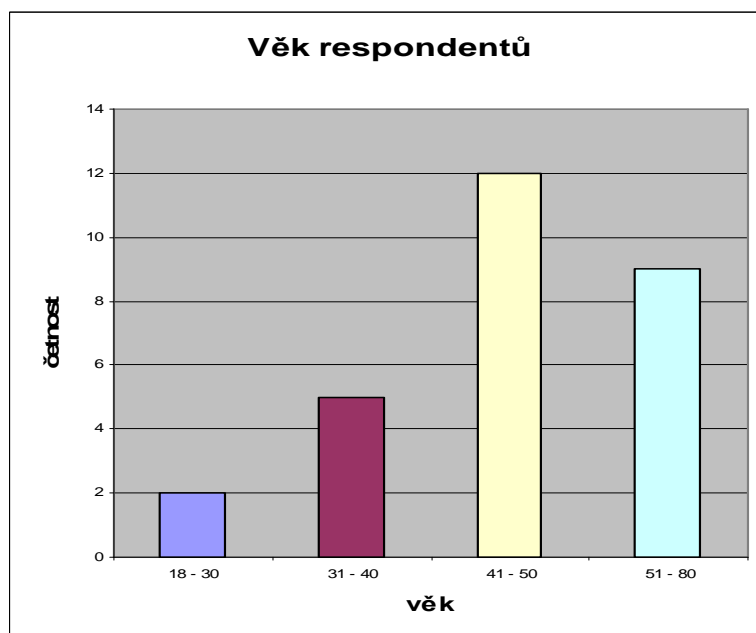
Graf 4 - Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů výzkumu: procenta



Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

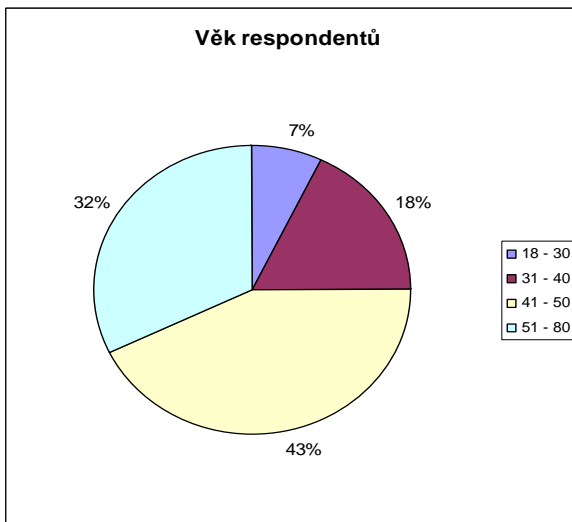
### Dotazníková položka č. 3: Otázka: Váš věk?

Graf 5 - Věkové kategorie respondentů výzkumu: četnost



Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

Graf 6 - Věkové kategorie respondentů výzkumu: procenta

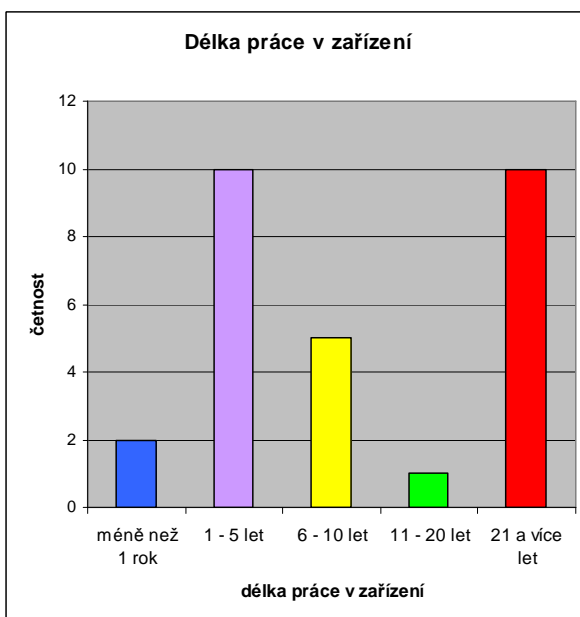


Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

Nejvíce zastoupená věková kategorie mezi respondenty výzkumu je 41 – 50 let (12 osob, 43 %), následuje věková kategorie 51 a více let (9 osob, 32 %), třetí v pořadí je věk respondentů 31 – 40 let (5 osob, 18 %) a nejméně respondentů je v nejmladší věkové kategorii 18 – 30 let (2 osoby, 7 %).

**Dotazníková položka č. 4: Otázka: Jak dlouho pracujete v tomto zařízení?**

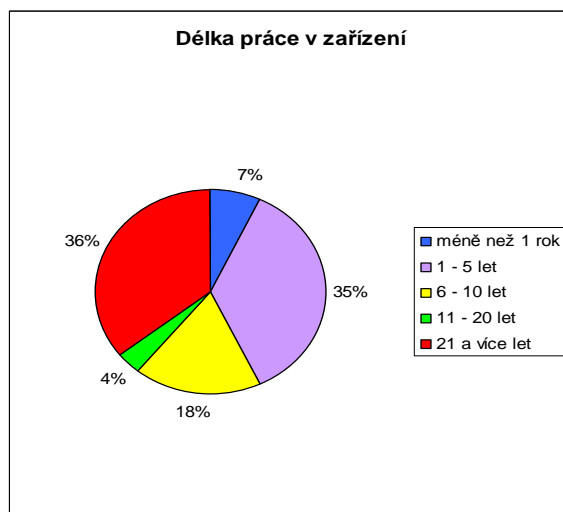
Graf 7 - Délka pracovního poměru respondentů ve zkoumaném zařízení: četnost



Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

Počet respondentů v kategorii délka pracovního poměru v zařízení u osob, které v zařízení pracují 1 – 5 let a u osob, které v zařízení pracují 21 a více let je shodný (10 osob, 35 %). Kategorie respondentů s délkou zaměstnání v organizaci 6 – 10 let je další v pořadí (18 %), méně než jeden rok pracují v zařízení 2 respondenti (7 %), 11 – 20 let v zařízení pracuje jeden respondent (4 %).

Graf 8 - Délka pracovního poměru respondentů ve zkoumaném zařízení: procenta



Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

### Dotazníková položka č. 5 Otázka: Jaké chování uživatele lze podle vás označit za problémové?

Tabulka 3 - Jaké chování uživatele lze podle respondentů výzkumu označit za problémové

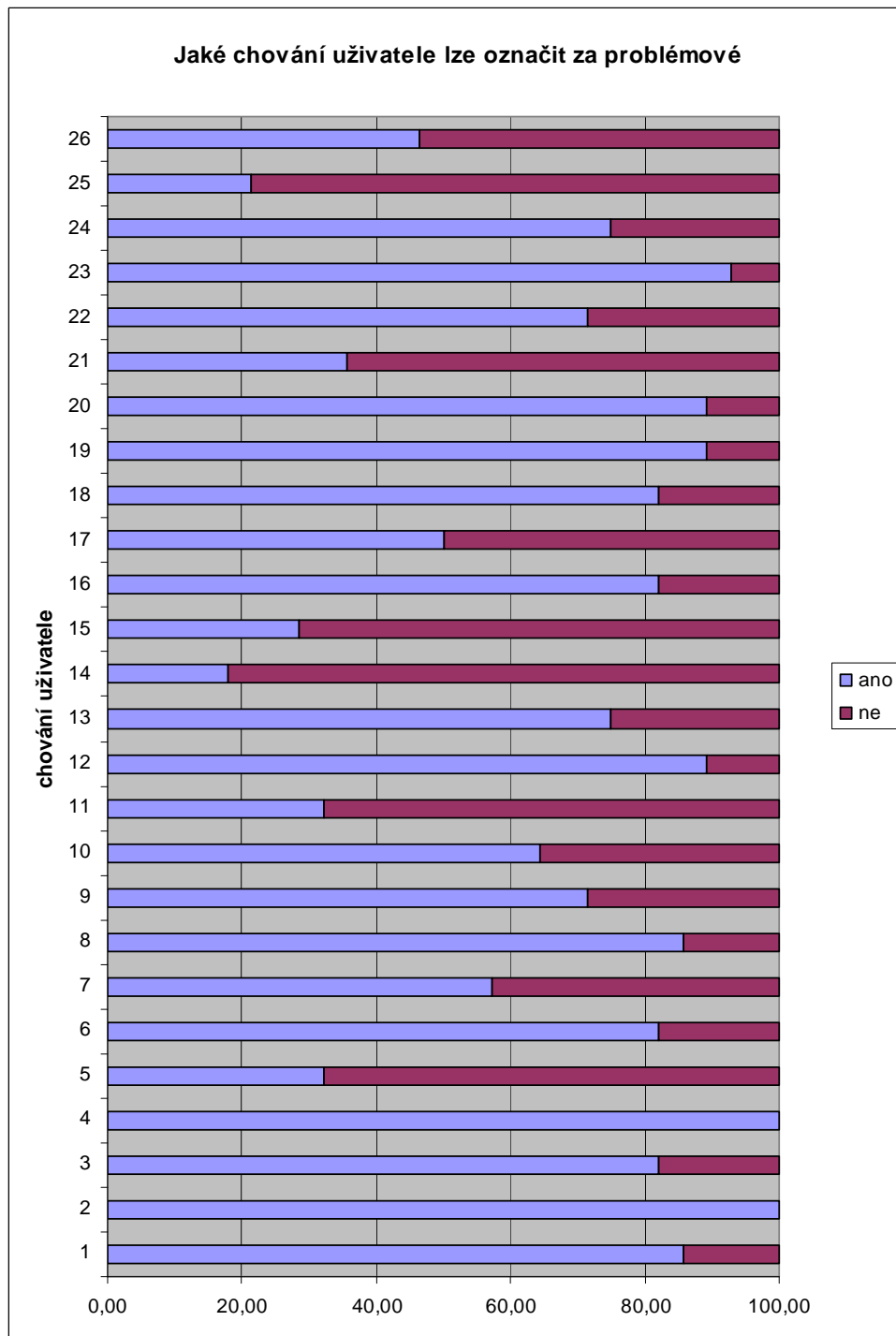
5.	Jaké chování uživatele lze podle vás označit za problémové?	četnost		celkem	%	
		ano	ne		ano	ne
1	ublížíje sobě	24	4	28	85,71	14,29
2	ublížíje lidem ve svém okolí	28	0	28	100,00	0,00
3	používá vulgární slova, nadávky, křičí	23	5	28	82,14	17,86
4	rozbíjí předměty, nábytek, vybavení	28	0	28	100,00	0,00
5	velmi často něco požaduje (dát, přinést, koupit)	9	19	28	32,14	67,86
6	odchází ze zařízení bez vědomí pracovníků	23	5	28	82,14	17,86
7	v noci opakovaně odchází z lůžka (odmítá v lůžku zůstat)	16	12	28	57,14	42,86
8	roznáší, rozmazává výkaly (exkrementy)	24	4	28	85,71	14,29
9	dělá činnosti, při nichž by si mohl ublížit	20	8	28	71,43	28,57
10	hádá se s ostatními uživateli	18	10	28	64,29	35,71
11	odmítá si uklízet, stlát si postel apod.	9	19	28	32,14	67,86
12	provádí sexuální praktiky na veřejnosti	25	3	28	89,29	10,71
13	bere bez dovolení cizí věci	21	7	28	75,00	25,00
14	nechce se zapojovat do společných aktivit	5	23	28	17,86	82,14
15	je hyperaktivní ("je ho všude plno")	8	20	28	28,57	71,43

16	pomlouvá ostatní uživatele a pracovníky, lže	23	5	28	82,14	17,86
17	opakovaně vyžaduje fyzický kontakt s personálem (objímá je, poklepává na rameno, tahá za ruce)	14	14	28	50,00	50,00
18	vyvolává si zvracení tím, že si strká předměty či ruce do úst	23	5	28	82,14	17,86
19	má záchvaty vzteku a zuřivosti	25	3	28	89,29	10,71
20	pojídá předměty, které nejsou určeny k jídlu (hračky, textilie, papír, výkaly)	25	3	28	89,29	10,71
21	odmítá si uklízet svoje věci	10	18	28	35,71	64,29
22	obnažuje se před ostatními lidmi	20	8	28	71,43	28,57
23	je velmi sobecký (např. se snaží získat jídlo i na úkor toho, že na ostatní nezbude, vše se musí podřizovat jeho přáním)	26	2	28	92,86	7,14
24	nedodržuje léčebný režim	21	7	28	75,00	25,00
25	nic ho nebaví, nechce nic dělat	6	22	28	21,43	78,57
26	zanedbává osobní hygienu	13	15	28	46,43	53,57
	<b>celkem</b>	<b>487</b>	<b>241</b>	<b>728</b>		

Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

Všichni respondenti (28) považují za problém agresivní chování uživatele, ve stejné míře (100 %) fyzickou agresi vůči osobám i vůči předmětům. Nepředpokládala jsem, že na třetí místo v četnosti odpovědí (26 respondentů, tj. 93 %) bude sobeckost uživatele, což je vlastnost, která sice není příjemná, avšak není nebezpečná ani ohrožující uživatele samotného ani jeho okolí. 25 respondentů označuje za problémové také provádění sexuálních praktik na veřejnosti, agresivní afekty či požívání nejdých předmětů (shodně 25 osob, tj. 89 %), dále manipulaci uživatele s výkaly, sebepoškozování (shodně 24 osob, tj. 86 %), V 85 % považuje 24 respondentů za problém v chování uživatele pomluvy a lhaní, či vyvolávání si zvracení, také odcházení ze zařízení bez vědomí pracovníků. Braní cizích věcí bez dovolení a stejně tak nedodržování léčebného režimu považuje za problém 21 (75 %) respondentů. Obnažování se před cizími lidmi je považováno za problémové stejným počtem respondentů jako dělání činností, při nichž by si uživatel mohl ublížit (20 osob, tj. 71 %). Hádky s ostatními uživateli jsou považovány za problémové 18. respondenty (64 %), odcházení z lůžka v noci 16. respondenty (57 %). Časté vyžadování fyzického kontaktu po personálu je považováno za problémové chování polovinou respondentů (50 %). Méně než polovina respondentů považuje za problémové následující druhy a typy chování: zanedbávání osobní hygieny (13 osob, tj. 46 %), časté požadování nějakých služeb „navíc“ po personálu, neochotu uživatele udržovat pořádek (9 osob, 32 %), hyperaktivitu uživatele (8 osob, tj. 29 %). Problém ve skutečnosti, že uživatel nechce nic dělat, spatřuje 6 respondentů (21 %). Odmítání uživatele zapojovat se do společných aktivit považuje za problémové chování nejméně respondentů : 5, tj. 18 %.

Graf 9 - Jaké chování uživatele označují respondenti výzkumu za problémové



Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

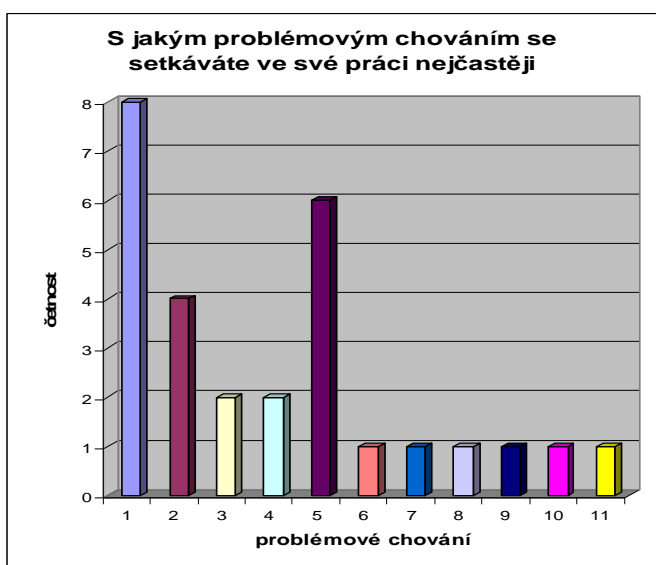
### Dotazníková položka č. 6 Otázka: S jakým problémovým chováním se setkávají respondenti výzkumu ve své práci nejčastěji?

Tabulka 4 - S jakým problémovým chováním uživatele se respondenti výzkumu setkávají ve své práci nejčastěji

6.	S jakým problémovým chováním se setkáváte ve své práci nejčastěji?	absolutní četnost	relativní četnost	%	modus
1	Ublížíje sobě (fyzická agrese vůči sobě)	8	0,286	28,57	x
2	Ublížíje ostatním (fyzická agrese vůči ostatním)	4	0,143	14,29	
3	Ublížíje sobě i ostatním (agrese fyzická vůči sobě i ostatním)	2	0,071	7,14	
4	Rozbíjení předmětů, vybavení (fyzická agrese vůči předmětům)	2	0,071	7,14	
5	Slovní agrese (nadávky, křik)	6	0,214	21,43	
6	Hádky mezi uživateli	1	0,036	3,57	
7	Záchvaty vzteku a zuřivosti	1	0,036	3,57	
8	Odchází ze zařízení bez vědomí personálu	1	0,036	3,57	
9	Bere cizí věci	1	0,036	3,57	
10	Stálé vyžadování fyzického kontaktu s personálem	1	0,036	3,57	
11	Zanedbávání osobní hygieny	1	0,036	3,57	
	<b>celkem</b>	<b>28</b>	<b>1,000</b>	<b>100,00</b>	

Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

Graf 10 - S jakým problémovým chováním uživatele se respondenti výzkumu setkávají ve své práci nejčastěji - četnost



Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

Graf 11 - S jakým problémovým chováním uživatele se respondenti výzkumu setkávají ve své práci nejčastěji - procenta



Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

Nejčastěji se respondenti výzkumu setkávají ve své práci s fyzickou agresí uživatele vůči vlastní osobě (8 respondentů, tj. 28 %), následuje agrese slovní (6 respondentů, tj. 20 %) a fyzická agrese vůči ostatním (4 respondenti, tj. 14 %). S agresí vůči sobě i ostatním se nejčastěji setkávají 2 respondenti (7 %), dva respondenti setkávají nejčastěji s agresí namířenu proti předmětům (7 %). Vždy jeden respondent (4 %) se setkává nejčastěji s hádkami mezi uživateli, záchvaty vzteku u uživatele, braním cizích věcí bez dovolení, zanedbáváním osobní hygieny, nadměrným vyžadováním fyzického kontaktu ze strany personálu a s tím, že uživatel odchází ze zařízení bez toho, že by o tom personál věděl.

Někteří respondenti uvedli ve svých odpovědích ještě další možnosti, což považuji za svou chybu při vytváření a ověřování dotazníku – uvědomuji si, že jsem měla vyžadovat pouze jednu odpověď. Vzhledem k malému počtu respondentů jsem dotazníky takto vyplněné ponechala, nevyřazovala jsem je: brala jsem v úvahu vždy jen první z odpovědí. Stejně jsem postupovala i u položky dotazníku č. 7 a č. 8.



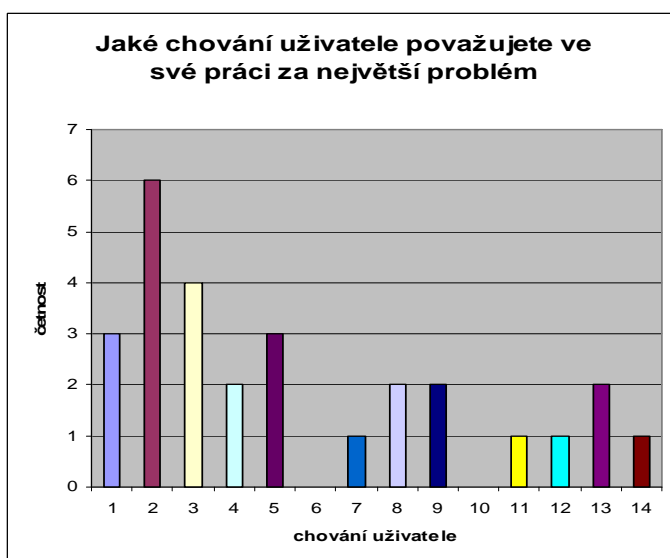
### Dotazníková položka č. 7 Otázka: Jaké chování uživatele považujete ve své práci za největší problém?

Tabulka 5 - Jaké chování uživatele považují respondenti výzkumu ve své práci za největší problém

7.	Jaké chování uživatele považujete ve své práci za největší problém?	absolutní četnost	relativní četnost	%	modus
1	Ublížíje sobě (fyzická agrese vůči sobě)	3	0,11	10,71	
2	Ublížíje ostatním (fyzická agrese vůči ostatním)	6	0,21	21,43	x
3	Ublížíje sobě i ostatním (agrese fyzická vůči sobě i ostatním)	4	0,14	14,29	
4	Agrese verbální i fyzická vůči ostatním	2	0,07	7,14	
5	Rozbíjení předmětů, vybavení (fyzická agrese vůči předmětům)	3	0,11	10,71	
6	Slovní agrese (nadávky, vulgární slova, křik)	0	0,00	0,00	
7	Hádky mezi uživateli - vzájemné napadání a obviňování	1	0,04	3,57	
8	Záchvaty vzteku a zuřivosti	2	0,07	7,14	
9	Odchází ze zařízení, uživatel nerozezná hrozící nebezpečí	2	0,07	7,14	
10	Stálé vyžadování fyzického kontaktu s personálem	0	0,00	0,00	
11	Nezájem si uklízet	1	0,04	3,57	
12	Pomlouvá	1	0,04	3,57	
13	Utíká z oddělení, neuvědomuje si, že si může ublížit	2	0,07	7,14	
14	Nereaguje na rozumnou domluvu	1	0,04	3,57	
	<b>celkem</b>	<b>28</b>	<b>1,00</b>	<b>100,00</b>	

Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

Graf 12 - Jaké chování uživatele považují respondenti výzkumu ve své práci za největší problém – četnost



Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

Největším problémem je pro pracovníky fyzická agrese uživatele vůči ostatním (6 respondentů, tj. 20 %), fyzická agrese vůči sobě i ostatním (4 respondenti, tj. 14 %), a dále fyzická agrese vůči sobě nebo vůči předmětům (shodně 3 respondenti, tj. 11 %). Pro dva pracovníky je představuje největší problém v chování uživatele agrese verbální i fyzická vůči druhým osobám (7 %), pro další dva pracovníky jsou to záchvaty vzteku u uživatele (7 %). Odcházení ze zařízení, pokud hrozí riziko, že si uživatel ublíží, považují za největší problém také dva respondenti (7 %), další dva respondenti uvedli jako největší problém v chování uživatele to, že uživatel „utíká z oddělení“ a neuvědomuje si, že si může ublížit (7 %). Hádky mezi uživateli uvádí jeden respondent (4 %), stejně tak jeden respondent uvádí jako největší problém pomlouvání, (4 %), neuklizení si (4 %), a „nereagování na rozumnou domluvu“ (4 %).

Graf 13 - Jaké chování uživatele považují respondenti výzkumu ve své práci za největší problém – procenta



Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

### Dotazníková položka č. 8 Otázka: Jaké chování uživatele vás dokáže nejvíce rozhněvat, naštvat?

Tabulka 6 - Jaké chování uživatele vás dokáže nejvíce rozhněvat, naštvat?

8.	Jaké chování uživatele vás dokáže nejvíce rozhněvat, naštvat?	absolutní četnost	relativní četnost	%	modus
1	Ublížíje ostatním (fyzická agrese vůči ostatním)	2	0,07	7,14	
2	Ublížíje sobě (fyzická agrese vůči sobě)	1	0,04	3,57	
3	Rozbíjení předmětů, vybavení (fyzická agrese vůči předmětům)	1	0,04	3,57	
4	Slovní agrese (nadávky, vulgární slova, křik) (nadávky i personálu)	4	0,14	14,29	x
5	Hádky mezi uživateli - vzájemné napadání a obviňování	1	0,04	3,57	
6	Hádavost a vypočítavost, hlavně co se týká jídla	1	0,04	3,57	
7	Záchvaty vzteku a zuřivosti	1	0,04	3,57	
8	Šikana mezi uživateli	1	0,04	3,57	
9	Odchází ze zařízení bez vědomí personálu	1	0,04	3,57	
10	Utíká z oddělení, neuvědomuje si, že si může ublížit	1	0,04	3,57	
11	Pomlouvá, lže	4	0,14	14,29	x
12	Roznáší, rozmazává, pojídá výkaly	3	0,11	10,71	
13	Bere cizí věci	1	0,04	3,57	
14	Bere jídlo ostatním a dusí se jím	1	0,04	3,57	
15	Sobeckost	2	0,07	7,14	
16	Uživatel zneužívá dobroty zaměstnance	1	0,04	3,57	
17	Uživatel schválně ze sebe dělá neschopného, i když jeho možnosti a schopnosti jsou na daleko větší úrovni	1	0,04	3,57	
18	Žádné, uživatelé si své chování neuvědomují, jsem od toho, abych je poučila a chránila od nebezpečí (žádné)	1	0,04	3,57	
	<b>celkem</b>	<b>28</b>	<b>1,00</b>	<b>100,00</b>	

Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

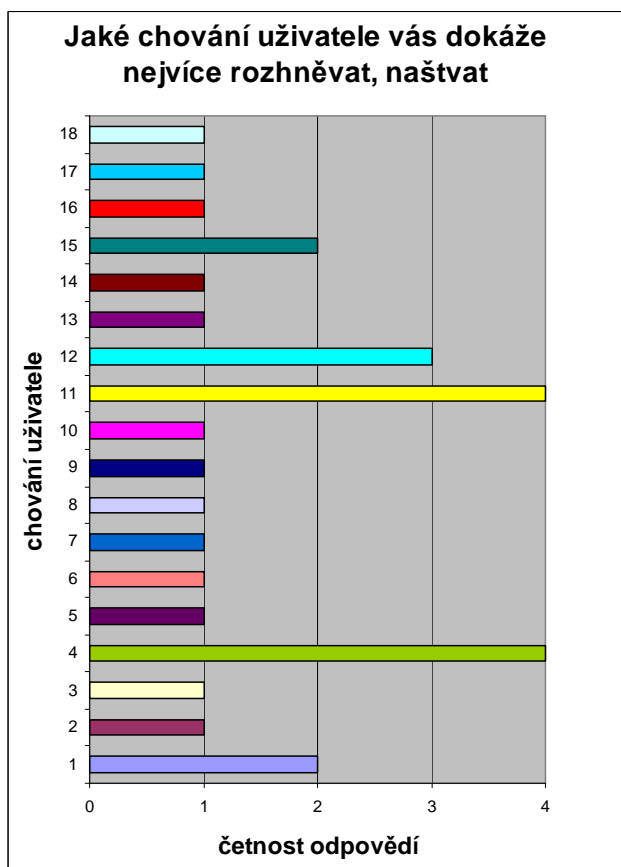
Chování uživatele, které vzbuzuje u respondentů z řad personálu domova pro osoby se zdravotním postižením personálu největší počet negativních emocí vzteku apod., je podle názoru respondentů slovní agrese – nadávky, křik (4 respondenti, 14 %) stejně jako pomlouvání a lhaní uživatelů (4 respondenti, 14 %). Dalším „rozčilujícím“ chováním je roznášení a rozmazávání výkalů (3 respondenti, 11 %) Fyzickou agresi vůči ostatním uvádí na prvním místě dva respondenti (7 %), „sobeckost uživatele“ také dva respondenti (7 %). Spektrum dalších druhů či typů chování uživatelů, které je pocíťováno pracovníky jako vyvolávající vztek, je různé, odpověděl vždy jen jeden pracovník (4 %): sebepoškození uživatele, rozbíjení předmětů, záchvaty vzteku, hádky, přílišné zaměření se na jídlo („vypočítavost, co se týká jídla“), nepozorované odchody uživatele z oddělení i ze zařízení, braní cizích věcí bez dovolení, braní jídla ostatním a následné dušení se jídlem. Jeden respondent považuje za nejvíce rozčilující chování, které nazývá šikanou mezi uživateli (na tento problém by bylo vhodné se v organizaci zaměřit, zjistit více a situaci nějakým způsobem řešit).

Odpověď „uživatel zneužívá dobroty zaměstnance“ lze považovat za příklad postoje pracovníků, kteří jsou přesvědčeni, že chyba v chování je vždy jen na straně uživatele a také za příklad přesvědčení, že uživatel se špatně či nevhodně chová z toho důvodu, aby pracovníka naštvál a „vytočil“.

Odpověď „uživatel schválně dělá ze sebe neschopného, i když jeho možnosti a schopnosti jsou na daleko větší úrovni“ je podle mne příkladem tzv. naučené bezmocnosti, kdy se uživatel neměl příležitost naučit některým dovednostem a nebo nepovažuje za potřebné tyto dovednosti používat, neboť určitou činnost vždy někdo udělá za něho.

Pouze jeden respondent odpověděl, že ho nerozhněvá ani nenaštve žádné chování uživatele.

*Graf 14 - Jaké chování uživatele dokáže respondenty výzkumu nejvíce rozhněvat, naštvat - četnost*



Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010



### Dotazníková položka č. 9 Otázka: Jaké jsou podle vás příčiny problémového chování uživatelů?

Tabulka 7 - Příčiny problémového chování uživatelů – absolutní četnost

9.	Jaké jsou podle vás příčiny problémového chování uživatelů?	absolutní četnost			
		A souhlasím zcela	B souhlasím z velké části	C souhlasím z malé části	D nesouhlasím
1	příliš mnoho uživatelů ve skupině	22	6	0	0
2	nuda, uživatel neumí vyplnit svůj volný čas	16	10	2	0
3	osobnostní vlastnosti uživatele	7	14	7	0
4	jednání personálu s uživatelem	6	5	14	3
5	jednání uživatelů mezi sebou navzájem	7	15	5	1
6	nedostatek soukromí pro uživatele	11	12	4	1
7	uživatelova nespokojenost s bydlením	3	14	6	5
8	uživatelova nespokojenost se stravou	2	1	12	13
9	součást projevů postižení	10	10	7	1
10	snaha získat pro sebe pozornost pracovníků	9	12	7	0
11	snaha získat pro sebe nějakou věc	8	14	5	1
12	předchozí špatné zkušenosti, deprivace	3	11	12	2
13	nevhodné rozdělení uživatelů do skupin (podle věku, stupně postižení)	18	6	3	1
14	nedokáže vyjádřit své potřeby a přání jiným způsobem	9	11	6	2
15	snaha získat pro sebe nějakou výhodu	10	10	7	1
16	neumožnění uživateli pracovat, pomáhat	3	10	8	7
17	vedlejší účinky některých léků	2	6	16	4
18	nerozumí některé situaci, neví, co se bude dít, (strach z neznámé situace)	2	8	18	0
19	bezmocnost uživatele (nedokáže se o sebe postarat)	5	9	11	3
20	nucení uživatele do činnosti, které mu nevyhovují	6	4	10	8
21	fyzická bolest	5	7	12	4

Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

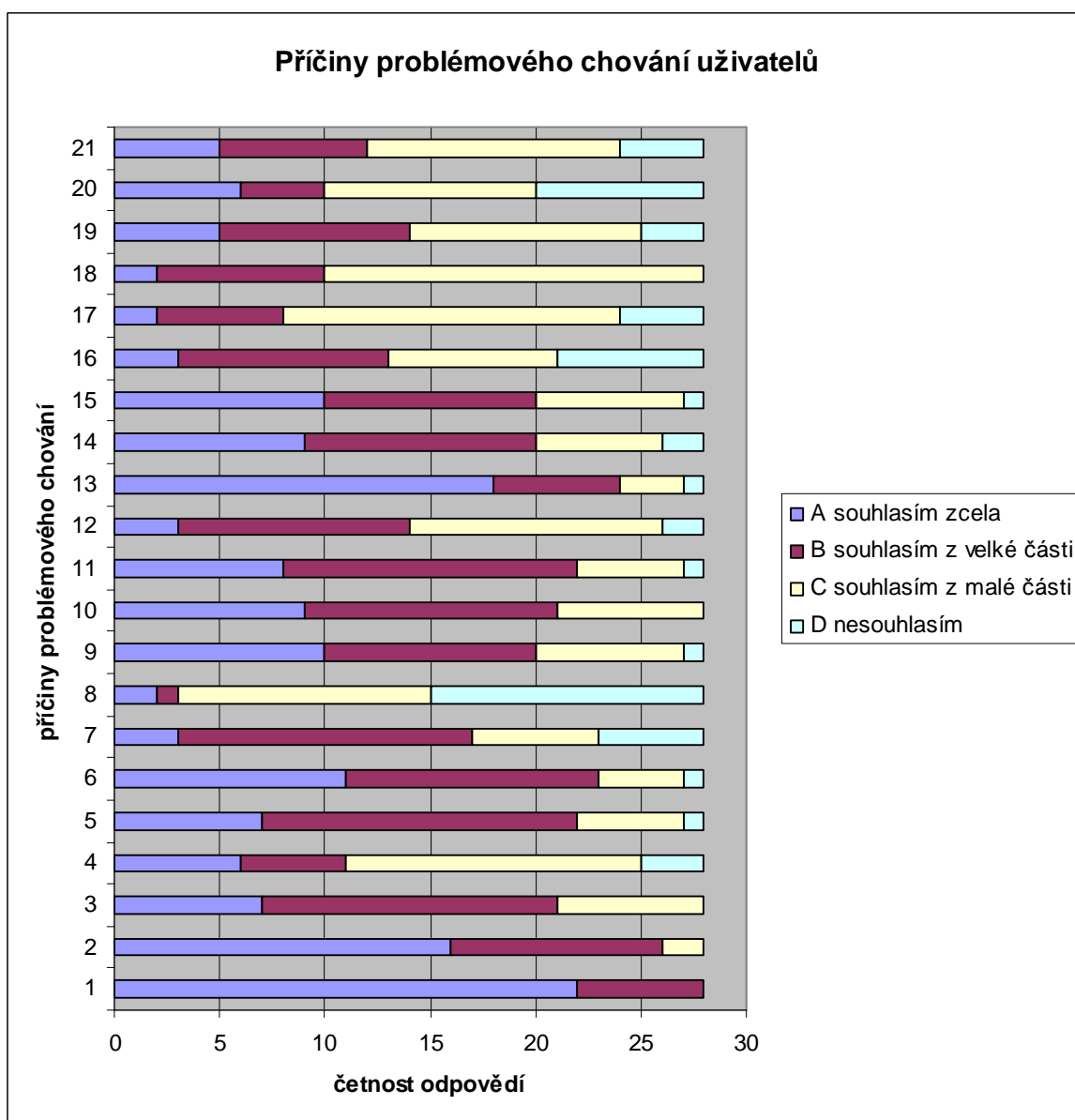
Tabulka 8 - Příčiny problémového chování uživatelů – relativní četnost %

9.	Jaké jsou podle vás příčiny problémového chování uživatelů?	relativní četnost %			
		A souhlasím zcela	B souhlasím z velké části	C souhlasím z malé části	D nesouhlasím
1	příliš mnoho uživatelů ve skupině	78,57	21,43	0,00	0,00
2	nuda, uživatel neumí vyplnit svůj volný čas	57,14	35,71	7,14	0,00
3	osobnostní vlastnosti uživatele	25,00	50,00	25,00	0,00
4	jednání personálu s uživatelem	21,43	17,86	50,00	10,71
5	jednání uživatelů mezi sebou navzájem	25,00	53,57	17,86	3,57
6	nedostatek soukromí pro uživatele	39,29	42,86	14,29	3,57
7	uživatelova nespokojenost s bydlením	10,71	50,00	21,43	17,86
8	uživatelova nespokojenost se stravou	7,14	3,57	42,86	46,43
9	součást projevů postižení	35,71	35,71	25,00	3,57
10	snaha získat pro sebe pozornost pracovníků	32,14	42,86	25,00	0,00
11	snaha získat pro sebe nějakou věc	28,57	50,00	17,86	3,57
12	předchozí špatné zkušenosti, deprivace	10,71	39,29	42,86	7,14

13	nehodně rozdělí uživatelů do skupin (podle věku, stupně postižení)	64,29	21,43	10,71	3,57
14	nedokáže vyjádřit své potřeby a přání jiným způsobem	32,14	39,29	21,43	7,14
15	snaha získat pro sebe nějakou výhodu	35,71	35,71	25,00	3,57
16	neumožnění uživateli pracovat, pomáhat	10,71	35,71	28,57	25,00
17	vedlejší účinky některých léků	7,14	21,43	57,14	14,29
18	nerozumí některé situaci, neví, co se bude dít, (strach z neznámé situace)	7,14	28,57	64,29	0,00
19	bezmocnost uživatele (nedokáže se o sebe postarat)	17,86	32,14	39,29	10,71
20	nucení uživatele do činnosti, které mu nevyhovují	21,43	14,29	35,71	28,57
21	fyzická bolest	17,86	25,00	42,86	14,29

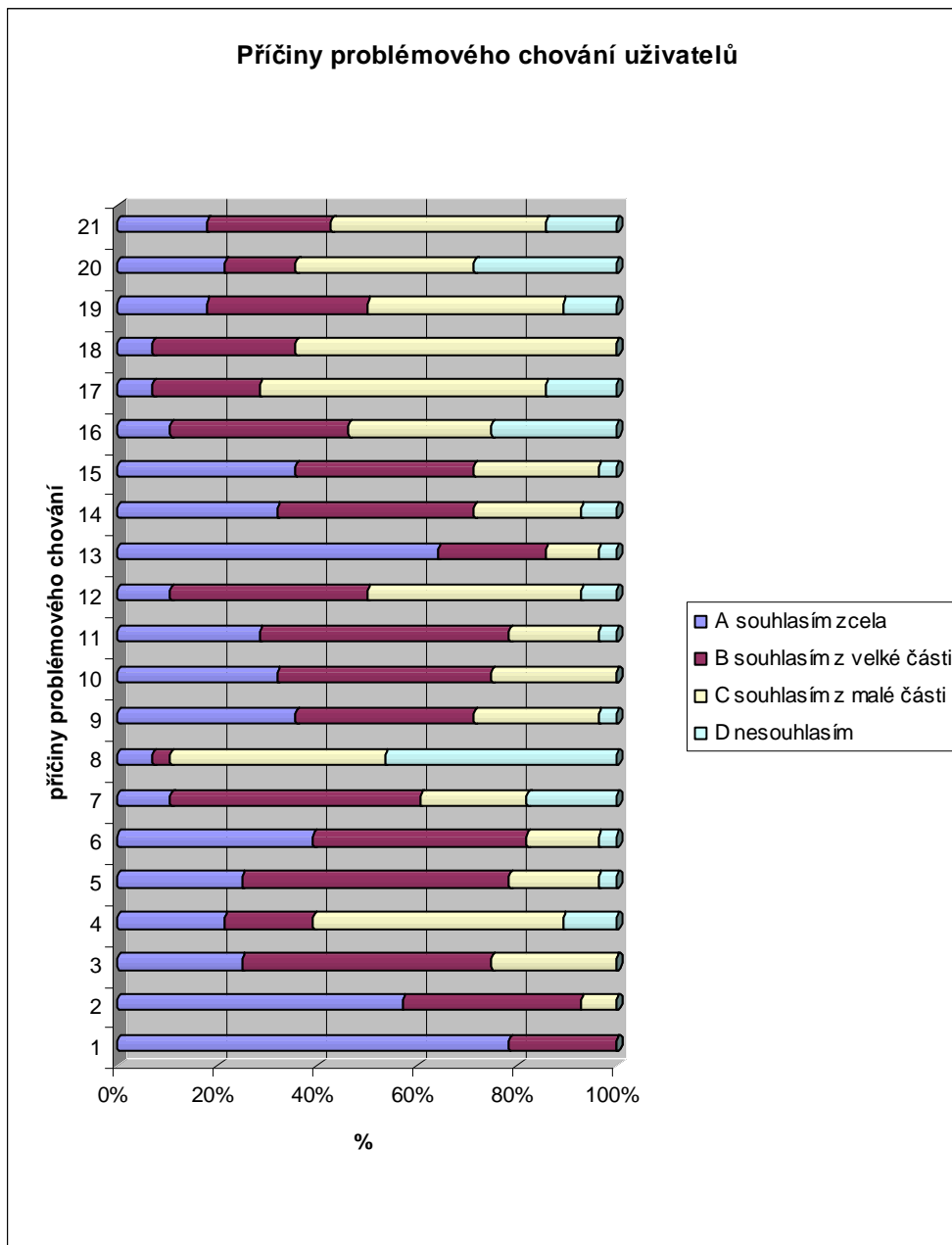
Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

Graf 16 – Příčiny problémového chování uživatelů



Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

Graf 17 - Jaké jsou příčiny problémového chování uživatelů - procenta



Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

Příliš mnoho uživatelů ve skupině je příčinou problémového chování uživatelů služeb podle největšího počtu respondentů. 22 respondentů, tj. 79 % souhlasí zcela, 6 respondentů souhlasí z velké části, nesouhlas neprojevil nikdo. Za další příčinu problémového chování uživatelů považují respondenti v největší míře nevhodné rozdělení uživatelů do skupin, kdy zcela souhlasí 18 respondentů (64 %), z velké části souhlasí 6 (21 %) a z malé části 3 (11 %), nesouhlasí pouze jeden respondent (4 %). Za další příčinu je považováno to, že



uživatel se nudí a neumí vyplnit svůj volný čas: 16 respondentů (57 %) je o tom přesvědčeno zcela, 10 respondentů (36 %) z velké části, 2 respondenti z malé části (7 %), proti tomuto názoru není nikdo. Nedostatek soukromí je podle odpovědí respondentů další časovou příčinou problémového chování uživatelů, 11 (39 %) respondentů souhlasí zcela, 12 (43 %) souhlasí z velké části, 4 (14 %) souhlasí z malé části, nesouhlasí jeden respondent. Dalšími častými odpověďmi jsou snaha uživatele získat nějakou výhodu pro sebe – pozornost, věc apod. Z nabídnutých možností v dotazníku není žádná, která by nebyla považována ve větší nebo menší míře za příčinu problémového chování uživatelů. Spíše nesouhlasné odpovědi vyvolala možnost, že příčinou problémového chování by mohla být uživatelova nespokojenost se stravou: zcela nebo z velké části souhlasí pouze 2 a 1 respondent (tj. 7 % a 4 %), z malé části souhlasí 12 (43 %) a nesouhlasí 13 (46 %) respondentů. (v zařízení se velmi dobře vaří). Spíše odmítaná možná příčina problémového chování uživatele jsou vedlejší účinky léků, strach uživatele z neznámé situace, nucení uživatele do nevyhovujících činností. Jednání personálu s uživatelem za možnou příčinu problémového chování považuje zcela 6 respondentů (21 %), z velké části 5 respondentů (18 %), přesně polovina: 14 respondentů souhlasí pouze z malé části a 3 (11 %) nesouhlasí. Byly uvedeny také jiné příčiny kromě nabídnutých: závislost na sociální službě, nedostatečný pobyt uživatelů v přírodě, nezájem rodiny, blízkých lidí o uživatele, nebo odmítání dietního režimu.

**Dotazníková položka č. 10 Otázka: napište tři příčiny problémového chování, které jsou podle vás nejdůležitější u uživatelů s lehčím stupněm mentálního postižení**

*Tabulka 9 - Napište tři příčiny problémového chování u uživatelů s lehčím stupněm mentálního postižení*

10.	Napište, prosím, tři příčiny problémového chování, které považujete za nejdůležitější u uživatelů s lehčím stupněm mentálního postižení (tedy to, co podle vás nejčastěji problémové chování způsobuje)	absolutní četnost	relativní četnost	%	modus
	<b>Příčina č. 1</b>				
1	příliš mnoho uživatelů ve skupině	12	0,43	42,86	x
2	snaha získat pozornost personálu	2	0,07	7,14	
3	nedostatek soukromí pro uživatele	1	0,04	3,57	
4	nevhodné rozdělení uživatelů do skupin	2	0,07	7,14	
5	osobnostní vlastnosti uživatelů	2	0,07	7,14	
6	bezmocnost uživatele, nedokáže se o sebe postarat	1	0,04	3,57	
7	závislost uživatele na druhé osobě	2	0,07	7,14	
8	součást projevů postižení	1	0,04	3,57	
9	nervozita mezi uživateli	2	0,07	7,14	

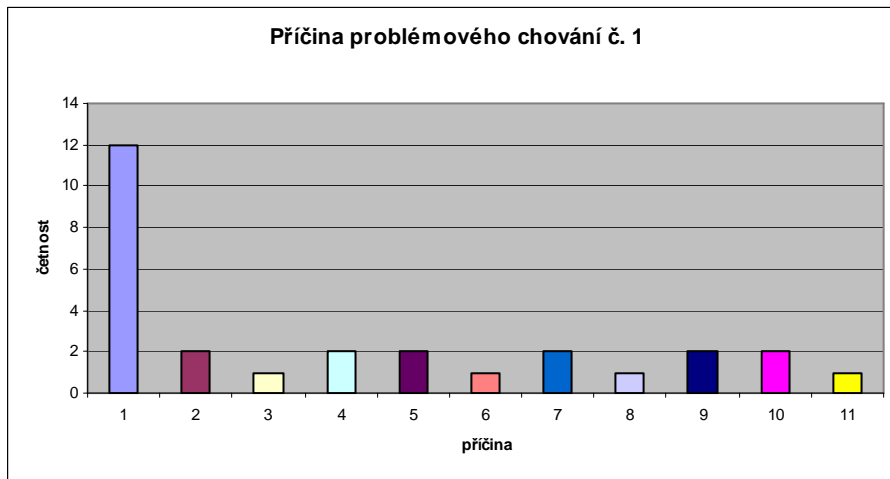
10	nuda uživatele, neumí vyplnit svůj volný čas	2	0,07	7,14	
11	nerozumí, nechápe situaci	1	0,04	3,57	
	<b>celkem</b>	<b>28</b>	<b>1,00</b>	<b>100,00</b>	
	<b>Příčina č. 2</b>				
1	příliš mnoho uživatelů ve skupině	4	0,14	14,29	x
2	snaha získat pozornost personálu	1	0,04	3,57	
3	nedostatek soukromí pro uživatele	4	0,14	14,29	x
4	nevhodné rozdělení uživatelů do skupin	3	0,11	10,71	
5	nuda uživatele, neumí vyplnit svůj volný čas	4	0,14	14,29	x
6	lenost, nečinnost uživatele	3	0,11	10,71	
7	nesamostatnost uživatele	1	0,04	3,57	
8	strach uživatele	1	0,04	3,57	
9	jednání uživatelů mezi sebou (vzájemná netolerance)	3	0,11	10,71	
10	málo povinných aktivit	1	0,04	3,57	
11	snaha uživatelů získat pro sebe výhody	1	0,04	3,57	
12	jednání personálu s uživatelem	2	0,07	7,14	
	<b>celkem</b>	<b>28</b>	<b>1,00</b>	<b>100,00</b>	
	<b>Příčina č. 3</b>				
1	příliš mnoho uživatelů ve skupině	2	0,07	7,14	
2	snaha získat pozornost personálu	3	0,11	10,71	
3	snaha uživatelů získat pro sebe věc	2	0,07	7,14	
4	nedostatek soukromí pro uživatele	2	0,07	7,14	
5	nevhodné rozdělení uživatelů do skupin	1	0,04	3,57	
6	nuda uživatele, neumí vyplnit svůj volný čas, nezapojuje se do činností	2	0,07	7,14	
7	lenost, nečinnost uživatele	1	0,04	3,57	
8	nesamostatnost uživatele	1	0,04	3,57	
9	jednání uživatelů mezi sebou navzájem	4	0,14	14,29	x
10	jednání personálu s uživatelem	0	0,00	0,00	
11	agresivita uživatele (nespecifikovaná)	1	0,04	3,57	
12	fyzická bolest	1	0,04	3,57	
13	málo aktivit	1	0,04	3,57	
14	nemohou sami na vycházku	1	0,04	3,57	
15	problém, který uživatel nechce řešit	1	0,04	3,57	
16	osobnostní vlastnosti uživatele	2	0,07	7,14	
17	Součást projevů postižení	1	0,04	3,57	
18	neumožnění pracovat	1	0,04	3,57	
19	neuvedeno	1	0,04	3,57	
	<b>celkem</b>	<b>28</b>	<b>1,00</b>	<b>100,00</b>	

Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

Příčinou č. 1 je podle respondentů nejčastěji příliš mnoho uživatelů ve skupině (12 respondentů, tj. 43 %). Jednání personálu s uživatelem se jako nejdůležitější příčina problémového chování neuvádí vůbec. U příčiny č. 2 (druhé nejdůležitější) respondenti nejčastěji uvádějí také příliš velké skupiny uživatelů, nedostatek soukromí pro uživatele či nudu uživatele (každou možnost uvádějí 4 respondenti, tj. 14 %). Jednání personálu s uživatelem je uvedeno jako příčina problémového chování druhá v pořadí u dvou respondentů (tj. 7 %). Za třetí příčinu problémového chování uživatelů je nejčastěji považováno jednání uživatelů mezi sebou navzájem (4 respondenti, tj. 14 %). Snaha získat pozornost personálu je další

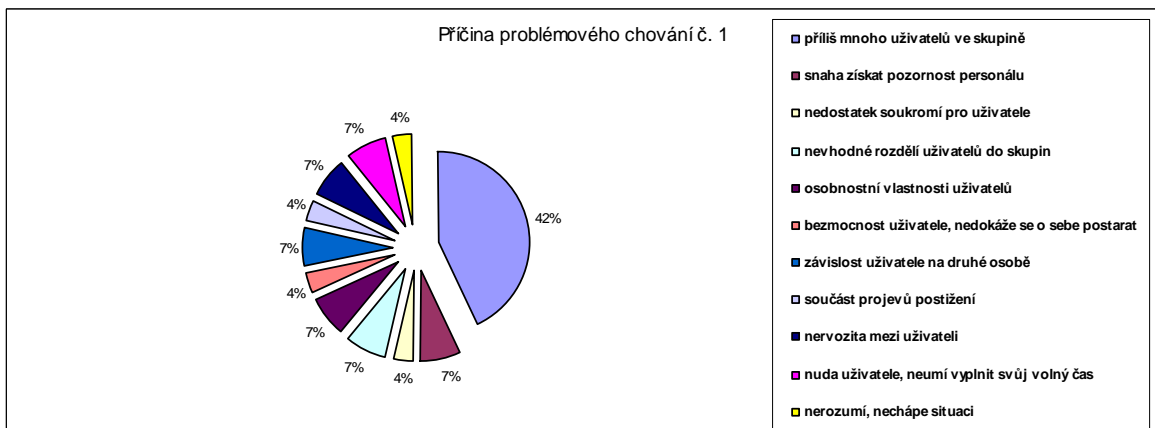
příčinou, u které se jako třetí v pořadí shodli 3 respondenti (11 %). Jednání personálu s uživatelem jako příčina třetí v pořadí není uvedena.

Graf 18 - Příčina problémového chování u uživatelů s lehčím stupněm mentálního postižení č. 1 - četnost



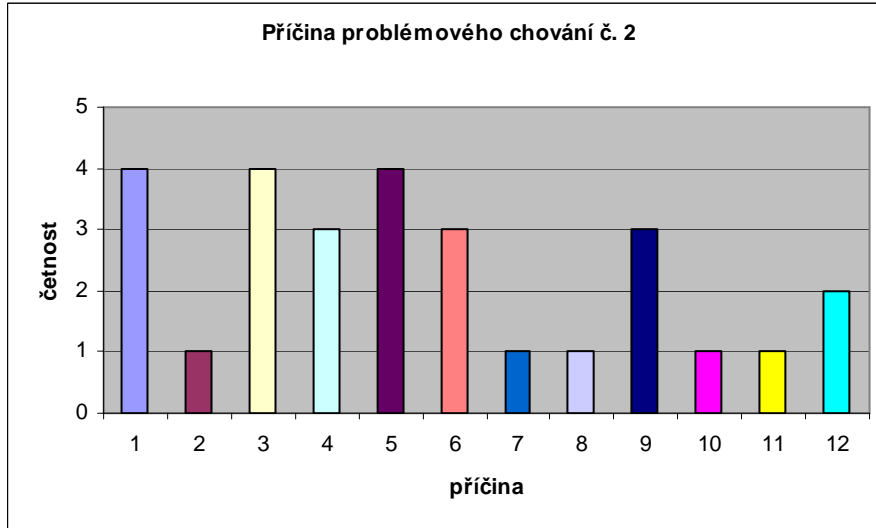
Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

Graf 19 - Příčina problémového chování u uživatelů s lehčím stupněm mentálního postižení č. 1 - procenta



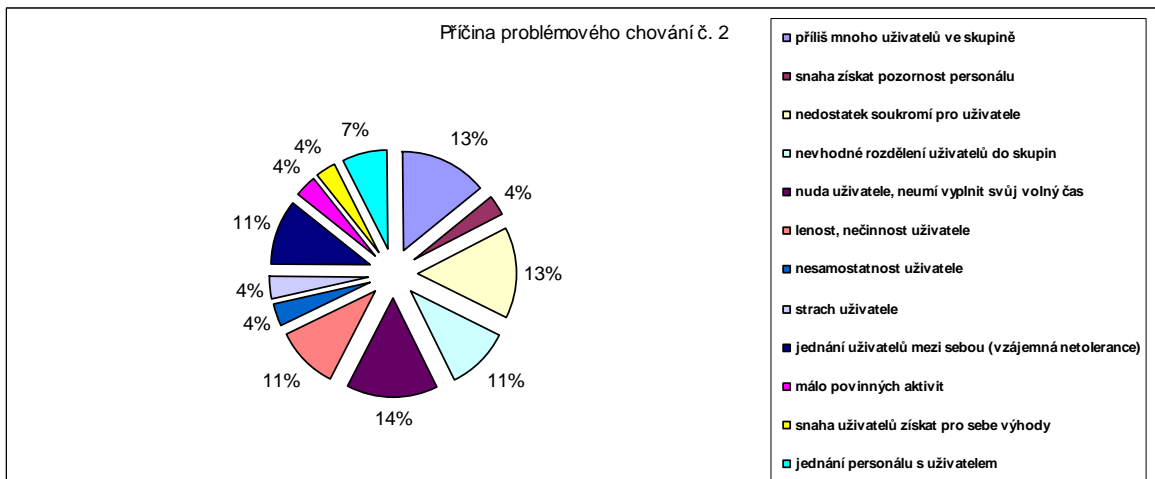
Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

Graf 20 - Příčina problémového chování u uživatelů s lehčím stupněm mentálního postižení č. 2 - četnost



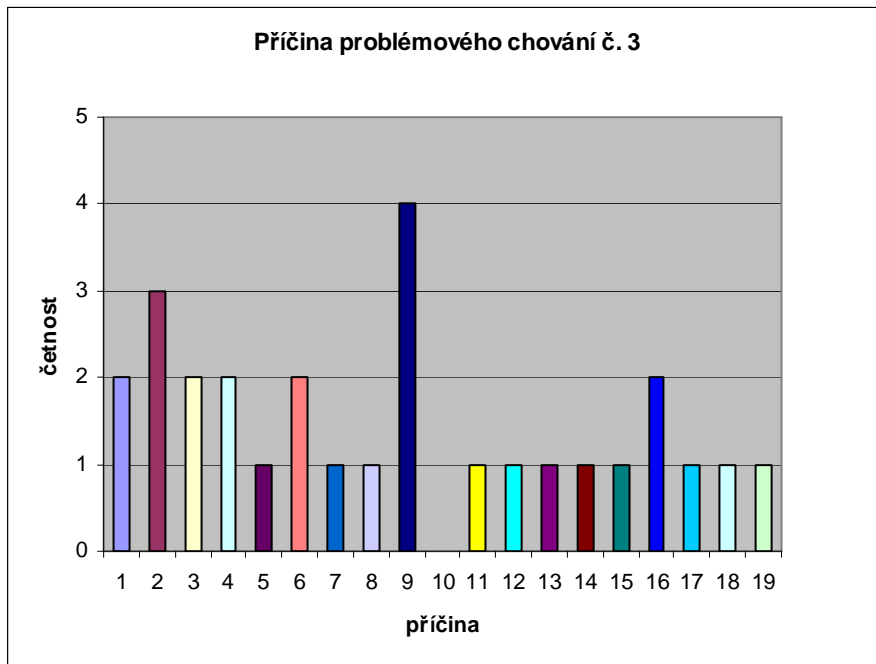
Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

Graf 21 - Příčina problémového chování u uživatelů s lehčím stupněm mentálního postižení č. 2 - procenta



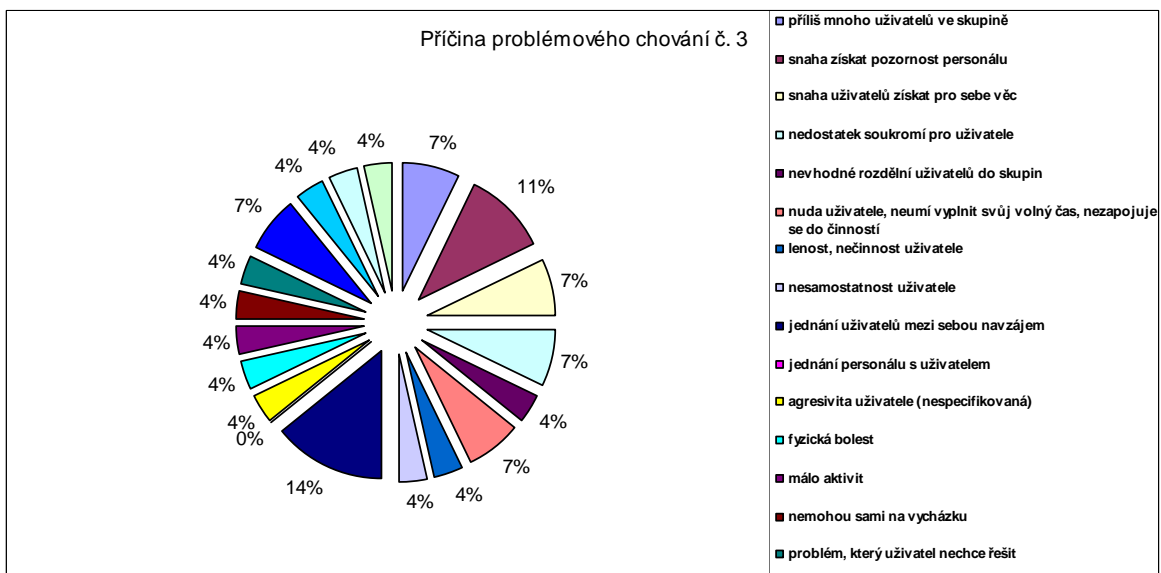
Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

Graf 22 - Příčina problémového chování u uživatelů s lehčím stupněm mentálního postižení č. 3 - četnost



Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

Graf 23 - Příčina problémového chování u uživatelů s lehčím stupněm mentálního postižení č. 3 - procenta



Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

**Dotazníková položka č. 11 Otázka: napište tři příčiny problémového chování, které jsou podle vás nejdůležitější u uživatelů s těžším stupněm mentálního postižení nebo kombinovaného postižení**

*Tabulka 10 - Napište tři příčiny problémového chování, které považujete za nejdůležitější u uživatelů s těžším stupněm mentálního nebo kombinovaného postižení*

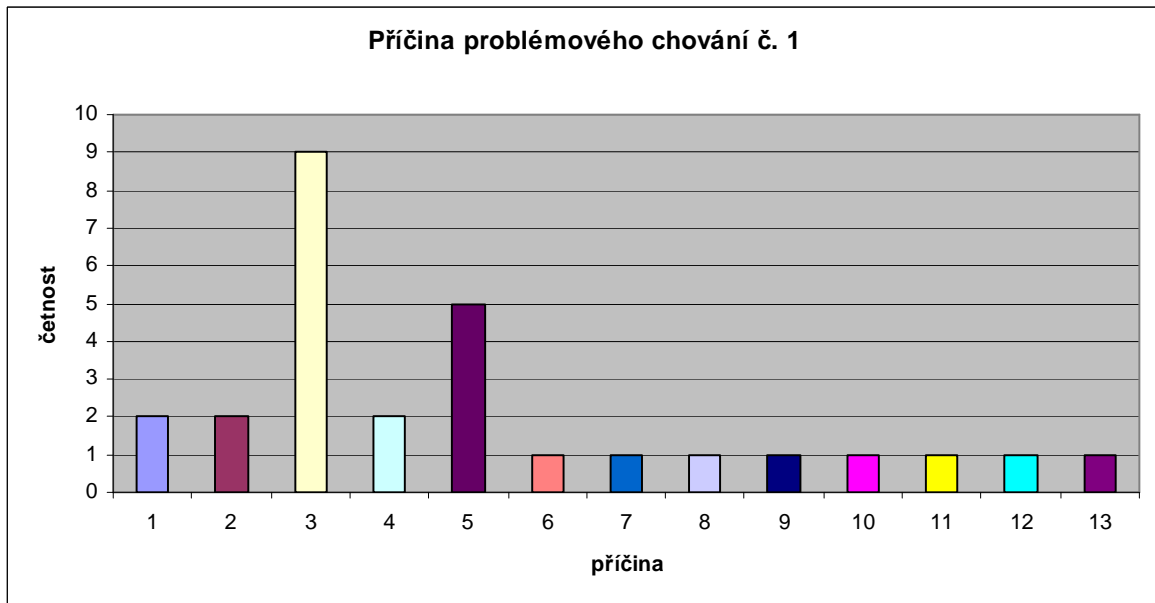
11.	Napište, prosím, tři příčiny problémového chování, které považujete za nejdůležitější u uživatelů s těžším stupněm mentálního postižení, případně v kombinaci s dalším postižením (tělesné postižení, epilepsie, autismus, postižení sluchu, zraku, apod.)	absolutní četnost	relativní četnost	%	modus
	<b>Příčina č. 1</b>				
1	jednání uživatelů mezi sebou navzájem (např. házení předmětů po sobě)	2	0,07	7,14	
2	nedokáže vyjádřit své potřeby a přání jiným způsobem	2	0,07	7,14	
3	součást projevů postižení	9	0,32	32,14	x
4	pocit nebezpečí (nechápe situaci, strach)	2	0,07	7,14	
5	příliš mnoho uživatelů ve skupině	5	0,18	17,86	
6	nevyhovující prostory	1	0,04	3,57	
7	nemají zaměstnání, zábavu	1	0,04	3,57	
8	nedostatek personálu	1	0,04	3,57	
9	nespokojenost, např. s jídlem	1	0,04	3,57	
10	nemohou sami na vycházku	1	0,04	3,57	
11	vedlejší účinky léků	1	0,04	3,57	
12	bezmocnost uživatele	1	0,04	3,57	
13	špatná komunikace s klientem	1	0,04	3,57	
	<b>celkem</b>	<b>28</b>	<b>1,00</b>	<b>100,00</b>	
	<b>Příčina č. 2</b>				
1	jednání personálu s uživatelem	1	0,04	3,57	
2	nedostatek soukromí	1	0,04	3,57	
3	málo personálu	1	0,04	3,57	
4	jednání uživatelů mezi sebou (reakce na to, když uživateli druhý uživatel ubližuje)	1	0,04	3,57	
5	nedokáže vyjádřit své potřeby a přání jiným způsobem	4	0,14	14,29	x
6	nevhodné rozdělení uživatelů do skupin	1	0,04	3,57	
7	neumí vyplnit svůj volný čas, nudí se	2	0,07	7,14	
8	snaha získat pozornost pro sebe	1	0,04	3,57	
9	nerozumí neznámé situaci, strach	2	0,07	7,14	
10	nucení do nevyhovujících činností	1	0,04	3,57	
11	samota (osamělost)	1	0,04	3,57	
12	nevhodné vybavení oddělení, malé, nevyhovující prostory	4	0,14	14,29	x
13	chybějící zahrada	1	0,04	3,57	
14	osobnostní vlastnosti uživatele	1	0,04	3,57	
15	vedlejší účinky léků, nevyhovující medikace	4	0,14	14,29	x
16	bezmocnost uživatele	1	0,04	3,57	
17	chybí osobní asistenti pro uživatele	1	0,04	3,57	
	<b>celkem</b>	<b>28</b>	<b>1,00</b>	<b>100,00</b>	
	<b>Příčina č. 3</b>				
1	snaha získat pozornost pracovnice jen pro sebe	1	0,04	3,57	
2	příliš mnoho uživatelů ve skupině	3	0,11	10,71	

3	nedostatek soukromí	1	0,04	3,57	
4	fyzická bolest	2	0,07	7,14	
5	bezmocnost uživatele	5	0,18	17,86	x
6	špatná komunikace s okolím	1	0,04	3,57	
7	součást projevů postižení (osobnostní vlastnosti uživatele v důsledku postižení)	1	0,04	3,57	
8	chybí zahrada	1	0,04	3,57	
9	vulgární vyjadřování (zřejmě druhé osoby ke klientovi?)	1	0,04	3,57	
10	fyzická bolest	1	0,04	3,57	
11	chybí asistenti pro uživatele	1	0,04	3,57	
12	nespokojenost s bydlením	1	0,04	3,57	
13	nevhodné vybavení oddělení, chybí jídelna na oddělení	1	0,04	3,57	
14	nedokáže vyjádřit své potřeby a přání jiným způsobem	3	0,11	10,71	
15	strach z neznámé situace	2	0,07	7,14	
16	hyperaktivita	1	0,04	3,57	
17	neuvedeno	1	0,04	3,57	
18	nedostatek pohybu venku	1	0,04	3,57	
	<b>celkem</b>	<b>28</b>	<b>1,00</b>	<b>100,00</b>	

Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

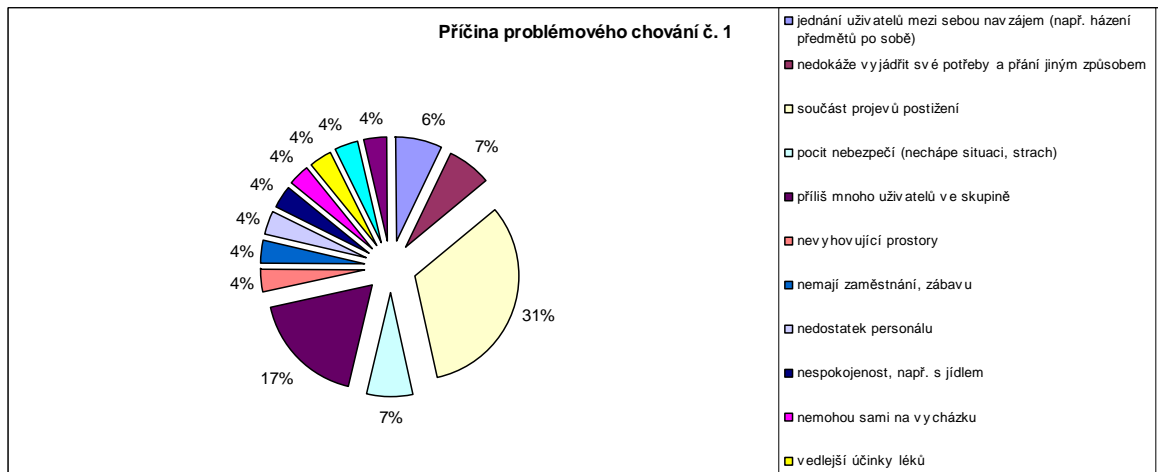
U uživatelů s těžším stupněm mentálního postižení, popř. v kombinaci s autismem nebo jiným postižením pokládají respondenti za první příčinu problémového chování samo postižení uživatele (9 respondentů, tj. 32 %). Pět respondentů pokládá za příčinu příliš mnoho uživatelů ve skupině (18 %). Dále jsou uvedeny vždy jedním respondentem příčiny jako nevyhovující prostory, nedostatek personálu, nemohou sami na vycházku, špatnou komunikaci s uživatelem, bezmocnost uživatele a vedlejší účinky léků. Za příčinu č. 2 pokládají 4 respondenti (14 %) nevhodné prostředí (malé, nevyhovující), stejný počet respondentů považuje za příčinu č. 2 vedlejší účinky léků nebo neschopnost uživatele své potřeby vyjádřit jiným způsobem. Dva respondenti (7 %) považují za příčinu č. 2 strach uživatele z neznámé situace, dva respondenti nudu uživatele a neschopnost vyplnit sám svůj volný čas. Třetí příčina problémového chování u uživatelů s těžším stupněm postižení je spatřována nejvíce v bezmocnosti uživatele (5 respondentů, tj. 18 %), dále v neschopnosti vyjádřit své potřeby přijatelným způsobem nebo v příliš velkých skupinách (shodně vždy 3 respondenti, tj. 11 %).

Graf 24 - Příčina problémového chování u uživatelů s těžším stupněm mentálního postižení a nebo kombinovaným postižením č. 1 - četnost



Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

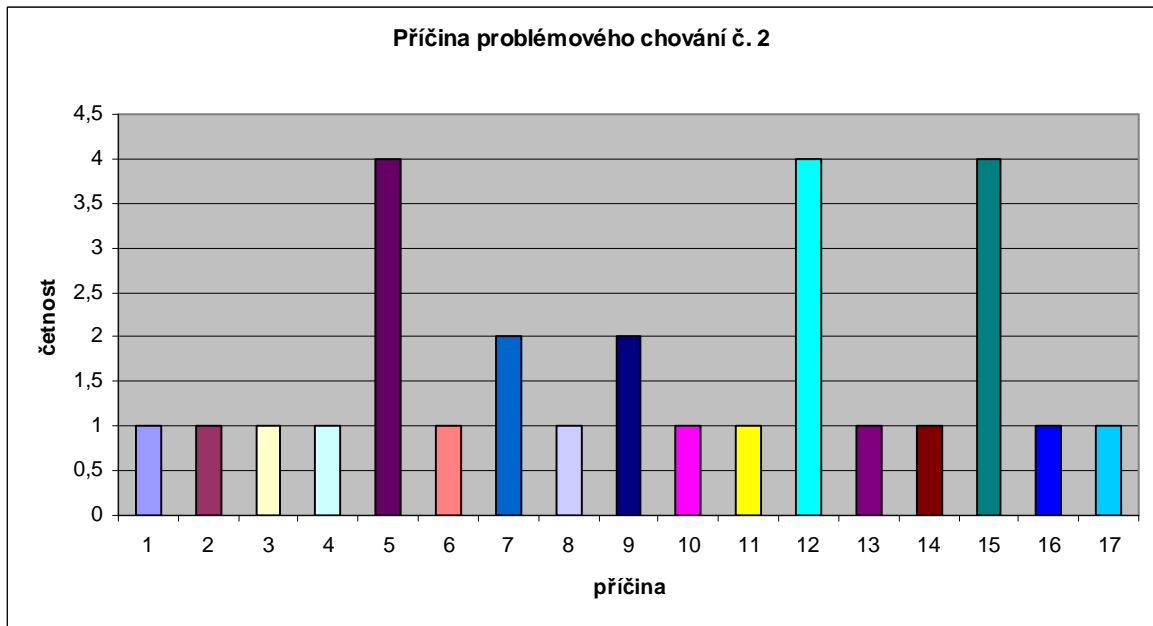
Graf 25 - Příčina problémového chování u uživatelů s těžším stupněm mentálního postižení a nebo kombinovaným postižením č. 1 - procenta



Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

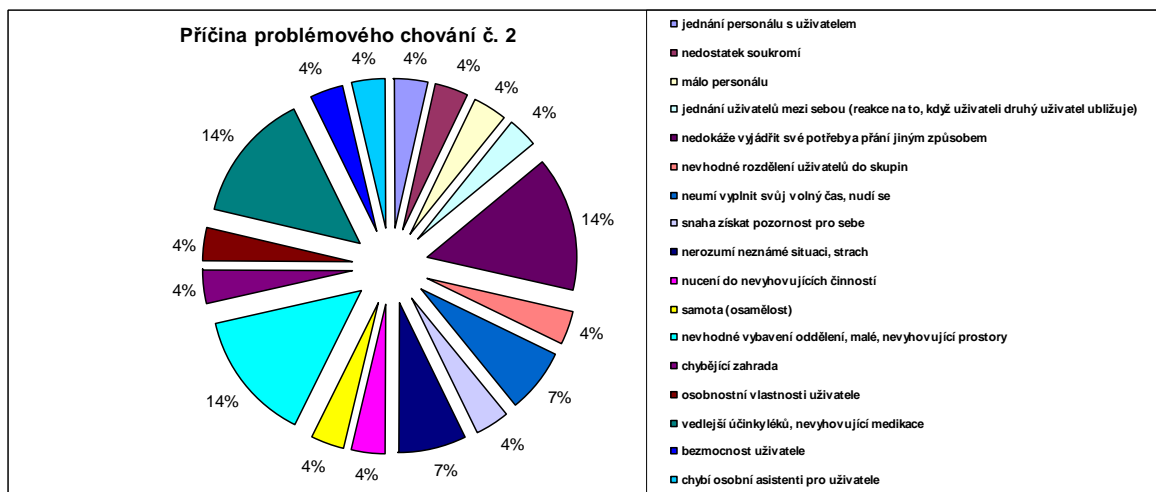


Graf 26 - Příčina problémového chování u uživatelů s těžším stupněm mentálního postižení a nebo kombinovaným postižením č. 2 - četnost



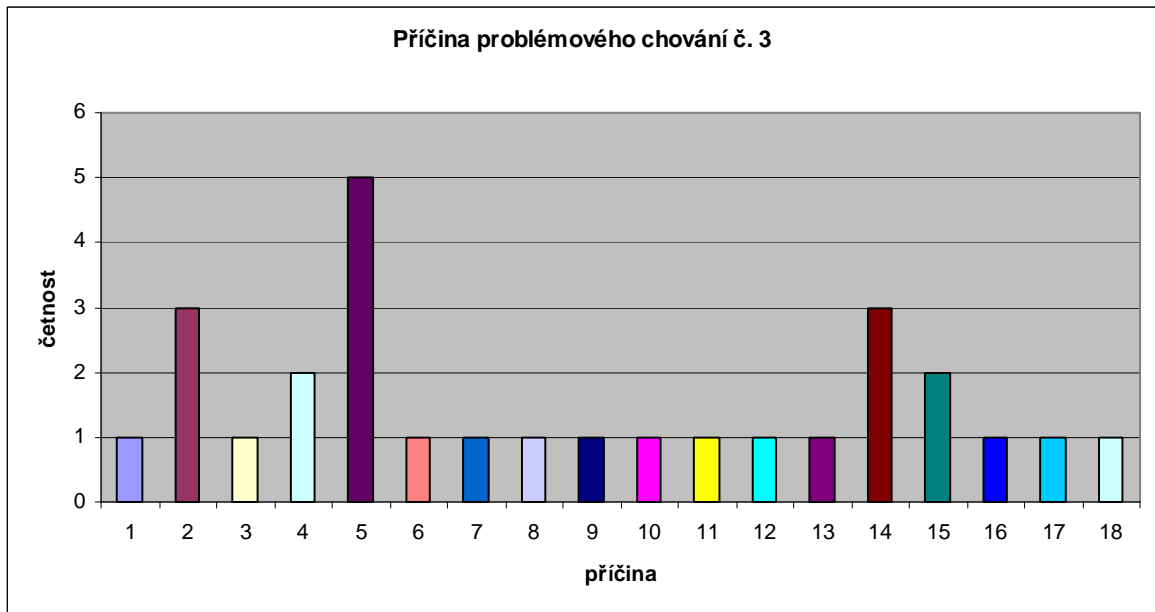
Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

Graf 27 - Příčina problémového chování u uživatelů s těžším stupněm mentálního postižení a nebo kombinovaným postižením č. 2 - procenta



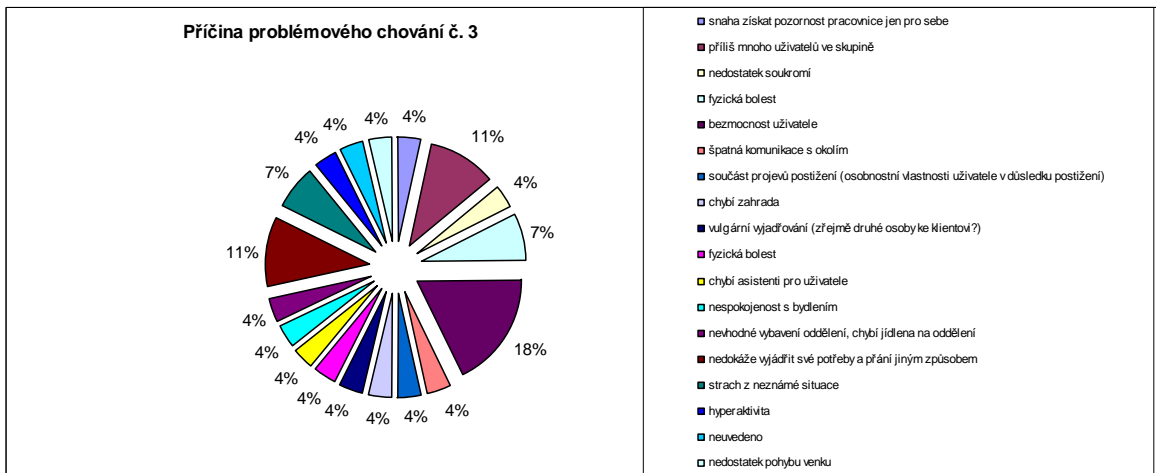
Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

Graf 28 - Příčina problémového chování u uživatelů s těžším stupněm mentálního postižení a nebo kombinovaným postižením č. 3 - četnost



Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

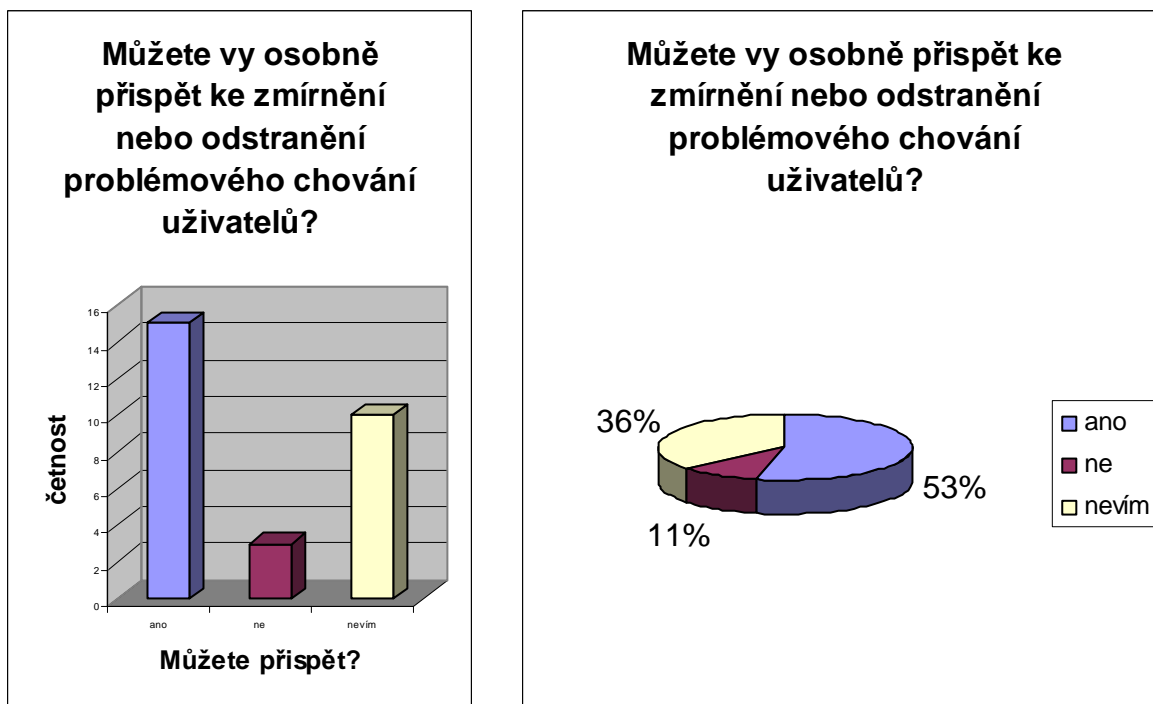
Graf 29 - Příčina problémového chování u uživatelů s těžším stupněm mentálního postižení a nebo kombinovaným postižením č. 3 - procenta



Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

**Dotazníková položka č. 12 Otázka: Můžete vy osobně přispět ke zmírnění nebo odstranění problémového chování uživatelů? V případě, že ano, jakým způsobem?**

*Graf 30 a Graf 31 - Můžete vy osobně přispět ke zmírnění nebo odstranění problémového chování uživatelů*



Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

Většina respondentů (15, tj. 53 %) se domnívá, že může přispět ke zmírnění nebo odstranění problémového chování uživatelů služeb, 10 respondentů (36 %) odpovědělo „nevím“ a tři respondenti (11 %) se domnívají, že oni sami přispět nemohou. Odpovědi respondentů, kteří se domnívají, že něčím přispět mohou, uvádím zde: týmová práce, zajištění osobních asistentů pro některé uživatele, plánování (asi individuální plánování), více času na individuální práci s uživatelem, snažit se uživatele více zapojovat do aktivit a umožnit jim uspokojit své potřeby (např. nakupování), problémy řešit individuálně, dávat stejnou pozornost všem, vhodné zaměstnání uživatele podle jeho schopností, předcházet hádkám a „šikaně“, předvídat situaci, naslouchat, vcítit se, být spravedlivý, rozebrat příčiny problémového chování, hledat spouštěcí moment, humor, eliminace strachu, nejistoty, zajistit soukromí uživatele, pomoci vyplnit volný čas uživatele, dodržováním SQSS, jeden respondent se domnívá, že: „po dlouholeté praxi vím, co na kterou uživatelku zapůsobí“. Jeden respondent odpověděl záporně na otázku, zda může přispět ke zmírnění nebo odstranění

problémového chování uživatelů, avšak domnívá se, že může přispět větším úsilím porozumět uživateli.

**Dotazníková položka č. 13 Vyberte pět oblastí – opatření, která by mohla nejvíce přispět ke zmírnění nebo odstranění problémového chování uživatelů. Sestavte žebříček důležitosti těchto oblastí - opatření**

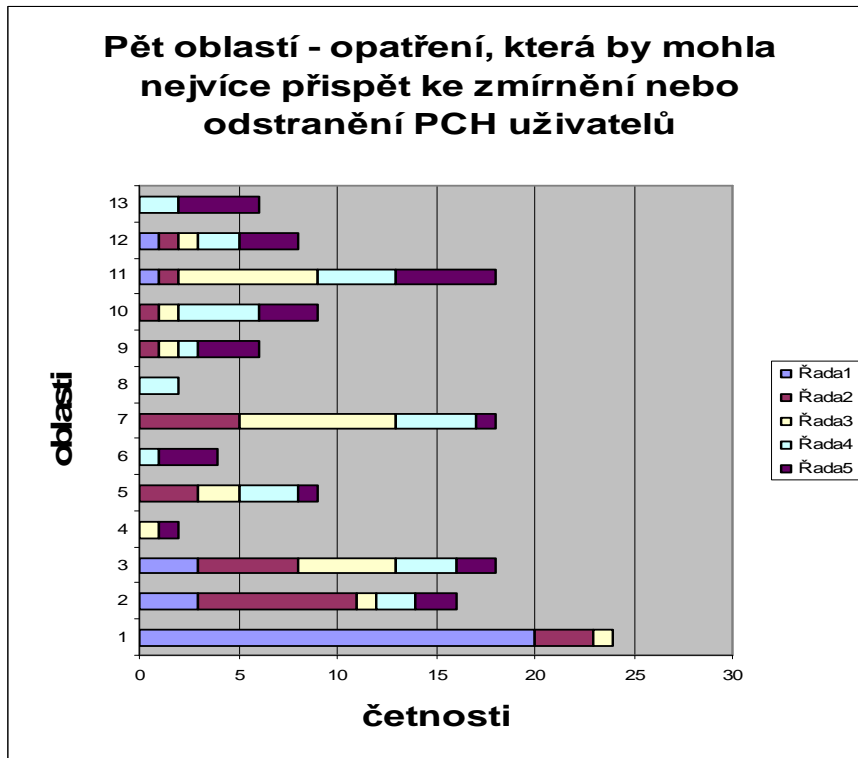
*Tabulka 11 - Vyberte pět oblastí – opatření, která by mohla nejvíce přispět ke zmírnění nebo odstranění problémového chování uživatelů. Sestavte žebříček důležitosti těchto oblastí - opatření*

13.	Z následujícího seznamu vyberte pět oblastí - opatření, která by podle vás mohla nejvíce přispět ke zmírnění nebo odstranění problémového chování uživatelů. Vybrané oblasti sestavte podle pořadí důležitosti (sestavte "top žebříček")	absolutní četnosti				
		1	2	3	4	5
1	bydlení uživatelů v menších skupinách (méně uživatelů na oddělení)	20	3	1	0	0
2	bydlení uživatelů v jednolůžkových nebo dvoulůžkových pokojích	3	8	1	2	2
3	navýšení počtu personálu	3	5	5	3	2
4	bydlení uživatelů v samostatném bytě, domku	0	0	1	0	1
5	větší samostatnost uživatelů, menší dohled	0	3	2	3	1
6	získat některé věci, které si uživatelé mohou koupit	0	0	0	1	3
7	větší výběr denních aktivit	0	5	8	4	1
8	nesnažit se uživatele zapojovat do "povinných" aktivit	0	0	0	2	0
9	změna přístupu personálu	0	1	1	1	3
10	více s uživateli mluvit	0	1	1	4	3
11	nácvik sebeobslužných činností u uživatelů	1	1	7	4	5
12	větší dovednost pracovníků komunikovat s uživateli (i s těmi uživateli, kteří nemluví)	1	1	1	2	3
13	něco jiného	0	0	0	2	4
	<b>celkem</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>28</b>

Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

Na prvním místě v pořadí důležitosti oblastí, jejichž změna by podle mínění respondentů přispěla ke zmírnění nebo odstranění problémového chování uživatelů jsou příliš velké skupiny uživatelů – příliš velká oddělení (20 respondentů). Na druhém místě je zlepšení bydlení uživatelů na jednolůžkových nebo dvoulůžkových pokojích (8 respondentů), navýšení počtu personálu (5 respondentů) a větší výběr denních aktivit (5 respondentů). Třetí místo zaujímá větší výběr denních aktivit (8 respondentů), nácvik sebeobslužných činností u uživatelů (7 respondentů) a navýšení počtu personálu (5 respondentů). Na čtvrtém místě je větší výběr denních aktivit, více s uživateli mluvit a nácvik sebeobslužných činností u uživatelů (shodně 4 respondenti). Pátém místě je nejčastější odpověď respondentů nácvik sebeobslužných činností (5 respondentů).

Graf 32 - pět oblastí – opatření, která by mohla nejvíce přispět ke zmírnění nebo odstranění problémového chování uživatelů



Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

**Dotazníková položka č. 14 Otázka: zúčastnila jste se vzdělávací akce, která se zabývá zvládnutím problémového chování uživatelů?**

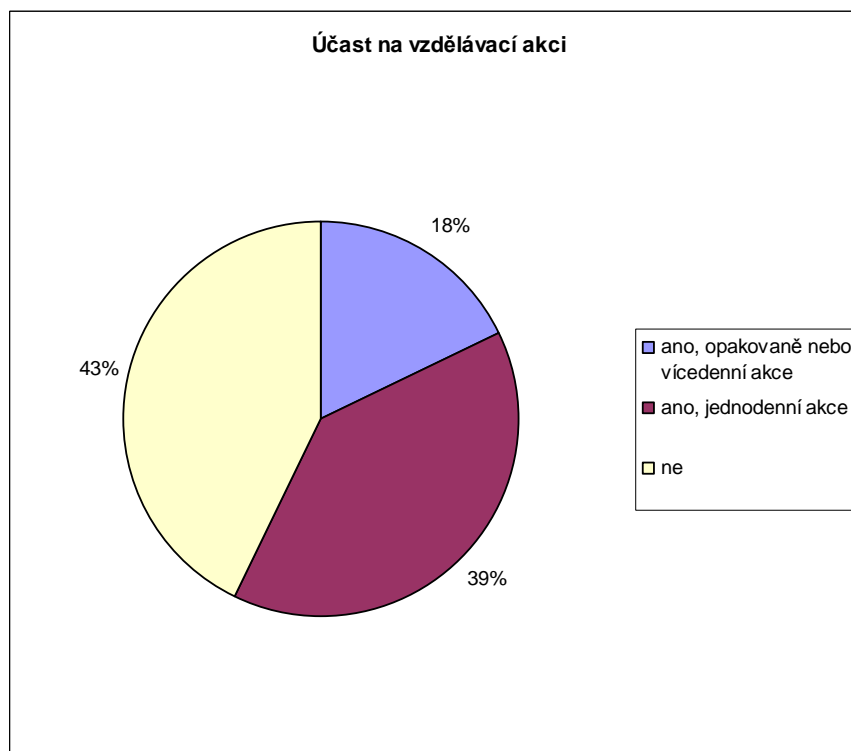
Na tuto otázku je odpovídá 43 % respondentů záporně, 18 % respondentů tvrdí, že se zúčastnili opakovaně nebo vícedenní akce, 39 % respondentů se zúčastnilo jednodenní akce. Tato jednodenní akce proběhla zřejmě v rámci vzdělávacího kurzu „Marlin“.

Graf 33 - Účast na vzdělávací akci, která by se zabývala problémovým chováním uživatelů



Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

Graf 34 - Účast na vzdělávací akci, která se zabývala problémovým chování uživatelů



Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

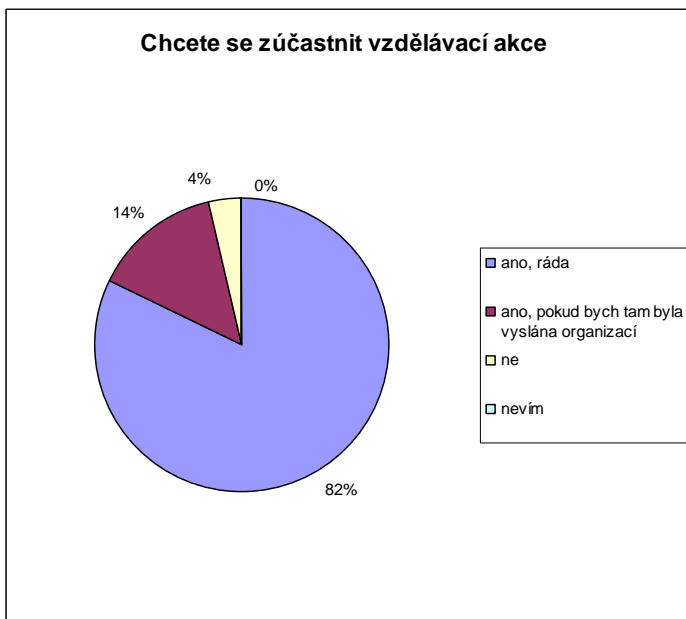
**Dotazníková položka č. 15 Otázka: chtěla byste se zúčastnit vzdělávací akce, zaměřené na zvládání problémového chování uživatelů?**

*Graf 35 - Ochota pracovníků zúčastnit se vzdělávací akce, zaměřené na zvládání problémového chování uživatelů - četnost*



Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

*Graf 36 - Ochota pracovníků zúčastnit se vzdělávací akce, zaměřené na zvládání problémového chování uživatelů - procenta*



Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

Ochota respondentů zúčastnit se vzdělávací akce, zaměřené na zvládání problémového chování uživatelů služeb je převažující (23 respondentů, tj. 82 %). Další 4 respondenti (14 %) by se také chtěli vzdělávat v této oblasti, ale pouze pokud by je vyslala organizace. Jeden respondent neví.

**Dotazníková položka č. 16 Vyberte z následujících tvrzení jednu z možných odpovědí, jak pravdivé je toto tvrzení podle vás**

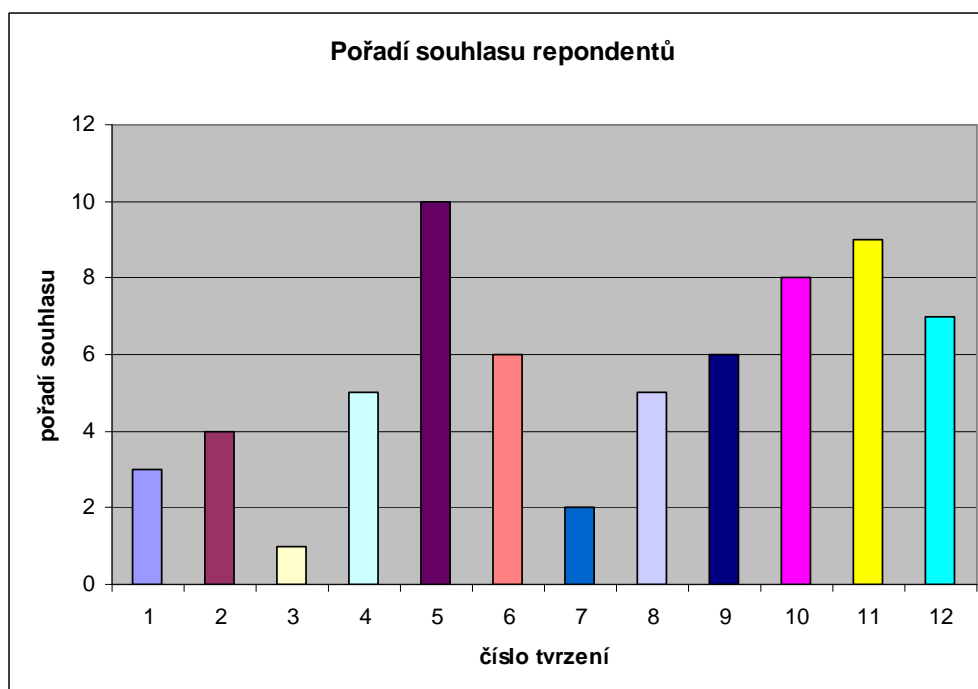
*Tabulka 12 - Vyberte z následujících tvrzení jednu z možných odpovědí, jak pravdivé je toto tvrzení podle vás*

16.	Následující část dotazníku obsahuje řadu tvrzení týkající se problémového chování uživatelů. Zakřížkujte, prosím, jednu z možných odpovědí, jak pravdivé je určité tvrzení podle vás.	pořadí souhlasu respondentů	absolutní četnost				
			1 - nejvíce pravdivé	2 - spíše pravdivé	3 - ani pravdivé, ani nepravdivé	4 - spíše nepravdivé	5 - velmi nepravdivé
1	uživatel za svoje chování nemůže, není schopen pochopit, jak se má chovat správně	3	2	7	17	1	1
2	daří se mi vždy zvládat problémové chování uživatelů	4	0	10	15	2	1
3	vždy se snažím hledat příčinu problémového chování uživatele	1	14	11	3	0	0
4	zlobí mě, když chce uživatel po personálu něco "navíc", jak k tomu ostatní přijdou, aby měl někdo nějaké výjimky	5	5	6	7	8	2
5	pro zlepšení chování uživatelů je trest účinnější než odměna nebo motivace	10	0	2	6	9	11
6	jsem za chování uživatelů odpovědná, proto by mne měli poslouchat	6	2	5	13	4	4
7	někteří uživatelé se schválně chovají špatně ("zkouší, co si mohou dovolit"), mohli by zlepšit svoje chování, kdyby chtěli	2	10	11	3	3	1
8	není dobré být k uživateli přátelský, mohl by se potom příliš "upnout" k mé osobě	5	4	6	10	6	2
9	štve mě, když si uživatel dělá ze mě služku	6	2	8	7	7	4
10	chování uživatelů ve mně vyvolává pocity bezmocnosti	8	1	3	7	10	7
11	zlobím se, když uživatele o něco požádám, a on to hned neudělá	9	0	2	9	8	9
12	považuji uživatele za svoje partnery	7	2	9	4	6	7
	<b>celkem</b>		<b>42</b>	<b>80</b>	<b>101</b>	<b>64</b>	<b>49</b>

Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010



Graf 37 - Pořadí souhlasu respondentů s určitým tvrzením

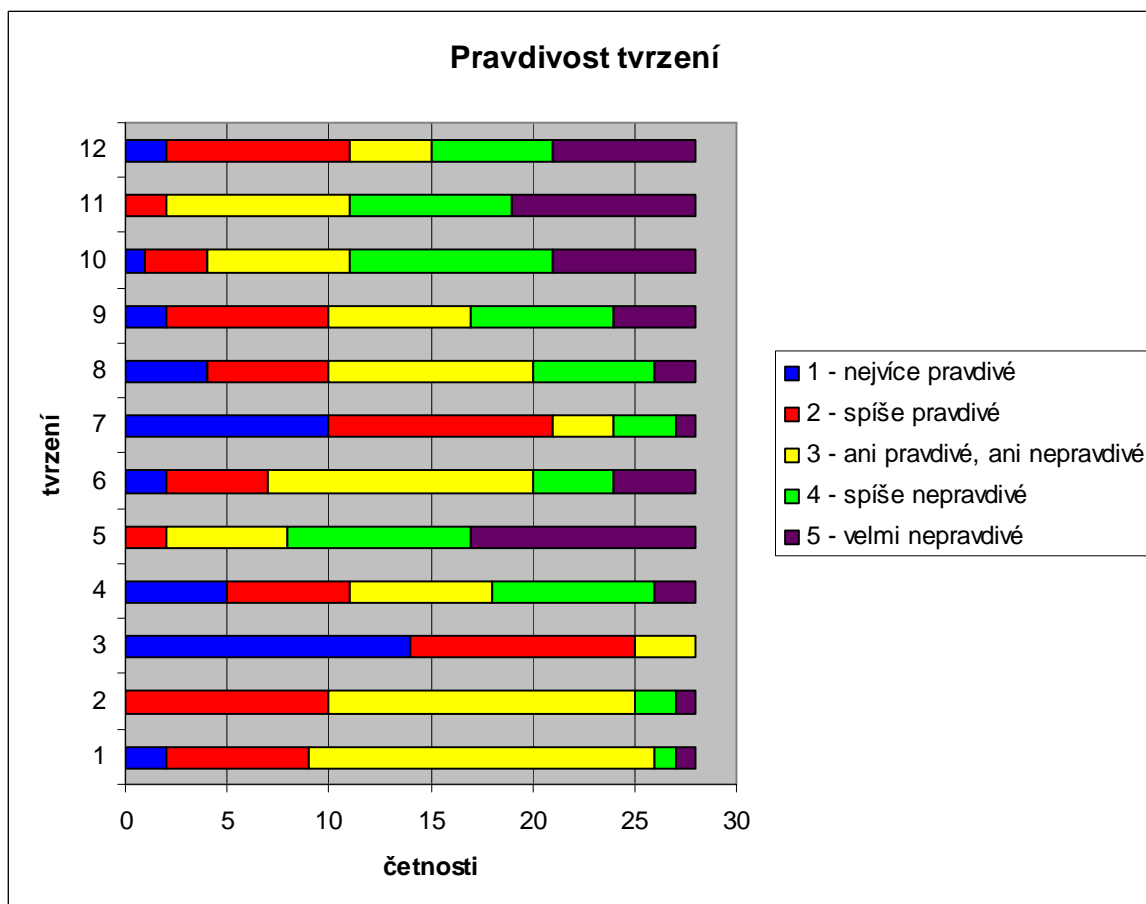


Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

Pořadí souhlasu uživatele s výroky:

1. Vždy hledám příčinu problémového chování uživatele.
2. Někteří uživatelé se chovají problémově schválně, zkouší, co si mohou dovolit.
3. Uživatel nemůže za svoje chování, není schopen pochopit správné chování.
4. Vždy se mi daří zvládat problémové chování uživatelů.
5. Zlobí mě, když chce uživatel po mně něco navíc, nechci nikomu dělat výjimky, všem stejně. Není dobré být k uživateli přátelský, mohl by se na mne příliš upnout.
6. Jsem za chování uživatelů zodpovědná, musí mě poslouchat. Štve mě, když si uživatel dělá ze mě služku.
7. Považuji uživatele za svoje partnery.
8. Chování uživatele ve mně vyvolává pocity bezmocnosti
9. Zlobím se, když uživatel hned neudělá to, co chci.
10. Trest je pro zlepšení chování uživatele účinnější než odměna nebo motivace.

Graf 38 - Pravdivost tvrzení



Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

## 6.1 Vyhodnocení výsledků výzkumu

Výsledky dotazníkového šetření v domově pro osoby se zdravotním postižením lze interpretovat následujícím způsobem: Z 28 respondentů výzkumu je největší skupina pracovníků sociálních služeb, dále odpovídaly i všeobecné sestry, sociální pracovníce, vedoucí sestra a vedoucí zařízení. Nejvíce pracovníků ze zkoumaného souboru má střední vzdělání (středněškolské nebo vyučena) a jsou ve věku 41 až 50 let. Pracují v zařízení nejčastěji od jednoho do pěti let nebo více než dvacet let. Odpovědi na výzkumné otázky zní:

1. Respondenti výzkumu považují za problémové chování velké množství projevů chování uživatelů. Všichni respondenti považují za problém agresivní chování uživatelů – agresi vůči ostatním, rozbíjení předmětů. Překvapivé pro mne je, že sobeckost uživatelů je považována za problémové chování 93 % respondentů. Následuje

provádění sexuálních praktik na veřejnosti, požívání nejdých předmětů, záchvaty vzteku, manipulace s výkaly, sebepoškozování. Problémovým chováním uživatele je pro pracovníky lhaní, braní cizích věcí bez dovolení, hádky s ostatními uživateli. Někteří respondenti považují za problémové i takové druhy a typy chování, které by měly být považovány spíše za projev svobodné vůle uživatele: odmítání uklízet, nezájím o činnosti, neochota zůstat v lůžku (ve dne i v noci) aj. Jiné chování, které je respondenty považováno za problémové, by za problémové být považováno nemělo, zvláště hyperaktivita. Rizikové činnosti, mezi které patří i samostatný pohyb uživatele po zařízení a hlavně mimo ně, lze považovat spíše za problém pracovníka a organizace (jakým způsobem předejít riziku, které riziko je ještě únosné), ne problém v chování uživatele.

2. Respondenti výzkumu se nejčastěji setkávají se všemi formami agrese uživatelů, fyzickou agresí vůči sobě, ostatním, verbální agresí, dále s hádkami uživatelů mezi sebou, braním cizích věcí, nadměrným vyžadováním fyzického kontaktu. Fyzická agrese vůči sobě či ostatním je také nejčastější příčinou, vzbuzující vztek a jiné negativní emoce u respondentů.
3. Za nejvíce problémové projevy chování uživatelů služeb považují respondenti opět agresi fyzickou, zaměřenou proti osobám ve svém okolí, proti sobě i proti předmětům, také agresi verbální. Opět je považováno za problémové chování riziko ublížení si při samostatném pohybu mimo zařízení i po zařízení.
4. Hlavní příčiny vzniku problémového chování jsou podle respondentů příliš mnoho uživatelů ve skupině, nevhodné rozdělení uživatelů do skupin (podle věku, stupně postižení), nuda uživatele, který si neumí vyplnit svůj volný čas a nedostatek soukromí uživatelů. Hodně příčin je z pohledu zaměstnanců hlavně v instituci jako takové, potvrzuje se, že je nutná transformace velkého pobytového zařízení do jiných typů služeb.
5. Respondenti výzkumu nepovažují přístup personálu k uživateli a jednání s ním za příliš důležitý faktor, ovlivňující chování uživatelů služeb. 21 % respondentů připouští zcela, že příčina problémového chování uživatelů může být v přístupu pracovníků a 18 % to připouští z velké části, ale polovina pracovníků považuje tuto možnost za vyskytující se v malé části a 11 % nesouhlasí vůbec. Mezi třemi nejdů-

ležitějšími příčinami problémového chování u uživatelů s těžším stupněm postižení a kombinovaným postižením není přístup pracovníků uveden vůbec, u uživatelů s lehčím stupněm zdravotního postižení je považován pouze 7 % respondentů za druhou příčinu v pořadí. Změnu svého přístupu a jednání neuvádí žádný respondent jako možnost, jak přispět osobně ke zmírnění nebo odstranění problémového chování uživatelů služeb. Pouze 5 respondentů připouští, že ke zmírnění nebo eliminaci tohoto chování může přispět změna přístupu personálu, ale tuto možnost uvádí spíše jako další či poslední možnost.

6. Za hlavní opatření ke zmírnění nebo odstranění problémového chování považují respondenti zmenšení počtu uživatelů ve skupině, navýšení počtu personálu a větší výběr denních aktivit uživatelů služeb.
7. Respondenti vyjadřují potřebu se vzdělávat v oblastech, které souvisí s problémovým chováním uživatelů služeb.

## **6.2 Shrnutí výsledků výzkumu**

Cílem výzkumu bylo zjistit a popsat postoje pracovníků rezidenčního zařízení k problémovému chování uživatelů služeb. Tyto postoje jsem zkoumala formou popisného výzkumu, za použití techniky dotazníkového šetření. Odpovídala jsem na hlavní výzkumnou otázku, jaké jsou postoje pracovníků pobytové sociální služby domova pro osoby se zdravotním postižením k problémovému chování uživatelů, a na dílčí výzkumné otázky. Z výzkumu vyplývá, že pracovníci si příliš neuvědomují, že změnou svých postojů a svého jednání s uživateli mohou ovlivnit chování uživatelů služeb. Aby došlo ke zlepšení vztahu mezi uživateli a pracovníky a ke zlepšení kvality poskytovaných služeb, je třeba, aby došlo ke změně některých postojů pracovníků k uživatelům a také ke změně přístupu organizace samotné. Z toho vyplývají některá doporučení pro zařízení – pro personál i management.

## **6.3 Doporučení pro zařízení**

Snažit se o odstranění předsudků rozšířených ve společnosti, které se odrážejí i v přístupu pracovníků v zařízení: je to zvl. postoj k dospělému člověku s postižením jako k věčnému dítěti, který se odráží ve snaze personálu hrát roli rodiče.

Vystavovat uživatele přiměřenému riziku, umožnit jim vyslovit a realizovat svá přání, svobodně se rozhodovat.

Umožnit personálu vzdělávání v oblasti prevence a zvládnání problémového chování uživatelů, v oblasti komunikace s uživateli, dodržování práv uživatelů, individuálního plánování průběhu sociální služby.

Zajistit na zařízení supervizi, zvl. k jednotlivým případům problémového chování uživatelů služeb. Supervize je mj. účinný způsob učení dospělých.

Využití individuálního plánování – na setkáních pracovních týmů probrat vždy případ jednoho uživatele, diskutovat o tom, jaké jsou možné příčiny jeho chování a jak problémové chování odstranit nebo zmírnit jeho výskyt nebo intenzitu (např. klíčový pracovník si připraví seznam důvodů, proč se uživatel chová problémově a tým o nich bude diskutovat).

Vždy hledat vlastní podíl pracovníka na problémovém chování uživatele. Uvědomit si, že není úkolem poskytované služby hodnotit vlastnosti uživatele.

Využít pohled zvenku (např. využít pohled studentů speciální pedagogiky z Olomouce, kteří přijedou na praxi, nebo pohled dobrovolníků).

Vytvořit pro každého uživatele podrobný plán podpory a plán rizik při různých činnostech.

Využít příkladů dobré praxe z jiných zařízení, návštěvy různých takových zařízení (zvl. zařízení, kde probíhá transformace).

Důkladnější seznámení pracovníků se SQSS, diskuse o některých z nich, zvl. o ochraně práv uživatelů. Diskuse o dodržování etického kodexu pracovníků.

Personál si může vyzkoušet, jak se cítí člověk s postižením – strávit třeba několik hodin na invalidním vozíku, s nehybnýma rukama, nechat se nakrmit atd.

Snahou organizace musí být snížit počet uživatelů v jednotlivých skupinách, snížit počet uživatelů na pokojích, zvýšit počet personálu na optimální míru.

Vytvořit podrobnou metodiku jednání pracovníků s uživateli v každodenních situacích.

Vedení organizace by mělo kontrolovat dodržování této metodiky a dalších pravidel.

Věnovat se přístupu pracovníků k uživatelům při hodnocení pracovníků (mluvit s nimi o problémech, odměna za dobrý přístup).

## ZÁVĚR

V pobytových zařízeních sociálních služeb se poměrně často vyskytuje problémové chování uživatelů, které je nepříjemné nebo nebezpečné pro samotné uživatele samotné i pro jejich okolí. Pracovníci zařízení si často nejsou jisti, jakým způsobem toto problémové chování zvládnout, přitom jsou téměř každodenně nuceni vzniklé situace řešit. To přispívá nejen k negativním pocitům pracovníků (pocity bezmoci či vzteku) a k jejich celkové pracovní nepohodě, ale především se odráží zpětně v jejich chování k uživatelům. Pracovníci si často neuvědomují, že je v jejich moci ovlivnit chování uživatelů tím, že změní své uvažování o uživatelích, jejich negativní hodnocení - že změní své postoje, svůj přístup a chování k uživatelům služby.

V diplomové práci jsem se proto zaměřila na postoje pracovníků k problémovému chování uživatelů pobytové sociální služby, s cílem popsat, co jsou to postoje, popsat vývoj postojů k lidem se zdravotním postižením v minulosti i postoje současné společnosti, vliv ústavní péče na lidi s postižením i na jednání personálu v zařízeních poskytujících pobytové sociální služby. Následně pomocí výzkumného šetření formou dotazníku popsat postoje pracovníků domova pro osoby se zdravotním postižením. Tento cíl se mi podařilo splnit, přestože si uvědomuji jisté nedostatky mnou vytvořeného dotazníku a možná i jeho interpretace, neboť ve zkoumaném zařízení již dlouhou dobu pracuji a je pro mne obtížné mít „nadhled“. Pokusila jsem se také navrhnout některá doporučení pro práci personálu, která by mohla vést ke zlepšení postojů a jednání personálu. Především je nutné, aby pracovníci měli dostatek informací a také podporu organizace.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] ALLPORT, G. W. *O povaze předsudků*. Praha: Prostor, 2004. ISBN 80-7260-125-3.
- [2] ATKINSON, R. L., ATKINSON, R. C., SMITH, E. E. et al. *Psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-640-3.
- [3] BEDRNOVÁ, E., NOVÝ, I. *Psychologie a sociologie řízení*. Praha: Management Press, 2002. ISBN 80-7261-064-3.
- [4] BOHNER, G. Postoje. In HEWSTONE, M., STROEBE, W. *Sociální psychologie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-092-5.
- [5] ČADILOVÁ, V.; JŮN, H.; THOROVÁ, K. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.
- [6] ČERMÁKOVÁ, K., JOHNOVÁ, M. a kol. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe. Průvodce poskytovatele*. Praha: MPSV, 2002. ISBN 80-86552-45-4.
- [7] ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie. Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.
- [8] DÖRNER, K., PLOG, U. *Bláznit je lidské*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-628-5.
- [9] EDELSBERGER, L. (ed.). *Defektologický slovník*. Praha: H&H, 2000. ISBN 80-86022-76-5.
- [10] EMERSON, E. *Problémové chování u lidí s mentální retardací*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-390-1.
- [11] FONTANA, D. *Psychologie ve školní praxi*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-063-4.
- [12] GOFFMAN, E. *Asylums – essays on the social situation of mental patients and other inmates*. London: Penguin Books, 1991. ISBN 978-0-14-013739-2.
- [13] GOFFMAN, E. *Stigma*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. ISBN 80-86429-21-0.

- [14] GUGGENBÜHL-CRAIG, A. *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-302-4.
- [15] HADJ-MOUSSOVÁ, Z. Historická podmíněnost přístupu společnosti k různým postižením a jejich příčinám. In VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-7184-929-4.
- [16] HARTL, P. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-803-1.
- [17] HAWKINS, P., SHOHEIT, R. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-715-9.
- [18] HAYESOVÁ, N. *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-283-6.
- [19] HUMPOLOVÁ, P. *Zvládání problémového chování u lidí s autismem a těžším stupněm mentálního postižení v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. Bakalářská práce. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2008.
- [20] HRONÍK, F. *Rozvoj a vzdělávání pracovníků*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1457-8.
- [21] CHÁB, M.. *Svět bez ústavů*. Praha: Quip, 2004. ISBN 80-239-4772-9.
- [22] CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-2471369-4.
- [23] JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-269-0.
- [24] JESENSKÝ, J. *Prostor pro integraci*. Praha: Comenia Consult, 1993. ISBN neuvedeno.
- [25] JESENSKÝ, J. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2000. ISBN 80-7041-196-1.
- [26] JESENSKÝ, J.(ed.) *Integrace – znamení doby*. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-691-0.
- [27] JŮN, H. *Moc, pomoc a bezmoc v pomáhajících profesích a ve zdravotnictví*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-590-5.



- [28] JŮN, H. *Zvládání problémového chování osob s autismem a/nebo s mentální retardací* [online]. 2008 [cit. 2008-12-17]. Dostupné z: <[http://www.plkm.cz/kbt2008/prednasky/ws02\\_jun\\_zvladani\\_agrese\\_u\\_ment\\_retardovanych.ppt](http://www.plkm.cz/kbt2008/prednasky/ws02_jun_zvladani_agrese_u_ment_retardovanych.ppt)>.
- [29] KELLER, J. *Sociologie organizace a byrokracie*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. ISBN 978-80-86429-74-8.
- [30] KOHÁK, E. *Člověk, dobro a zlo: O smyslu života v zrcadle dějin*. Praha: Ježek, 1993. ISBN 80-901625-3-3.
- [31] KOLEKTIV AUTORŮ. *Práce s klientem s rizikem v chování (manuál průvodce dobrou praxí)*. Praha: MPSV ČR, 2005. ISBN 80-86878-27-9.
- [32] KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-181-6.
- [33] LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1963.
- [34] LEČBYCH, M. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. ISBN 978-80-244-2071-4.
- [35] MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
- [36] MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- [37] MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.
- [38] MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7.
- [39] MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. ISBN 80-85850-08-7.
- [40] MÜHLPACHR, P. *Vývoj ústavní péče. Filozoficko-historický pohled*. Brno: MU, 2001. ISBN 80-210-2512-3.

- [41] MUSIL, J. *Sociální psychologie*. Zlín: UTB, 2005. ISBN 80-7318-292-0.
- [42] MUSIL, L. „*ráda bych vám pomohla, ale*“. *Dilemata v práci s klienty v organizacích*. Brno: Marek Zeman, 2004. ISBN 80-903070-1-9.
- [43] NAKONEČNÝ, M. *Lexikon psychologie*. Praha: Vodnář, 1995. ISBN 80-85255-74-X.
- [44] NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. Praha: Academia, 2000. ISBN 80-200-0690-7.
- [45] NAVRÁTIL, P. Vybrané teorie sociální práce. In MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7.
- [46] NOVÁK, T. *O předsudcích*. Brno: Doplněk, 2002. ISBN 80-7239-121-6.
- [47] NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.
- [48] PETIŠKOVÁ, M. *Poznámky psychiatrovky k problematice mentální retardace* [online]. 2007 [cit. 2009-12-17]. Dostupné z: <<http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/001/000279.pdf>>.
- [49] PIPEKOVÁ, J. (ed.). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
- [50] POŽÁR, L. Sociálno-psychologické problémy inkluzívnej pedagogiky. In LECHTA, V. (ed.) *Východiská a perspektívy inkluzívnej pedagogiky. Ausgangspunkte und Perspektiven der inklusiven Pädagogik*. Martin: Osveta, 2009. ISBN 80-8063-303-5.
- [51] PÖRTNER, M. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-582-0.
- [52] PRŮCHA, J.; WALTEROVÁ, E.; MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-579-2.
- [53] PUNCH, K. F. *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-381-9.

- [54] ROSECKÁ, K. *Postoje společnosti k osobám s mentálním postižením. Diplomová práce*. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, katedra speciální pedagogiky, 2006.
- [55] RYMEŠ, M. Osobnost a práce. In ŠTIKAR, J. a kol. *Psychologie ve světě práce*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0448-5.
- [56] ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-829-5.
- [57] ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti. Obor v pohybu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1174-4.
- [58] SMÉKAL, V. *O lidské povaze. Brno: Cesta, 2005*. ISBN 80-7295-069-X.
- [59] SCHMIDBAUER, W. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-312-9.
- [60] SCHMIDBAUER, W. *Syndrom pomocníka*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-369-7.
- [61] SCHOPLER, E., MESIBOV, G. B. *Autistické chování*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-133-9.
- [62] SOBEK, J. a kol. *Lidská práva v každodenním životě lidí s postižením – příručka pro zaměstnance sociálních služeb*. Praha: Portus, 2007. ISBN 978-80-239-9400-1.
- [63] SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1972.
- [64] ŠIŠKA, J. *Mimořádná dospělost. Edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0992-4.
- [65] ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.
- [66] TITZL, B. *Postižený člověk ve společnosti*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2000. ISBN 80-86039-90-0.
- [67] TITZL, B. Skutečně platí Sovákova periodizace vztahu společnosti k postiženým? In VOJTKO, T. (ed.) *Postižený člověk v dějinách I. Vybrané přednáška k dějinám speciálně pedagogické teorie a praxe*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2005. ISBN 80-70041-017-5.

- [68] VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2009. ISBN 978-80-7320-137-1.
- [69] VÁGNEROVÁ, M. (2004 a). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- [70] VÁGNEROVÁ, M. (2004 b). Sociální akceptace a charakteristické rysy postojů společnosti k postižení. In VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-7184-929-4.
- [71] VOJTOVÁ, V. *Přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-210-4573-6.
- [72] Vyhláška č. 505/2006, kterou se provádí zákon o sociálních službách.
- [73] VÝROST, J. Postoje, jejich utváření a změna. In VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. (eds.) *Sociální psychologie*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-247-1428-8.
- [74] Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.
- [75] ZGOLA, J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0183-9.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

DZP	Domov pro osoby se zdravotním postižením.
ÚSP	Ústav sociální péče.
SQSS	Standardy kvality sociálních služeb.
EDM	Eden Decision Model. Rozhodovací model s praktickou aplikací pro snížení problémového chování.
PCA	Person Centered Approach. Na osobu zaměřený přístup.
PCH	Problémové chování

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obrázek 1 - Petišková, Čadilová, Jůn Výzkum postojů personálu ve dvanácti Domovech ve Středočeském kraji, 2007 – ukázka grafického vyhodnocení In Jůn, 2008, s. 18.....	43
---	----

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 - Vývoj postojů k lidem s postižením a péče o lidi s postižením z historického hlediska (Sovák, 1972, s. 38; Jesenský, 2000, s. 34).....	21
Tabulka 2- Výroky charakterizující přesvědčení personálu o uživatelích sociální služby (zdroj: Jůn, 2008, s. 11 -13).....	42
Tabulka 3 - Jaké chování uživatele lze podle respondentů výzkumu označit za problémové.....	52
Tabulka 4 - S jakým problémovým chováním uživatele se respondenti výzkumu setkávají ve své práci nejčastěji.....	55
Tabulka 5 - Jaké chování uživatele považují respondenti výzkumu ve své práci za největší problém.....	57
Tabulka 6 - Jaké chování uživatele vás dokáže nejvíce rozhněvat, naštvat?.....	59
Tabulka 7 - Příčiny problémového chování uživatelů – absolutní četnost.....	62
Tabulka 8 - Příčiny problémového chování uživatelů – relativní četnost %.....	62
Tabulka 9 - Napište tři příčiny problémového chování u uživatelů s lehčím stupněm mentálního postižení.....	65
Tabulka 10 - Napište tři příčiny problémového chování, které považujete za nejdůležitější u uživatelů s těžším stupněm mentálního nebo kombinovaného postižení.....	70
Tabulka 11 - Vyberte pět oblastí – opatření, která by mohla nejvíce přispět ke zmírnění nebo odstranění problémového chování uživatelů. Sestavte žebříček důležitosti těchto oblastí - opatření.....	76
Tabulka 12 - Vyberte z následujících tvrzení jednu z možných odpovědí, jak pravdivé je toto tvrzení podle vás.....	80

**SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1 - Pracovní zařazení respondentů výzkumu: četnost.....	48
Graf 2 - Pracovní zařazení respondentů výzkumu: procenta .....	49
Graf 3 - Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů výzkumu: četnost.....	49
Graf 4 - Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů výzkumu: procenta.....	50
Graf 5 - Věkové kategorie respondentů výzkumu: četnost.....	50
Graf 6 - Věkové kategorie respondentů výzkumu: procenta .....	51
Graf 7 - Délka pracovního poměru respondentů ve zkoumaném zařízení: četnost .....	51
Graf 8 - Délka pracovního poměru respondentů ve zkoumaném zařízení: procenta.....	52
Graf 9 - Jaké chování uživatele označují respondenti výzkumu za problémové.....	54
Graf 10 - S jakým problémovým chováním uživatele se respondenti výzkumu setkávají ve své práci nejčastěji - četnost.....	55
Graf 11 - S jakým problémovým chováním uživatele se respondenti výzkumu setkávají ve své práci nejčastěji - procenta.....	56
Graf 12 - Jaké chování uživatele považují respondenti výzkumu ve své práci za největší problém – četnost.....	57
Graf 13 - Jaké chování uživatele považují respondenti výzkumu ve své práci za největší problém – procenta.....	58
Graf 14 - Jaké chování uživatele dokáže respondenty výzkumu nejvíce rozhněvat, naštvat - četnost.....	60
Graf 15 - Jaké chování uživatele vás dokáže nejvíce rozhněvat, naštvat - procenta .....	61
Graf 16 – Příčiny problémového chování uživatelů .....	63
Graf 17 - Jaké jsou příčiny problémového chování uživatelů - procenta .....	64
Graf 18 - Příčina problémového chování u uživatelů s lehčím stupněm mentálního postižení č. 1 - četnost .....	67
Graf 19 - Příčina problémového chování u uživatelů s lehčím stupněm mentálního postižení č. 1 - procenta.....	67
Graf 20 - Příčina problémového chování u uživatelů s lehčím stupněm mentálního postižení č. 2 - četnost .....	68
Graf 21 - Příčina problémového chování u uživatelů s lehčím stupněm mentálního postižení č. 2 - procenta.....	68



Graf 22 - Příčina problémového chování u uživatelů s lehčím stupněm mentálního postižení č. 3 - četnost .....	69
Graf 23 - Příčina problémového chování u uživatelů s lehčím stupněm mentálního postižení č. 3 - procenta.....	69
Graf 24 - Příčina problémového chování u uživatelů s těžším stupněm mentálního postižení a nebo kombinovaným postižením č. 1 - četnost.....	72
Graf 25 - Příčina problémového chování u uživatelů s těžším stupněm mentálního postižení a nebo kombinovaným postižením č. 1 - procenta.....	72
Graf 26 - Příčina problémového chování u uživatelů s těžším stupněm mentálního postižení a nebo kombinovaným postižením č. 2 - četnost.....	73
Graf 27 - Příčina problémového chování u uživatelů s těžším stupněm mentálního postižení a nebo kombinovaným postižením č. 2 - procenta.....	73
Graf 28 - Příčina problémového chování u uživatelů s těžším stupněm mentálního postižení a nebo kombinovaným postižením č. 3 - četnost.....	74
Graf 29 - Příčina problémového chování u uživatelů s těžším stupněm mentálního postižení a nebo kombinovaným postižením č. 3 - procenta.....	74
Graf 30 a Graf 31 - Můžete vy osobně přispět ke zmírnění nebo odstranění problémového chování uživatelů.....	75
Graf 32 - pět oblastí – opatření, která by mohla nejvíce přispět ke zmírnění nebo odstranění problémového chování uživatelů .....	77
Graf 33 - Účast na vzdělávací akci, která by se zabývala problémovým chováním uživatelů .....	78
Graf 34 - Účast na vzdělávací akci, která se zabývala problémovým chováním uživatelů .....	78
Graf 35 - Ochota pracovníků zúčastnit se vzdělávací akce, zaměřené na zvládnutí problémového chování uživatelů - četnost.....	79
Graf 36 - Ochota pracovníků zúčastnit se vzdělávací akce, zaměřené na zvládnutí problémového chování uživatelů - procenta.....	79
Graf 37 - Pořadí souhlasu respondentů s určitým tvrzením.....	81
Graf 38 - Pravdivost tvrzení.....	82

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**P I. Dotazník**

**P II. Stadia vývoje služeb pro lidi s postižením**

## PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Vážené kolegyně,

ráda bych se na vás obrátila se žádostí o laskavé vyplnění následujícího dotazníku, který se týká problémového chování uživatelů sociální služby. Výsledky analýzy získaných dat budou podkladem pro návrhy na zlepšení práce s uživateli s problémem v chování v našem zařízení.

Vyplnění dotazníku je anonymní. Vzhledem k uvedenému, vložte prosím vyplněný dotazník do obálky a vhod'te do schránky na připomínky a stížnosti, která je umístěna na chodbě poblíž kanceláře sociální pracovnice.

Za vyplnění dotazníku vám předem děkuji.

Petra Humpolová

---

Pokyny pro vyplnění dotazníku:

U otázek s možnostmi zakřížkujte zvolenou odpověď, pokud jde o otázky s volnou odpovědí, napište svůj názor.

---

# DOTAZNÍK

## 1. Vaše pracovní zařazení?

- € pracovnice sociálních služeb
- € vychovatelka
- € všeobecná sestra
- € jiné (uveďte).....

## 1) Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- € základní
- € vyučena
- € středoškolské
- € vysokoškolské

## 3. Váš věk?

- € 18 – 30
- € 31 – 40
- € 41 – 50
- € nad 50 let

## 4. Jak dlouho pracujete v tomto zařízení?

- € méně než 1 rok
- € 1 - 5 let
- € 6 - 10 let
- € 11 - 20 let
- € více než 20 let

## 5. Jaké chování uživatele lze podle vás označit za problémové?

Jednotlivá písmena znamenají tyto odpovědi:

A = ano, toto chování uživatele považuji za problémové

N = ne, toto chování uživatele nepovažuji za problémové

1. ubližuje sobě	A	N
2. ubližuje lidem ve svém okolí	A	N
3. používá vulgární slova, nadávky, křičí	A	N
4. rozbíjí předměty, nábytek, vybavení	A	N
5. velmi často něco požaduje (dát, přinést, koupit)	A	N
6. odchází ze zařízení bez vědomí pracovníků	A	N
7. v noci opakovaně odchází z lůžka (odmítá v lůžku zůstat)	A	N
8. roznáší, rozmazává výkaly (exkrementy)	A	N
9. dělá činnosti, při nichž by si mohl ublížit	A	N
10. hádá se s ostatními uživateli	A	N
11. odmítá si uklízet, stlát si postel apod.	A	N
12. provádí sexuální praktiky na veřejnosti	A	N
13. bere bez dovolení cizí věci	A	N
14. nechce se zapojovat do společných aktivit	A	N
15. je hyperaktivní („je ho všude plno“)	A	N
16. pomlouvá ostatní uživatele a pracovníky, lže	A	N
17. opakovaně vyžaduje fyzický kontakt s personálem (objímá je, poklepává na rameno, tahá za ruce)	A	N
18. vyvolává si zvracení tím, že si strká předměty či ruce do úst	A	N
19. má záchvaty vzteku a zuřivosti	A	N
20. pojídá předměty, které nejsou určeny k jídlu (hračky, textilie, papír, výkaly)	A	N
21. odmítá si uklízet svoje věci	A	N
22. obnažuje se před ostatními lidmi	A	N
23. je velmi sobecký (např. se snaží získat jídlo i na úkor toho, že na ostatní nezbude, vše se musí podřizovat jeho přáním)	A	N
24. nedodržuje léčebný režim	A	N
25. nic ho nebaví, nechce nic dělat	A	N
26. zanedbává osobní hygienu	A	N
27.	A	N
28.	A	N

**6. S jakým problémovým chováním se setkáváte ve své práci nejčastěji?**

**7. Jaké chování uživatele považujete ve své práci za největší problém?**

**8. Jaké chování uživatele vás dokáže nejvíce rozhněvat, naštvat?**

## 9. Jaké jsou podle vás příčiny problémového chování uživatelů?

Jednotlivá písmena znamenají tyto odpovědi:

A= souhlasím zcela

B= souhlasím z velké části

C=souhlasím z malé části

D=nesouhlasím

1. příliš mnoho uživatelů ve skupině	A	B	C	D
2. nuda, uživatel neumí vyplnit svůj volný čas	A	B	C	D
3. osobnostní vlastnosti uživatele	A	B	C	D
4. jednání personálu s uživatelem	A	B	C	D
5. jednání uživatelů mezi sebou navzájem	A	B	C	D
6. nedostatek soukromí pro uživatele	A	B	C	D
7. uživatelova nespokojenost s bydlením	A	B	C	D
8. uživatelova nespokojenost se stravou	A	B	C	D
9. součást projevů postižení	A	B	C	D
10. snaha získat pro sebe pozornost pracovníků	A	B	C	D
11. snaha získat pro sebe nějakou věc	A	B	C	D
12. předchozí špatné zkušenosti, deprivace	A	B	C	D
13. nevhodné rozdělení uživatelů do skupin (podle věku, stupně postižení)	A	B	C	D
14. nedokáže vyjádřit své potřeby a přání jiným způsobem	A	B	C	D
15. snaha získat pro sebe nějakou výhodu	A	B	C	D
16. neumožnění uživateli pracovat, pomáhat	A	B	C	D
17. vedlejší účinky některých léků	A	B	C	D
18. nerozumí některé situaci, neví, co se bude dít, (strach z neznámé situace)	A	B	C	D
19. bezmocnost uživatele (nedokáže se o sebe postarat)	A	B	C	D
20. nucení uživatele do činností, které mu nevyhovují	A	B	C	D
21. fyzická bolest	A	B	C	D
Jiná příčina (napíšte jaká)				
22.	A	B	C	D
23.	A	B	C	D
24.	A	B	C	D
25.	A	B	C	D

10. Napište, prosím, tři příčiny problémového chování, které považujete za nejdůležitější u uživatelů s lehčím stupněm mentálního postižení (tedy to, co podle vás nejčastěji problémové chování způsobuje):

- 1.....
- 2.....
- 3.....

11. Napište, prosím, tři příčiny problémového chování, které považujete za nejdůležitější u uživatelů s těžším stupněm mentálního postižení, případně v kombinaci s dalším postižením (tělesné postižení, epilepsie, autismus, postižení sluchu, zraku, apod.):

- 1.....
- 2.....
- 3.....

12. Domníváte se, že můžete vy osobně přispět ke zmírnění nebo odstranění problémového chování uživatelů?

- ano
- ne
- nevím
- pokud ano, napište (do rámečku), jakým způsobem.



**13. Z následujícího seznamu vyberte pět oblastí - opatření, která by podle vás mohla nejvíce přispět ke zmírnění nebo odstranění problémového chování uživatelů.**

**Vybrané oblasti sestavte podle pořadí důležitosti (sestavte „top žebříček“)**

bydlení uživatelů v menších skupinách (méně uživatelů na oddělení)
bydlení uživatelů v jednolůžkových nebo dvoulůžkových pokojích
navýšení počtu personálu
bydlení uživatelů v samostatném bytě, domku
větší samostatnost uživatelů, menší dohled
získat některé věci, které si uživatelé mohou koupit
větší výběr denních aktivit
více s uživateli mluvit
nesnažit se uživatele zapojovat do „povinných“ aktivit
změna přístupu personálu
nácvik sebeobslužných činností u uživatelů
větší dovednost pracovníků komunikovat s uživateli (i s těmi uživateli, kteří nemluví)
nic
něco jiného (napište)

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

**14. Zúčastnila jste se vzdělávací akce (kurzu, semináře), která se zabývala zvládnutím problémového chování uživatelů?**

- € ano, opakovaně nebo vícedenní akce
- € ano, jednodenní akce
- € ne

**15. Chtěla byste se zúčastnit vzdělávací akce (kurzu, semináře), zaměřené na zvládání problémového chování uživatelů?**

- € ano, ráda
- € ano, pokud bych tam byla vyslána organizací
- € ne
- € nevím

**16. Následující část dotazníku obsahuje řadu tvrzení týkající se problémového chování uživatelů. Zakřížkujte, prosím, jednu z možných odpovědí, jak pravdivé je určité tvrzení podle vás.**

1	2	3	4	5
nejvíce pravdivé	spíše pravdivé	ani pravdivé, ani nepravdivé	spíše nepravdivé	velmi nepravdivé

	1	2	3	4	5
1. uživatel za svoje chování nemůže, není schopen pochopit, jak se má chovat správně					
2. daří se mi vždy zvládat problémové chování uživatelů					
3. vždy se snažím hledat příčinu problémového chování uživatele					
4. zlobí mě, když chce uživatel po personálu něco „navíc“, jak k tomu ostatní přijdou, aby měl někdo nějaké výjimky					
5. pro zlepšení chování uživatelů je trest účinnější než odměna nebo motivace					
6. jsem za chování uživatelů odpovědná, proto by mne měli poslouchat					
7. někteří uživatelé se schválně chovají špatně („zkouší, co si mohou dovolit“), mohli by zlepšit svoje chování, kdyby chtěli					
8. není dobré být k uživateli přátelský, mohl by se potom příliš „upnout“ k mé osobě					
9. štve mě, když si uživatel dělá ze mě služku					
10. chování uživatelů ve mně vyvolává pocity bezmocnosti					
11. zlobím se, když uživatele o něco požádám, a on to hned neudělá					
12. považuji uživatele za svoje partnery					

Zde dotazník končí.

Prosím, zkontrolujte si ještě jednou, zda jste odpověděly na všechny otázky.

Děkuji vám ještě jednou za váš čas a úsilí, které jste vyplnění dotazníku věnovaly.

P.H.

## Příloha P II Tabulky pro dotazník – položky 1, 2, 3, 4, 12, 14, 15

Dotazníková položka č. 1. Otázka: Jaké je vaše pracovní zařazení?

1.	Vaše pracovní zařazení?	absolutní četnost	relativní četnost	%	modus
1	pracovnice sociálních služeb	19	0,679	67,86	x
2	vychovatelka	4	0,143	14,29	
3	všeobecná sestra	2	0,071	7,14	
4	jiné	3	0,107	10,71	
	<b>celkem</b>	<b>28</b>	<b>1,000</b>	<b>100,00</b>	

Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

Dotazníková položka č. 2. Otázka: Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

2.	Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	absolutní četnost	relativní četnost	%	modus
1	základní	3	0,107	10,71	
2	vyučena	11	0,393	39,29	x
3	středoškolské	11	0,393	39,29	x
4	vysokoškolské	3	0,107	10,71	
	<b>celkem</b>	<b>28</b>	<b>1,000</b>	<b>100,00</b>	

Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

Dotazníková položka č. 3: Otázka: Váš věk?

3.	Váš věk?	absolutní četnost	relativní četnost	%	modus
1	18 - 30	2	0,071	7,14	
2	31 - 40	5	0,179	17,86	
3	41 - 50	12	0,429	42,86	x
4	51 - 80	9	0,321	32,14	
	<b>celkem</b>	<b>28</b>	<b>1,000</b>	<b>100,00</b>	

Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

Dotazníková položka č. 4: Otázka: jak dlouho pracujete v tomto zařízení?

4.	Jak dlouho pracujete v tomto zařízení?	absolutní četnost	relativní četnost	%	modus
1	méně než 1 rok	2	0,071	7,14	
2	1 - 5 let	10	0,357	35,71	x
3	6 - 10 let	5	0,179	17,86	
4	11 - 20 let	1	0,036	3,57	
5	21 a více let	10	0,357	35,71	x
	<b>celkem</b>	<b>28</b>	<b>1,000</b>	<b>100,00</b>	

Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

Dotazníková položka č. 12 Otázka: Můžete vy osobně přispět ke zmírnění nebo odstranění problémového chování uživatelů?

12.	Domníváte se, že můžete vy osobně přispět ke zmírnění nebo odstranění problémového chování uživatelů?	absolutní četnost	relativní četnost	%	modus
1	ano	15	0,536	53,57	x
2	ne	3	0,107	10,71	
3	nevím	10	0,357	35,71	
	<b>celkem</b>	<b>28</b>	<b>1,000</b>	<b>100,00</b>	

Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

Dotazníková položka č. 14 Otázka: zúčastnila jste se vzdělávací akce, která se zabývala zvládáním problémového chování uživatelů?

14.	Zúčastnila jste se vzdělávací akce (kurzu, semináře), která se zabývala zvládáním problémového chování uživatelů?	absolutní četnost	relativní četnost	%	modus
1	ano, opakovaně nebo vícedenní akce	5	0,179	17,86	
2	ano, jednodenní akce	11	0,393	39,29	
3	ne	12	0,429	42,86	x
	<b>celkem</b>	<b>28</b>	<b>1,000</b>	<b>100,00</b>	

Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010

Dotazníková položka č. 15: Otázka: Chtěla byste se zúčastnit vzdělávací akce (kurzu, semináře), zaměřené na zvládání problémového chování uživatelů?

15.	Chtěla byste se zúčastnit vzdělávací akce (kurzu, semináře), zaměřené na zvládání problémového chování uživatelů?	absolutní četnost	relativní četnost	%	modus
1	ano, ráda	23	0,821	82,14	x
2	ano, pokud bych tam byla vyslána organizací	4	0,143	14,29	
3	ne	1	0,036	3,57	
4	nevím	0	0,000	0,00	
	<b>celkem</b>	<b>28</b>	<b>1,000</b>	<b>100,00</b>	

Zdroj: vlastní výzkum v pobytovém zařízení sociálních služeb, leden 2010