

Využití přístupu Podpory pozitivního chování u klientů s mentálním postižením

Bc. Michaela Gálová

Diplomová práce
2025



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2024/2025

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Bc. Michaela Gálová
Osobní číslo:	H22869
Studijní program:	N0111A190013 Sociální pedagogika
Forma studia:	Kombinovaná
Téma práce:	Využití přístupu Podpory pozitivního chování u klientů s mentálním postižením

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti práce s osobami s mentálním postižením, přístupu Podpory pozitivního chování a kvality života osob s mentálním postižením.

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

Realizace kvalitativního výzkumu formou případové studie.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

- CHRASTINA, Jan, 2019. Případová studie – metoda kvalitativní výzkumné strategie a designování výzkumu: Case study – a method of qualitative research strategy and research design. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-2445-373-6.
- JŮN, Hynek, 2021. Když běžné postupy selhávají: jak hledat reálná řešení složitých situací v sociálních službách. Praha: Pasparta. ISBN 978-80-88429-05-0.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2013. Encyklopedie sociální práce. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.
- OSGOOD, Tony, 2023. Podpora pozitivního chování: u osob s PAS a mentálním postižením. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-2079-4.
- VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH, 2018. Mentální postižení. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0378-2.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Iva Staňková, Ph.D., MBA**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **8. ledna 2025**
Termín odevzdání diplomové práce: **25. dubna 2025**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

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

Ve Zlíně dne 8. ledna 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění bez ohledu na výsledek obhajoby;
- diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému a bude dostupná k nahlédnutí;
- jedno vyhotovení diplomové práce v listinné podobě bude ponecháno Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně k uložení;
- 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;
- podle § 60 odst. 1 autorského zákona má Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 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;
- pokud je výstupem diplomové práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá; neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji, že

- jsem na diplomové práci pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem řádně citoval(a); v případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor;
- odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou obsahově totožné.

Ve Zlíně, dne

.....
podpis autora

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá využitím přístupu Podpory pozitivního chování u klientů s mentálním postižením. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. První kapitola teoretické části je zaměřena na vysvětlení pojmu mentální retardace, jeho klasifikaci a etiologii. Druhá kapitola pojednává o specifikách osob s mentálním postižením, tedy jejich komunikaci, kvalitě života a chování náročném na péči. Třetí kapitola je věnována přístupu Podpory pozitivního chování, jeho využití a uplatňování v rámci České republiky. Praktická část práce se zabývá výzkumným šetřením a jeho analýzou. Designem výzkumu je případová studie mapující chování a aplikaci přístupu u klientky s mentálním postižením. Cílem práce je reflektovat přínos využití přístupu Podpory pozitivního chování u klientky s mentálním postižením.

Klíčová slova: podpora pozitivního chování, mentální postižení, náročné chování, případová studie, kvalita života

ABSTRACT

The diploma thesis focuses on the use of the Positive Behavior Support (PBS) approach for clients with mental disabilities. The thesis is divided into a theoretical and a practical part. The first chapter of the theoretical part is dedicated to explaining the concept of mental disability, including its classification and etiology. The second chapter discusses the specifics of people with mental disabilities, such as their communication, quality of life, and challenging behavior. The third chapter is dedicated to the Positive Behavior Support approach, its application, and implementation within the Czech Republic. The practical part of the thesis deals with research and its analysis. The research design is a case study that maps the behavior and the application of the approach with a female client with an mental disability. The aim of the thesis is to reflect on the benefits of using the Positive Behavior Support approach with a client with an mental disability.

Keywords: Positive Behaviour Support, mental disability, challenging behavior, case study, quality of life

Chtěla bych poděkovat PhDr. Ivě Staňkové, Ph.D., MBA za odborné vedení diplomové práce, ochotu a cenné rady.

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 MENTÁLNÍ RETARDACE.....	14
1.1 KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE	15
1.1.1 Lehká mentální retardace	15
1.1.2 Středně těžká mentální retardace	15
1.1.3 Těžká mentální retardace	16
1.1.4 Hluboká mentální retardace	16
1.1.5 Jiná mentální retardace.....	16
1.1.6 Nespecifikovaná mentální retardace	16
1.2 ETIOLOGIE MENTÁLNÍ RETARDACE.....	16
1.2.1 Další specifické syndromy pojící se s mentální retardací	17
2 SPECIFIKA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	20
2.1 KOMUNIKACE S OSOBAMI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	20
2.1.1 Možnosti komunikace dle kategorií mentální retardace	21
2.1.2 Alternativní formy komunikace	22
2.2 KVALITA ŽIVOTA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	22
2.2.1 Vzdělání a práce	24
2.2.2 Začleňování osob s mentálním postižením	25
2.2.3 Partnerství a sexualita	26
2.2.4 Institucionalizace.....	28
2.3 CHOVÁNÍ NÁROČNÉ NA PÉČI U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	29
2.3.1 Psychické poruchy, které mohou souviset s chováním náročným na péči	31
2.3.2 Principy podpory osob s chováním náročným na péči.....	32
3 PODPORA POZITIVNÍHO CHOVÁNÍ	33
3.1 VYUŽITÍ PŘÍSTUPU PODPORY POZITIVNÍHO CHOVÁNÍ	34
3.2 PODPORA POZITIVNÍHO CHOVÁNÍ V ČESKÉ REPUBLICE.....	35
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	39
4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	40
3.3 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A VÝZKUMNÁ OTÁZKA	40
3.4 DESIGN VÝZKUMU.....	40
3.5 VÝZKUMNÉ CÍLE A TECHNIKY	41
3.6 VÝZKUMNÝ VZOREK	42
4 ANALÝZA DAT	43
4.1 PŘÍPADOVÁ STUDIE	43
4.1.1 Osobní anamnéza	43

4.1.2	Počátky ve službě chráněného bydlení.....	44
4.1.3	Stěhování a další fungování klientky	48
4.1.4	Gradace negativního chování a hospitalizace	49
4.1.5	Aplikace přístupu Podpory pozitivního chování	50
4.1.6	Změna stavu klientky	51
4.2	SHRNUTÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	55
ZÁVĚR.....		60
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY		63
SEZNAM OBRÁZKŮ		66
SEZNAM TABULEK.....		67
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK		68
SEZNAM PŘÍLOH.....		69

ÚVOD

Osoby s mentálním postižením jsou velmi specifickou cílovou skupinou sociální práce. Práce s nimi se však také velmi úzce váže k pedagogice. Oproti jiným cílovým skupinám se totiž lidé s mentálním postižením se svým handicapem potýkají ve většině případů po celý život, již od dětství. Což může být velmi náročné jak pro ně, tak i pro jejich okolí, především rodinu. Téma je zvoleno z důvodu vlastní zkušenosti autorky s prací s klienty s mentální postižení a zároveň tato tematika není dostatečně probádána. Tato diplomová práce může být nápomocná při dalších interakcích s osobami s mentálním postižením a rovněž pro lepší pochopení daného tématu.

Přestože dnešní pojetí práce s lidmi s postižením a celkový přístup k nim se v mnohém změnil, stále bojujeme s tím, že ne vždy jsou podmínky pro jejich život zcela dostačující. Ne vždy si člověk s mentálním postižením může zvolit, jakou cestou půjde, kde bude žít a jak bude žít. Často má život uzpůsoben dle toho, jak určí někdo jiný. To může někomu vyhovovat, ale jiný může tímto naopak trpět a od této skutečnosti se potom odvíjí jeho psychické rozpoložení a případně i možné chování náročné na péči, což je jedním z důležitých témat této práce. Osoby s mentálním postižením se často mohou potýkat s nedůstojným chováním lidí kolem sebe. Takové chování se často vyskytovalo a bohužel stále občas vyskytuje v institucích pečujících o osoby s mentálním postižením.

Lidé s mentálním postižením potřebují specifický přístup, aby práce s nimi byla kvalitnější, aby měli zajištěny nejen základní potřeby, ale i ty vyšší a aby bylo zachováno důstojné zacházení. Jako takový přístup můžeme označit Podporu pozitivního chování, jehož využití je stěžejním tématem této diplomové práce. Tento přístup se využívá převážně v anglosaských zemích, ale v posledních letech se začíná využívat stále častěji i jinde ve světě. Jak již bylo poznamenáno výše, toto téma se váže zároveň i k pedagogice, jelikož přístup se dá využít i v práci s dětmi se specifickými potřebami jako je např. autismus či intelektové postižení.

První kapitola této diplomové práce je zaměřena na vysvětlení pojmu mentální postižení, jelikož základní rámec je důležitý pro pochopení osobnosti člověka s tímto postižením. Kapitulu dále doplňuje i etiologie a klasifikace mentálního postižení.

Druhá kapitola odhaluje specifika mentálního postižení a následně se jim konkrétněji věnuje. Osoby s mentálním postižením často komunikují jiným způsobem, proto je na místě zahrnout tuto tematiku do práce a více do ní proniknout. Dalším aspektem je kvalita života, což je důležitý bod pro spokojený život člověka. Lidé s mentálním postižením často nemají

takovou možnost volby, proto je důležité tuto podkapitolu zařadit. Dále se v rámci specifik mentálního postižení práce orientuje na chování náročné na péči, které je stěžejní pro využití přístupu Podpory pozitivního chování.

Třetí kapitola pojednává o samotném přístupu Podpory pozitivního chování. Je zaměřena na podstatu přístupu, jeho využití a také je zde popsána důležitost přístupu takového typu.

Přístup podpory pozitivního chování je pro svou inovativní formu dále zkoumán v rámci výzkumného šetření. Cílem práce je tedy reflektovat přínos využití přístupu Podpory pozitivního chování u klientky s mentálním postižením. Pro realizaci výzkumu je využíván kvalitativní přístup. Sběr dat je proveden formou pozorování, rozhovorů a analýzou dat. Výzkumným designem diplomové práce je případová studie. Dle předpokladu by výzkumná část práce měla odhalit, zda přístup Podpory pozitivního chování funguje v praxi a zda by bylo možné ho nadále využívat při práci s klienty s mentálním postižením.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 MENTÁLNÍ RETARDACE

Pojem mentální retardace vysvětlujeme jako vrozené a trvalé postižení osobnosti, které se projevuje především nízkou úrovní rozumových schopností (Matoušek, 2008). Mentální retardace a mentální postižení je v České republice využíváno jako synonymum. Samotný syndrom označujeme jako mentální retardaci (Černá, 2015).

Autoři charakterizují pojem mentální retardace různými, avšak v mnohém podobnými způsoby.

Světová zdravotnická organizace (WHO) popisuje mentální retardaci jako *„stav související s opožděným nebo omezeným vývojem myšlení, charakteristický zejména snížením schopností, které vytvářejí celkovou úroveň inteligence – tedy schopnosti poznávacích, komunikačních, motorických a sociálních“* (Slowík, 2010, s. 46).

Šiška vysvětluje pojem mentální retardace jako *„souhrnné označení vrozeného deficitu rozumových schopností – inteligence. Inteligence je schopnost uvědomovat si podstatné vztahy mezi věcmi a využívat jich při řešení nově vzniklých problémů. Mentální postižení se projevuje sníženou schopností adaptace, učení, myšlení, orientace a je definováno jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně vývoje (méně než 70% normy)“* (Matoušek a kol., 2013, s. 393).

Vágnerová uvádí, že *„mentální retardace je souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit. Je definováno jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70% normy), přestože postižený jedinec byl přijatelným způsobem výchovně stimulován“* (2008, s. 289).

Mentální retardací označujeme vývojovou poruchu rozumových schopností, která se projevuje především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností. Ve většině případů bývá v rámci etiologie spojena s prenatálním, perinatálním či postnatálním obdobím vývoje (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018).

Mentální retardace se vyznačuje podprůměrnou úrovní intelektových schopností a omezuje danou osobu v nejméně dvou z těchto adaptačních dovedností: komunikace, sebeobsluha, sebeurčení, zdraví a bezpečnost, sociální dovednosti, samostatné bydlení, využití služeb obce, školní výkon, práce a volný čas (Matoušek, 2015).

Mentální postižení bylo dříve chápáno spíše jako zastřešující označení zahrnující všechny osoby s IQ pod 85. Jedná se tedy o osoby s mentální retardací a osoby v hraničním

pásmu mentální retardace. Nyní mentální postižení chápeme jako synonymum pro mentální retardaci. Oslabením kognitivního výkonu potom rozumíme snížení výkonnosti, které se však nenachází na úrovni mentálního postižení, ale přesto osobu znevýhodňuje zejména v oblasti vzdělávání (Valenta, Michalík, Lečbých, 2018).

1.1 Klasifikace mentální retardace

Rozlišujeme jednotlivé stupně mentální retardace na základě závažnosti postižení. Klasifikace mentální retardace přitom vychází ze zjištěné úrovně rozumových schopností dané osoby (Matoušek, 2008).

1.1.1 Lehká mentální retardace

Lehká mentální retardace (IQ 50-70) se vyskytuje v největší míře, je to tedy typ nejrozšířenější. Již v dětství se projevuje opožděným vývojem dítěte. Tyto děti se naučí mluvit později, ve škole potom mají potíže s učením. Často se objevují poruchy jako dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie aj. V oblasti sebeobsluhy jsou lidé s lehkou mentální retardací poměrně samostatní. Při správném nácviku zvládají samostatně docházet do práce, vykonávat manuální činnosti či samostatně bydlet. Úspěch při fungování v běžném životě samozřejmě ovlivňuje úroveň řeči, přítomnost poruch chování, poruchy pozornosti či jiná přidružená vývojová poruchy (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007)

1.1.2 Středně těžká mentální retardace

Osoby se středně těžkou mentální retardací (IQ 35-49) mají stejně jako u lehčího typu již od dětství opožděný vývoj. Ve škole se ve většině případů naučí základ jako čtení, psaní a počítání. Úroveň řeči se u takto postižených liší, jelikož ji opět mohou ovlivňovat další přidružené poruchy. V oblasti sebeobsluhy zvládají být samostatní, vyžadují však větší dohled a pomoc, nejlépe mít k dispozici asistenci po celý den. Tito lidé často nachází uplatnění v chráněných dílnách. U mnoha osob se středně těžkou mentální retardací se objevuje zároveň i porucha autistického spektra. Tato porucha dále způsobuje sníženou přizpůsobivost běžnému životu a znesnadňuje praktické využívání schopností. Mentální retardace tohoto typu může ovlivňovat i koordinaci a motoriku (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007)

1.1.3 Těžká mentální retardace

Těžká mentální retardace (IQ 20-34) se v mnohém podobá předchozímu typu postižení. Liší se mnohem výraznější poruchou motoriky a jinými přidruženými vadami. Výchovné a vzdělávací schopnosti těchto osob jsou omezené. Dle zkušeností však víme, že včasná a dostatečná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče často velmi přispívá k rozvoji motoriky, rozumových schopností, samostatnosti, komunikačních dovedností a celkově ke zkvalitnění jejich života (Švarcová, 2006).

1.1.4 Hluboká mentální retardace

Jedinci s hlubokou mentální retardací (IQ nižší než 20) se nedokáží postarat o své základní potřeby a vyžadují neustálou pomoc a dohled. Mají potíž porozumět požadavkům či instrukcím a vyhovět jim. Možnosti výchovy a vzdělání jsou velmi omezené. Jedinci z této kategorie retardace často trpí imobilitou nebo zásadním omezením v hybnosti, v mnoha případech také inkontinencí. Pokud jsou schopni komunikace, jedná se o neverbální formu (Švarcová, 2006).

1.1.5 Jiná mentální retardace

Označení se využívá v případě, že je složité určit stupeň intelektu pomocí běžných metod z důvodu přidruženého senzorického či somatického poškození (např. u nevidových, neslyšících, nemluvících, u osob s těžkými poruchami chování či osob s autismem) (Švarcová, 2006).

1.1.6 Nespecifikovaná mentální retardace

Kategorie se používá, pokud se mentální retardace prokázala, avšak neexistuje dostatek informací pro zařazení do konkrétního typu (Švarcová, 2006).

1.2 Etiologie mentální retardace

„Mezi lidmi s mentální retardací existuje obrovská variabilita týkající se příčin vzniku mentální retardace a jejích možných kombinací. Navíc je třeba si uvědomit, že u každého jednotlivého člověka nelze většinou jednoznačně určit, zda jeho mentální retardace byla způsobena pouze jevy biologickými a do jaké míry se na jeho aktuálním stavu podílejí vlivy sociální. Přestože věda v mnoha ohledech pokročila a zjišťujeme stále více informací v oboru biologie, mnoho příčin vzniku mentálního postižení zůstává neznámých. Obecně se

da říci, že známe přibližně jednu polovinu faktorů, které zapříčiňují mentální postižení“ (s. 84, Černá, 2015).

Příčiny mentální retardace se dají rozlišovat dle různých klíčů. Příčiny se například dělí na **vnitřní** (endogenní) a **vnější** (exogenní). Také se hovoří o mentální retardaci **vrozené** či **získané**. Nejčastěji se ale setkáváme s dělením dle časového hlediska vzniku – období **prenatální, perinatální a postnatální**.

V prenatálním období (plod se vyvíjí v těle matky) může hrát roli spousta různých faktorů, které dítě ovlivňují. V první řadě působí vlivy dědičné (hereditární). Zde se řadí nemoci zděděné po předcích, především jsou to metabolické poruchy, ale také nedostatek vloh k určitým činnostem. Z důvodu působení mutagenních faktorů (záření, chemické vlivy, hladovění atd.) může docházet k mutaci genů, které poté působí určité typy syndromů. V prenatálním období dále mohou působit environmentální faktory a onemocnění matky v době těhotenství. Mezi tato onemocnění řadíme zarděnky, toxoplazmózu, kongenitální syfilis, ale také ozáření dělohy či zneužívání návykových látek. Na vzniku mentální retardace se může podílet i nedostatek plodové vody (Michalík a kol., 2011).

V perinatálním období ovlivňuje možnost vzniku mentálního postižení například mechanické poškození mozku při porodu, předčasný porod, hypoxie (nedostatek kyslíku), novorozenecká žloutenka nebo nízká porodní váha.

V postnatálním období může být příčinou vzniku meningitida, klíšťová encefalitida, krvácení do mozku, nádorová onemocnění, alkoholové demence, schizofrenie atd. Důležitými faktory ovlivňujícími intelektové schopnosti dítěte jsou také nepodnětné rodinné prostředí nebo institucionální péče (Černá, 2015).

1.2.1 Další specifické syndromy pojící se s mentální retardací

Downův syndrom

Downův syndrom patří k postižením, která jsou vrozená a většinou i na první pohled patrná. Rovněž se jedná o syndrom, který se vyskytuje nejčastěji. Příčinnou syndromu je genetická vada, tzv. trizomie 21. chromozomu. K výskytu syndromu přispívá vyšší věk rodičů, kteří ve většině případů ani nemají žádný zdravotní handicap podobného typu. V dnešní době osob s Downovým syndromem ubývá, jelikož se dá diagnostikovat již v raném těhotenství. Osobnost člověka s Downovým syndromem se jeví jako vyrovnaná a přizpůsobivá, ačkoliv její tempo je pomalejší. Lidé s Downovým syndromem mají ve většině případů schopnost se vzdělávat a poté se uplatnit na trhu práce, samozřejmě v rámci jejich možností (Matoušek, 2008). Autoři Čadilová, Jůn a Thorová (2007) však rozporují, že povaha osob s Downovým

syndromem je vždy vyrovnaná a společenská. Upozorňují na to, že tito lidé mají svá specifika a stejně jako každý jiný člověk mohou disponovat introvertnější povahou. K Downovu syndromu se dále mohou přidružit také jiné psychické či fyzické poruchy. Výjimečný není ani výskyt poruchy autistického spektra.

Autismus

Autismus lze označit za vývojovou poruchu, která se projevuje absencí vztahů k lidem, lpěním na určitém („svém“) prostředí, ustálenými zvyklostmi, obsesemi a nutkavým jednáním. Mohou se objevovat i poruchy řeči nebo sebepoškozování. Autismus se v mnoha případech pojí právě s mentální retardací. Lidé s autismem často potřebují speciální a intenzivní péči osob ve svém blízkém okolí (Matoušek, 2008). Dle Slowíka autismus postihuje celou osobnost člověka a nejvíce je zasažena komunikace, představivost a interakce. Shoduje se s předchozím autorem na faktu, že se autismus často váže s mentální retardací, konkrétně uvádí, že se jedná až o 80 % případů. Autismus je zapříčiněn především neurologicky podmíněnými poruchami, ale pravděpodobně má vliv i genetika. Při vzniku autistické poruchy se nejspíš protíná více faktorů najednou. Určit diagnózu však bývá často problematické právě z důvodu zhoršené komunikace, přidruženému mentálnímu postižení a dalším problémům. Sociální integraci osob s poruchou autistického spektra lze zvyšovat prostřednictvím výchovy, vzděláním a rozvíjením osobnosti. Autismus postihuje ve většině případů spíše chlapce. Výjimku tvoří Rettův syndrom, který se naopak vyskytuje převážně u dívek (Slowík, 2010).

Rettův syndrom

Rettův syndrom se dle Slowíka (2010) řadí mezi poruchy autistického spektra. Autoři Čadilová, Jůn a Thorová však označují tuto informaci za spornou, jelikož vývoj a sociální interakce se od autismu odlišuje. Rettův syndrom doprovází těžké neurologické postižení postihující somatické, motorické a psychické funkce člověka. Syndrom se poté vyznačuje zhoršenými kognitivními schopnostmi, ataxií (přestřelující pohyby) a ztrátou účelných pohybových schopností rukou. Symptomy této vývojové poruchy mohou být velmi různorodé, zahrnuje těžší i lehčí varianty syndromu. Rettův syndrom nese také častý výskyt epilepsie, uvádí se zhruba 80 % případů. Syndrom v jeho klasické podobě se vyskytuje pouze u dívek. U chlapců přítomnost syndromu způsobí úmrtí novorozenci či plodu. Existuje však několik málo ojedinělých případů chlapců s tímto syndromem. Jak již bylo uvedeno, Rettův syndrom se liší od ostatních poruch autistického spektra mírou sociální integrace, která je vyšší a kvalitnější. Dívky s tímto typem syndromu naopak převážně vyžadují

společnost a nesnáší nudu a samotu, což pro klasický autismus není typické (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007).

Praderův-Williho syndrom

Jedná se o genetickou poruchu, která je zapříčiněna abnormalitou na 15 chromozomu. S tímto syndromem se pojí velká škála symptomů, mezi které patří malý vzrůst, šilhání, mentální retardace, hypersenzitivita, poruchy chování, sebepoškozování, nedostatečný pohlavní vývoj, obsesivně-kompulzivní chování (upravování věcí do určité symetrie, nutkání se na vše ptát a vše sdělovat), potíže v sociální interakci aj. Bohužel tento syndrom doprovází rovněž chronický pocit hladu, který v důsledku nadměrné konzumace jídla vede k obezitě. Lidé s tímto typem syndromu potřebují celoživotní asistenci druhé osoby (Michalík, 2011).

Epilepsie

Epilepsie patří k poruchám postihujícím mozek a typickým symptomem jsou různé typy záchvatů a přechodné poruchy vědomí. Záchvat způsobuje ztuhlost těla, což poté způsobí pád, pokud daná osoba stojí. Návrat k vědomí přichází poměrně rychle. Dále se mohou objevovat křeče a záškuby těla, mohou je doprovázet i výkřiky. Jako další typ záchvatu označujeme tzv. absenci, jenž se projevuje několikavteřinovým zahleděním, nečinností a nevnímáním okolí. Epilepsie se může vyskytovat s jinými genetickými syndromy či s mentální retardací. Mimo záchvaty epilepsii provází také poruchy nálad (rozmrzelost, depresivita), poruchy chování (agresivita), poruchy emotivity (emoční labilita) (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007).

2 SPECIFIKA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Osoby s mentálním postižením bychom mohli popsat jako velmi speciální cílovou skupinu, která sebou nese určitá specifika. Abychom správně pochopili chování lidí s mentálním postižením a jejich osobnost, je potřeba brát na tato specifika ohled, především při práci s touto cílovou skupinou. Mezi tato specifika jsem zařadila komunikaci, kvalitu života, kam spadají další související aspekty, a nakonec chování náročné na péči, které se u osob s mentálním postižením může objevovat, a především tato témata patří ke stěžejním bodům diplomové práce.

2.1 Komunikace s osobami s mentálním postižením

Pojem **komunikace** označuje sdělování informací mezi lidmi. Řadí se zde všechny existující prostředky sdělování – slovní i mimoslovní. Komunikace mezi lidmi zahrnuje stránku obsahovou a stránku vztahovou (Matoušek, 2008). Komunikace nám rovněž dává možnost předávat určité významy jednotlivcům či skupinám. Hraje zásadní roli při utváření schopností a dovedností člověka, k jejichž rozvíjení nám pomáhá jazyk. Komunikace hraje důležitou roli při utváření a udržování vztahů. Jako sociální bytosti trávíme velkou část svého života v kontaktu s jinými lidmi. K tomu nám slouží a napomáhá právě komunikace (Boukalová et al., 2023).

Jedinec má možnost komunikovat **verbálně**, **neverbálně** nebo **činem – jednáním**. Nekomunikovat nelze, jelikož i svým pohledem, gestem nebo jakýmkoliv jiným způsobem komunikujeme. Pojem **verbální komunikace** chápeme jako komunikaci prostřednictvím slov artikulovaných, tištěných, psaných. Každá slovní komunikace obsahuje rovněž formální stránku – tempo mluvy, tón hlasu, intonaci, hlasitost, pomlky. **Neverbální komunikaci** rozumíme takovou komunikaci, která je vyjádřena beze slov a může sloužit také jako doplnění slovní komunikace. Neverbální komunikace probíhá prostřednictvím gest, postojů těla, výrazů tváře, pohledů očí, vzdálenosti a zaujímáním pozic v prostoru (proxemika), tělesných doteků (haptika), tónu hlasu nebo také fyzického vzhledu (Michalík a kol., 2011).

Mentální postižení nemá vliv pouze na intelekt dané osoby, ale ovlivňuje celou osobnost takového člověka. Schopnost komunikace je jednou z dovedností, která je u člověka určitým způsobem postižena. Závisí zde však na individuálních zvláštěnostech, způsobu a míře. Některé komunikační obtíže má na svědomí přímo mentální handicap, zpravidla to bývá omezená slovní zásoba, zhoršená schopnost porozumět danému sdělení či

odlišnosti ve tvaru nebo stavbě vět (agramatismy). V mnoha případech jsou však k mentálnímu postižení přidruženy další vady či poruchy, které mají dopad na komunikační schopnosti osoby (Slowík, 2010). Lidé s mentální retardací rozumí významu komunikace a přesto, že jejich schopnost komunikace nedosahuje takové úrovně, mají snahu se domluvit. Pokud jedinec s mentální retardací nekomunikuje slovy, ve většině případů si poměrně rychle zvládne najít jiný způsob komunikace. Závisí samozřejmě opět na daných schopnostech a také na tom, zda a jak závažné má jedinec další přidružené poruchy (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007).

2.1.1 Možnosti komunikace dle kategorií mentální retardace

Lehká mentální retardace

Pro osoby s lehkou mentální retardací je typické komunikovat na úrovni každodenního života a udržet konverzaci. Mluvu si však osvojují později a často se objevují problémy se čtením a psaním. S osobami s lehkou mentální retardací není složité se dorozumět, mohou ale hůře rozumět složitějším sdělením. Vyjadřují se spíše jednoduše, používají ustálené fráze, které znají ze svého okolí, někdy se objevuje i zhoršená výslovnost některých hlásek (dyslalie).

Středně těžká mentální retardace

U osob se středně těžkou mentální retardací bývají podstatné rozdíly ve schopnosti komunikovat. Někteří jedinci zvládají jednoduchou konverzaci, jiní jen stěží mluví alespoň o svých potřebách. Tyto osoby disponují omezenou slovní zásobou a porozumění komplikují vady řeči a nesprávné vyjadřování. Při vhodném pedagogickém vedení jsou však lidé s tímto stupněm postižení schopni naučit se i číst, psát a počítat.

Těžká mentální retardace

U osob s těžkou mentální retardací se objevuje výraznější snížení schopnosti komunikovat. Výchovná a vzdělávací péče o tyto osoby však může mít dobrý vliv jak na jejich komunikační schopnosti, tak i na rozvoj motoriky, rozumové schopnosti a samostatnost. Prostřednictvím běžné řeči se s těmito osobami domluvíme jen stěží. Zde přichází na řadu spíše využití alternativních metod komunikace jako jsou piktogramy, komunikační tabulky atd.

Hluboká mentální retardace

Osoby s hlubokou mentální retardací jsou velmi omezeny ve schopnosti porozumět a dorozumět se. Komunikace s těmito lidmi probíhá alternativními způsoby jako je metoda bazálního dialogu (prostřednictvím doteku, hlasu, zvuku). Jedinec s tímto typem postižení

je schopen komunikovat nonverbálními projevy jako například rytmem a intenzitou dýchání, pohybem očí, končetin, zvuků atd. (Slowík, 2010).

2.1.2 Alternativní formy komunikace

Alternativní nebo také augmentativní formy komunikace se využívají v případě, kdy není možné se dorozumět s danou osobou běžnou formou komunikace. Mezi tyto skupiny osob se řadí mimo jiné i lidé s mentálním postižením. Je možné využít řadu různých dorozumívacích systémů. Jako nejjednodušší techniku můžeme označit „znak do řeči“. Tato technika funguje na principu využívání jednotlivých znaků ze znakového jazyka. Používá se určitá gestikulace či pohybové nebo pantomimické vyjádření. U lidí s těžšími vadami a poruchami řeči, případně autismem má uplatnění komunikace prostřednictvím piktogramů. Takto označujeme srozumitelné komunikační obrázky, z nichž je možné utvořit i jednoduché věty. Většinou se vyskytují ve formě bílého obrázku na černém pozadí či černého obrázku na bílém pozadí. Dalšími metodami jsou dále také Makaton nebo Bliss, které fungují na základě obrázkového písma, někdy také ve spojení s pohybovými znaky. Nepatří však k tolik rozšířeným. Alternativní komunikační systémy jsou poměrně snadné k osvojení, daná osoba však potřebuje dostatek vůle a podporu ze strany blízkých a komunikačních partnerů (Slowík, 2016).

2.2 Kvalita života osob s mentálním postižením

Kvalita života v dnešním světě patří k velmi skloňovaným pojmům. Jak se však autoři ve svých publikacích shodují, je obtížné tento pojem jasně definovat.

Ludíková ve své knize odkazuje na Mezinárodní zdravotnickou organizaci, která při definici pojmu zdůrazňuje důležitost toho, jak člověk sám vnímá kvalitu svého života v souvislosti se svou kulturou, hodnotovým systémem, vztahem k jeho cílům, očekáváním, normami a obavami (Ludíková, 2013).

Křížová v knize poukazuje na historický kontext a na skutečnost, že pojetí kvality života se v průběhu let měnilo dle toho, co lidé zrovna nejvíce potřebovali. Rovněž vysvětluje, že kvalita života nemůže být vyjádřena pouze materiálně, ale je nutné získat „něco navíc“, aby člověk žil opravdu kvalitně. Dále také odkazuje na pyramidu potřeb a vysvětluje důležitost uspokojení základních potřeb a až později těch ostatních (Payne, 2005).

S tvrzením, že kvalita života přesahuje materiální hodnoty souhlasí ve své publikaci Matoušek. Kvalita života dle něj představuje indikátor zdraví, což znamená fyzickou,

duševní i sociální pohodu. Matoušek rovněž poukazuje na to, jaký měla vliv na pojetí kvality života historie. V oblasti zdravotní a psychosociální péče se kvalita života začala měnit po druhé světové válce vlivem rozvoje medicíny. Jako konkrétní změny můžeme označit větší důraz na pacienta či klienta, jeho názor, zaměření na rehabilitaci, komplexnější terapii aj. Důkazem zájmu o kvalitu života v důsledku války je i snaha OSN o definování faktorů podmínek života v roce 1961. Mezi tyto faktory patřilo např. zdraví, kvalita životního a pracovního prostředí, možnost osobnostního rozvoje aj. (Matoušek, 2013).

Vaďurová stejně jako i jiní autoři píše o množství definic kvality života, což je způsobeno širokou aplikovatelností tohoto pojmu v různých odvětvích (ekonomika, zdravotnictví, běžný život). Definice se tedy liší dle toho, v jakém smyslu ji chceme využít nebo také dle prostředí, ve kterém ji měřím (Pančocha, Procházková, Solárová, 2013). Pokud bychom chtěli najít definici spojující více různých pohledů, můžeme kvalitu života popsat jako „*kombinaci prožitku vlastního zdraví, úrovně osobní pohody, životní spokojenosti a určitého sociálního postavení*“ (Pančocha, Procházková, Solárová, 2013, s. 67).

Jak bylo popsáno výše, jedním z aspektů kvality života je osobní pohoda neboli well-being, což je v dnešní době velmi zásadní téma. Konceptu well-being se konkrétněji věnuje Ludíková, která jej vyzdvihuje jako jednu z důležitých složek zdraví člověka. V této souvislosti má pak význam především to, jaký má vliv zdravotní postižení na well-being daného člověka. Pokud osoba trpí zdravotními problémy, well-being se úměrně tomu může zhoršovat. Zároveň však hraje roli i skutečnost, zda je zdravotní postižení získané nebo vrozené. Jedinci s vrozeným zdravotním postižením vykazují vyšší míru well-beingu, což se ve většině případů týká i osob s mentálním postižením (Ludíková, 2016).

Osoby s mentálním postižením

Existují činitele kvality života, které můžeme rozdělit do dvou skupin, a to na vnitřní a vnější. **Vnitřními činiteli** označujeme somatickou a psychickou výbavu jedince, která je zároveň ovlivněna onemocněním, poruchou či defektem. Patří sem rovněž aspekty ovlivňující rozvoj a integritu osobnosti handicapovaného. Mezi **vnější činitele** řadíme ekologické, výchovné, společensko-kulturní, pracovní, materiálně technické a ekonomické faktory (Pančocha, Procházková, Solárová, 2013). Z této skutečnosti vyplývá, že osoby s mentálním postižením mohou mít vůči zdravým jedincům v oblasti kvality života nevýhodu. Zároveň se dozvídáme, že na kvalitu života má velký vliv také vzdělání, práce, společenský status atd.

Křížová popisuje, že dobrý zdravotní stav může jít ruku v ruce s vyšším socioekonomickým statusem. Zdravý člověk má lepší předpoklad ke studiu a dobrým pracovním příležitostem (Payne, 2005). Naproti tomu člověk s mentálním handicapem může trpět tím, že nedosahuje takového vzdělání, nezíská vhodnou práci a v důsledku toho nežije tak kvalitním životem.

S kvalitou života se úzce pojí vzdělání, práce a také začlenění do společnosti, čímž se budeme zabývat v dalších odstavcích.

2.2.1 Vzdělání a práce

Novosad zdůrazňuje důležitost vzdělání a také to, že právo na vzdělání by nemělo být nikomu odepíráno. Zastává tezi, aby se osoby s handicapem, pokud je to v jejich možnostech, integrovaly do běžných škol a měly tak možnost se socializovat. Tento krok má za následek posílení sebevědomí osob se zdravotním postižením a také větší přijetí ze strany zdravých dětí. Lidé s postižením pro ně nebudou takovou neznámou, což do budoucna může zabráňovat předsudkům a diskriminaci. Lidem, kteří nemohou navštěvovat běžné školy z důvodu rozsáhlejšího postižení, je potřeba zajistit podmínky pro vzdělávání a přizpůsobit učení jejich potřebám (Novosad, 2009).

Podobně chápe důležitost vzdělání osob se zdravotním postižením i Michalík, který poukazuje na velkou tradici speciálních školských zařízení v České republice. Tento způsob vzdělávání označuje jako segregáční, tedy v rozporu se sociálním začleňováním. Tomuto principu odpovídá vzdělávání integrované, které však dosud není zajištěno na takové úrovni jako na školách speciálních. Michalík se rovněž přiklání k tvrzení, že rovný přístup ve vzdělání a integrace do běžných škol ovlivňuje vznik diskriminace, sociálního vyloučení a zvyšuje možnost uplatnění na trhu práce (Michalík, 2011).

Právě uplatnění na trhu práce a zaměstnání v životě člověka hraje velmi významnou roli. Jinak tomu není ani u lidí se zdravotním postižením. Této tématice se věnuje Procházková, která práci vidí jako důležitý předpoklad pro integraci do společnosti. Zároveň dle jejího názoru napomáhá k sebeurčení, uznání a kvalitě života. Pro člověka se zdravotním postižením nalezení placeného zaměstnání může znamenat odpoutání od rodičů, zvýšení samostatnosti a nezávislosti na sociálních dávkách. Práce má rovněž velký vliv na psychický stav člověka, jelikož její absence může vyvolat pocit neužitečnosti a neschopnosti. To v důsledku může zapříčinit také zhoršený zdravotní stav (Pančocha, Procházková, Solárová, 2013).

Důležitost práce v životě osoby se zdravotním postižením vnímá podobně i Novosad. V této souvislosti vyzdvihuje významnost seberealizace, což popisuje jako rozvíjení a využívání nadání a schopností daného jedince. Zároveň upozorňuje na obtížnost seberealizace a s ní související uplatnění na pracovním trhu u osob se zdravotním postižením. Je nezbytné zjistit, pro jaké činnosti má daná osoba vloh a maximálně využívat funkce, které nejsou postižením tolik ovlivněny. U osob s mentálním postižením poukazuje na jejich dobrou manuální zručnost či estetické cítění (Novosad, 2009).

Michalík naproti tomu velmi zdůrazňuje práva v souvislosti se zaměstnáváním osob se zdravotním postižením. Zmiňuje podpůrné opatření v oblasti práce:

Pracovní rehabilitace – Činnost zaměřená na získání a udržení vhodného pracovního místa poskytovaná Úřadem práce. Rovněž zahrnuje poradenství orientující se na volbu povolání, přípravu pro zaměstnání, zprostředkování, udržení aj.

Služby podporovaného zaměstnávání v oblasti pracovní rehabilitace – Úřadem práce pověřená právnická či fyzická osoba, která poskytuje služby zahrnuté do pracovní rehabilitace.

Chráněné pracovní místo a chráněné dílny – Chráněné pracovní místo vytváří zaměstnavatel pro osobu se zdravotním postižením na základě dohody s Úřadem práce, a to nejméně na dobu dvou let. Na vytvoření tohoto místa Úřad práce poskytuje příspěvek. Chráněná dílna je potom pracovištěm zaměstnávajícím alespoň 50 % osob se zdravotním postižením (Michalík, 2011).

2.2.2 Začleňování osob s mentálním postižením

Začleňování do společnosti neboli **sociální integraci** vnímáme jako nejvyšší stupeň socializace člověka. Osoby s handicapem potažmo s mentálním postižením se od minoritní společnosti odlišují, což jim sociální integraci značně komplikuje. Je tedy nutné začleňování těchto osob podporovat a zajišťovat vhodné podmínky především v oblasti školské integrace, pracovní integrace a samozřejmě společenské integrace. V souvislosti s osobami se zdravotním postižením je skloňován také pojem **inkluze**. Tento pojem označuje proces umožňující lidem s handicapem účastnit se všech aktivit společnosti stejně jako každý jiný člověk. Pokud je to možné nevyužívají se v těchto případech žádné speciální prostředky a postupy (Slowík, 2016).

Michalík (2011) tuto tematiku uchopuje trochu odlišnou optikou. Poukazuje na historické hledisko, kdy společnost osoby se zdravotním postižením poměrně razantně vyčleňovala ze svého středu. Doba pokročila, společnost se v mnohém změnila a postavení

osob se zdravotním postižením se zlepšilo. Avšak stále dle autora přetrvávají pozůstatky diskriminace, které jsou ve společnosti určitým způsobem zakořeněné. Tato diskriminace vyplývá především z předsudků a mýtů, které o lidech se zdravotním postižením kolují. Předsudky potom rozdělujeme do několika typů na:

- podceňující (zaslouží politování, jsou bezmocní a nemohoucí)
- odmítavé (jsou neužiteční a neproduktivní)
- protektivní (potřebují ochranu a sociální péči)
- hostilní (mají samé výhody)
- idealizující (žijí mravním životem, utrpení je zušlechťuje)
- heroizující (všechno zvládají skvěle, lépe než ostatní, žádnou pomoc nepotřebují)

Předsudky se šíří v rodině, ve vrstevnických skupinách, v médiích. Na odstranění předsudků a vhodném přístupu k osobám s handicapem je potřeba pracovat již s dětmi v raném věku a to především v rodině, jelikož odlišné postoje začíná dítě vnímat již ve věku tří let (Michalík, 2011).

Novosad v mnohém souhlasí s předchozím autorem a taktéž otevírá téma předsudků, diskriminace a sociální izolace osob s handicapem. Pokud však společnost má dostatek informací a realistický náhled, osoby se zdravotním postižením lépe zapadnou do běžného života a stanou se součástí společnosti. Zároveň poukazuje na důležitost zvyšování sociální gramotnosti těchto osob a tím pádem i lepší možnosti participovat na společenském životě (Novosad, 2009). Tímto faktem se vracíme k důležitosti vzdělávání a práce alespoň v takové míře, v jaké je to pro tyto osoby reálné.

2.2.3 Partnerství a sexualita

Člověk patří k bytostem společenským a vztahy pro něj tvoří velmi významnou součást života. Mezilidské vztahy řadíme k nejdůležitějším oblastem kvality života člověka. Pokud člověk disponuje dobrými mezilidskými vztahy a jeho život je v tomto směru naplněný, existuje velká šance životní spokojenosti. Existují však skupiny osob, pro které nalezení kvalitních vztahů může představovat problém. K těmto skupinám se běžně řadí i lidé s mentálním postižením. Dle Kozákové pro tyto osoby nese přítomnost přátelských, ale především partnerských vztahů stejnou důležitost jako pro osoby bez zdravotního omezení. V mnoha případech to může být právě to, co lidem s mentálním postižením v životě schází a co si přejí (Kozáková, 2022).

K tomuto tvrzení se přiklání i Novosad, který rovněž shledává problém v možnostech lidí s mentálním postižením v oblasti partnerství. Popisuje, že osoby s mentálním postižením často trpí citovou deprivací a sexuální frustrací. Tyto potíže mohou výrazně snížit jejich životní motivaci a rovněž kvalitu života. Novosad v souvislosti s partnerskými vztahy vyzdvihuje důležitost sociálního klimatu a dobrého rodinného zázemí. Konkrétně si myslí, že harmonické místo, kde je osoba s mentálním postižením podporována v partnerském soužití a sexualitě, podněcuje větší motivaci a potažmo i šanci na spokojený partnerský život. Taková podpora se dle něj vyskytuje spíše v rodinách. Dále popisuje, že lidé s mentálním postižením vyrůstající v ústavní péči mají v této oblasti větší riziko neúspěchu. Tento jev bývá dán především absencí pozitivních vzorů. Z toho důvodu potřebují lidé s mentálním postižením velkou míru podpory a včasnou edukaci v oblasti partnerství a vztahů (Novosad, 2009).

Lidé s mentálním postižením mohou být znevýhodněni také tím, že v jejich případě existují různé překážky a méně příležitostí pro navazování vztahů. Děje se tak vlivem nedostatku zkušeností, omezenými komunikačními schopnostmi, nízké sebedůvěry či nedostatku prostoru od rodiny či pečujících. Často však hrají roli omezené možnosti nalézt někoho na podobné mentální úrovni s podobnými hodnotami (Kozáková, 2022).

S partnerstvím úzce souvisí i téma sexuality. Ta je v kontextu osob s mentálním postižením často tabuizována. Dle Kozákové však sexualita patří k neodmyslitelným součástem lidského života a zároveň patří k základním lidským potřebám. Sexualitou není myšlen pouze sexuální styk jako takový, naopak tento pojem nese více dílčích složek. Zahrnuje rovněž potřebu intimního kontaktu s blízkou osobou, prožívání silného citu a sounáležitosti, vnímání vlastního těla, fyzický a emocionální rozvoj, genderové vyjádření a další důležité aspekty (Kozáková, 2022). Podobně sexualitu popisují ve své publikaci také Venglářová a Eisner (2013), kteří však mimo tyto aspekty vnímají jako velmi důležitou složku rovněž rodičovství, potažmo potřebu pokračování rodu. Tito autoři považují za důležité, aby sexualita osob s mentálním postižením byla vnímána stejně jako u všech ostatních lidí, aby nebyly přehlíženy jejich potřeby v oblasti sexuality. Tím by mohlo docházet k omezování práv těchto osob. S tímto tvrzením souhlasí i Kozáková, která zdůrazňuje, že mezi lidská práva člověka řadíme i právo na vlastní prožití sexuality. Dle Deklarace práv mentálně postižených osob mají lidé s mentálním postižením stejná práva jako všichni ostatní občané, tedy i právo na sexualitu, potažmo její prožití a rozvoj (Kozáková, 2022).

Ačkoliv mají lidé s mentálním postižením právo na sexualitu, pohled společnosti se s tímto faktem často neslučuje. Postoj společnosti ovlivňuje určité stigma směrem k lidem s mentálním postižením. Společnost má představu, jak by měl člověk vypadat, chovat se, jak by měl uspokojovat své potřeby. Do těchto norem však osoby s mentálním postižením často nezapadají. Netolerance sexuality u této skupiny osob může vycházet i od rodičů či pečovatелů, kteří tyto projevy v mnoha případech raději přehlíží. Z těchto důvodů se s tématem sexuality pojí i různé předsudky a mýty. Nejčastěji se objevují tyto předsudky: „lidé s mentálním postižením jsou asexuální“, „jsou jako děti“, „nejsou schopni ovládat své sexuální jednání“ (Mandzaková, 2013). O mýtech a předsudcích píše i Venglářová a Eisner (2013), kteří jejich vznik přikládají neinformovanosti a strachu z neznámého. Autoři zaznamenali podobné předsudky jako předchozí autorka. Kromě již popsaných zmiňují také tyto: „sexuální chování je nutné zvládnout pomocí medikace“ a „informace ohledně sexuality podněcují sexuální život dané osoby“. Tyto mýty autoři vyvrací a shodují se, že je nutné se sexualitou u osob s mentálním postižením pracovat v co největší míře, aby se mohla stát přirozenou součástí jejich života.

2.2.4 Institucionalizace

Lidé s mentálním postižením jsou v mnoha případech odkázáni na pomoc institucí. Působení institucí pro tuto cílovou skupinu se v průběhu let změnilo. Před rokem 1989 téměř žádné služby pro osoby s mentálním postižením neexistovaly a jedinou možností zůstávalo využití ústavů sociální péče. Rodiče dětí s mentálním postižením byli často podporováni ve využití těchto ústavů. Situace se začala měnit na začátku devadesátých let, kdy se postupně objevovaly další služby pro tyto osoby (Matoušek, 2015). Matoušek (2013) označuje institucionalizaci jako velkou nevýhodu ústavní péče. Institucionalizace jinými slovy vyjadřuje adaptaci na život v ústavním prostředí, což způsobuje omezenou schopnost obstat v neústavním prostředí. Klienti mohou být ohroženi mocenskou převahou pracovníků a nemají schopnost rozpoznat nevhodné zacházení.

Čámský, Sembdner a Krutilová rovněž popisují nevhodnost poskytovaných služeb, avšak po roce 1989 dle autorů stále sociální služby neměly dlouhou dobu úroveň, jaká by se očekávala. Proces transformace, respektive deinstitucionalizace byl zahájen téměř ihned, ale pozornost se zaměřila spíše na kvalitu ubytování, ne přímo na poskytovaných služeb. V zařízeních pobytových služeb stále rezonoval problém moci pracovníků nad klienty, za které bylo ve většině případů rozhodováno v záležitostech základních lidských potřeb. Tyto potíže měly vliv na kvalitu života osob s mentálním postižením. Jejich život nebyl na

úrovni života běžných občanů. Vlivem deinstitucionalizace se postupně začaly služby více zaměřovat na individuální podporu života člověka v přirozenějším prostředí. Služby upouštěly od ústavní péče a vznikaly zařízení komunitního typu bydlení (Čámský, Sembdner a Krutilová, 2011).

Pobytová zařízení, která mohou využívat lidé s mentálním postižením jsou domovy pro osoby se zdravotním postižením (DOZP), chráněná bydlení nebo podporované bydlení. Domov pro osoby se zdravotním postižením poskytuje ucelenou a kompletní péči. Využívají ho lidé, kteří nejsou schopni žít samostatně, ani s podporou rodiny či terénních služeb. Domovy se zdravotním postižením zajišťují zároveň i zdravotní péči. Chráněné a podporované bydlení většinou umožňují klientům větší samostatnost a individuálně nastavenou podporu jen v oblastech, kde je to potřeba (Matoušek, 2013).

Přestože instituce prošly transformací a tamní podmínky se v mnohém zlepšily, stále se může stát, že prostředí či přístup k lidem s mentálním postižením v těchto službách nenaplňuje standard kvalitního života. Autoři Čadilová, Jůn a Thorová (2007) píší o důležitosti zajištění klientům základní lidské potřeby. Zde se řadí fyziologické potřeby; potřeba bezpečí, jistoty a soukromí; potřeba někam patřit a být milován; potřeba úcty a respektu; potřeba seberealizace. Pokud jsou tyto potřeby personálem zajišťovány, klient má větší šanci žít spokojeným a kvalitním životem. Tyto potřeby působí i na chování klienta, které se může stát v důsledku neuspokojení potřeb náročným na péči. Jůn (2021) k tomuto tématu zmiňuje i nutnost individualizace a rozdílnost v přístupu pracovníků. Konkrétně popisuje že dobrým způsobem pro práci s klientem může být rozdílnost v přístupu osob, které o danou osobu pečují. Není nutné, aby se všichni zúčastnění chovali úplně stejně, rozdílnost v mnoha případech může působit velmi dobře.

2.3 Chování náročné na péči u osob s mentálním postižením

Náročným chováním označujeme takové jednání, které negativně ovlivňuje určitou pohodu, zdraví, kulturní normy, vztahy a sociální status. Často je takové chování pro osoby kolem obtěžující, někdy i ohrožující na životě. Osoba vykazující takové chování v mnoha případech nechce nikomu ublížit, často ani své chování nepovažuje za náročné. Může to být spíše způsob sebeurčení, sebeobrany či sebevyjádření (Osgood, 2023).

V kontextu s lidmi s mentálním postižením je takové chování často označováno jako problémové. V dnešní době se již od tohoto označení ustupuje a čím dál častěji se objevuje spíše pojem „chování náročné na péči“. V literatuře se ale stále setkáváme s pojmem

„problémové chování“. Takto jej označuje i Emerson, který ho považuje za typ chování zahrnující agresi, destruktivitu, sebezraňování, křik, hyperaktivitu aj. Problémové chování dle něj znamená kulturně abnormální chování takové míry, kdy je ohroženo bezpečí dané osoby či jeho okolí (Emerson, 2008).

Jak již bylo zmíněno, chování náročné na péči v mnoha případech zahrnuje agresi. Tento typ chování se často řeší především proto, že je omezující k lidem v okolí dané osoby. O agresi se konkrétněji zmiňuje Šik (2016), který se shoduje s předchozími autory v tvrzení, že toto chování často vyvolává neuspokojení určitých potřeb. Příčinu takového chování můžeme nalézt v neuspokojení potřeb sociálních. V praxi to může znamenat, že je daná osoba obklopena lidmi, se kterými nevychází a které si sama nevybrala (např. v pobytových sociálních službách) nebo nemá možnost stýkat se se svými blízkými. Další příčinou může být také neuspokojení sexuálních potřeb. To může rovněž způsobovat velkou frustraci a z toho pramenící náročné chování potažmo agresi. V tomto případě nastává otázka, zda má takový člověk možnost soukromí a případně někoho, komu se může se svými potřebami svěřit.

Durecová popisuje častou souvislost problémového chování a psychických poruch u osob s mentálním postižením. To samozřejmě nemusí být pravidlem. Chybou je, že problémové chování často bývá označováno za jeden z běžných projevů mentálního postižení. V mnoha případech se neprovádí žádná analýza ani psychiatrické vyšetření, aby se zjistilo, co za těmito projevy chování stojí. Často jsou osoby s problémovým chováním tlumeny léky a skutečný problém se pouze potlačuje. Pro zjištění příčin problémového chování je tedy důležité zkoumat, zda se neobjevují tyto aspekty:

- somatické zdravotní problémy klienta
- vedlejší účinky medikace
- prostředí, které může být nedostatečné pro zajištění některých základních potřeb dané osoby
- nemožnost reflektovat své potřeby společensky přijatelným způsobem
- symptomy psychické poruchy (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007).

Výskyt psychických poruch však představuje pouze jednu z možností příčin náročného chování. Ve většině případů se za chováním náročným na péči skrývá více. Osgood (2023) rovněž považuje za důležité, aby byly zkoumány faktory, které na člověka působí. Nejvíce dle něj záleží na vztahu mezi člověkem vykazujícím náročné chování a jeho okolím (tím je

myšleno místo, kde žije a lidé kolem něj). Pokud se totiž v tomto vztahu objevuje konflikt, často vzniká i chování náročné na péči. Samozřejmě existuje i možnost, že chování může vycházet z bolesti způsobené zdravotními problémy dané osoby. Jelikož to není schopna jiným způsobem komunikovat, dochází k nepřiměřenému jednání.

2.3.1 Psychické poruchy, které mohou souviset s chováním náročným na péči

Depresivní porucha

Depresivní porucha se u osob s mentálním postižením stejně jako u jakékoliv jiné osoby často objevuje v souvislosti s událostmi spojenými se životní ztrátou. Lidé s mentálním postižením mohou být náchylní v důsledku stresu, který se váže k jejich fyzickému a psychickému znevýhodnění, nemocím a absenci blízkých osob, které by mohly poskytnout emoční podporu. K symptomům depresivní poruchy se řadí smutná nálada, pasivita, izolovanost, snížení komunikace, pocit viny, ztráta energie aj. U osob s těžší formou mentálního postižení se potom často může objevovat podrážděnost, agrese, autoagrese, křik atd. (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007).

Bipolární afektivní porucha

Duševní porucha typická střídáním stavů mánie a deprese. Mánie se projevuje především hyperaktivitou, nepřiměřeně dobrou náladou, rozrušením až agresivitou, náhlými změnami témat hovoru. Deprese se potom vyznačují apatií, sklíčenou náladou, ztrátou zájmu, sebevražednými myšlenkami, v těžších případech i bludy a halucinacemi. Porucha často bývá dědičná. Léčba probíhá formou podávání psychofarmak, a to v dlouhodobém horizontu (Matoušek, 2008).

Schizofrenie a schizofrenní poruchy

Schizofrenní poruchy se typicky projevují střídáním období klidu a období atak, kdy daná osoba nemá náhled na svou situaci a může se chovat pro společnost nepříjemně, např. agresivními projevy. Hlavními příznaky schizofrenie jsou bludy a halucinace (Matoušek a kol. 2013). U osob s mentálním postižením nastává komplikace při rozpoznání, zda jejich projevy (např. komunikace s imaginárním přítelem) jsou halucinacemi nebo souvisí s některým jiným specifickým dané osoby. Diagnóza by se tedy neměla stanovit jen na základě tohoto symptomu, ale je třeba hledat i jiné souvislosti (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007).

Poruchy osobnosti

Poruchy osobnosti patří k obtížně léčitelným poruchám. Projevují se v dospělosti, ale jejich vznik může být zapříčiněn v dětském věku, a to vlivem týrání, zneužívání či

zanedbávání. Příznaky se mohou objevovat ve formě nedůvěry k ostatním a v dobrotu světa, strachu z lidí, výjimkou není ani sebepoškozování, agrese vůči ostatním aj. Součástí poruchy tvoří odchylky od běžných způsobů chování, vnímání, myšlení a utváření vztahů s jinými lidmi. Poruchy osobnosti bývají léčeny prostřednictvím medikamentů a dlouhodobé psychoterapie (Matoušek a kol. 2013).

2.3.2 Principy podpory osob s chováním náročným na péči

Rada vlády se zaměřila na systémová opatření pro podporu osob s intelektovým znevýhodněním a chováním náročným na péči a zdůrazňuje zde principy, na kterých je tato podpora založena a které jsou v práci s těmito osobami důležité:

Lidskoprávní přístup

Člověka s chováním náročným na péči je nutno brát jakožto nositele lidských práv a základních svobod, ne jako na nemocného, jehož je potřeba vyléčit. Cílem by mělo být vyrovnat příležitosti pro osoby s náročným chováním a překonávat bariéry, které jim brání v začlenění se do společnosti.

Zaměření na člověka

Důležitou součástí podpory představuje respekt k důstojnosti osoby s postižením. Člověku s chováním náročným na péči se má dostávat takové podpory, která vychází z jeho individuálních potřeb a přání. Měl by mít v nejvyšší možné míře funkci partnera, ne pouze pasivního příjemce služby či péče.

Reflexe nejnovějších odborných poznatků a osvědčených postupů

Měla by být zohledněna aktuální úroveň poznání v oblasti podpory osob s chováním náročným na péči a používány přístupy, které jsou osvědčené jako například Podpora pozitivního chování či aktivní podpora.

Spolupráce mezi klíčovými aktéry

Osoby s postižením mají mít dle Úmluvy možnost získat komplexní podporu. Stále se však často využívá pouze jednooborový přístup. Důležitá je tedy spolupráce klíčových aktérů z oblasti podpory osob s chováním náročným na péči, a to na co nejširší úrovni (Vláda ČR, 2024).

3 PODPORA POZITIVNÍHO CHOVÁNÍ

Podpora pozitivního chování je termín označující přístup, kdy náročné chování klientů posuzujeme konstruktivně. To znamená snahu o vytváření nových způsobů chování bez využití tzv. trestajících technik. Těmito technikami je myšleno fyzické omezování osob, násilí, využívání medikamentů k otupění, vyhrožování a strašení, odebrání věcí, které jsou pro danou osobu důležité, držení v izolaci aj. Přístup se zaměřuje spíše na to, jak v lidech formovat dovednosti, ne je trestat. Přístup podpory pozitivního chování prosazuje, abychom osobám s náročným chováním věnovali pozornost především ve chvílích, kdy se náročně nechovají a chválili za to, co dělají dobře, čímž jejich „správné“ chování posilujeme (Osgood, 2023).

Přístup má snahu věnovat se následujícím aspektům:

- zlepšení kvality života,
- identifikování příčin, proč se chování náročné na péči vyskytuje
- využití více intervencí pro vytvoření uceleného systému podpory
- uzpůsobení místa, kde daný člověk žije, dle jeho aktuálních potřeb
- příprava procesů tak, aby bylo předcházeno konfliktům (preventivní zásah)
- osvojování nových dovedností (pro osoby podporu přijímající, ale i poskytující)
- nabídka různých aktivit, lidí a věcí, jež by mohli obohatit život osoby
- ti, o které se staráme, jsou stejně důležité jako ostatní
- k podpoře jsou využívány různé postupy, jako např. plánování zaměřené na člověka, psychologické, zdravotnické a jiné úhly pohledu (MacDonald a McGill, 2013 in Osgood).

Organizace Děti úplňku v mnohém vychází z tvrzení předchozího autora. Za důležitou součástí přístupu je pokládána základní myšlenka, kdy se podpora dané osoby soustředí na zachování respektu k základním lidským právům. Přístup si rovněž zakládá na důležitosti porozumět chování lidí, kteří z důvodu svého postižení komunikují obtížněji. Podpora pozitivního chování dle této organizace nabízí ucelený systém pomoci osobám s intelektovým znevýhodněním a náročným chováním, kdy se snaží o zkvalitnění jejich života a prevenci chování náročného na péči. Také umožňuje těmto osobám samostatněji rozhodovat a žít tak svobodnější a kvalitnější život (Děti úplňku, 2024).

Kincaid popisuje Podporu pozitivního chování jako přístup, který se opírá o strategii vyzdvihující důstojnost a celkovou pohodu člověka. Tyto strategie jsou primárně čerpány

z psychologických (behaviorálních), pedagogických a společenských věd. Přístup podpory pozitivního chování lze využívat na úrovni jednotlivce i na úrovni větších systémů (rodiny, školy, sociální služby aj.) (Leif et al., 2023)

S tímto tvrzením souhlasí i autoři Carberry, Wardale, Hutchison, Lackey a Vassos, kteří poukazují ve svém článku na skutečnost, že přístup Podpory pozitivního chování vychází z jiného přístupu, kterým je Aplikovaná behaviorální analýza. Také se domnívají, že je velmi důležité, aby přístup Podpory pozitivního chování byl aplikován prostřednictvím vhodných technik. Jen tímto způsobem se výskyt náročného chování může snížit (Carberry et al., 2024).

3.1 Využití přístupu Podpory pozitivního chování

Petlanová Zychová v článku o přístupu Podpory pozitivního chování poukazuje na to, co bylo již popsáno v předešlé kapitole. Pokládá za důležité, aby chování, na které se přístup zaměřuje, nebylo označováno jako „problémové“. Tímto způsobem je totiž klient svým způsobem nálepkován, jelikož každý poté daného klienta automaticky vnímá jako problémového. Vhodnější variantou je tedy využívání pojmu „chování náročné na péči“. Podstata přístupu Podpory pozitivního chování tkví ve snaze klienta poznat na hlubší úrovni, pochopit, proč se chová určitým způsobem a hledat spouštěče náročného chování. Tímto chováním daná osoba často usiluje o vyjádření se. Snaží se tímto způsobem něco sdělit a přístup si dává za cíl této specifické komunikaci porozumět.

Petlanová Zychová také sepsala body, které popisují to, jakým způsobem přístup Podpory pozitivního chování funguje:

- Přístup se orientuje na silné stránky člověka s náročným chováním, na to, co jej ve skutečnosti zajímá. Dle toho jsou poté zajišťovány podmínky a prostředí, aby se mohl oblíbeným činností věnovat.
- Snaží se o posílení vzájemného vztahu a důvěry, důležitou součástí tvoří respekt k dané osobě.
- K hlavním cílům přístupu patří zkvalitnění života člověka s chováním náročným na péči – zde je důležité hledat, co kvalitu života může zlepšit, co danou osobu činí šťastnou a zda je aktuálně spokojená.
- Důležitou součástí je využití tzv. funkčního hodnocení, což označuje zkoumání funkce daného náročného chování, tedy nalezení příčiny.

- Má snahu zajistit takové prostředí a podmínky, které co nejvíce vyhovuje potřebám daného člověka.
- Přístup posuzuje náročné chování komplexně, sleduje specifika diagnózy daného člověka, jeho zdravotní stav, působení medikace, způsob poskytování služby, nastavení komunikace a vztah mezi pečujícím a klientem.
- Procesy jsou přizpůsobeny tak, aby se předešlo projevům daného chování. Proto je důležité vypátrat spouštěče chování náročného na péči a snažit se jim vyhnout.
- Existuje snaha o obohacení života osob se zdravotním znevýhodněním novými aktivitami.
- Přístup při práci s osobami náročnými na péči nevyužívá trestající techniky.
- K důležitým aspektům patří zvýšení povědomí a porozumění náročnému chování jako způsobu komunikace dané osoby s jeho okolím a naučit se s ním pracovat (Petlanová Zychová, 2025).

Osgood v návaznosti na tyto body mluví o strategiích při práci s člověkem vykazujícím chování náročné na péči. Konkrétně popisuje **proaktivní strategie**, které již určitým způsobem předchází vzniku náročného chování. Také se často jedná o strategie zlepšující vztah a komunikaci mezi člověkem s náročným chováním a pečujícím. Tyto strategie korespondují se specifiky přístupu a snaží se právě o nalezení spouštěčů náročného chování a snaží se mu předejít. Rovněž mají tyto strategie snahu o zvýšení kvality života dané osoby. Osgood však zmiňuje i možnost, že proaktivní strategie nemusí vždy zafungovat, a může i přesto docházet k chování náročnému na péči. K tomuto účelu potom slouží **reaktivní strategie**. Ty jsou ušity přímo na míru daného člověka a jejich podstatu tvoří rychlé, bezbolestné a pozitivní odvrácení krize, které nenaruší důstojnost a vztahy. Reaktivní strategie dávají prostor na uklidnění a vyřešení konfliktů či napětí (Osgood, 2023).

3.2 Podpora pozitivního chování v České republice

Přístup podpory pozitivního chování patří k přístupům mezinárodně uznávaným, ačkoliv v České republice se začal vyskytovat až poměrně nedávno. Konkrétně se přístup v České republice objevil v roce 2020, a to přičiněním organizace Naděje pro děti úplňku, která byla založena rodiči dětí s mentálním postižením či autismem a snaží se o důstojný a kvalitní život pro takto znevýhodněné. Přístup Podpory pozitivního chování přišel z Irska do České republiky jako inovativní přístup pod záštitou veřejné ochránkyně práv Anny

Šabatové a pod vedením mentora Briana McDonalda. Postupně probíhala školení v tomto přístupu, ze kterých vzešli odborníci, kteří byli připraveni prostřednictvím Podpory pozitivního chování pomáhat a měnit přístup k lidem chováni náročným na péči (Petlanová Zychová, 2025). Staňková jako jedna z absolventek výcviku zaměřeného na daný přístup v článku popisuje, že Podpora pozitivního chování nemusí být vhodná jen pro osoby s mentálním postižením či autismem. Sama popsala, že v rámci Česka přístup využila při práci s dětmi bez jakéhokoliv znevýhodnění, avšak s chováním náročným pro školní prostředí. Dále popisuje, že přístup je dle zkušeností možné využívat rovněž při práci se seniory s demencí, Alzheimerovou chorobou nebo u osob s psychickými problémy (Staňková, 2024). V kontextu přístupu Podpory pozitivního chování je důležitým momentem také přijetí „Systémových opatření pro podpory osob s intelektovým znevýhodněním a chováním náročným na péči na období 2024-2030“ vládou České republiky. Tento dokument má snahu zlepšit podmínky pro takto znevýhodněné osoby a zajistit jim vhodnou podporu. Jako nástroj pro práci s chováním náročným na péči dokument uvádí právě přístup Podpory pozitivního chování (Petlanová Zychová, 2025).

Opatření přijata vládou mají svou důležitost především kvůli změně přístupu k lidem s chováním náročným na péči v rámci sociálních služeb, kde situace není vždy ideální. Nevhodným přístupem může být těmto osobám způsobena psychická či fyzická újma, v některých případech to bohužel byla i smrt. Tomuto citlivému tématu se věnoval Třešňák, který je rovněž součástí organizace Naděje pro děti úplňku. Podrobně zkoumal případ dvou žen, které zemřely v zařízení sociálních služeb. Jednou z těchto žen byla paní Dorota (Třešňák, 2024).

Příběh Doroty

Dorota byla žena, která pocházela z velmi chudých poměrů a stejně jako většina jejích sourozenců byla hned po porodu matce, která se bohužel nedokázala o své děti postarat, odebrána. Od útlého věku tedy vyrůstala v ústavní péči. Narodila se s hlubším mentálním postižením, neuměla dát dobře najevo své potřeby a postupem času začala vykazovat chování, které nazýváme jako náročné na péči. Touhu po pozornosti vyjadřovala provokováním ostatních, protestováním, křikem, boucháním do dveří nebo válením po podlaze. Ve službě však toto chování řešili převážně nadměrnou medikací, zavíráním do klecového lůžka či fyzickými tresty. Nikdo se nesnažil zjistit, jaká může být příčina tohoto chování. V roce 2013 se Dorota přestěhovala do zařízení určeného právě pro klienty s chováním náročným na péči. Toto zařízení mělo předpoklad pro dobrý přístup ke klientům

a mělo těmto lidem zajišťovat podporu, kterou potřebují. Domácnost, ve které Dorota žila, však měla vlastní pravidla a dalo by se říci vlastní uzavřený svět. U některých klientů se dle svědectví objevovaly modřiny po těle. V lednu roku 2021 Dorota zemřela ve svých 37 letech v důsledku udušení po zakleknutí pracovníka v sociálních službách. Tato událost byla označena jako selhání jednotlivce, avšak problém začíná již v systémovém nastavení sociálních služeb. Právě z těchto důvodů je třeba využívat inovativní přístupy, které hledají příčinu náročného chování a pracují respektem a důstojností ke klientům (Třešňák, 2024).

SHRNUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

Cílem teoretické části bylo seznámit se s poznatky autorů odborné literatury souvisejícími s tématem diplomové práce. Nejdříve byl vysvětlen pojem mentální retardace, což definovalo základní kontext teoretické části. Dále byly popsány specifika osob s mentálním postižením, kam byla zařazena komunikace, kvalita života a chování náročné na péči. Tyto specifika úzce souvisí s poslední kapitolou o přístupu Podpory pozitivního chování, který je zároveň stěžejním tématem diplomové práce. Na Podporu pozitivního chování je konkrétněji zaměřena také praktická část práce. V rámci výzkumného šetření by mělo být ověřeno, zda využití přístupu má přínos pro práci s vybranou klientkou s mentálním postižením.

II PRAKTICKÁ ČÁST

4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Praktická část přirozeně navazuje na část teoretickou a je zde popsáno využití přístupu Podpory pozitivního chování, a to u klientky s mentálním postižením žijící v pobytové službě. Jelikož práce s klienty s mentálním postižením, a především s chováním náročným na péči, může být velmi obtížná, proto je výzkumné šetření zaměřeno tímto směrem. Toto téma má důležitou funkci z důvodu, že jsou při práci s těmito klienty hledány různé cesty, které by mohly fungovat. Především existuje snaha s klienty pracovat jiným způsobem, aby to pro ně znamenalo co nejmenší omezení a aby jejich život mohl být kvalitní. Zkoušení nových přístupů, technik a způsobů může ve výsledku odkrýt tu cestu, kterou je možné při práci s klienty dále pokračovat. Nalezení správného přístupu pro daného klienta by mohlo ulehčit práci s ním a zároveň zlepšit život daného klienta.

V úvodu výzkumu je nejdříve definován výzkumný problém a výzkumná otázka. Dále je zde věnována pasáž designu výzkumu, který je pro realizaci praktické části stěžejní. V neposlední řadě jsou popsány výzkumné cíle, které určují směr, jímž se práce bude ubírat, a také výzkumné techniky, které pomohou získat potřebná data k výzkumu.

3.3 Výzkumný problém a výzkumná otázka

V případě této diplomové práce je výzkumným problémem **změna chování klientky s mentálním postižením využitím přístupu Podpory pozitivního chování**. Výzkumná otázka potom koresponduje s výzkumným problémem a rovněž i s cílem, který bude popsán dále.

Výzkumná otázka tohoto výzkumu je:

VO: Jaký přínos má využití přístupu Podpory pozitivního chování při práci s klientkou s mentálním postižením?

3.4 Design výzkumu

K realizaci výzkumu je z důvodu tématu a koncepce výzkumného šetření vybrán kvalitativní přístup. Jelikož je v diplomové práci zkoumán případ jednoho klienta, designem výzkumu byla zvolena případová studie, která umožňuje se věnovat danému případu komplexně a využít při realizaci výzkumu více různých technik. Pro účely diplomové práce je využití designu případové studie vhodné, protože tak může být život klientky prozkoumán na reálné a hloubkové úrovni. Tímto způsobem je možné zjistit co nejvíce důležitých informací o klientce a různých souvislostech důležitých pro výzkum. Konkrétně pro tento

výzkum mají dané aspekty stěžejní význam, jelikož jsou nápomocné pro dokonalé seznámení s klientkou a poté pro mapování situace při aplikaci Podpory pozitivního chování.

Rozlišujeme několik typů případové studie. Jak již bylo zmíněno, výzkum se soustředí na zkoumání jednoho případu. Jedná se tedy o jednopřípadovou neboli individuální případovou studii. Typy případových studií rovněž dělíme dle jejich funkce. V tomto případě využívám intrinzitní případovou studii, kdy *„výzkumník studuje jen jeden ojedinělý případ a snaží se u něj jít do velké hloubky. Cílem je pochopit fungování jednotlivých dílčích částí, poznat vnitřní aspekty a na základě toho porozumět svébytnému fungování tohoto celku“* (Mareš, 2015, s. 121).

3.5 Výzkumné cíle a techniky

Cílem tohoto výzkumu je **reflektovat přínos využití přístupu Podpory pozitivního chování u klientky s mentálním postižením.**

Ke sběru dat je využívána technika pozorování, rozhovorů a analýzy dokumentů. Kombinace více technik ve výsledku utváří lepší obraz o chování a fungování dané klientky.

Pozorování patří k často využívaným metodám. V tomto výzkumu má své místo z důvodu lepšího náhledu na daný problém, který je v této práci zkoumán. V rámci výzkumného šetření je provedeno pozorování zúčastněné, kdy se pozorovatel přímo pohybuje v místě, kde se pozorované jevy vyskytují. Pozorování pro účely výzkumu probíhá v rámci služby a data jsou zaznamenána do pozorovacího archu. Jedná se o pozorování zaměřené na sledování chování klientky v situacích, které pro ni znamenají určitý stres či vypjetí.

Rozhovor je považován za jednu z nejvyužívanějších metod ke sběru dat při aplikaci kvalitativního přístupu. Rozhovor pro tuto diplomovou práci se týká chování sledované klientky, a to konkrétně před i po aplikování přístupu Podpory pozitivního chování. Respondenty jsou v tomto případě pracovníci v sociálních službách, kteří s danou klientkou v průběhu let pracují. Pro rozhovor jsou vybrány konkrétně tři pracovníce, které danou klientku znají v podstatě od doby, kdy do služby nastoupila. Mohou tedy nejlépe doplnit informace o chování klientky a také posoudit, zda využití přístupu může mít význam.

Analýza dokumentů je poměrně specifický způsob sběru dat, který však přímo v tomto výzkumu utváří jádro těch hlavních a důležitých informací. V této práci je pozornost zaměřena na analýzu zápisů ze sociální služby, které reflektují chování vybrané klientky. Ze zápisů ze služby je čerpáno právě největší množství informací z dřívější doby, jelikož

tyto zápisy jsou nejvíce relevantní a nezkreslené v průběhu času. Tato data poté dotváří kazuistiku, která je hlavní součástí výzkumu.

3.6 Výzkumný vzorek

Jak již bylo řečeno, výzkum se zaměřuje na detailní zkoumání případu formou případové studie. Jelikož přístup Podpory pozitivního chování v dané sociální službě zatím není plně využíván, v rámci výzkumu je věnován prostor pouze jednomu klientovi, konkrétně ženě, jejíž chování se dá definovat jako „náročné na péči“. Výzkumný vzorek diplomové práce tedy tvoří pouze jedna žena, a to klientka chráněného bydlení. Tato klientka je vybrána, neboť se svým charakterem nejvíce hodí pro účely realizace tohoto výzkumu. Jelikož je práce s klienty s mentálním postižením, kteří zároveň vykazují chování náročné na péči, často velmi komplikovaná, tento výzkum by mohl být přínosem pro budoucí práci, jak s danou klientkou, tak i s jinými klienty s podobnými specifiky. Tato klientka byla rovněž doporučena pracovníci, která s klientkou pracuje a zároveň prošla výcvikem v přístupu Podpory pozitivního chování.

4 ANALÝZA DAT

Získaná data jsou interpretována prostřednictvím případové studie zaměřené na detailní proniknutí do případu klientky vybrané pro tento výzkum. Nejprve jsou zde pro lepší souvislost poskytnuty základní informace o klientce a jejím životě. Dále je na základě zápisů ze služby co nejlépe popsáno fungování a chování klienty po dobu, co využívá službu chráněného bydlení. Tyto informace hrají důležitou roli v kontextu práce s klientkou a využití přístupu Podpory pozitivního chování. Další část kazuistiky poté pojednává o období, kdy už byla práce s klientkou ovlivněna daným přístupem. Pro zmapování tohoto období je využíváno především vlastní pozorování, ale také rozhovory s pracovníky.

4.1 Případová studie

Tato případová studie je zaměřena na klientku, která již několik let žije ve službě chráněného bydlení. Z důvodu zachování anonymity je pro účely diplomové práce změněno jméno klientky, není uvedeno konkrétní chráněné bydlení, ani oblast, ze které klientka pochází. Některé informace jsou z těchto důvodů pozměněny nebo záměrně nezmíněny.

4.1.1 Osobní anamnéza

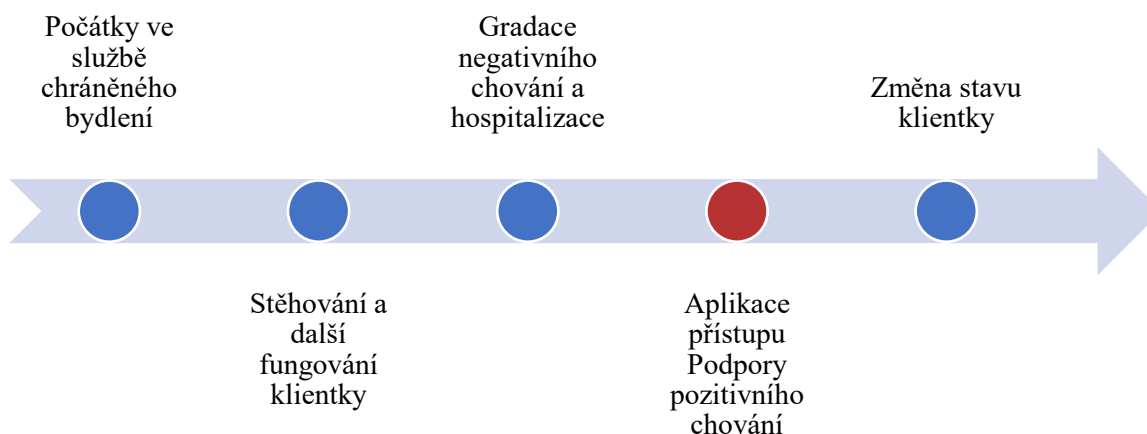
Klientka Jana je 33 letá žena s mentálním handicapem. Konkrétně se v jejím případě jedná o středně těžkou mentální retardaci. Současně se léčí také s psychiatrickou diagnózou a užívá psychofarmaka. Ve službě chráněného bydlení žije od roku 2018 tedy 7 let. Není to však jediná služba, kterou si tato žena prošla. Už mnoho let využívala různé služby, nejčastěji formy domovu pro osoby se zdravotním postižením.

Jana pochází z velké rodiny, která pro ni v jejím životě hraje velmi významnou roli. Jana je velmi vázaná na svou matku a většinu doby, kdy Jana žila v ústavní či pobytové péči, toužila po tom, aby mohla žít se svou matkou a zbytkem své rodiny. To však z různých důvodů zahrnujících nevyhovující bytové podmínky, nesouhlas ze strany sourozenců a nejistotu matky, zda by se dokázala o dceru postarat, nebylo a není možné. Jak jsem již zmínila, Jana má několik sourozenců, kdy většina z nich žije v blízkosti matky. Jeden ze sourozenců Jany před lety zemřel, což ji velmi mrzelo a stále čas od času prožívá smutek nad touto nepříjemnou situací. Právě to, že většina sourozenců žije v úzké blízkosti matky, pro Janu představuje velkou křivdu a těžce tuto skutečnost nese. Jana tu možnost bohužel nemá a nedokáže pochopit, z jakého důvodu to nelze. Jana sice za rodinou pravidelně dojíždí, většinou se jedná o každý druhý víkend, potom také delší období přes Vánoce

a v létě. Nebylo tomu tak vždy, než Jana přišla do chráněného bydlení, vídala se s matkou spíše výjimečně. Častější kontakt však velmi prohloubil vazbu na rodinu a touha po blízkosti začala rapidně narůstat.

Dále případová studie mapuje časové období od klientčina nástupu do služby až do aktuální doby. Pro tyto účely jsou zvoleny určité milníky v životě klientky, které jsou zaneseny na časové ose.

Obrázek 1: Časová osa



(Zdroj: vlastní analýza)

4.1.2 Počátky ve službě chráněného bydlení

Příběh, který je zde popsán a je stěžejní pro tento výzkum, se začíná psát v roce 2018, kdy klientka Jana nastoupila do služby chráněného bydlení. Stalo se tak přirozeným postupem klientky z domova pro osoby se zdravotním postižením (dále DOZP), kde do té doby žila. Tuto změnu Jana vnímala velmi dobře, jelikož mírou soběstačnosti a intelektem na tom byla lépe, než většina klientů v DOZP a tím pádem si s nimi třeba ani tolik nerozuměla. Rovněž ji čekala jiná pravidla, větší samostatnost a možnost mít lepší kontrolu nad svým životem. Přesun do služby chráněného bydlení znamenal žít v samostatném bytě s jednou další klientkou. Také znamenal nutnost lépe formulovat zakázku pro pracovníky chráněného bydlení, domlouvat se na podpoře pracovníků a také umět být o samotě. Tomu tak dříve na DOZP nebylo. Trávit čas o samotě však nepatřilo k činnostem, které by Jana vyhledávala. Nebyla schopna sama vyplnit svůj volný čas a vyžadovala tak velkou míru

pozornosti od pracovníků chráněného bydlení. Tuto skutečnost reflektují zápisy ze služby z doby, kdy Jana začala službu chráněného bydlení využívat: „*Klientka se dopoledne několikrát dobývala do kanceláře CHB (celkem asi půl hodiny). Jelikož jsem byla na pracovišti sama, celkem 4x jsem ji otevřela a mezi dveřmi se ptala, co potřebuje a vysvětlovala, že PSS zde nyní nejsou, jsou s jinými klienty u lékaře a přijdou zhruba za hodinu. Jelikož se jednalo ze strany klientky o naprosté banality a rozhovor s ní nikam nevedl, pouze si urputně vyžadovala pozornost.*“

Občas nastávaly i situace, kdy v Janě nedostatek pozornosti a představa samoty vyvolávaly vztek: „*Dnes jsem doprovázela klientku k lékaři. Zde jsem jí dělala společnost po celou dobu. Po vyšetření lékařkou, jsem se s klientkou rozloučila s tím, že do svého bytu je schopna dojít sama. Toto klientku rozhněvalo tak, že na mně začala na ulici před lidmi křičet, že si na mě jde stěžovat...*“ Pracovníci tedy již od začátku jejího pobytu ve službě museli čelit velkému nátlaku z její strany, což vyplývá se zápisů z tohoto období. Objevovalo se manipulativní chování, kdy Jana chtěla pozornost a vynucovala si ji tím, že se litovala (nemůže být s matkou), přicházela s různými problémy, které často nebyly skutečné, nebo právě agresí.

Kontakt s matkou byl v této době již v častějších intervalech a klientka se čím dál více dožadovala odjezdu k matce a dále i bydlení s matkou. Právě toto téma chtěla Jana řešit téměř na denní bázi. Jak popisují pracovníci, vždy se většina problémů nakonec otočila tímto směrem. Tyto situace musely pro pracovníky být stresující a nepříjemné. Lze však usoudit, že klientka Jana se nacházela v situaci, kdy neuměla dát své pocity a potřeby jiným způsobem najevo. Pracovníci jí naproti tomu nemohli vyhovět z důvodu určitých nastavených pravidel, a také postoji rodiny k dané záležitosti. To však Jana nebyla schopna zpracovat. Právě proto chtěla klientka na své trápení upozornit. Jelikož potřeba klientky trávit čas s rodinou nemohla být uspokojena tak, jak by si představovala, chování postupně gradovalo: „*Klientka odmítá odejít na oběd, je vulgární (...) Sedá si na chodbě na židli a říká, že nic nebude dělat. Necháváme ji, aby se uklidnila, vzápětí však slyšíme křik, kopání do dveří, židli, klientka křičí na plné kolo, že chce pryč, k matce, odtud pryč.*“ Na zápisech tedy můžeme pozorovat, jak se situace postupně vyvíjela. Intervence tohoto typu se neobjevovaly výjimečně, ale byly téměř na denním pořádku, někdy pracovníci řešili podobné problémy i několikrát za den.

Jana také často vyžadovala různé nákupy („aby si udělala radost“), což však nebylo možné neustále z důvodu omezených financí. Objevovala se touha po koupi zvířátka, měl to být nejlépe křeček nebo morče. To se také uskutečnilo, ale konečný výsledek nebyl

uspokojivý, jelikož se Jana o zvíře nakonec odmítala starat a mazlíček se musel vrátit zpět do zverimexu. Tyto impulzivní nákupy měly pravděpodobně sloužit jako určité odreagování a chvilkové upoutání myšlenek na něco jiného, než je rodina. Klientka nejspíš toužila se o „něco“ starat, aby získala nějaký smysl. Tento smysl ale nenacházela. Jakékoliv aktivity jako práce, péče o domácnost, starost o stravu pro Janu nebyly důležité, nedokázala se na ně soustředit. Stále se utápěla ve svém stesku po matce. Práce s ní tedy pro pracovníky byla velmi komplikovaná, neměli jí v podstatě co nabídnout. Většinu aktivit, které služba vnímala jako stěžejní a měla v nich být nápomocná, klientka odmítala. V této souvislosti nastával největší rozpor. Bylo těžké tuto skutečnost nějakým způsobem uchopit a pracovat s ní.

Návštěvy rodiny se vždy předem plánovaly, Jana později dostávala i rozpis, kdy bude odjíždět, takže s tímto byla dopředu obeznámena. Jelikož rodina klientky měla svůj život, svůj denní program a matka docházela do práce, nebylo možné, aby Jana přijela kdykoliv, když se u ní objevil smutek. Toto se pracovníci snažili dodržovat z důvodu nastavení určitých hranic, a také aby matka měla možnost osobního prostoru a čas na své osobní záležitosti. Přesto Jana svou rodinu stále bombardovala telefonáty a nerespektovala, že nemají čas nebo s ní zrovna mluvit nechtějí. Jelikož nastavená pravidla návštěv pro klientku nebyla vyhovující, začala se časem uchylovat k útěkům k rodině. To přinášelo velmi nepříjemné situace, kdy byla matka velmi vyčerpaná a nevěděla, jak se zachovat, aby dceři neublížila (*„pláče, křičí na matku i na mne, že se nevrátí, maminka si s ní neví rady, je vyčerpaná, snažíme se řešit celou situaci, ale marně...“*). Navíc Jana sebou v těchto momentech samozřejmě neměla své léky, což její chování také negativně ovlivňovalo. Nastávaly tedy chvíle, kdy rodina nebyla schopna Janu nasměrovat zpět do služby, jelikož odmítala. Sociální pracovníce či vedoucí služby tyto situace musely řešit, komunikovat to s rodinou a klientkou po telefonu, stále znovu jí vysvětlovat, co tímto chováním způsobuje své rodině. Jana se svou matkou manipulovala svým chováním, tvrzeními, že ve službě se jí nelíbí, někdo jí tam ubližuje nebo naléháním, že chce bydlet s matkou a pokud tomu tak nebude, znamená to pro ni, že ji matka nemá ráda a nechce s ní být. Z této situace se postupně stal takový začarovaný kruh, kdy matka Janě vždy nakonec slíbila, že si ji jednou vezme k sobě a budou spolu moct bydlet, i přesto, že to zbytek rodiny odmítal a ani matka nebyla přesvědčena o tom, že by to takto chtěla. Problém pak spočíval také v nevyhovující bytové situaci rodiny.

Postupem času začaly vznikat také problémy mezi Janou a její spolubydlíci. Pro spolubydlíci musely být situace ohledně Jany taktéž náročné. Jana chtěla odjíždět, křičela, nadávala, brečela a v některých případech také znečistila byt nebo něco rozbila, aby na sebe

upoutala pozornost a docílila tak toho, aby jí bylo vyhověno. Spolubydlící nebyla schopna Janě říct, že se jí její chování nelíbí a dávala to najevo jinými způsoby. Většinou tak, že Janě provedla něco „na oplátku“. Objevovaly se např. vzkazy s vulgární tematikou nebo Jana našla pod svým polštářem shnilý banán. K těmto počínům se samozřejmě nikdo nepřiznal, ale dle charakteru dané věci a zkušenostem se spolubydlící, to bylo zřejmé. Navíc nikdo jiný kromě obývajících do bytu neměl přístup. Tyto situace samozřejmě Janu velmi rozčilovaly a měla tak další záminky k nevyžádaným odjezdům k rodině, protože „se necítí v bezpečí“. Janu buďto nenapadlo, že by za tímto mohla být spolubydlící nebo si to možná spíše nechtěla připustit. Přicházela za pracovníky s variantami, že to udělal někdo z klientů obývajících další byty nebo někdo cizí, kdo se do bytu vloupal. Po těchto situacích většinou přicházelo konstatování klientky, že *„už to tady nezvládne a musí odjet domů“*. Stejný pohled na soužití se spolubydlící měla zpětně i pracovnice B v rámci rozhovoru. Popsala, že Jana svoji spolubydlící považovala za kamarádku, ale přesto se často hádaly. Spolubydlící z Jany byla unavená, neměla možnost si od ní odpočinout, protože spolu sdílely pokoj. Z toho důvodu jí často škodila, aby jí to nějakým způsobem vrátila.

Problémy se spolubydlící a ostatními klienty však nebylo Janiným jediným důvodem pro útěk k rodině. V mnoha případech Jana volala pracovníky k různým situacím na bytě, ze zápisů vyplývá, že to byly např. klíče zalomené v zámku, potopa v koupelně, kouř v bytě atd. Žádná z těchto situací se však nikdy nepotvrdila. Nejčastěji však klientka přicházela s nejrůznějšími zdravotními potížemi (bolest břicha, pálení při močení, špatné vidění, zlomení kotníku aj.). *„Klientka si myslí, že má nádor a chce jít k lékaři. Domlouváme se, na návštěvě lékaře, hned zítra ráno a pak může jít do práce. To odmítá. Dále si stěžuje, že jí bolí noha a potřebuje, abych jí odvezla na byt.“* Tyto problémy buďto obratem zázračně zmizely, nebo se při návštěvě lékaře vůbec nepotvrdily. Pracovníci kvůli těmto nepravdivým příběhům začali ztrácet ke klientce důvěru. Bylo jí připomínáno, že tímto jednáním si zadělává na problémy, jelikož může mít opravdové zdravotní potíže a nikdo z pracovníků jí kvůli přechozím zkušenostem nebude věřit. Nedůvěru pracovníků Jana brala jako útok a zlobila se, že jí nikdo nevěří. Proto často volala rodině a stěžovala si na pracovníky nebo vyhrožovala útekem domů, protože tam jí budou věřit a pomohou. Domluva ve službě však byla taková, že zdravotní komplikace nebudou zlehčovány a raději se s Janou vždy zajde k lékaři, aby se případné potíže nezanedbaly.

4.1.3 Stěhování a další fungování klientky

V roce 2019, tedy zhruba o rok a půl později, nastává změna a Jana se stěhuje na jiné místo, stále však v rámci stejného chráněného bydlení. Vznikla nová forma komunitního bydlení, kde se klienti z bytového domu přestěhovali do rodinného domu, do dvou domácností po třech klientech. Jana tedy nově začala bydlet se dvěma spolubydlíci – ženou a mužem. Každý z nich disponuje vlastním pokojem, společná zůstává kuchyň a koupelna. Tato změna pro Janu představovala jiné spolubydlíci. S bývalou spolubydlící však, jak již bylo popsáno výše, měly určité spory a vznikalo mnoho problémů při společném bydlení. Proto se tato příležitost jevila jako správné řešení a možná změna k lepšímu. Jana nyní měla kolem sebe více dalších klientů a kancelář pracovníků přímo v domě, což jí zajišťovalo větší míru pozornosti, po které často toužila. Změna prostředí však klientce nijak nepřispěla ke spokojenosti. Blízkost pracovníků zapříčinila snad ještě větší snahu o pozornost a více naléhání na pracovníky. Už zde neexistovala překážka, že Jana musí za pracovníky někam přijít, ale měla je přímo u sebe. Mezi Janou a novým mužským spolubydlícím se začaly vyskytovat občasné hádky a rozepře. Bylo to jako na houpačce, dle toho, v jakém byla Jana psychickém rozpoložení. Někdy spolu vycházeli dobře, jindy po sobě křičeli a nemohli se navzájem vystát. Většinou tyto situace vzešly směrem od Jany, kdy spolubydlícího z něčeho neprávem obvinila a on si to nenechal líbit. Další ze spolubydlících tyto rozepře špatně nesla a raději se v takovém případě zavřela do pokoje. Bohužel šlo stále více znát, že klienti v domě se cítí lépe, pokud tam Jana není a vždy se skoro až těšili, že zase odjede. Jana samozřejmě pocítovala, že ji ostatní klienti nepřijímají, a to v ní vyvolávalo o to větší potřebu ze služby utíkat.

Krátce po nastěhování do nového místa bydliště se začal v plné síle projevovat koronavirus. Podmínky pro cestování se změnily, což mělo později neblahý vliv na situaci s Janou a jejím kontaktem s rodinou. Kvůli strachu z onemocnění, které se nevyhnulo ani službě chráněného bydlení, se Jana delší časové období zdržovala jen u své rodiny a do služby nedojížděla. Poté nastaly velké komplikace, když se měla opět vrátit do služby. Na rodinu se ještě více emočně navázala a nechtěla odjet. V této souvislosti bylo dále řešeno, že služba má nějaká pravidla a není možné, aby ji několik měsíců v kuse klientka nevyužívala. Jana se sice poté vrátila zpět, ale o to větší se potom objevoval stesk po matce. Kvůli rozšiřující se nemoci, riziku nákazy a karanténním opatřením Jana nemohla odjíždět pravidelně, jak byla zvyklá. To vyvolávalo velkou psychickou nepohodu a tím pádem i nepříjemné prostředí pro ostatní klienty v domě.

Prostřednictvím rozhovorů s pracovníky v sociálních službách byly zjištěny postřehy, na které pracovnice vzpomínaly retrospektivně. Pracovnice A i pracovnice B se shodly, že společnost více osob na jednom místě klientce tehdy nedělala příliš dobře. Odmítala se zapojovat do společných aktivit. Pracovnice B vzpomínala na komplikovaný vztah klientky s jejím spolubydlícím („*to byly věčné hádky*“). Samostatný pokoj však klientka uvítala. Pracovnice A naproti tomu uvedla, že bezprostřední blízkost kanceláře pracovníků (přímo v domě) zapříčinila, že s problémy mohla klientka přijít rovnou a dělo se tak i několikrát za den.

4.1.4 Gradace negativního chování a hospitalizace

V roce 2021 nastoupila do služby nová sociální pracovnice a převzala klientku Janu zároveň jako sociální i klíčový pracovník. Jana poměrně dobře přijímá nové osoby, není zdrženlivá či odtaziťá, je ráda, že jí někdo věnuje pozornost a může tak vyprávět o své rodině a místě, kde rodina žije. Odchod sociální pracovnice, na kterou byla roky zvyklá už z předchozí služby, pro ni však zajisté nebyl jednoduchý a na její psychické rozpoložení mohla mít tato skutečnost rovněž negativní vliv. Novou sociální pracovníci sice přijala dobře, avšak náročné chování klientky se stále vyskytovalo v podobném duchu, jako tomu bylo doposud. Stále přetrvávala obrovská touha žít s matkou a představa, že matka na tom neustále pracuje a snaží se najít si vhodné bydlení.

Ve službě existovala snaha nastavit určité hranice a postup, jak s klientkou pracovat. Pro pracovníky to však znamenalo psychické vypětí, někteří už měli z toho, co nastane předem strach a jak to případně budou řešit. Náročné chování Jany se stalo předmětem mnoha porad a supervizí, případné „řešení“ však bylo v nedohlednu. Pracovníci museli být ujištěni, že pokud situaci nebudou schopni sami zvládnout, vždy je možnost zavolat pomoc Zdravotnické záchranné služby. Tak se také v létě roku 2022 skutečně stalo. Záchranou službu přivolala pracovnice pro stupňující se neklid a agresi, která vygradovala sebepoškozením na zápěstí ruky. Z těchto důvodů byl lékařem určen odvoz a hospitalizace v psychiatrické nemocnici. Tam Jana strávila přibližně dva měsíce. Výsledek ale nebyl uspokojivý. Kromě celkové změny medikace nedošlo k výrazné změně v chování. Došlo pouze k mírnému zklidnění, a to spíše ze strachu, aby se klientka nemusela vrátit zpět do psychiatrické nemocnice.

Jana stále trvala na bydlení s matkou, přetrvával stesk a Jana opakovaně chtěla utíkat. Často říkala, že ve službě nechce být. Proto musel být podán i vážně míněný nesouhlas s poskytováním služby. Janě pracovníci samozřejmě nabízeli možnost, zda si nechce podat

žádosti do jiných zařízení, když v současné službě není spokojená. To však nechtěla slyšet, mluvila jen o bydlení s rodinou. Z toho důvodu proběhla i schůzka s matkou, aby byl prodiskutován další postup a její plány do budoucna ohledně bydlení s dcerou. Na této schůzce se matka vyjádřila, že tuto možnost v nejbližší době neshledává jako reálnou a mohlo by tomu tak být nejdříve za pět let, ale možná také nikdy. Tato informace Janu zasáhla a na matku se zlobila. Konečně ale slyšela, jaký pohled na situaci matka ve skutečnosti má. Byla to pro ni příležitost, začít si budovat vztahy v místě jejího současného bydliště a „zabydlet se“ zde. Do této doby se totiž stále viděla jinde a neměla tedy potřebu se vázat na místo, ve kterém skutečně žila a mělo jí být domovem. Jana se nakonec díky této informaci na nějaký čas uklidnila a vypadalo to, že by mohla být schopna ve službě nějakým způsobem fungovat. Dokonce si našla partnera, který bydlel nedaleko chráněného bydlení. Klientka tak měla alespoň nějakou motivaci zůstat. Chování však bylo stále nevyzpytatelné, pracovníci nikdy nevěděli, jakou bude mít Jana zrovna náladu. Ta se často měnila i několikrát za den. Jelikož vztahu s partnerem pravděpodobně něco chybělo, potřeby klientky nebyly dostatečně saturovány a touha po užším kontaktu s matkou neustala.

4.1.5 Aplikace přístupu Podpory pozitivního chování

V roce 2024 proběhly schůzky, kde bylo s klientkou v rámci přístupu Podpory pozitivního chování probíráno, co by si přála a co by jí pomohlo, když se necítí dobře. Tyto schůzky vedla pracovnice chráněného bydlení školená v daném přístupu. Přístup Podpory pozitivního chování se soustředí převážně na nalezení spouštěčů náročného chování a vyhnutí se jim. U této klientky však hlavním spouštěčem bývá především stesk po matce a touha být s ní, čemuž nelze vždy předejít. Jednou ze strategií bylo nabídnout klientce aktivity, které by ji zabavily a nemusela tolik propadat stesku jako např. procházka, vaření, zahradničení, káva s pracovníkem. Bylo však nutné určit také strategie pro případ, že se klientka dostane do napětí a bude třeba ji uklidnit. Klientka většinou mluvila o tom, že jí pomáhá, pokud může nakupovat, především elektroniku. Byla zde však snaha najít něco, co nejlépe nestojí žádné peníze, protože samozřejmě není možné vždy, když se klientka cítí v napětí, jít nakupovat věci pro radost. Nakonec byly zvoleny určité strategie, které by mohly pomoci klientku uklidnit a napětí snížit. To, co nejvíce pomáhá i dle zkušeností pracovníků, je věnovat klientce pozornost „jeden na jednoho“ čili individuální rozhovor a posezení u kávy. Tato informace zazněla i při rozhovorech s pracovníky jako odpověď na otázku, co se osvědčilo, když byla klientka napjatá: „*Kafíčko a rozhovor. Ale jen my dvě*“. Stejně se vyjádřila i druhá pracovnice: „*Pomáhá udělat si na ni čas, jít třeba na její oblíbené kafe*

z automatu“. Dále ji také uklidní poslech hudby, ráda si nasadí sluchátka a klidně si i zazpívá. Také má ráda jízdu autem. Ze zkušenosti pracovníků také vyplývá, že je důležité klientce vyjádřit pochopení nad její situací, nad tím, že ji něco trápí. Také dát klientce najevo, že pracovník je zde pro ni a může se na něj obrátit, pokud ji něco trápí. Často má tendence řešit potíže hned teď a pokud není prostor se klientce okamžitě věnovat, je velmi důležité se s ní přesně domluvit na čase a místě podpory, aby měla jistotu, že se jí pracovník bude věnovat, ale zároveň byly nastaveny určité hranice. Dle těchto strategií, pro případ zklidnění klientky v napětí, byl poté vypracován i pozorovací záznamový arch pro tento výzkum.

4.1.6 Změna stavu klientky

Klientka si krátce poté, co byly vytvořeny strategie pro práci s ní, našla nového přítele. To znamenalo velkou změnu v jejím chování. S přítelem jako by našla nový náboj a smysl života. Poznala s ním něco úplně jiného, než na co byla doposud zvyklá, a to opravdový vztah. Trávili spolu mnoho času buďto u něj doma nebo chodili na procházky, podnikali výlety. Ve službě byl nový vztah klientky ve velké míře podporován. Šlo vidět, že Jana je šťastná, a to bylo to nejdůležitější. Pracovníci se jí snažili co nejvíce vyjít vstříc, u přítele i přespávala, konečně mohla cítit, že její život může být normální. Měla vedle sebe někoho, kdo jí dával pozornost, částečně jí suploval pozornost matky, která jí tak chyběla. Postupně se měnilo i chování klientky. Spokojenost v partnerském vztahu se promítla do jejího běžného fungování. O přínosu nového vztahu hovořila i pracovnice při rozhovoru. Uvedla, že přítel Janu velmi ovlivnil, a to především tím, že je hodný, ale zároveň důrazný. Popsala, že takové muže ve svém okolí klientka dříve neměla a nejspíš to bylo potřeba, aby mohla žít život dle svých představ. Podle pracovnice mělo získání plnohodnotného vztahu největší vliv na změnu chování klientky.

Nový vztah samozřejmě nezměnil fungování klientky kompletně, přispěl ale k tomu, že klientka byla vyrovnanější a v daleko menší míře toužila po neustálém kontaktu s matkou. To byl také nejčastější důvod jejích negativních emocí a potažmo náročného chování. Pokud klientka Jana zrovna netrávila čas se svým přítelem, pracovníci se jí snažili nabízet aktivity, které by ji bavily a měla tak plnohodnotně využít volný čas. Jana dokonce po několika letech začala znovu docházet 1x týdně do sociálně terapeutické dílny, kde se učí pracovním návykům. Do budoucna by ráda chodila do práce a vydělala si nějaké peníze. Také začala navštěvovat večerní školu pro klienty s intelektovým znevýhodněním, kde ji to velmi bavilo a měla možnost získat nové sociální kontakty a něco nového se dozvědět nebo si připomenout informace. Občas ale přicházely momenty, kdy klientka nebyla v dobrém

psychickém rozpoložení. Tyto situace si žádaly využití určených strategií, které byly dle nastaveného plánu považovány za nápomocné při snížení psychického napětí. Tyto momenty byly zaznamenávány do pozorovacích archů. Z nich je možné zmapovat, jaké situace v klientce probouzí negativní emoce a které strategie při řešení pracovníkem byly přínosné.

Samotné pozorování probíhalo od července 2024 do konce února 2025. V případě, že pracovník rozpoznal napětí a negativní rozpoložení klientky, zahájil intervenci. Tuto intervenci ve většině případů vedl sociální pracovník, nicméně pracovníci v sociálních službách byly s kroky při řešení vypjatých situací rovněž seznámeni. Do pozorovacího archu poté pracovník vždy popsal danou situaci, odhadovaný důvod negativního rozpoložení, označil strategie, které byly při řešení situace využity a zapsal zhodnocení dané intervence. V období, kdy pozorování probíhalo, došlo k deseti zápisům těchto intervencí. Situace v rámci pozorování se týkaly různých potíží, které klientka zrovna řešila. Jak ale bylo zjištěno, nejčastěji se je jednalo o situace, které byly zapříčiněny steskem po matce. Dále se také vyskytly potíže s přítelem nebo s bývalým přítelem klientky. Jedna ze situací byla řešena jako konflikt se spolubydlícím ohledně financí, negativní rozpoložení klientky však bylo způsobeno spíše touhou po delším kontaktu s rodinou.

Z pozorovacích archů vyplynulo, že nejčastějším důvodem napětí klientky byly důvody související s rodinou. Ve čtyřech případech klientka nemohla odjet domů na víkend z důvodu nemoci matky nebo pracovních povinností matky. V jednom případě se jí matka neozývala a klientka nevěděla, co se s ní děje. V jednom případě klientka nestrávila u matky tolik času, kolik by chtěla, byla zde na návštěvě o den méně. Dalšími důvody, tentokrát však v rámci pozorování ojedinělými, byl konflikt s pracovníkem služby, strach o kamaráda, strach z bývalého přítele a ovlivnění úsudku ohledně přítele jiným klientem.

Data jsou pro lepší přehlednost zanesena do tabulky.

Tabulka 1: Důvody napětí klientky

Důvod napětí klientky	Četnost
Konflikt s pracovníkem	1
Strach z někoho	1
Strach o někoho	1
Klientka nemůže navštívit rodinu	4
Ovlivnění úsudku jiným klientem	1
Není v kontaktu s rodinou	1
Nestrávila s rodinou o víkendu dostatek času	1

(Zdroj: vlastní analýza)

Při dané intervenci zapisované do pozorovacího archu byly využívány předem určené strategie. Pracovník vždy zapsal, které strategie využil, aby u klientky snížil její negativní napětí.

V pozorovacím archu byly strategie pojmenovány následovně:

- Rozhovor s klientkou
- Dát najevo, že rozumím potřebám/náladě klientky
- Nabídka aktivity: procházka, společná káva, projížďka autem, poslech hudby
- Momentální časová tíseň: jasně a srozumitelně se domluvit na čase a místě podpory
- Ujištění klientky, že jsme zde pro ni a může se vždy obrátit na pracovníka

Ve všech případech, kdy byla pozorování zaznamenána, pracovník využil strategii rozhovoru. Tato strategie musí proběhnout z důvodu, aby pracovník zjistil, co se s klientkou děje a jak by jí mohl pomoci. Druhou nejčastěji využitou strategií bylo ujištění klientky, že pracovník rozumí jejím potřebám a náladě. Tato strategie byla použita v devíti případech. Hlavní podstatou této strategie je, aby pracovník nezlehčoval potřeby klientky a dal jí najevo, že jsou její emoce důležité. V polovině intervencí byla využita strategie nabídky aktivit, které by klientku mohly rozptýlit a zlepšit její náladu. Zde záleží především na tom, v jak velkém je klientka napětí a zda tento způsob podpory je pro ni v danou chvíli atraktivní. Ve třech případech pracovník ujišťoval klientku, že jsou zde pracovníci pro ni a může se na ně kdykoliv obrátit. Pouze v jednom případě se pracovník nacházel v časové tísní a musel se s klientkou jasně domluvit na místě a čase podpory. V tomto případě se jednalo o intervenci,

kteřá trvalo delší časové období a byla rozdělena na etapy. Proběhla zde schůzka s jiným klientem, proto pracovník nemohl situaci řešit hned, ale musel být domluven určitý čas podpory.

Data četnosti využití jednotlivých strategií jsou pro lepší přehlednost zaneseny do tabulky.

Tabulka 2: Využití strategií

Využitá strategie	Četnost
Rozhovor s klientkou	10
Dát najevo, že rozumím potřebám/náladě klientky	9
Nabídka aktivit	5
Časová tíseň: jasně a srozumitelně se domluvit na čase a místě podpory	1
Ujištění klientky, že jsme zde pro ni a může se vždy obrátit na pracovníka	3

(Zdroj: vlastní analýza)

Posledním krokem pozorování bylo zhodnocení dané situace a proběhlé intervence. Ve všech případech se klientku podařilo uklidnit a nedošlo k žádnému závažnému chování ani nevyžádanému útěku k rodině. Poslední proběhlá intervence byla dle zápisu poměrně náročná a hrozilo, že situace negativně vygraduje. Nakonec s využitím všech dostupných strategií a součinností pracovníků se klientka uklidnila.

Ukázalo se, že v momentálním psychickém stavu dotyčné je napětí klientky možné zvládnout pomocí určených strategií a správným přístupem pracovníka. Z rozhovorů s pracovníky vyplynulo, že klientka se nyní chová jinak, než jak tomu bylo od jejích počátků ve službě chráněného bydlení. Pracovnice B uvedla: „*V tuto dobu je úplně jiná, než jak jsem ji poznala před 6 lety. Žádné velké výstupy, házení věcí, hrnků, klíčů po pracovnících a klientech... Bývá teď v celkem dobré náladě, usměvavá, ani nekřičí.*“ Dle pracovníků za pozitivní změnou v chování klientky stojí především nový vztah s přítelem. Pracovnice uvedly, že přítel na klientku působí velmi dobře, díky němu se snaží a má větší chuť do života. K otázkám ohledně přístupu Podpory pozitivního chování se pracovnice rovněž vyjádřily kladně. Pracovnice A si myslí „*že přínos může mít. Už jenom individuální podpora, kdy klientka má pracovníka pro sebe, je pro ni přínosná... Podpora toho, že je dospělá žena a rozhoduje sama o svém životě jí dodává sebedůvěru.*“

4.2 Shrnutí výzkumného šetření

V této kapitole jsou shrnuty poznatky a výsledky, které byly zjištěny v rámci výzkumného šetření diplomové práce. Výzkum v designu případové studie interpretuje život a chování klientky žijící v zařízení sociálních služeb, konkrétně v chráněném bydlení. Výzkumné šetření je zaměřeno na využití přístupu Podpory pozitivního chování u dané klientky, jejíž chování může být specifikováno jako náročné na péči.

Je známo, že lidé s mentálním postižením patří k velmi specifickým skupinám obyvatelstva. Ve většině případů potřebují větší míru podpory a také odlišný přístup než ostatní lidé. Lidé s mentálním postižením však přes to všechno mají stejné potřeby jako každý jiný člověk. Měli by mít také co nejvíce příležitostí k prožívání normálního a kvalitního života. Tato slova potvrzuje i Slowík (2016), který říká, že lidé s mentálním postižením jsou i přes všechna jejich specifika stále především lidmi, kteří mají své potřeby a právo, aby tyto potřeby byly naplňovány. Slowík si také myslí, že lidé s mentálním postižením mohou žít stejně kvalitní život jako všichni ostatní, tedy mohou pracovat, navazovat partnerské vztahy, cestovat a věnovat se dalším zájmům. Také však poukazuje na to, že lidé s mentálním postižením často vykazují vyšší míru emocionality, spontánnosti a otevřenosti. Tato slova autora se prokazují rovněž v rámci výzkumného šetření, kdy je možné projevy klientky skutečně označit jako velmi emocionální. Právě z tohoto důvodu se práce s ní může jevit jako obtížná.

Jelikož lidé s mentálním postižením často neumí dobře ovládat své emoce a mluvit o svých potřebách, může se v těchto případech objevovat u těchto osob chování náročné na péči. O této tématice hovoří Šik (2016), který uvádí jako nejčastější důvod náročného chování právě nedostatečnou saturaci potřeb daného člověka. V rámci výzkumného šetření se ukázalo, že klientce vybrané pro výzkumné šetření v životě chybí především její rodina, nejvíce matka. Klientka se nesrovnala s tím, že na rozdíl od svých sourozenců nežije se svou matkou a nemůže s ní trávit tolik času, kolik by chtěla. Kvůli svému handicapu není schopna pochopit, proč tomu tak je a jelikož má vysokou míru emocionality, smutek po matce neumí zcela dobře zpracovat. Proto v minulosti často vykazovala a v současnosti stále občas vyazuje náročné chování. Takové chování se konkrétně u této klientky vyznačuje především pláčem, křikem, nadávkami, vyhrožováním, že uteče k rodině, a především vyžadováním velké míry pozornosti od pracovníků. Z těchto důvodů klientka těžko vycházela s ostatními klienty i s pracovníky. Proto v prostředí chráněného bydlení nebyla spokojená, což mohlo být dalším důvodem pro náročné chování. O tématu náročného

chování píše také Osgood (2023), který takto označuje chování, které určitým způsobem zraňuje či poškozuje jiné osoby. Uvádí, že se může jednat o nadávky, křik, bouchání druhých, kopání do druhých, tahání za vlasy, sebepoškozování aj. Osgood také uvádí příčiny náročného chování, ke kterým se řadí především zdravotní potíže, nevyhovující prostředí a emocionální a duševní zdraví. Jak již bylo popsáno výše, poslední dvě zmiňované příčiny se vyskytovaly i v případě klientky vybrané pro výzkum (špatné vztahy s klienty i pracovníky a stesk po matce).

Náročným chováním u osob s intelektovým postižením či autismem se podrobně zabývá přístup Podpory pozitivního chování, který je stěžejním tématem této diplomové práce a výzkumného šetření. Podpora pozitivního chování je přístupem, který zatím v České republice není plošně využíván. Z toho důvodu byl zajímavým námětem pro realizaci výzkumu. Petlanová Zychová (2025) popisuje Podporu pozitivního chování jako přístup, který nastavuje systém podpory tak, aby daná osoba mohla žít co nejvíce kvalitní život a předcházelo se projevům náročného chování. Přístup také učí porozumět danému chování a analyzovat jeho příčiny. O důkladné porozumění chování klientky v rámci výzkumu bylo usilováno především analýzou dokumentů a rozhovory s pracovníky v sociálních službách, kteří danou klientku znají prakticky od počátku jejího života v současné službě. Aby bylo její chování kvalitně zmapováno, byly analyzovány zápisy ze služby od roku 2018, kdy klientka nastoupila do chráněného bydlení. Chování je poté dokresleno výpověďmi pracovníků, kteří již měli srovnání s aktuální situací.

Shrnutí analýzy dat

Z analýzy dat vyplývá, že chování klientky bylo pro pracovníky velmi náročné, často nevěděli, jak mají s klientkou pracovat a nebyli si jistí, co mají čekat, jelikož její chování bylo nevyzpytatelné (*„pláče, křičí na matku i na mne, že se nevrátí, maminka si s ní neví rady, je vyčerpaná, snažíme se řešit celou situaci, ale marně...“*). Pracovníci nebyli schopni klientce věnovat nepřetržitou pozornost, ale pokud ji klientka neměla, chování se zhoršovalo. Pracovníci rovněž vnímali, že se klientka snaží s nimi manipulovat, což také nebylo snadné. Čelili častým útěkům klientky, vynucování pozornosti a problémům s ostatními klienty, především se spolubydlíci. Tyto potíže přetrvávaly i po přestěhování do jiného místa bydliště, stále však v rámci stejné služby. Klientka zde měla pracovníky blíže, proto vynucování neustálé pozornosti bylo snadnější a pracovníci byli ještě vytíženější než dříve. Z rozhovorů s pracovníky však vyplynulo, že samostatný pokoj na klientku působil pozitivně: *„Nebyla ráda, protože tam kolem ní bylo více spolubydlících. Ze samostatného*

pokoje ale měla radost. Měla tam spolubydlícího, se kterým vůbec nevycházela, to byly věčné hádky. Potom vždycky chtěla utíkat k matce.“

Situace se dle rozhovoru s pracovnící mírně zlepšila po odstěhování spolubydlícího. Ne však na dlouho, jelikož v roce 2022 chování negativně vygradovalo natolik, že byla klientka na dva měsíce hospitalizována v psychiatrické nemocnici. Tato zkušenost ji společně se změnou medikace mírně uklidnila, ale k výrazné změně chování u klientky nedošlo. Dle zápisů ze služby pracovníci u klientky pozorovali dočasnou změnu chování v období následujícím po schůzce s matkou, kdy bylo klientce řečeno, že v dohledné době není možné, aby s rodinou bydlela. Klientka se nejprve zlobila, poté se však na nějakou dobu od matky částečně odpoutala, našla si i přítele. Vztah však klientce nevyhovoval.

V roce 2024 bylo při práci s klientkou započato uplatňování přístupu Podpory pozitivního chování. Ve spolupráci s pracovnící služby školenou v daném přístupu proběhly schůzky s klientkou, bylo mapováno, co by jí mohlo pomoci, aby se cítila ve službě dobře a co by měl pracovník dělat, pokud se cítí v napětí. Osgood (2023) takové mapování popisuje jako hledání proaktivních strategií a reaktivní strategie. Proaktivní strategie označují takové kroky, které mohou předcházet vzniku náročného chování. Reaktivní strategie poté již reagují na náročné chování klienta. Oba typy strategií jsou velmi individuální a závisí na tom, jaký daný klient je a co potřebuje. U klientky bylo v rámci výzkumu zjištěno, že proaktivními strategiemi mohou v jejím případě být například:

- procházka
- vaření
- zahradničení
- káva s pracovníkem

Mezi reaktivní strategie bylo zařazeno:

- rozhovor s klientkou
- dát najevo, že rozumím potřebám/náladě klientky
- nabídka aktivity: procházka, společná káva, projížďka autem, poslech hudby
- momentální časová tíseň: jasně a srozumitelně se domluvit na čase a místě podpory
- ujištění klientky, že jsme zde pro ni a může se vždy obrátit na pracovníka.

Samotné uplatňování přístupu Podpory pozitivního chování bylo sledováno prostřednictvím techniky pozorování. V případě, že pracovník rozpoznal u klientky napětí,

provedl intervenci, která byla zapsána do pozorovacího archu. Z pozorování vyplynulo, že nejčastějším důvodem pro negativní rozpoložení klientky byly důvody související s rodinou, především matkou. Nejčastěji využívanou strategií byl rozhovor a ujištění klientky, že pracovník rozumí jejím potřebám a náladě. Ze zápisů ze služby je rovněž viditelné, že pracovníci se snažili s klientkou pracovat jiným způsobem a věnovat se jí především ve chvílích, kdy její chování nebylo náročné a ocenit ji za to, co se jí daří. To je také jednou z hlavních myšlenek přístupu. Dle Osgooda (2023) přístup Podpory pozitivního chování prosazuje, abychom osobám s náročným chováním věnovali pozornost především ve chvílích, kdy se náročně nechovají a chválili za to, co dělají dobře, čímž jejich „správné“ chování posilujeme.

V období, kdy započala práce s klientkou na principech Podpory pozitivního chování, si klientka našla nového přítele. Tato událost měla velký dopad na pozitivní změnu chování klientky. Z toho důvodu tedy nelze s jistotou říci, do jaké míry se o změnu chování přičinila aplikace přístupu a do jaké míry to byla zásluha partnerského vztahu. Pracovnice při dotazování uvedly jako důvod pozitivní změny chování především partnerský vztah. Jedna z pracovnic však poznamenala, že přístup *„přínos může mít. Už jenom individuální podpora, kdy klientka má pracovníka pro sebe, je pro ni přínosná... Podpora toho, že je dospělá žena a rozhoduje sama o svém životě ji dodává sebedůvěru.“* Novosad (2009) uvádí, že šťastné partnerství může mít pozitivní vliv na kvalitu života člověka. Lidé s mentálním postižením nesou v této oblasti určitá znevýhodnění. Přitom partnerství pro ně často znamená jeden z hlavních bodů jejich spokojenosti. Mezi důležité aspekty Podpory pozitivního chování patří především zlepšování kvality života. Petlanová Zychová (2025) píše, že k hlavním cílům přístupu patří zkvalitnění života člověka s chováním náročným na péči. Je potřeba hledat, co kvalitu života může zlepšit, co danou osobu činí šťastnou a zda je aktuálně spokojená. Z toho důvodu spokojenost klientky ve vztahu potvrzuje výrok autorky i ostatních autorů zabývajících se tímto přístupem.

Výsledky výzkumného šetření

Cílem tohoto výzkumu je reflektovat přínos využití přístupu Podpory pozitivního chování u klientky s mentálním postižením. To se podařilo především technikou pozorování v součinnosti s ostatními využitými technikami. Výzkumná otázka úzce kopíruje cíl a téma práce. Jaký přínos má využití přístupu Podpory pozitivního chování při práci s klientkou s mentálním postižením? Dle všech získaných dat může mít využití přístupu Podpory pozitivního chování pro sledovanou klientku pozitivní přínos. Aplikace přístupu

v kombinaci s aktuální mírou kvality života klientky působí pozitivně a dle rozhovorů s pracovníky a dle pozorování je patrné, že s klientkou se v současné době pracuje snadněji, než tomu bylo dříve. Výsledky je však možné vztáhnout pouze na danou klientku, jelikož v tomto případě není možnost srovnání s jiným klientem. Práce s klientkou se také bude pravděpodobně v budoucnu odvíjet od aktuálního psychického rozpoložení a také míry kvality života, která může být proměnlivá.

ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala využitím přístupu Podpory pozitivního chování u klientů s mentálním postižením. Téma bylo zvoleno z důvodu určité jedinečnosti a inovativnosti v práci s klienty s mentálním postižením. Práce může být určitou inspirací pro budoucí práci s lidmi s mentálním postižením, ale také autismem či jiným intelektovým znevýhodněním.

Práce byla rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část vycházela z poznatků nalezených převážně v odborné literatuře a byla rozdělena do třech hlavních kapitol. První kapitola byla věnována vysvětlení pojmu mentální retardace a současně zde byla popsána také klasifikace mentálního postižení. Jelikož lidé s mentálním postižením patří k velmi osobitým skupinám osob, druhá kapitola se zaměřovala na jejich specifika. Pro účely práce tato specifika tvořila komunikace s osobami s mentálním postižením, jejich kvalita života, ke které se vázaly další podkapitoly jako práce a vzdělání, začleňování osob s mentálním postižením, partnerství a sexualita a institucionalizace. Ke specifikům se v rámci kapitoly řadilo také chování náročné na péči, jelikož toto chování je úzce provázáno s tematikou poslední kapitoly teoretické části. Třetí kapitola byla poté zaměřena na samotný přístup Podpory pozitivního chování, jeho využití a uplatnění v rámci České republiky.

V praktické části byla popsána charakteristika výzkumného šetření a poté popsána samotná analýza dat. Cílem diplomové práce bylo reflektovat přínos využití přístupu Podpory pozitivního chování u klientky s mentálním postižením. K dosažení cíle byly využívány techniky analýzy dokumentů, rozhovoru a pozorování. Data byla předložena formou případové studie, která podrobně sledovala případ klientky chráněného bydlení. V rámci výzkumu byl aplikován přístup Podpory pozitivního chování a bylo zkoumáno, zda může mít přínos pro práci s danou klientkou.

Výzkumné šetření prokázalo, že využití přístupu při práci s klientkou působilo pozitivně a s klientkou se pracovalo lépe, než tomu bylo dříve. Srovnání bylo možné učinit prostřednictvím analýzy dokumentů a také poskytnutím pohledu ze strany pracovníků v sociálních službách, kteří klientku znali již od jejího nástupu do služby. Zároveň však byl zjištěn rovněž pozitivní dopad partnerského vztahu na chování klientky. Změna chování klientky byla tedy zapříčiněna aktuální kvalitou života a spokojeností klientky v kombinaci s využitím přístupu Podpory pozitivního chování. Přístup je úzce provázán s kvalitou života osob s mentálním postižením a její zajištění patří k hlavním aspektům přístupu. Podpora

spokojeného života a partnerství ze strany pracovníků souvisí s aplikací přístupu při práci s klientkou.

Data, která byla zjištěna v rámci výzkumu, není možné vztáhnout na širší populaci, ani na klientky v rámci daného chráněného bydlení. Podpora pozitivního chování patří k velmi specifickým přístupům a je založen na individualitě každého klienta. Při využití přístupu je třeba dobře znát osobnost daného klienta, různé souvislosti a nejlépe příčinu jeho náročného chování. Jen tak mohou být správně zvoleny strategie pro předcházení a případně řešení chování náročného na péči. Realizace výzkumu může mít jistě přínos při další práci s klientkou, která byla jeho součástí. Diplomová práce může také sloužit jako určitá inspirace k inovativnímu přístupu ke klientům s mentálním postižením, ale jak již bylo uvedeno také k lidem s autismem, seniorům s demencí či Alzheimerovou chorobou nebo také dětem s náročným chováním pro školní prostředí. V tomto směru se téma dotýká i oblasti pedagogiky.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BOUKALOVÁ, Hedvika; CERHA, Ondřej; SEDLÁČEK, Mojmír a ŠÍROVÁ, Eva. *Psychologie komunikace*. Praha: Grada, 2023. ISBN 978-80-271-1388-0.
- CARBERRY Trent; WARDALE Simon; HUTCHISON Sarah; LACKEY Susan a VASSOS Maria. *Positive Behaviour Support is effective when implemented correctly: a response to "Restrictive practice – A pathway to elimination" (Spivakovsky, Steele, & Wadiwel, 2023)* [online]. Research and Practice in Intellectual and Developmental Disabilities. 2024, 11(2), s. 251-264. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23297018.2024.2391804>. [cit. 2025-03-08].
- ČADILOVÁ, Věra; JŮN, Hynek a THOROVÁ, Kateřina. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.
- ČÁMSKÝ, Pavel; SEMBNER, Jan a KRUTILOVÁ, Dagmar. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0027-7.
- ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie*. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3071-7.
- Děti úplňku. *O PBS* [online]. 2024. Dostupné z: <https://detiuplnku.cz/cs/blog/2024/04/23/o-pbs/>. [cit. 2025-03-08].
- EMERSON, Eric. *Problémové chování u lidí s mentální retardací*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-390-1.
- JŮN, Hynek. *Když běžné postupy selhávají: Jak hledat reálná řešení složitých situací v sociálních službách*. Pasparta, 2021. ISBN 978-80-88429-05-0.
- Kolektiv autorů. *Sociální služby I: Užitečné informace pro manažery*. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-906320-4-2.
- KOZÁKOVÁ, Zdeňka. *Partnerské vztahy, intimita a sexualita osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2022. ISBN 978-80-244-6234-9.
- LEIF, Erin; SUBBAN, Pearl, SHARMA, Umesh a FOX, Russell. *"I Look at Their Rights First": Strategies Used by Australian Behaviour Support Practitioners' to Protect and Uphold the Rights of People with Disabilities* [online]. Springer. 2024, s. 17-34. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s41252-023-00355-0>. [cit. 2025-03-09].
- LUDÍKOVÁ, Libuše. *Kvalita života osob se speciálními potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2013. ISBN 978-80-244-3827-6.

LUDÍKOVÁ, Libuše. *Vybrané faktory ovlivňující kvalitu života osob se speciálními potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2016. ISBN: 978-80-244-5059-9.

MANDZÁKOVÁ, Stanislava. *Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0502-9.

MAREŠ, Jiří. *Tvorba případových studií pro výzkumné účely* [online]. Pedagogika. Hradec Králové, 2015, 65(2), 113-142. Dostupné z: doi: <https://pages.pedf.cuni.cz/pedagogika/?p=11212%20title=>. [cit. 2025-03-22].

MATOUŠEK, Oldřich; KODYMOVÁ, Pavla a KOLÁČKOVÁ, Jana. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-7367-818-0.

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

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.

MICHALÍK Jan a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.

NOVOSAD, Jaroslav. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.

OSGOOD, Tony. *Podpora pozitivního chování u osob s PAS a mentálním postižením*. Praha: Portál, 2023. ISBN 978-80-262-2079-4.

PANČOCHA, Karel; PROCHÁZKOVÁ, Lucie a SOLÁROVÁ SAYOUD, Kateřina. *Edukativní, intervenční a terapeutické přístupy k dospělým osobám a seniorům se zdravotním postižením*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6306-8.

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

PETLANOVÁ ZACHOVÁ, Věra. *Podpora pozitivního chování aneb Jak nahlížet na chování náročně na péči* [online]. In: Asociace poskytovatelů sociálních služeb, 26. 2. 2025. Dostupné z: <https://www.apsscr.cz/blog/podpora-pozitivniho-chovani>. [cit. 2025-04-05].

SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978- 80-7367-691-9.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Pedagogika (Grada). Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0095-8.

STAŇKOVÁ, Jaromíra. *Podpora pozitivního chování jako „nástroj“ pro zvládání chování náročného na péči* [online]. In: Autismport, 31. 5. 2024. Dostupné z: <https://autismport.cz/o-autistickem-spektru/detail/podpora-pozitivniho-chovani-jako-nastroj-pro-zvladani-chovani-narocneho-na-peci>. [cit. 2025-04-06].

ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.

TŘEŠŇÁK, Petr. *Důstojnost*. Brno: Druhé město, 2024. ISBN 978-80-7227-907-4

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-246-0956-0.

VALENTA, Milan; MICHALÍK, Jan a LEČBYCH, Martin. *Mentální postižení*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0378-2.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a EISNER, Petr. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0373-5.

Vláda ČR. *Systémová opatření pro podporu osob s intelektovým znevýhodněním a chováním náročným na péči na období 2024–2030* [online]. 2024. Dostupné z: https://vlada.gov.cz/cz/ppov/vvozp/dokumenty/systemova-opatreni-pro-podporu-osob-s-intelektovym-znevychodnenim-a-chovanim-narocnym-na-peci-na-obdobi-2024_2030-214216/ [cit. 2025-03-01].

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Časová osa.....	44
----------------------------	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Důvody napětí klientky	53
Tabulka 2: Využití strategií	54

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

a kol. a kolektiv

aj. a jiné

atd. a tak dále

DOZP Domov pro osoby se zdravotním postižením

CHB Chráněné bydlení

např. například

OSN Organizace spojených národů

PSS Pracovník v sociálních službách

s. strana

tzv. takzvaný

WHO World Health Organization

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Pozorovací arch

Příloha P II: Ukázka pozorovacího archu

Příloha P III: Ukázka rozhovoru

PŘÍLOHA P I: POZOROVACÍ ARCH

Klientka byla na schůzkách předem dotazována, jak jí může pracovník pomoci, pokud se necítí psychicky dobře. Také se vycházelo z toho, jak klientku znají pracovníci a co na ni působí pozitivně. Na tomto základě byly určeny strategie při řešení napětí klientky. Pokud je klientka v napětí, pracovník popíše danou situaci, odhadovaný důvod negativního rozpoložení, kroky při řešení dané situace, a nakonec zhodnotí proběhlou intervenci.

DATUM ZÁZNAMU:

POPIS SITUACE:

ODHADOVANÝ DŮVOD NEGATIVNÍHO ROZPOLOŽENÍ:

KROKY PŘI ŘEŠENÍ SITUACE (domluva s klientkou a zkušenost pracovníků)

STRATEGIE	VYUŽITÍ ANO/NE
ROZHOVOR S KLIENTKOU	
DÁT NAJEVO, ŽE ROZUMÍM JEJÍM POTŘEBÁM/NÁLADĚ	
NABÍDKA AKTIVITY: PROCHÁZKA, SPOLEČNÁ KÁVA, PROJÍŽDKA AUTEM, POSLECH HUDBY	
MOMENTÁLNÍ ČASOVÁ TÍSEŇ – JASNĚ A SROZUMITELNĚ SE DOMLUVIT NA ČASE A MÍSTĚ PODPORY	
UJIŠTĚNÍ KLIENTKY, ŽE JSME ZDE PRO NI A MŮŽE SE VŽDY OBRÁTIT NA PRACOVNÍKA	

ZHODNOCENÍ:

PŘÍLOHA P II: UKÁZKA POZOROVACÍHO ARCHU

Klientka byla na schůzkách předem dotazována, jak jí může pracovník pomoci, pokud se necítí psychicky dobře. Také se vycházelo z toho, jak klientku znají pracovníci a co na ni působí pozitivně. Na tomto základě byly určeny strategie při řešení napětí klientky. Pokud je klientka v napětí, pracovník popíše danou situaci, odhadovaný důvod negativního rozpoložení, kroky při řešení dané situace, a nakonec zhodnotí proběhlou intervenci.

DATUM ZÁZNAMU: 9. 7. 2024

POPIS SITUACE:

Klientka přišla do kanceláře se stížností na pracovníci v sociálních službách. Nelíbilo se jí, že pracovnice požadovala, aby si chodila včas pro léky. Je rozzlobená, vysvětluje, že se v noci chtěla napít, proto byla následující den unavená a pro léky si nepřišla. S klientkou byl veden rozhovor na téma medikace, bylo jí vysvětleno, proč je důležité léky užívat. Sama dříve souhlasila s tím, že léky bude užívat pravidelně a pod dohledem pracovníka (vyžadováno i lékařkou). Navrženo, zda by pro klientku bylo komfortní, když by se vždy dopředu individuálně domluvila s pracovníkem na čase podání léků. S tím souhlasila. Klientka se vzápětí uklidnila a řekla, že si na to příště dá pozor.

ODHADOVANÝ DŮVOD NEGATIVNÍHO ROZPOLOŽENÍ:

Rozpor mezi tím, co chce klientka a co má ve svých povinnostech pracovník (tedy podat klientce předepsanou medikaci). Klientka by si o tomto pravděpodobně chtěla rozhodovat sama, po minulých zkušenostech však je potřeba a vyžadováno lékařkou, aby léky podával pracovník.

KROKY PŘI ŘEŠENÍ SITUACE (domluva s klientkou a zkušenost pracovníků)

STRATEGIE	VYUŽITÍ ANO/NE
ROZHOVOR S KLIENTKOU	ANO
DÁT NAJEVO, ŽE ROZUMÍM JEJÍM POTŘEBÁM/NÁLADĚ	ANO
NABÍDKA AKTIVITY: PROCHÁZKA, SPOLEČNÁ KÁVA, PROJÍŽDKA AUTEM, POSLECH HUDBY	NE
MOMENTÁLNÍ ČASOVÁ TÍSEŇ – JASNĚ A SROZUMITELNĚ SE DOMLUVIT NA ČASE A MÍSTĚ PODPORY	NE
UJIŠTĚNÍ KLIENTKY, ŽE JSME ZDE PRO NI A MŮŽE SE VŽDY OBRÁTIT NA PRACOVNÍKA	NE

ZHODNOCENÍ:

Situace byla v tomto případě zvládnuta rychle a bezpečně, nevedla k dalšímu negativnímu rozpoložení klientky. Stačilo využití strategie rozhovoru, dát najevo, že rozumíme jejím potřebám a navrhnu řešení pro zlepšení příští spolupráce.

PŘÍLOHA P III: UKÁZKA ROZHOVORU

Pracovnice B

Jaké chování klientka vykazovala, když bydlela v bytech?

Byla neustále neklidná, v napětí, vyžadovala pozornost pracovníků, nejlépe jednoho jen pro sebe. Neustále telefonovala matce, asistentům, sociální pracovníci, vedoucí, vyžadovala pozornost pořád. S nikým se na bytech nekamarádila, nechodily za ní návštěvy, nikdo z klientů ji ani neměl rád. Svoji spolubydlící považovala za kamarádku, ale stejně se pořád hádaly. Spolubydlící z ní byla unavená, neměla možnost si odpočinout, protože sdílely jeden pokoj. Proto jí taky škodila a dělala naschvály.

Uklízení a osobní hygiena byla pro klientku taky velký problém. Pořád mluvila o tom, jak bude bydlet s matkou. Ta jí přitom neuměla říct, že to nejde.

Jaké chování klientka vykazovala po přestěhování na vilu?

Nebyla ráda, protože tam kolem ní bylo více spolubydlících. Ze samostatného pokoje ale měla radost. Měla tam spolubydlícího, se kterým vůbec nevycházela, to byly věčné hádky. Potom vždycky chtěla utíkat k matce. Když se spolubydlící odstěhoval, trochu se zklidnila. Zvykla si na současné spolubydlící a naučila se, že když se zavře v pokoji a zapne si písničky do sluchátek, bude jí dobře.

Co myslíš, že klientku činí šťastnou, co jí dělá radost?

Má ráda zájem od ostatních. Ráda si kupuje nové oblečení, boty, šperky a taky se ráda líbí. Ráda se taky vozí autem. Líbí se jí, když má jednu osobu jen pro sebe, buď sociálního pracovníka, asistenta nebo přítele. Teď co má přítele, tak dlouho vydrží u něj v bytě, pokud není zrovna v práci. Má na ni určitě dobrý vliv. Má ráda být v pokoji nebo na zahradě a poslouchat muziku.

Co se ti osvědčilo, když klientka byla napjatá? Je něco, co ji uklidní?

Být v klidu, uklidnit klientku. Pomáhá udělat si na ni čas, jít třeba na její oblíbené kafe z automatu. Potom posedět třeba na lavičce v parku, probrat to, co ji trápí. Popovídat si. Dřív ji uklidnila nová elektronika, bednička (pozn. přenosný reproduktor), sluchátka, mobil. Teď už to tolik nevyžaduje, ale pořád to má ráda a dělá jí to radost.

Jakým způsobem se chování klientky projevuje aktuálně?

V tuto dobu je úplně jiná, než jak jsem ji poznala před 6 lety. Žádné velké výstupy, házení věcí, hrnků, klíčů po pracovnících a klientech. Se spolubydlícími teď taky vychází celkem dobře a je schopná se s nimi v klidu na něčem domluvit. Bývá teď v celkem dobré náladě, usměvavá, ani nekřičí. Dá se s ní domluvit a dá si říct. Ani se tolik nedohaduje. Dá se s ní normálně popovídat na různé témata, dřív to bylo jenom ohledně rodiny.

Jaký přínos může mít přístup Podpory pozitivního chování při práci s klientkou? (Přístup Podpory pozitivního chování se snaží porozumět náročnému chování klienta. Nastavuje službu tak, jak potřebuje klient. Rozvíjí pozitivní chování a umožňuje se samostatně rozhodovat, žít svobodnější a kvalitnější život.)

Určitě teď má život takový svobodnější, v tom jí nebráníme. Hodně ji ovlivnil její přítel, protože je takový klidný, ale důrazný. To ona potřebuje, takového klidného a hodného chlapa. To ve svém okolí totiž nikdy nepoznala. Ona těžce nese ty hrůzy, co se dějí u její rodiny, kolikrát se do služby vrátila víc rozhozená, někdy tam ani nebrala léky. Nedávno mně řekla, že tam už ani bydlet nechce, je tady spokojená. Ale pak vždycky zase obrátí.

Zajímavé je, že teď po dlouhé době začíná chodit do sociálně terapeutické dílny. Přestali jsme ji nutit a teď si to rozhodla sama.