

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

**Chování náročné na péči u klientů s autismem v
sociální službě poskytované v režimu 24/7**

Bakalářská práce

Autor: Mgr. Linda Havlíček Skarlandtová, DiS.

Studijní program: Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností

Studijní obor: Sociální práce

Forma: Kombinovaná

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Radka Janebová, Ph.D.

Hradec Králové 2023



Zadání bakalářské práce

Autor: Mgr. Linda Havlíček Skarlandtová, DiS.

Studium: F20BK0091

Studijní program: B0923P240001 Sociální práce

Studijní obor: Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností

Název bakalářské práce: **Chování náročné na péči u klientů s autismem v sociální službě poskytované v režimu 24/7.**

Název bakalářské práce AJ: Challenging behavior of clients with autism living in 24/7 social care homes.

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Cílem bakalářské práce je v teoretické části popsat problematiku poruch autistického spektra na obecné úrovni, přiblížit specifika této konkrétní cílové skupiny (tzv. PAS+) a představit sociální služby poskytované v režimu 24/7, které jsou pro tuto cílovou skupinu v České republice dostupné. Popsat specifika těchto služeb a rozdílnost v systému poskytování péče. Práce se rovněž podrobně zaměří na problematiku chování náročného na péči klientů s autismem. Kvantitativní výzkum bude realizován prostřednictvím dotazníků a bude zaměřen na četnost a příčiny konfliktů této cílové skupiny v rámci života v sociální službě z perspektivy pečujících pracovníků.

ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. a kol. (2007). Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem. Praha: Portál. JŮN, H. (2010). Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví: Strategie práce s klienty, krizové scénáře. Praha: Portál. NAVRÁTIL, P. (2001) Teorie a metody sociální práce. Praha: Zeman. MATOUŠEK, O. (2012) Základy sociální práce. Praha: Portál. MATOUŠEK, O., Koláčková, J., Kodymová, P. (2010) Sociální práce v praxi. Praha: Portál. PÁTÁ, K. P. (2008) Mé dítě má autismus. Praha: Grada. ŠPORCLOVÁ, V. (2017) Autismus od A do Z. Praha: Pasparta Publishing. THOROVÁ, K. (2006) Poruchy autistického spektra. Praha: Portál.

Zadávací pracoviště: Ústav sociální práce,
Filozofická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Radka Janebová, Ph.D.

Oponent: Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 15.6.2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucí bakalářské práce a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 23. 3. 2023

Mgr. Linda Havlíček Skarlandtová, DiS.

Poděkování

Ráda bych tímto velmi poděkovala Mgr. et Mgr. Radce Janebové, Ph.D., za odborné vedení mé bakalářské práce. Děkuji jí za její odbornou erudici, náročnost, trpělivost, důkladnost, cenné rady a relevantní připomínky, které mi při psaní bakalářské práce s ochotou věnovala. Děkuji odborníkům z Národního ústavu pro autismus, z. ú. za možnost čerpat praktické zkušenosti při práci s lidmi s autismem a za přístup k praktickým informacím. Děkuji všem pracovníkům přímé péče, kteří mi věnovali svůj čas a podělili se o své myšlenky a zkušenosti pro mé výzkumné šetření.

Anotace

HAVLÍČEK SKARLANDTOVÁ, Linda. Chování náročné na péči u klientů s autismem v sociální službě poskytované v režimu 24/7. Hradec Králové, 2023. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta (Ústav sociální práce). Vedoucí práce: Mgr. et. Mgr. Radka Janebová, Ph.D.

Bakalářská práce mapuje chování náročné na péči u osob s poruchami autistického spektra (tzv. PAS+) trvale žijících v pobytových sociálních službách z perspektivy pracovníků přímé péče. Teoretická část popisuje problematiku poruch autistického spektra a chování náročného na péči tak, jak ji nabízí odborná literatura, přibližuje specifika skupiny PAS+ a představuje sociální služby poskytované v režimu 24/7 pro tuto skupinu v České republice dostupné. Metodická část obsahuje vícepřípadovou studii tří typů pobytových sociálních služeb, analyzuje specifika těchto služeb, rozdílnost v systému poskytování péče a spouštěče chování náročného na péči pohledem pracovníků přímé obslužné péče. Závěrem navrhuje souvislosti mezi specifiky zařízení a typem náročného chování.

Klíčová slova: poruchy autistického spektra, autismus, chování náročné na péči, příčiny a projevy chování náročného na péči, sociální služby, pracovníci v sociálních službách, typologie pobytových sociálních služeb, vliv typu sociální služby na chování náročné na péči.

Annotation

HAVLÍČEK SKARLANDTOVÁ, Linda. Challenging behavior of clients with autism living in 24/7 social care homes. Hradec Králové, 2023. Bachelor thesis. University of Hradec Králové, Philosophical Faculty (The Institute of Social Work). Supervisor: Mgr. et Mgr. Radka Janebová, Ph.D.

The bachelor's thesis maps the challenging behavior of people with autism spectrum disorders (so-called ASD+) permanently living in residential care facilities from the perspective of residential care workers. The theoretical part describes the problem of autism spectrum disorders and challenging behavior as offered by the professional literature, describes an overview of the specifics of the ASD+ group and presents available social care provided 24/7 for this group in the Czech Republic. The methodological part contains a multi-case study of three types of residential care facilities, analyzes their specifics, care system differences and challenging behavior triggers from the point of view of residential care workers. In conclusion, it suggests connections between the type of residential care facility and the challenging behavior.

Key words: autism spectrum disorders, autism, challenging behavior, causes and manifestations of challenging behavior, social care services, workers in social care services, typology of residential care facility, effect of the care service type on challenging behavior.

Obsah

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	9
ÚVOD	1
1 CÍL PRÁCE A NÁSTIN METODIKY ZPRACOVÁNÍ	2
1.1 METODICKÉ UKOTVENÍ K DÍLČÍMU CÍLI 1	2
1.2 TRANSFORMACE DÍLČÍCH CÍLŮ DO VÝZKUMNÝCH NÁSTROJŮ	5
2 TEORETICKÁ ČÁST	6
2.1 PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA	6
2.1.1 KLASIFIKACE PORUCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA	8
2.1.2 MENTÁLNÍ RETARDACE	11
2.2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY DLE ZÁKONA O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	13
2.3 PAS V KOMBINACI S CHOVÁNÍM NÁROČNÝM NA PÉČI (TZV. PAS+) V SOCIÁLNÍ SLUŽBĚ	21
2.3.1 CHOVÁNÍ NÁROČNÉ NA PÉČI A MÍRA PODPORY	23
2.4 TYPY CELOROČNÍCH POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO KLIENTY PAS+	27
2.4.1 DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM	29
2.4.2 PODPORA SAMOSTATNÉHO BYDLENÍ	31
2.4.3. DOMOV PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	33
2.5 SOUVISLOSTI MEZI TYPEM SLUŽBY A VÝSKYTEM CHOVÁNÍ NÁROČNÉHO NA PÉČI	36
2.6 SHRNUÍ TEORETICKÉ ČÁSTI	36
3 EMPIRICKÁ ČÁST	38
3.1 FORMULACE VÝZKUMNÝCH CÍLŮ	38
3.2 VÝZKUMNÁ STRATEGIE	39
3.3 TRANSFORMACE DÍLČÍCH CÍLŮ DO VÝZKUMNÝCH NÁSTROJŮ	40
3.4 VÝZKUMNÝ SOUBOR	42
3.5 PRŮBĚH VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	44
3.6 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT A INFORMACÍ	45

3. 7 REFLEXE RIZIK SPOJENÝCH S VÝZKUMEM	46
<u>4 POPIS A INTERPRETACE DOSAŽENÝCH VÝLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ</u>	48
4.1 VÝSLEDKY KVALITATIVNÍ ANALÝZY DOKUMENTŮ	48
4.2 VÝZKUMNÁ ZPRÁVA VÍCEPŘÍPADOVÉ STUDIE	49
<u>5 SHRNU TÍ VÝSLEDKŮ</u>	57
<u>ZÁVĚRY, DISKUZE A DOPORUČENÍ</u>	59
<u>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</u>	61
<u>SEZNAM OBRÁZKŮ</u>	63
<u>SEZNAM TABULEK</u>	63
<u>PŘÍLOHY</u>	64

Seznam použitých zkratk

PAS	Porucha autistického spektra
PAS+	Porucha autistického spektra s chováním náročným na péči
CHNP	Chování náročné na péči
DZR	Domov se zvláštním režimem
PSB	Podpora samostatného bydlení
DOZP	Domov pro osoby se zdravotním postižením
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí

Úvod

Před několika lety mě pracovní cesty zavedly do prostředí sociálních služeb, konkrétně do neziskové organizace Národní ústav pro autismus, z. ú., poskytující komplexní portfolio sociálních služeb pro osoby s poruchami autistického spektra a jejich blízké. Ačkoli mé původní profesní zaměření v této organizaci nebylo spojeno s přímou péčí o klienty, ale s komunikací, kontakt se službami a příběhy klientů i jejich rodin, se kterými jsem v rámci své práce přicházela do styku, mě natolik zaujal, že jsem se pro participaci na přímé péči po velmi krátké době rozhodla. Nejblíže mému srdci se stala skupina klientů s autismem v souběhu s mentálním znevýhodněním a chováním náročným na péči (skupina tzv. PAS+), se kterými jsem se setkala v rámci své praxe v Domově se zvláštním režimem NAUTIS. Jedná se takovou skupinu klientů, která nemohla nadále zůstat žít v přirozeném prostředí své rodiny, jejich chování je natolik náročné na péči, že vyžaduje odbornou péči 24 hodin denně, 7 dní v týdnu a 365 dní v roce. Tito lidé tedy trvale žijí v sociálním zařízení.

Pro pečující personál sociálních zařízení je takové chování velkou profesní výzvou, která je velmi náročná nejen po psychické, ale rovněž po fyzické stránce. Schopnost toto chování zvládat vyžaduje speciální vzdělávání i trénink pracovníků. V rámci celoročních pobytových služeb bývají klienti PAS+ umístěni nejčastěji v domovech se zvláštním režimem, domovech pro osoby se sníženou soběstačností a v posledních dvou letech mohou pražští klienti čerpat službu podpora samostatného bydlení, která je přizpůsobena klientům s autismem a chováním náročným na péči v režimu 24/7.

Fenomén chování náročného na péči vyžadující velmi odborný přístup, často složitě uchopitelný pro samotný personál zařízení, mě zaujal natolik, že jsem se rozhodla věnovat mu tuto práci. Aplikačním cílem mé bakalářské práce je zmapovat příčiny a projevy chování náročného na péči ve zmíněných typech zařízení sociálních služeb z perspektivy pečující pracovníků. Výsledek mého výzkumu by mohl být informací, jak si jednotlivé typy zařízení sociálních služeb z hlediska výskytu nežádoucího chování klientů stojí očima pečujícího personálu.

1 CÍL PRÁCE A NÁSTIN METODIKY ZPRACOVÁNÍ

Hlavním cílem mé bakalářské práce je popsat problematiku poruch autistického spektra na obecné úrovni, přiblížit specifika konkrétní cílové skupiny (tzv. PAS+) a představit sociální služby poskytované v režimu 24/7, které jsou pro tuto cílovou skupinu v České republice dostupné, a zároveň popsat specifika těchto služeb a rozdílnost v systému poskytování péče, zjistit, jak sociální pracovníci ve službách v režimu 24/7 popisují spouštěče chování náročného na péči u klientů s autismem a navrhnout souvislosti mezi specifiky zařízení a typem náročného chování.

Hlavní cíl je rozpracován do čtyř dílčích cílů:

Prvním dílčím cílem je popsat problematiku poruch autistického spektra na obecné úrovni, přiblížit specifika konkrétní cílové skupiny (tzv. PAS+) a představit sociální služby poskytované v režimu 24/7, které jsou pro tuto cílovou skupinu v České republice dostupné. Součástí prvního dílčího cíle je dále popsat specifika těchto služeb a rozdílnost v systému poskytování péče. Pro tento dílčí cíl budu vycházet z odborné literatury české i zahraniční a z dokumentů a metodik organizací poskytujících sociální služby dané klientele. Druhý a třetí dílčí cíl, tedy zjistit, jak pracovníci přímé péče v sociálních službách v režimu 24/7 popisují spouštěče chování náročného na péči u klientů s autismem, bude společně se čtvrtým dílčím cílem, kterým je navrhnout souvislosti mezi specifiky zařízení a typem náročného chování, zkoumán prostřednictvím kvalitativní vícepřípadové studie. Kvalitativní výzkum bude probíhat metodou dotazování prostřednictvím kvalitativního interview s pracovníky přímé obslužné péče relevantních sociálních služeb.

1.1 Metodické ukotvení k dílčímu cíli 1

Prvním dílčím cílem *je popsat problematiku poruch autistického spektra na obecné úrovni, přiblížit specifika konkrétní cílové skupiny (tzv. PAS+) a představit sociální služby poskytované v režimu 24/7, které jsou pro tuto cílovou skupinu v České republice dostupné. Dále popsat specifika těchto služeb a rozdílnost v systému*

poskytování péče. K dosažení tohoto cíle využívám kvalitativní analýzu dokumentů. Autismus jako diagnóza spadá dle aktuálně platné směrnice Mezinárodní klasifikace nemocí do skupiny pervazivních vývojových poruch, kterým se v praxi věnují dětské psychiatry a psychologové. Na obecné úrovni deskripce diagnózy je literatura poměrně bohatá, nejen ve světovém měřítku, ale také v kontextu České republiky, vycházím v práci zejména z odborných publikací českých autorek, psycholožek a diagnostiček PAS, *Poruchy autistického spektra* (Thorová, 2006); *Vývojová psychologie* (Thorová, 2017) a *Autismus od A do Z* (Šporclová, 2017). Z literatury zahraniční je čerpáno převážně z publikací *Autism. Current theories and evidence* (Zimmerman, 2010); *Autism Spectrum Disorders* (Leboyer, 2015) a *The Autism Spectrum in the 21st Century: Exploring Psychology, Biology and Practice* (Roth, 2010).

Ačkoli je akutní nedostatek sociálních služeb pro osoby s PAS a těžší symptomatikou, popřípadě v kombinaci s chováním náročným na péči (tedy tzv. PAS+), v České republice stále častěji skloňovaným tématem, a to i mediálně, zdroje odborné literatury týkající se této zkoumané skupiny klientů nejsou příliš rozsáhlé a směřují v drtivé většině k odborníkům z Národního ústavu pro autismus, kteří jsou autory většiny publikací, ze kterých jsem čerpala. Téměř jediným (přínejmenším nejzkušenějším) terapeutem chování náročného na péči u lidí s PAS je PhDr. Hynek Jůn, Ph.D., který se terapii chování, zejména v kontextu sociálních služeb, věnuje dlouhá léta. V práci jsem využila všechny publikace, které Jůn v průběhu své praxe publikoval, nebo se na nich podílel: *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem* (Portál, 2007); *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví: Strategie práce s klienty, krizové scénáře* (Portál, 2010); *Když běžné postupy selhávají - Jak hledat reálná řešení složitých situací v sociálních službách* (Pasparta Publishing, 2021). Dále byla použita i Jůnova disertační práce *Zvládání problémového chování u lidí s mentální retardací a/ nebo s autismem nejen v ústavech sociální péče* (PF UK, 2007).

Publikace českých odborníků jsem volila na základě profesní erudice jejich autorů, neboť patří v České republice mezi zakladatele diagnostiky a systematické péče o osoby s autismem. Využila jsem všechny publikace, které k této problematice byly v České republice vydány. Zdrojem byly také webové stránky největší české

organizace pomáhající lidem s autismem, Národního ústavu pro autismus, z.ú. a jejich nového komplexního portálu o autismu, AutismPortu. Čerpala jsem rovněž z webových stránek velmi činné rodičovské organizace Děti úplňku. Zahraniční literatura nabízí stovky publikací o poruchách autistického spektra, kritéria pro můj výběr byla: a) publikace vydané po roce 2010 letech, neboť výzkum autismu a terapeutické směry se každým rokem posouvají, b) publikace věnující se autismu na obecné úrovni, neboť mým cílem nebylo představit podrobně jednotlivé formy PAS a jejich specifika, ale PAS jako problematiku obecně. Při výběru jsem postupovala formou vyhledávání recenzí zahraničních knih na základě klíčových slov: „*best book on autism*“ a „*book on autism for professionals*“, vybrané knihy jsem následně konzultovala s odbornými konzultanty z NAUTIS, kterými mi byla doporučena i další odborná literatura. Relevantním vodítkem výběru literatury byly také počty citací autorů v článcích vědeckých periodik.

V odborné literatuře jsem jako badatel hledala odpovědi na tyto otázky: 1) Co jsou poruchy autistického spektra? 2) Jaká jsou specifika cílové skupiny (tzv. PAS+)? 3) Jaké sociální služby poskytované v režimu 24/7 jsou pro tuto cílovou skupinu v České republice dostupné? 4) Jaká jsou specifika těchto služeb? 5) Jaká je rozdílnost mezi těmito službami v systému poskytování péče?

Kapitola bude členěna na subkapitoly dle položených otázek.

Data získaná **kvalitativní analýzou dokumentů** jsem zkompletovala a zpracovala do textové podoby, začlenila je jako subkapitoly kapitoly 1 a seřadila dle výzkumných otázek.

Při výběru zahraničních publikací pro účely kvalitativní analýzy dokumentů k řešení prvního dílčího cíle jsem reflektovala rizika v podobě možného subjektivního vnímání kvality konkrétní publikace odbornými konzultanty, na jejichž doporučení jsem literaturu vyhledala, nebo jsem žádala o konzultaci. Věřím, že jejich odborná erudice, podporována jejich pravidelnými aktivními účastmi na mezinárodních odborných sympoziích a členstvím v mezinárodních odborných asociacích, je zárukou kvality, odbornosti a objektivity. Výraznější rizika jsem reflektovala při čerpání informací z internetových zdrojů, kterých je možno na internetu najít tisíce. Z tohoto důvodu jsem data pocházející z online prostředí minimalizovala výlučně na platformy

české, které jsou jako odborně relevantní hodnoceny i českými odborníky (nautis.cz, autismport.cz, detiuplnku.cz, mkn10.uzis.cz, mpsv.cz).

1.2 Transformace dílčích cílů do výzkumných nástrojů

Cíl	Dílčí cíl 2. řádu	Indikátory	Tazatelské otázky	
DC 1: popsat problematiku poruch autistického spektra na obecné úrovni, přiblížit specifika konkrétní cílové skupiny (tzv. PAS+) a představit sociální služby poskytované v režimu 24/7, které jsou pro tuto cílovou skupinu v České republice dostupné. Popsat specifika těchto služeb a rozdílnost v systému poskytování péče.	1.1	Poruchy autistického spektra	-	
	1.2	PAS v kombinaci s chováním náročným na péči, tzv. PAS+	Typologie skupiny a jejich projevů chování	-
	1.3	Sociální služby a jejich typologie pro PAS+ v režimu 24/7	Sociální služby a jejich typy	-

Tabulka 1: Transformační tabulka, 1. část

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Poruchy autistického spektra

V této subkapitole zodpovídám první dílčí otázku: **Co jsou poruchy autistického spektra?**

Poruchy autistického spektra (PAS) či autismus patří v posledních letech mezi stále častěji diskutovaná témata mezi veřejností laickou i odbornou. Děje se tak velmi pravděpodobně v souvislosti s časnější diagnostikou PAS, k níž přispělo v roce 2016 zavedení povinného screeningu rizika výskytu PAS v 18 měsících věku dítěte u praktických lékařů pro děti a dorost. S vyšším počtem nově diagnostikovaných dětí stoupá ruku v ruce i prevalence. V České republice žádná oficiální prevalence studie dosud provedena nebyla, odborná veřejnost České republiky však vychází z dat studií zahraničních. Nejnovější z nich uvádí, že v populaci osmiletých dětí v USA získalo diagnózu PAS v roce 2021 jedno ze 44 dětí, přičemž výskyt u chlapců je čtyřikrát častější než u dívek. Průměrný odhad výskytu autismu v populaci je tedy uváděn Národním ústavem pro autismus, z. ú. na 1,5% - 2%. Každý rok se dle těchto čísel v České republice narodí okolo 1500 - 2000 dětí s PAS (NAUTIS, 2022).

PAS je vrozená neurovývojová pervazivní porucha ovlivňující komunikaci a sociální fungování jedince. Dle Šporclové (2018:11) byl autismus poprvé pojmenován dětským psychiatrem Leo Kannerem v roce 1943. U několika dětí si všiml výrazných deficitů v sociálně emočních dovednostech a stereotypního chování. Při svém pozorování ho zaujal citový chlad matek, čemuž přičítal původ netypického chování dětí. V současnosti je původ autismu odbornou veřejností přičítán neurobiologické podstatě. Spočívá v narušení vývoje specifických oblastí mozku a neuronových spojení mezi nimi. Na jeho vzniku se velmi pravděpodobně podílí kombinace více faktorů, jedná se tedy o tzv. multifaktoriální příčiny.

První projevy PAS bývají registrovatelné do třetího roku věku dítěte. Dítě bývá nápadné svým odlišným myšlením, vnímáním, chováním a deficitem, které jsou specifické zejména v sociálních dovednostech. Dle Thorové (AutismPort, 2022) autismus není jednou konkrétní poruchou, jde spíše o celou skupinu poruch, která je

souhrnně nazývána poruchy autistického spektra. „*Jak už termín spektrum napovídá, projevy jsou za prvé velmi různorodé (představme si barvy spektra) a za druhé nestejně závažné (představme si odstíny od lehkého zbarvení po temné tóny). Existují lidé na spektru, kteří potřebují vysokou míru podpory při naplňování i těch nejzákladnějších potřeb. Mají těžkou poruchu komunikace, nemluví, negestikulují, nerozumí řeči. Potřebují asistenci při péči o vlastní osobu, mohou se na veřejnosti pohybovat pouze s doprovodem. Přitom všem mohou a nemusí mít poruchu intelektu. Často oni sami i jejich okolí trpí důsledky závažných odchylek v chování. Na autistickém spektru rovněž najdeme osoby, které fungují zcela nezávisle, studují, mají dobrou práci, děti, přátele a žijí spokojený život.*“



Obrázek 1: Spektrum projevů autismu

Zdroj: Národní ústav pro autismus, 2020

Dle Thorové (2016:15) se v České republice s problémy kolem diagnózy potýkáme stále výrazně: „*Na začátku 21. století měla většina dětských psychiatrů, psychologů a pediatrů o existenci pervazivních poruch jen mlhavé tušení. Situace se v posledních letech částečně zlepšila. V praxi se již používají posuzovací škály a diagnostické testy, v odborných časopisech vycházejí články týkající se dané problematiky, pervazivní vývojové poruchy se začaly ve větší míře vyučovat na vysokých školách, o problematice autismu více informují média. I když téměř polovina*

osob s autismem má zároveň přidruženou poruchu intelektu a nevyznačuje se žádnými nadprůměrnými schopnostmi, v očích veřejnosti autismus bývá spojován s rainmanovskou genialitou nebo alespoň matematickým či technickým nadáním, což ale neodpovídá realitě.“

Odborníků se specializací na autismus je v České republice stále akutní nedostatek, důvodem je odborná náročnost, která vyžaduje intenzivní a dlouhodobý diagnostický výcvik. Tomuto stavu odpovídají i čekací lhůty ve střediscích, která diagnostiku poskytují, čekací lhůty na diagnostické vyšetření bývají i delší než jeden rok (NAUTIS, 2023).

2.1.1 Klasifikace poruch autistického spektra

Klasifikace PAS v současné době prochází změnou v zařazení v Mezinárodní klasifikaci nemocí (dále „MKN“). PAS jsou odlišně definovány v MKN v její desáté revizi (MKN-10), která je stále platná a v revizi jedenácté (MKN-11), která byla publikována v roce 2018 a bude postupně zaváděna do praxe během následujících pěti let. Změny v MKN-11 se významně dotkly i klasifikace pervazivních vývojových poruch, tedy i autismu.

V MKN-10 najdeme PAS v kategorii F80 - F89 „Poruchy psychického vývoje“ a v její subkategorii „Pervazivní vývojové poruchy“. Sem je zařazen dětský autismus, atypický autismus, Rettův syndrom a Aspergerův syndrom. Náleží sem rovněž Jiná dětská dezintegrační porucha a Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby, která je však dle MKN-10 špatně definovatelná a v nové klasifikaci se již nenachází ani jedna z těchto poruch. MKN-11 klasifikuje několik subtypů poruch autistického spektra, které souvisí s úrovní intelektuálního a jazykového vývoje. Jelikož je stále ještě oficiálně v platnosti MKN-10, představíme si typy PAS dle této revize.

Manifestace projevů autismu je velmi různorodá. Dětský autismus, atypický autismus a Aspergerův syndrom způsobují zásadní problémy v mentálním vývoji dítěte a jsou patrné z nestandardního chování. Pro poruchy autistického spektra je

společná tzv. „triáda“ oblastí, které autismus ovlivňuje a v různé míře narušují, jedná se o oblast **komunikace, sociálního chování a představitosti**.

Dětský autismus je v MKN-10 definován přítomností abnormálního vývoje, který je zřetelný již před dosažením tří let věku, a také typem abnormální funkce reciproční sociální interakce, komunikace a opakujícího se stereotypního chování. K těmto rysům diagnózy se mohou pojit další přidružené jevy a rysy, například poruchy spánku, fobie, problémy s přijímáním potravy a agrese autogenní i heterogenní. Thorová (2016:179) uvádí, že *„dětský autismus tvoří jádro poruch autistického spektra (hlavně z pohledu historického). Stupeň závažnosti poruchy bývá různý, od mírné formy (málo mírných symptomů) až po těžkou (velké množství závažných symptomů). Problémy se musí projevit v každé části diagnostické triády. Kromě poruch v klíčových oblastech sociální interakce, komunikace a představitosti mohou lidé s autismem trpět mnoha dalšími dysfunkcemi, které se projevují navenek odlišným, abnormním až bizarním chováním. Typická je značná variabilita symptomů. Porucha se diagnostikuje bez ohledu na přítomnost či nepřítomnost jakékoli jiné přidružené poruchy. Specifický projev deficitů charakteristických pro autismus se mění s věkem dětí.“*

Atypický autismus se dle MKN 10 odlišuje od dětského autismu buď věkem nástupu nebo tím, že pacient nesplňuje všechny tři skupiny požadavků pro diagnostická kritéria. Obvykle jde o abnormální a porušený vývoj až po třetím roku věku a není dostatečně průkazná abnormalita v jedné nebo ve dvou ze tří oblastí psychopatologie požadované pro diagnózu autismu (tedy porucha reciproční sociální interakce, porucha komunikace a opakující se omezené stereotypní chování) i přes přítomnost charakteristických abnormalit v jiných oblastech. Atypický autismus vzniká často u výrazně retardovaných jedinců a jedinců s těžkou vývojovou receptivní poruchou řeči. Dle Thorové (2016:184) je atypický autismus *„velmi heterogenní diagnostická jednotka, která tvoří součást autistického spektra. Dítě splňuje jen částečně diagnostická kritéria daná pro dětský autismus. Nicméně u dítěte najdeme řadu specifických sociálních, emocionálních a behaviorálních symptomů, které se s potížemi, jež mají lidé s autismem, shodují. Lze říci, že atypický autismus je zastřešujícím termínem pro část osob, na které by se hodil vágní diagnostický výrok autistické rysy či sklony.“*

Aspergerův syndrom je rovněž v MKN 10 charakterizován kvalitativním porušením reciproční sociální interakce a opakujícím se omezeným a stereotypním repertoárem aktivit. Liší se však od dětského a atypického autismu především tím, že není přítomno opoždění ve vývoji řeči ani v kognitivních schopnostech. Jedinec s Aspergerovým syndromem má intelekt v pásmu normy. Thorová (2016:187) míní, že „projevy sociální dyslexie, jak někdy bývá Aspergerův syndrom nazýván, mají mnoho forem. Jedná se o velmi různorodý syndrom, jehož symptomatika plynule přechází do normy. Je obtížné, ne-li nemožné u určité hraniční skupiny odlišit, zda se jedná o Aspergerův syndrom nebo jen o sociální neobratnost spojenou například s více vyhraněnými zájmy a výraznějšími rysy osobnosti.“

V nové MKN-11 najdeme jedinou diagnostickou skupinu označenou jako „Poruchy autistického spektra“ (Autism Spectrum Disorders), zařazenou do kategorie neurovývojových poruch. Nenajdeme v ní výše popsané klinické subtypy, rozlišuje pět podob v rámci jednotné diagnostické kategorie PAS. MKN-11 zmiňuje, že existuje několik subtypů poruchy autistického spektra, které souvisí s úrovní intelektuálního a jazykového vývoje. Spektrum zahrnuje celou škálu schopností, od jednotlivců s vysokým IQ a dobrými jazykovými schopnostmi po osoby s poruchami intelektu s neosvojeným funkčním jazykem. V přidělené diagnóze MKN-11 proto bude vždy zohledněno, zda je či není přítomná porucha intelektu a porucha řeči. (AutismPort, 2022)

	Porucha intelektu	Poškození funkčního jazyka
6A02.0	Porucha není přítomna	Poškození není přítomno, nebo je mírné
6A02.1	Porucha je přítomna	Poškození není přítomno, nebo je mírné
6A02.2	Porucha není přítomna	Poškození je přítomno
6A02.3	Porucha je přítomna	Poškození je přítomno
6A02.4	Porucha není přítomna	Absence funkčního jazyka
6A02.5	Porucha je přítomna	Absence funkčního jazyka

Obrázek 2: Klasifikace PAS dle MKN-11

Zdroj: Thorová, 2021

2.1.2 Mentální retardace

Vágnerová (2004:313) popisuje **mentální retardaci** jako „*souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit. Je definována jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70 % normy), přestože postižený jedinec byl přijatelným způsobem výchovně stimulován. Hlavními znaky mentální retardace jsou nedostatečný rozvoj myšlení a řeči, omezená schopnost učení a z toho vyplývající obtížnější adaptace na běžné životní podmínky. Limitovaný rozvoj rozumových schopností bývá spojen s postižením či změnou dalších schopností a s odlišnostmi ve struktuře osobnosti. Mentální retardace je vrozená, dítě se již od počátku svého života nevyvíjí standardním způsobem. Mentální retardace je trvalá, přestože je v závislosti na etiologii a kvalitě stimulace možné určité zlepšení. Horní hranice dosažitelného rozvoje jedince s mentální retardací je dána jak závažností a příčinou defektu, tak individuálně specifickou vhodností působení prostředí, tj. výchovných, výukových a terapeutických vlivů.*“

Příčinou vzniku mentální retardace je **postižení centrálního nervového systému**. Vznik mentální retardace může být ovlivněn geneticky, teratogenními faktory působícími během těhotenství přes matku či postnatálním poškozením mozku, například zánětlivým onemocněním mozku novorozence. Jedinci s mentální retardací mají poruchu myšlení, učení i řeči. Vágnerová (2004:295) uvádí, že mentálně retardovaný jedinec má stejné základní psychické potřeby jako ostatní lidé. Tyto potřeby však mohou být pod vlivem omezenější kapacity kognitivních schopností a učení různým způsobem modifikovány. Obecně platí, že čím je člověk závažněji mentálně postižen, tím je v naplňování svých potřeb závislejší na okolí.

Šporclová (2018:40) uvádí, že různé studie ukazují, že autismus je spojen s různým stupněm mentálního postižení ve 30–70 % případů. U dětí s mentální retardací bývá výkon ve všech vývojových oblastech snížený dle stupně postižení, avšak vývojový profil schopností u dětí s autismem bývá nerovnoměrný. V některých oblastech mohou podávat výkony nadprůměrné, v jiných mají schopnosti oslabené, přičemž výraznější deficity jsou zachyceny v oblastech charakteristických pro

autismus. U některých jedinců s PAS s těžší symptomatikou mentální retardace (tedy u jedinců s Aspergerovým syndromem) jsou sociálně komunikační, sebeobslužné a adaptivní schopnosti natolik oslabené, že i přes průměrný (někdy i nadprůměrný) intelekt nejsou schopni samostatného fungování a v každodenním životě potřebují asistenci druhých osob.

Důležitým kritériem hodnocení poruchy kognitivních schopností je jejich závažnost. Průměrný lidský výkon má hodnotu IQ 100, hranice mentálního postižení se uvádí při IQ 70. Mezinárodní klasifikace nemocí, MKN-10, mentální retardaci člení do čtyř skupin:

Lehká mentální retardace

IQ se pohybuje přibližně mezi 50 až 69 (což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 9 až 12 let). Stav vede k obtížím při školní výuce. Mnoho dospělých je ale schopno práce a úspěšně udržují sociální vztahy a přispívají k životu společnosti.

Středně těžká mentální retardace

IQ dosahuje hodnot 35 až 49 (což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 6 až 9 let). Výsledkem je zřetelné vývojové opoždění v dětství, avšak mnozí se dokáží vyvinout k určité hranici nezávislosti a soběstačnosti, dosáhnou přiměřené komunikace a školních dovedností. Dospělí budou potřebovat různý stupeň podpory k práci a k činnosti ve společnosti.

Těžká mentální retardace

IQ se pohybuje v pásmu 20 až 34 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku 3 až 6 let). Stav vyžaduje trvalou potřebu podpory.

Hluboká mentální retardace

IQ dosahuje nejvýše 20 (což odpovídá u dospělých mentálnímu věku pod 3 roky). Stav způsobuje nesamostatnost a potřebu pomoci při pohybování, komunikaci a hygienické péči.

2. 2 Sociální služby dle Zákona o sociálních službách

V této subkapitole hledám odpověď na otázku: **Jaké sociální služby poskytované v režimu 24/7 jsou pro cílovou skupinu v České republice dostupné?**

Nejprve se zaměřím na přiblížení sociálních služeb obecně, pro zodpovězení otázky je třeba vymezit pojem sociální služby a jejich základní parametry. **Sociální služby** jsou určeny osobám, které potřebují pomoc a podporu v situaci, kterou se jim nedaří řešit vlastními silami nebo za pomoci své rodiny a blízkých. Spadají do gesce Ministerstva práce a sociálních věcí a zcela jasně je definuje Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. Sociální službou se dle něj rozumí *„činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.“* Základní zásadou zákona je dle § 3 vymezení, že *„rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležité kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.“* Zákon vymezuje 33 druhů sociálních služeb. Legislativní definice sociálních služeb je dána zákonem, nabízí se však definice vnímající sociální služby v kontextu potřeb společnosti, např.

„Sociální služby chrání občana tím, že v jeho prospěch něco konají“. (Matoušek, 2007: 11)

„i. Sociální služba je druh sociální péče (prevence) poskytované konáním (službou) státní (obecní) instituce ve prospěch jiné osoby,

ii. Sociální služba je obecněji chápána jako činnost ve prospěch občanů poskytovaná soukromoprávní nebo veřejnoprávní institucí přímo nebo soukromoprávní institucí za podpory veřejnoprávní instituce,

iii. Sociální službu je možné chápat obecně jako sociální práci (odborná činnost sociálních pracovníků) ve prospěch lidí v nepříznivé sociální situaci (v sociální nouzi).“ (Tomeš in Vrbický, 2014: 6)

Sociální začlenění je dle § 3 zákona 108/2006 Sb. „*proces, který zajišťuje, že osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené dosáhnou příležitostí a možností, které jim napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního, či kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný*“.

Sociální vyloučení je dle stejného paragrafu „*vyčlenění osoby mimo běžný způsob život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace*“.

Zákon rovněž pracuje s vymezením, za jakých okolností lze považovat situaci člověka za **sociálně nepříznivou**, tedy stanovující nárok na čerpání sociální služby. Jedná se dle § 3 o „*oslabení nebo ztrátu schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením*“.

Sociální služby poskytují **poskytovatelé sociálních služeb** a smí je poskytovat pouze subjekty splňující kritéria daná zákonem, a to na základě oprávnění. Oprávnění vzniká rozhodnutím o registraci, o které rozhoduje příslušný krajský úřad, pouze v případě, že zřizovatelem poskytovatele sociálních služeb je ministerstvo, rozhoduje o registraci toto ministerstvo.

Krajský úřad zároveň vede **registr poskytovatelů sociálních služeb**, do kterého zapisuje poskytovatele sociálních služeb, kterým bylo vydáno rozhodnutí o registraci. Do registru jsou povinni se zapsat také poskytovatelé sociálních služeb ve zdravotnickém zařízení ústavní péče, speciální lůžková zdravotnická zařízení hospicového typu a dětské domovy. Registr je veden v listinné a elektronické podobě a je veřejný. Elektronická podoba registru eviduje zejména údaje o kapacitě, materiálním, technickém a personálním zabezpečení jednotlivých služeb

poskytovatele, poskytování základních a fakultativních činností a financování jednotlivých sociálních služeb.

Zákon v paragrafech 32 - 96 definuje **tři druhy sociálních služeb a tři formy, jakými mohou být poskytovány**. Konkrétní druhy sociálních služeb jsou rozděleny do třech oblastí: sociálního poradenství, služeb sociální péče a služeb sociální prevence. Z hlediska formy poskytování rozlišujeme tři typy služby – terénní, ambulantní a pobytovou. Terénní sociální službou rozumíme službu, která je poskytována klientovi v jeho přirozeném prostředí, kdy pracovník služby dochází za klientem. Ambulantní služba je taková služba, jež je poskytována v zařízení sociálních služeb, které klient navštěvuje a není v něm ubytován. Pobytovou službou se rozumí služba, která je spojena s ubytováním klienta v zařízení sociálních služeb.

Sociální poradenství poskytuje všechny potřebné informace, které jsou nezbytné při řešení nepříznivé sociální situace člověka a dělíme ho na základní a odborné. **Základní** sociální poradenství je součástí všech sociálních služeb a všichni poskytovatelé jsou povinni jej bez úhrady poskytovat. **Odborné** sociální poradenství je cíleno na konkrétní oblasti potřeb, pomáhá osobám lépe se orientovat ve svých právech a nepříznivé situaci a napomáhá jim hledat účinné řešení ideálně vlastními silami a v souladu s jejich přáním. Disponuje informacemi o návazných službách, které by klientovi v řešení jeho situace mohly být nápomocné.

Služby sociální péče dle Zákona napomáhají „*osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.*“ Mezi služby sociální péče patří osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče.

Ze 33 druhů sociálních služeb, které Zákon o sociálních službách definuje, může být ambulantně poskytováno 19 z nich, 4 druhy sociálních služeb smí být

poskytovány výlučně ambulantně, 10 současně ambulantní i terénní formou, 4 všemi třemi formami poskytování a 1 druh sociální služby je možné poskytovat v ambulantní i pobytové formě.

Zákon poskytovatelům sociálních služeb rovněž ukládá **povinnosti**, které jsou definovány v § 88. Patří mezi ně zejména:

- zajišťovat dostupnost informací o druhu, místě, okruhu osob, jimž poskytují sociální služby, o kapacitě poskytovaných sociálních služeb a o způsobu poskytování sociálních služeb
- informovat zájemce o sociální službu o všech povinnostech, které by pro něho vyplývaly ze smlouvy o poskytování sociálních služeb, o způsobu poskytování sociálních služeb a o úhradách za tyto služby
- vytvářet při poskytování sociálních služeb takové podmínky, které umožní klientům naplňovat jejich lidská i občanská práva
- zpracovat vnitřní pravidla zajištění poskytované sociální služby
- plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností klientů, kterým poskytují sociální služby
- vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování sociální služby a hodnotit průběh poskytování sociální služby
- dodržovat standardy kvality sociálních služeb
- uzavřít s klientem smlouvu o poskytnutí sociální služby

Kvalitu sociálních služeb poskytovatelům ukládají dodržovat **standardy kvality** sociálních služeb. Jedná se o soubor kritérií, jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami. Plnění standardů kvality se hodnotí systémem bodů. Obsah jednotlivých standardů kvality a bodové hodnocení stanoví prováděcí právní předpis. **Celkově je upraveno 15 standardů**, které jsou právním předpisem Ministerstva práce a sociálních věcí závazným od 1. 1. 2007:

- Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb
- Ochrana práv osob
- Jednání se zájemcem o sociální službu
- Smlouva o poskytování sociální služby
- Individuální plánování průběhu poskytování sociální služby
- Dokumentace o poskytování sociální služby
- Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby
- Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje
- Personální a organizační zajištění sociální služby
- Profesionální rozvoj zaměstnanců
- Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby
- Informovanost o poskytované sociální službě
- Prostředí a podmínky
- Nouzové a havarijní situace
- Zvyšování kvality sociální služby

Plnění povinností poskytovatelů a dodržování standardů kvality hodnotí **inspekce poskytování sociálních služeb**, která se provádí v místě poskytování sociálních služeb. Výsledkem inspekce poskytování sociálních služeb je protokol o inspekci, který obsahuje popis zjištěných skutečností v rámci vykonané inspekce. Za zásadní pochybení může být poskytovateli sociálních služeb uložena finanční pokuta či dokonce odebráno oprávnění k poskytování služby.

Personální zajištění sociálních služeb

Zákon o sociálních službách nedefinuje pouze druhy a formy sociálních služeb, jejich poskytovatelům rovněž ukládá povinnost zaměstnat výhradně odborně

kvalifikované pracovníky, kteří svou odborností zaručí plnění standardů kvality a poslání služby. V sociálních službách vykonávají odbornou činnost tyto profese:

- sociální pracovník
- pracovník v sociálních službách
- zdravotnický pracovník
- pedagogický pracovník
- manželský a rodinný poradce a další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby

Sociální pracovník vykonává **sociální šetření**, zabezpečuje **sociální agendy** včetně řešení sociálně právních problémů, sociálně právní **poradenství**, analytickou, metodickou a **koncepční činnost** v sociální oblasti, **odborné činnosti** v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, **depistážní činnost**, poskytování **krizové pomoci**, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a **koordinuje poskytování sociálních služeb**. Předpokladem k výkonu povolání sociálního pracovníka je plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle § 109 Zákona o sociálních službách. Odbornou způsobilostí k výkonu povolání sociálního pracovníka se rozumí zejména:

- vyšší odborné vzdělání podle zvláštního právního předpisu v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost
- vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku

Pracovníkem v sociálních službách je osoba, která v sociálních službách vykonává:

- **přímou obslužnou péči** klienta služby spočívající v nácvičku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, podpoře soběstačnosti,

posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb klientů sociálních služeb

- **základní výchovnou nepedagogickou činnost** spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků klienta, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti
- **pečovatelskou činnost** v domácnosti osoby spočívající ve vykonávání podpůrných činností pro osoby s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péči o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění sociálních depistáží pod vedením sociálního pracovníka, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti a poskytování osobní asistence

Podmínkou výkonu činnosti pracovníka v sociálních službách je stejně jako u sociálního pracovníka plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle § 116 Zákona o sociálních službách. Odbornou způsobilostí pracovníka v sociálních službách se rozumí:

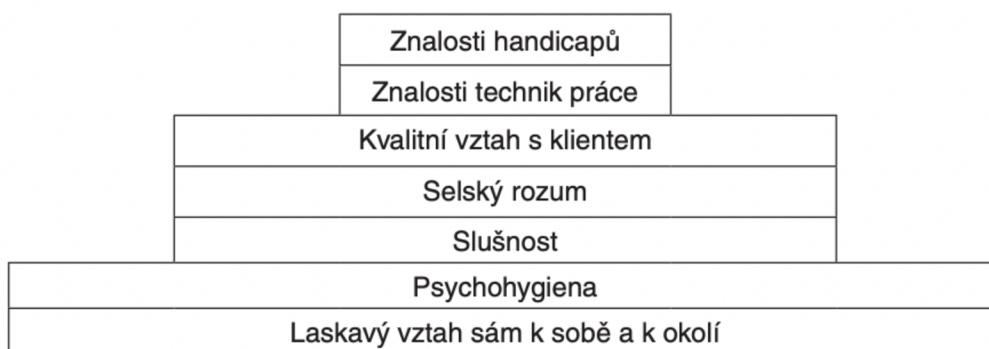
- základní nebo střední vzdělání
- absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu (absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu není vyžadováno u osob, které získaly způsobilost k výkonu zdravotnického povolání v oboru ošetřovatel a u osob, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka)

Podmínku absolvování kvalifikačního kurzu „Pracovník v sociálních službách“ je třeba splnit do 18 měsíců ode dne nástupu zaměstnance do zaměstnání. Do doby splnění této podmínky vykonává zaměstnanec činnost pracovníka v sociálních službách pod dohledem odborně způsobilého pracovníka v sociálních službách.

Ucelený model sociálních služeb pro lidi s autismem v souběhu s mentálním postižením a chováním náročným na péči, kteří potřebují vyšší míru podpory, v České republice chybí. Na území České republiky najdeme podle Registru poskytovatelů sociálních služeb (MPSV, 2022) 12 domovů se zvláštním režimem pro cílovou skupinu dospělých lidí s mentálním postižením, kam můžeme zařadit i klienty s autismem a 158 domovů pro osoby se zdravotním postižením pro stejnou cílovou skupinu. Individualizovaná forma podpory samostatného bydlení schopná poskytovat službu 24 hodin denně je jedna v Praze.

Kvalitní personál v sociálních službách

Co tvoří dobrého pracovníka přímé péče? Podle Jůna (2021:16) je to mix několika faktorů: **znalost handicapů, znalost technik práce, kvalitní vztah s klientem, selský rozum, slušnost, psychohygienu, laskavý vztah sám k sobě a k okolí** hierarchicky zasazených do pyramidy.



Obrázek 3: Pyramida vlastností dobrého pracovníka přímé péče

Zdroj: Jůn, 2021

Jůn zdůrazňuje, že vztah mezi pracovníkem a klientem vzniká mnoho měsíců a let. Pracovníci přímé péče jsou ti, kteří s klienty tráví mnoho hodin na své směně. Jsou jim nejbližší, zažívají s nimi chvíle milé, i chvíle, které jsou i pro zkušený personál velmi náročné a stresové.

2.3 PAS v kombinaci s chováním náročným na péči (tzv. PAS+) v sociální službě

Tato subkapitola má za cíl zodpovědět otázku **Jaká jsou specifika cílové skupiny (tzv. PAS+)?**

V drtivé většině mají lidé s těžší symptomatikou PAS přidružen mentální handicap, část z nich také tzv. chování náročné na péči. Pro tuto skupinu se v odborných kruzích používá označení **PAS+**. Chování náročné na péči je termín poměrně nový, dlouhá léta panoval v České republice zvyk označovat chování vybočující z běžných sociálních norem za chování **problémové**, s tímto termínem pracuje i literatura starší než čtyři roky. Nová doba iniciovala v odborných kruzích diskurz, který z terminologie přívlastek „problémový“ eliminoval a nahradil ho označením „náročný na péči“. Angličtina pro toto chování používá výraz „challenging behavior“, tedy chování znamenající výzvu. Jůn (2010:6) se zabývá myšlenkou, zda vůbec existuje chování, které je za všech okolností „problémové“ a kdo je arbitrem, který definuje, CO už je chování náročné na péči, na základě ČEHO a zda může být toto hodnocení vůbec objektivní. V literatuře existuje několik definic chování náročného na péči:

„Problémové chování je takové chování, které se svou intenzitou, frekvencí nebo dobou trvání natolik odlišuje od běžné společenské normy, že může vážně ohrozit fyzické bezpečí dané osoby nebo druhých.“ (Emerson in Jůn, 2010:6)

„Problémové chování je jakékoliv chování, které personál vyhodnocuje jako problémové.“ (Jůn, 2010:7)

„Problémové chování je takové chování, které není normální.“ (Jůn, 2010:7)

Ze zmíněných definic je zřejmé, že vyhodnocování náročnosti chování a její míry u osob s autismem je velmi obtížně objektivizováno. Z níže uvedené tabulky plyne, že míra hodnocení „normálního“ chování je subjektivní entitou pečující osoby.

Pojetí normality	Praktický význam	Příklad normálního chování	Příklad nenormálního chování
Statistické	Normální je to, co je v obecné populaci běžné, průměrné, nejvíce frekventované	Nemluvicí dospělý klient s mentální retardací odejde ve chvíli, kdy chce při obědě dostat přidáno a personálem mu je v přidavku zabráněno, protože by měl z důvodů nadváhy držet dietu.	Nemluvicí dospělý klient s mentální retardací je fyzicky agresivní ve chvíli, kdy chce při obědě dostat přidáno. Personálem mu je v přidavku bráněno, protože by měl z důvodů nadváhy držet dietu.
Zdravotní	Normální je to, co odpovídá naplnění definice pojmu zdraví	Normální je personál	Nenormální jsou klienti
Funkční	Normální je to, co umožňuje výkon, který splňuje nároky kladené okolnostmi, úkolem, situací	Nemluvicí dospělý klient s mentální retardací je fyzicky agresivní ve chvíli, kdy chce při obědě dostat přidáno. Personálem mu je v přidavku bráněno, protože by měl z důvodů nadváhy držet dietu.	Nemluvicí dospělý klient s mentální retardací odejde ve chvíli, kdy chce při obědě dostat přidáno a personálem mu je v přidavku zabráněno, protože by měl z důvodů nadváhy držet dietu.
Sociokulturní	Normální je to, co je za normální považováno společenskou většinou	Normální v Nizozemí je, že dospělý klient, který má sexuální potřeby, má nárok na asistenci sexuální asistentky 2x měsíčně hrazené pojišťovnou	Nenormální je v České republice uvažovat o sexuálních asistentkách hrazených pojišťovnou
Ideální	Měřítkem normality se stává přiblížení k ideální představě vytvořené pro daný jev (např. biblickému desateru)	Normální je neuvažovat o sexuálních asistentkách hrazených pojišťovnou, protože jde o styk bez lásky a vztahu	Nenormální je, že dospělý klient, který má sexuální potřeby, má nárok na asistenci sexuální asistentky 2x měsíčně hrazené pojišťovnou
Skupinové	Normativní jsou pravidla určité sociální skupiny	Normální je ve skupině, když hlasitým poslechem hudby ruším ostatní, hudbu ztišit i proti svému přání	Nenormální je ve skupině pouštět nahlas hudbu ve chvíli, kdy to vadí ostatním, i když bych hudbu hlasitě rád poslouchal
Individuální	Každý člověk má vlastní rámec norem	Normální je ve skupině pouštět nahlas hudbu ve chvíli, kdy to vadí ostatním, protože hlasitou hudbu rád poslouchám	Nenormální je ve skupině, když hlasitým poslechem hudby ruším ostatní, hudbu ztišit proti svému přání

Tabulka 2: Přehled různých pojetí normality

Zdroj: Jůn, 2010

Míra chování náročného na péči určuje u klienta s autismem míru potřebné podpory v sociální službě.

Podle Jůna (2021:5) v České republice prozatím chybí ucelený model sociálních služeb pro lidi se souběhem mentálního handicapu a těžšího problémového chování, kteří potřebují vyšší míru podpory.

Ucelený model podle něj stojí na čtyřech pilířích: 1. **Systémové rozpoznání** klienta s vyšší mírou podpory (klient s těžším problémovým chováním). 2. **Materiální zabezpečení služby** (domácnosti s jednolůžkovými pokoji, auto s bezpečnostní přepážkou, specifické pomůcky, specifická úprava pokoje klienta). 3. **Personální zabezpečení služby** (jeden asistent maximálně na dva klienty). 4. **Práce s personálem** (personál reflektuje své přístupy, umí využívat preventivní postupy pro snížení agrese u lidí s mentálním handicapem, ví, proč se chová tak, jak se chová, umí uvažovat o životě klienta komplexně).

2.3.1 Chování náročné na péči a míra podpory

V praxi se dle Jůna (2021:7) vyhodnocuje problémové chování **objektivně a subjektivně**. Obě možnosti mají výhody i omezení. U objektivního vyhodnocování chování náročného na péči existuje dle něj riziko špatně nastavených hodnot, jak rozpoznat, co je problémové a co nikoliv. Druhým rizikem míní praktickou nemožnost vymezení, co všechno je problémové. Stejná situace (například nečekané usednutí na zem) bude na dvou odlišných místech, ve dvou odlišných situacích hodnoceno totiž zcela odlišně. Usedne-li člověk s autismem nečekaně na zem při procházce v lese, nebude toto chování stejně posouzeno (tedy jako chování náročné na péči) jako tehdy, usedne-li nečekaně na zem uprostřed rušné křižovatky v dopravní špičce. *„Dalším rizikem vyhodnocování míry zátěže plynoucí z chování člověka s autismem je, že pokud se mu poskytuje kvalitní služba, jeho problémové chování mizí. Tento fenomén však neznamena, že by problémové chování mizelo trvale. Jakmile se člověku s autismem vyžadujícím vysokou míru podpory přestane poskytovat specifická služba, problémové chování se opět začne vyskytovat.“*

Hodnocení míry podpory (tedy míry potřeby podílení se na uspokojování základních lidských potřeb za pomoci jiné osoby) na základě chování náročného na péči musí být dle Jůna **multidisciplinární záležitostí**, kdy dochází k souběhu

objektivního a subjektivního sledování více lidmi najednou (rodiče, škola, lékař, sociální služba, sociální pracovník aj.). Následující obrázek představuje nejčastější projevy chování náročného na péči, na jejichž základě se objektivně posuzuje i míra potřebné podpory klienta.

Incident agrese a sebepoškozování

- incident, k jehož řešení je zapotřebí více než jednoho pracovníka nebo člena rodiny a objevuje se minimálně jednou za 14 dní nebo
- incident, po kterém má některá z osob takové zranění, které potřebuje lékařské ošetření, a incident se objevuje minimálně jednou za 6 měsíců nebo
- incidenty, které se doposud řeší pouze nadměrným používáním pobytů v psychiatrických nemocnicích či zamykáním v uzavřeném prostoru a/nebo vyšší mírou tlumivé medikace nebo
- dotek, úder či jiná forma napadení sebe a/nebo ostatních, která je rodiči nebo personálem vyhodnocována jako zdraví narušující a objevuje se minimálně 1x týdně.

Destrukce

- takové poškození majetku (například utrnutí topení, rozkopnutí dveří aj.), jehož oprava překračuje běžnou údržbu a k němuž dochází minimálně jednou měsíčně nebo
- pravidelné (několikrát týdně) ničení věcí denní potřeby (trhání oblečení, shazování jídla aj.).

Chování ve skupině

- takové chování, které významně narušuje život v rodině nebo skupiny ostatních uživatelů, což se projevuje zejména tím, že ostatní členové skupiny přerušují svou činnost nebo u nich dojde k emočním výkyvům, a klade zvýšené nároky na zvládnutí situace. Takové chování se vyskytuje buď opakovaně každý den po dobu několika minut, nebo alespoň jednou týdně po dobu delší než jedna hodina. Mezi tato chování patří **například** křik, pláč, neustálé mluvení (dotazování – verbální obtěžování), verbální agrese, sebezraňování se s nízkou intenzitou, obnažování se, masturbace bez potřeby vyhledání soukromí, vydávání zvuků nebo tleskání v MHD aj.

Jiná sociálně nevhodná nebo zdraví ohrožující chování

- (věku neadekvátní) konzumace předmětů; nespavost, požívání nejedlých předmětů, utíkání, lezení do výšek, skákání do vody, problémy v MHD nebo v autě aj.

Obrázek 4: Projevy chování náročného na péči

Zdroj: Jůn, 2021

Základní atribuční chyba a efekt pořadí

Jůn (2007:100) při posuzování chování náročného na péči hovoří o tzv. **atribuční chybě**, která má zásadní vliv na posouzení situace a jejím řešení: „*Ve chvíli, kdy vidíme problémové chování klienta, dochází v našem myšlení k tzv. atribuci, což je přisuzování příčin. Atribuci děláme na základě našich předchozích zkušeností*

s klientem a na základě našich životních přesvědčení a zkušeností (jádrová přesvědčení o tom, jaký jsem, jaký je svět, jací jsou ostatní lidé). Když vidíme určité chování, musíme se rozhodnout, kterou příčinu bychom mu měli přisoudit. “

Hlavním úkolem atribuce je podle něj každodenní lidské rozhodování, zda pozorované chování prozrazuje něco jedinečného o osobě, která se tak chová nebo o situaci, ve které vidíme osobu se takto chovat. Fritz Heider, zakladatel moderní teorie atribuce, si jako první povšiml, že chování jedince je tak moc působivé, že jej bereme tak, jak se nám jeví a pomíjíme váhu okolností. Podceňujeme tímto mechanismem uvažování situační příčiny chování a velmi snadno děláme unáhlené závěry o dispozicích dané osoby. Pozorujeme-li někoho, kdo se chová agresivně, příliš snadno začneme předpokládat, že se jedná o agresivní osobnost, protože podceníme závažnost možného vlivu situace. Termín **základní atribuční chyba** tedy označuje lidskou tendenci podceňovat situační vlivy na chování a předpokládat, že chování je vyvoláno jistou vlastností jedince. (Heider in Jůn 2010:100)

Efektlem pořadí Jůn (2007:97) odkazuje výzkum Luchinse (in Jůn 2007:97), který malým sociálním experimentem prokázal, že je pro člověka v rozhodování nejdůležitější první informace. Slovníkem sociální psychologie se jedná o **efekt prvního dojmu**, na základě kterého si člověk tvoří představu, jaký je člověk popisovaným jiným člověkem. Přeneseno do prostředí sociálních služeb je zásadní, aby se pečující personál nespokojil pouze s informacemi, které klienta provází a na základě nichž by mohl vzniknout první (avšak mylný) dojem. *„V sociálních službách je tedy nezbytné, aby se pečující personál neustále vzdělával. Personálu může pomoci i supervize zvenčí, která dokáže nahlédnout na chování uživatele bez předsudku a společně tak může sestavit s personálem terapeutický postup na eliminaci problémového chování. Supervize může posloužit i k tomu, že si personál „pouze“ uvědomí, že vše dělá správně a problémové chování patří k handicapu uživatele,“* zmiňuje Jůn (2007:102).

Na obrázku níže je uveden **efekt pořadí** v praxi. Každý jednotlivý čtenář, který si příklad chování náročného na péči přečte, bude mít tendenci hodnotit klienta na základě subjektivního vnímání popsané situace. První dojem by však mohl být i

chybou, která byla popsána výše. Proto je nutné pravidelně pracovníky přímé péče neustále vzdělávat, jak zdůrazňuje Jůn (2007:102).

Příklad:

Klient se středně těžkou mentální retardací rád kontaktuje personál tím, že dává „chlapské“ herdy do zad a baví se reakcí personálu.

*Popis tohoto chování od zaměstnance, který uživatele důvěrně zná:
„Tady Jenda Tě tak 5x denně zezadu se smíchem šťouchne, pozor na něj...“*

Následná představa, kterou si o uživateli udělal nově příchozí pracovník:

„Na tohohle chlapa si musím dát pozor, je pořád zákeřný“

Popis chování od zaměstnance, který uživatele důvěrně zná:

„Tady Jenda je v klidu, obrovský kamarád, jen neodhadne někdy svoji kamarádkou vstřícnost, takže Tě asi tak 5x denně zezadu šťouchne a směje se při tom, takže na tohle si dávej pozor. Jinak pokud ve dni odečtu tuhle půlminutu herd do zad, tak je zbylých 16 hodin v pohodě...“

Následná představa, kterou si o uživateli udělal nově příchozí pracovník:

„Tak s Jendou problémy nebudou...“

Obrázek 5: Efekt pořadí

Zdroj: Jůn, 2007

Podle Jůna (2007:107) má problémové či agresivní chování dva základní spouštěcí faktory. Jsou jimi funkční a organické poškození mozku, druhým činitelem je prostředí, ve kterém osoba žije. Takový faktor Jůn nazývá faktorem vnějším.

Jůn (2010:77) je přesvědčen, že chování náročné na péči je mnohem více dáno „ústavnictvím“ než samotným handicapem klienta. Za klasický příklad označuje incidenty, kdy se jeden uživatel ze skupiny rozhodne, že nechce jít ven nebo naopak, že chce zůstat venku déle než ostatní. Vzhledem k tomu, že personálu v zařízení typu DOZP je často málo, musí se klienti podřizovat systému i v situacích, které by například v DZR jinak zvládli plně samostatně, protože mají na procházce k dispozici svého vlastního asistenta. Vzniklý incident není tedy spuštěn handicapem uživatele, ale **systemem**, kterému se uživatel musí podřídít a toho není leckdy vzhledem ke svému handicapu schopen anebo ochoten. Zásadní je tedy správná volba prostředí, ve kterém klient PAS+ bude žít a objektivní vyhodnocení míry podpory.

2.4 Typy celoročních pobytových sociálních služeb pro klienty PAS+

V této subkapitole jsou obsaženy odpovědi na otázku: **Jaká jsou specifika pobytových služeb pro PAS+?** Popis jednotlivých služeb současně zodpovídá i poslední otázku: **Jaká je rozdílnost mezi těmito službami v systému poskytování péče?**

Jak bylo zmíněno v subkapitole 2. 2, ucelený model sociálních služeb pro lidi s autismem v souběhu s mentálním postižením a chováním náročným na péči, kteří potřebují vyšší míru podpory, v České republice chybí. Kapacita celoročních pobytových služeb je prakticky beze zbytku naplněna, čekací listiny na umístění do adekvátní sociální služby čítají stovky zájemců. Klienti z výše jmenované skupiny, kteří svou sociální službu už našli, žijí nejčastěji v domovech se zvláštním režimem a domovech pro osoby se zdravotním postižením. Hlavní město Praha z důvodu zoufalého nedostatku adekvátních pobytových služeb zřídilo před dvěma lety upravený 24 hodinový model poskytované péče jinak terénní služby podpora samostatného bydlení.

V České republice žije dle statistiky webové stránky **Mapa autismu** (Děti úplňku, 2022) se třetím a čtvrtým stupněm příspěvku na péči (tedy těžce či úplně závislých na péči druhých) 1447 osob s autismem ve věkovém rozmezí 16 – 45 let.

Z toho počtu čítá Praha 70 lidí. Ze statistiky není zřejmé, zda tito lidé žijí v celoroční pobytové službě, vzhledem k míře podpory, kterou jejich diagnóza vyžaduje, se téměř jistě dříve či později ti, kteří žijí mimo sociální systém, žadatelem a (při velké dávce štěstí) i klientem stanou.

Bylo zmíněno, že v České republice funguje 12 domovů se zvláštním režimem pro cílovou skupinu dospělých lidí s mentálním postižením, kam můžeme zařadit i klienty s autismem a 158 domovů pro osoby se zdravotním postižením pro stejnou cílovou skupinu. Individualizovaná forma podpory samostatného bydlení schopná poskytovat službu 24 hodin denně je v republice jedna jediná, a to v Praze.

Rozdíly v systému poskytovaných služeb jsou zejména ve srovnání služeb DZR a DOZP markantní. Názorně je přibližuje následující obrázek, který vychází ze systému DZR NAUTIS:

Příklad ze života	Jak situaci řeší člověk bez handicapu	Jak je situace řešena u člověka s autismem a těžkým chováním náročným na péči v běžném zařízení	Jak je situace řešena u člověka s autismem a těžkým problémovým chováním v DZR NAUTIS
jídlo	Jí to, co má rád	Jí to, co mu nabídne zařízení	Jí to, co má rád
spánek	Pokud může, chodí spát ve chvíli, kdy je unavený	Chodí spát ve chvíli, kdy <u>určí</u> zařízení	Chodí spát ve chvíli, kdy je unavený
Svoboda pohybu	Chodí si tam, kam chce	Chodí tam, kam mu <u>určí</u> personál zařízení	Chodí tam, kam chce. Jenom a pouze ve chvíli, kdy by to bylo pro klienta příliš nebezpečné, chodí tam, kam mu <u>určí</u> personál zařízení
Skupinový život se sousedy	Účastní se skupinového života pouze ve chvíli, kdy chce	Účastní se skupinového života vždy, protože je málo personálu na dělení skupin	Účastní se skupinového života pouze ve chvíli, kdy chce
Koníčky	Účastní se svých volnočasových aktivit ve chvíli, kdy se mu chce	Účastní se volnočasových aktivit ve chvíli, kdy na něj vyjde řada	Účastní se svých volnočasových aktivit ve chvíli, kdy se mu chce
Změna chování	Ostatní mu doporučují, jak by se měl chovat, poslední krok však závisí přímo na něm	Ostatní mu nařizují, jak se má chovat a pomocí motivací a sankcí se <u>snáží</u> i toho docílit	Ostatní mu doporučují, jak by se měl chovat, poslední krok však závisí přímo na něm. Motivace a sankce jsou využívány pouze ve chvíli, kdy stávající chování je velmi obtížné nebo ohrožující

Obrázek 6: Srovnání systému poskytování péče

Zdroj: Národní ústav pro autismus, 2022

2.4.1 Domov se zvláštním režimem

Domov se zvláštním režimem (DZR) je v zákoně definován jako pobytová sociální služba s celoročním provozem, která je poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost, nemohou zůstat žít ve svém původním sociálním prostředí a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc a péči jiného člověka. Režim v těchto zařízeních je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob. Smyslem služby je umožnit těmto lidem důstojný a z jejich pohledu co nejspokojenější život. V DZR žijí klienti normálním životem. Dostávají se každodenně na vycházky do okolí, jezdí na výlety, rozhodují se o tom, co a kdy budou každodenně jíst a kdy půjdou spát, je jim poskytnuto soukromí, rozhodují se každodenně o náplni svého dne z předem uzpůsobené nabídky. Všechny tyto oblasti, které jsou v našich životech podstatné, jsou pro lidi bez handicapu běžné. Pro klienta s autismem a chováním náročným na péči jsou však v jiných sociálních službách hůře nebo zcela nedostupné. DZR jim svoji specifickou službou - malá skupina klientů, hodně asistentů, uzpůsobené aktivity i prostředí, kde žijí, specifické terapeutické postupy - přístup k těmto vysoce důležitým oblastem určujícím kvalitu života umožňuje.

Služba podle odstavce 1 Zákona o sociálních službách obsahuje tyto základní činnosti:

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

Poskytování služby

Jak už z názvu sociální služby vyplývá, hlavní benefit klientům s autismem přináší tento typ služby v tom, co se skrývá po slově „zvláštní“ režim. V DRZ pro osoby s autismem je prostředí i program dne přizpůsoben zcela preferencím klienta. Klient obvykle žije ve své vlastní domácnosti, kterou sdílí (či nesdílí) s dalšími klienty, záleží na osobnostním nastavení klienta a jeho sociálních preferencích. Kapacita sociálního zařízení je obvykle do 10 osob.

Zařízení je označováno jako nerezimové. Každý klient vstává i chodí spát tehdy, kdy se mu chce. Jí i pije podle svých potřeb. Den tráví činnostmi, které má rád (sleduje televizi, hraje počítačové hry, leží, chodí na procházky, apod.) a je mu v nich dobře. Zkrátka žije život, který se maximální možné míře podobá životu doma. Toto vše umožňuje nejen stavební uspořádání objektu, ale také personální pokrytí přímé péče DZR. Jeden pracovník přímé péče se v rámci směny obvykle stará o jednoho, maximálně dva klienty.

Chování náročné na péči

I přes vysoce individualizovaná nastavení se však chování náročného na péči nelze zcela vyhnout. Jak bylo zmíněno výše, cílová skupina klientů DZR musela opustit své rodiny, neboť náročnost jejich chování byla pro rodinné příslušníky vlastními silami nadále nezvladatelná. K chování náročného na péči dochází dle pracovníků i zde, avšak dobrá znalost specifík klientů a pracovní erudice pracovníků jsou faktory, které incidentní chování umí odvrátit, nebo alespoň velmi efektivně zvládat. Mezi nejvíce zmiňované projevy chování náročného na péči patří křik, bouchání rukou (někdy i hlavou) do pevného předmětu či zdi, lehání si na zem, svlékání si oděvu a demolování předmětů v prostředí. Agresivní chování směrem k pracovníkům přímé péče je výjimečné. Nejčastější důvody, které k takovému chování vedou, spatřují pracovníci v narušení komfortu klienta. Pod tímto pojmem si lze představit jakékoli situace, které jsou v rozporu s tím, co by si klient v daný moment přál. Příkladem lze uvést třeba cestu automobilem. Ačkoli je DZR primárně zařízení nerezimové, existují situace, kdy je vzhledem k okolnostem jistý režim

klientovi nutné zavést, například, dochází-li klient do denního stacionáře. Cesta automobilem brzy ráno, tedy v čas, ve kterém by klient ještě spal, může být natolik výrazným narušením jeho komfortu, že se chování náročné na péči objeví – klient odmítá nastoupit do vozu a lehne si na protest na zem, za jízdy bouchá do bezpečností překážky a křičí, apod. Ačkoli má v DZR pečující pracovník většinu času na starosti jednoho klienta, přicházejí situace, kdy na jednoho pracovníka mohou připadnout klienti dva. Taková situace, kdy pozornost pracovníka nemůže být věnována pouze jednomu klientovi, může být také spouštěčem chování náročného na péči.

Porozumět emocím člověka s autismem lze velmi stěží, dle pracovníků přímé péče mají potíže s porozuměním vlastních emocí klienti samotní. I taková situace, kdy klient není schopen porozumět svým pocitům a emocím, může vést ke spuštění chování náročného na péči. Rovněž situace související se špatným porozuměním na straně klienta je pro něj zátěžovou situací, kdy kumulující se frustrace může vyústit v incidentní chování.

Stěžejním faktorem v managementu chování náročného na péči je osobnost pečujícího pracovníka, jeho odborná erudice a vztah mezi ním a klientem. Čím zkušenější pracovník je a čím déle se o konkrétního klienta stará (tedy zná jeho specifika, například, že jídlo konzumuje pouze z talíře modré barvy), tím je nižší pravděpodobnost výskytu chování náročného na péči. Pohlaví pracovníka hraje roli marginální, zásadní rozdíly mezi výskytem chování náročného na péči během péče muže či ženy pracovníci u zkušených pracovníků/pracovnic reflektují. Pouze u nově příchozích pracovníků a nově se rodících vztahů klient-pracovník vykazují ženy těžší pozici, mužští klienti „testují“ jejich odolnost.

Typ sociálního zařízení má dle pracovníků přímé péče vliv na spuštění chování náročného na péči.

2.4.2 Podpora samostatného bydlení

Podpora samostatného bydlení (PSB) je v Zákoně o sociálních službách definována jako terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního

onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba podpora samostatného bydlení umožňuje lidem se zdravotním znevýhodněním zůstat běžnou součástí komunity, využívat služby, které jsou zde běžně dostupné. Kromě podpory uživatele v péči o jeho domácnost včetně podpory při plánování a hospodaření s penězi (podpora v bytě) reaguje služba také na potřebu podpory při vyřizování běžných záležitostí, při péči o zdraví, péči o svou osobu, poskytuje podporu v orientaci v prostředí, podporu v komunikaci (včetně podpory získávání informací náhradním způsobem), při seberealizaci a v oblasti vztahů a v neposlední řadě při rozhodování v běžných životních situacích.

Poskytování služby

Tíživá situace nedostatku pobytových služeb pro osoby PAS+ vedla magistrát hlavního města Prahy k modifikaci této terénní služby do 24 hodinového režimu. V bytech klientů je na území Prahy služba poskytována nepřetržitě a míra podpory (u klientů PAS+) je identická s mírou podpory poskytované v pobytových službách. V jedné domácnosti žijí tři klientky, každá ve vlastním pokoji, sdílejí sociální zařízení a denní místnost s kuchyní. Péči zajišťují dva osobní asistenti na denní směně a jeden osobní asistent na noční směně.

Domácnost je nerezimová, denní režim je přizpůsoben klientkám a jejich preferencím, to se týká především vstávání, přípravy a konzumace jídla, ukládání ke spánku. Den tráví činnostmi, které mají rády - výlety autem, cvičením, procházkami, sledováním TV apod. Klientky se podílejí v rámci svých možností i na péči o domácnost a na denních úkonech v domácnosti – přípravě jídla, umývání nádobí, úklidu. Život s domácností se do maximální možné míry podobá běžnému životu v rodině.

Chování náročné na péči

Podobně jako u domova se zvláštním režimem, klientky, které v PSB žijí, nemohly z důvodu náročnosti péče o jejich chování zůstat žít ve své původní rodině.

Míra podpory k minimalizaci projevů chování náročného na péči je velmi vysoká. Přesto se incidentnímu chování nelze zcela vyhnout.

I v tomto druhu služby platí, že dobrá znalost specifík klientů a pracovní erudice pracovníků jsou důležité faktory, které incidentní chování odvrátí, nebo efektivně zvládnou. Mezi nejvíce zmiňované projevy chování náročného na péči patří křik, bouchání rukou (někdy i hlavou) do pevného předmětu či zdi, jedna z klientek bouchá sama sebe do hlavy či ucha, utíkání, lehání si na zem. Agresivní chování směrem k pracovníkům přímé péče je zcela výjimečné. Nejčastější důvody, které k takovému chování vedou, spatřují pracovníci i zde v narušení komfortu klienta, například nevole odjezdu do denního stacionáře, u jedné klientky chování může spustit i změna pracovníka při předání služby. Taková situace, kdy pozornost pracovníka nemůže být věnována pouze jednomu klientovi, může být také spouštěčem chování náročného na péči. Také situace související se špatným porozuměním pracovníkovi nebo neschopností klienta vyjádřit své vlastní pocity, bolest, stres či požadavek je natolik zátěžovou a frustrující situací, která může vyústit v incidentní chování.

Stěžejní faktory v managementu chování náročného na péči spatřují pracovníci PSB v osobnosti pečujícího pracovníka, v jeho odborné erudici, ke které patří intenzivní pracovní zaškolení nových pracovníků a ve vztahu s klientem. Čím zkušenější pracovník je, čím déle se o konkrétního klienta stará a čím lépe zná jeho specifika, tím je nižší pravděpodobnost výskytu chování náročného na péči. Pohlaví pracovníka nespátřují jako relevantní faktor, a to ani u nově příchozích pracovníků/pracovnic.

Typ sociálního zařízení má dle pracovníků přímé péče vliv na spouštění chování náročného na péči.

2.4.3. Domov pro osoby se zdravotním postižením

V **domovech pro osoby se zdravotním postižením (DOZP)** se dle Zákona o sociálních službách poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou

pomoc jiné fyzické osoby. Služba podle odstavce 1 Zákona o sociálních službách obsahuje tyto základní činnosti:

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

Poskytování služby

DOZP je ze své podstaty zařízení režimové, s velkým počtem klientů v péči. Dříve byla tato zařízení klasifikována jako zařízení ústavní. Celkově v zařízení DOZP žijí desítky klientů. Ti jsou dle míry potřebné podpory zařazeni do domácností, ve kterém žijí komunitně. Počet klientů na jednu domácnost se pohybuje mezi 13 - 20. Ubytování jsou zpravidla ve dvoulůžkových pokojích, sdílí společné prostory – jídelnu, denní místnost a sociální zařízení na chodbách. Strava je zajišťována vlastní jídelnou, s přesně vymezenými časy stravování (snídaně, svačina, oběd, svačina, večeře, 2. večeře) a je distribuována do jednotlivých domácností, kde je konzumována.

Na jednu domácnosti připadají na denní službu tři pracovníci přímé péče, na noční směně slouží dva. V zařízení je v režimu 24/7 přítomna i zdravotní sestra. Volný čas mohou klienti trávit dle svých preferencí, ovšem v rámci možnosti a časové kapacity pečujícího personálu. V areálu jsou k dispozici volnočasové dílny s ergoterapií, které mohou klienti navštěvovat a do zařízení dochází pravidelně muzikoterapeut a logopedický konzultant. Volný čas je obvykle tráven, vzhledem k vytíženosti personálu, po malých kolektivech. Individuální výplň volného času není zpravidla možná.

Chování náročné na péči

Klient s projevy chování náročného na péči je pro zařízení s velkou kapacitou klientů podle pracovníků přímé péče vždy velkou profesní výzvou. Vzhledem k vysokému poměru klientů na pečující personál (poměr je zhruba 1 pečující pracovník na 5 klientů), je velmi obtížné zajistit individuální péči o náročného klienta. Nemožnost věnovat péči výlučně individuálně a udržet klientům komfort, znamená vyšší pravděpodobnosti incidentního chování. Pracovníci zde reflektují i zcela opačný fenomén, byť ojedinělý, a sice vyšší výskyt incidentního chování při vyšším počtu pečujícího personálu. Tento jev přisuzují komplexně vyššímu počtu vzájemně reagujících lidí v prostoru, bez ohledu na pozici klient – pečující pracovník. Dle informací pracovníků zde bývá nejčastějším důvodem ke spuštění náročného chování právě konfliktní interakce mezi klienty samotnými. Různorodé verbální projevy klientů (např. si prozpěvuje, mluví nahlas, povídá si pro sebe apod.) mohou narušit komfort náročné klienta do takové míry, že je klient neschopen zvládnout své emoce a nastoupí nežádoucí chování. Mezi nejčastější projevy chování náročného na péči patří rozbíjení nádobí, bouchání pěstmi do skříně a křik. K agresi vůči personálu dochází minimálně.

Stěžejní faktory v managementu chování náročného na péči spatřují pracovníci DOZP zejména v terapii okolí a managementu prostředí. Pravidelně do zařízení dochází na supervize zkušený terapeut problémového chování, který pracuje s obslužným personálem přímé péče a hledá řešení minimalizace výskytu a efektivního zvládnutí situací tak, jak to provoz zařízení umožňuje. Profesní zkušenost pracovníka je také důležitým faktorem. I zde platí, že čím zkušenější pracovník je, čím déle se o konkrétního klienta stará a čím lépe zná jeho specifika, tím je nižší pravděpodobnost výskytu chování náročného na péči. U nově příchozích pracovníků vnímají ti stávající benefit z „neokoukanosti“ a tím i dobrého přijetí pracovníka klienty. Pohlaví pracovníka nespátřují jako relevantní faktor, a to ani u nově příchozích pracovníků/pracovnic.

Typ sociálního zařízení má dle pracovníků přímé péče vliv na spouštění chování náročného na péči.

2.5 Souvislosti mezi typem služby a výskytem chování náročného na péči

Chování se vyskytuje ve všech třech typech sociální služby. Zcela eliminovat ho není možné ani v zařízení, které poskytuje zcela individuálně nastavenou péči, ani v zařízení, kde péče z podstaty sociální služby nemůže být individuálně poskytována. **Projevy** chování náročného na péči jsou referovány zástupci všech typů služeb podobně. **Závažnost** projevů chování náročného na péči je nejvýrazněji popisována v domově se zvláštním režimem (demolování zařízení bytu a agrese vůči zaměstnancům), služby podpora samostatného bydlení a domov pro osoby se sníženou soběstačností vykazují dle pracovníků mírnější formy nežádoucího chování (zejména křik a bouchání). Lze se tedy domnívat, že v domově se zvláštním režimem jsou umístění klienti s těžší formou chování náročného na péči než u zbývajících dvou služeb. **Režim dne** se rovněž **není relevantním** faktorem pro spouštění náročného chování. Zcela **relevantní je** naopak faktor odborné erudice a **zkušenosti pečujícího pracovníka**, bez zásadního vlivu jeho **pohlaví**. **Vytíženost** pracovníka vnímají jako relevantní faktor zástupci dvou ze tří typů služeb. Všichni respondenti subjektivně však vyjádřili názor, že typ sociální služby koreluje s výskytem chování náročného na péči.

2.6 Shrnutí teoretické části

Hlavním záměrem teoretické části mé bakalářské práce bylo popsat problematiku poruch autistického spektra a chování náročného na péči u specifické skupiny osob s autismem. Vysvětlila jsem, na základě odborné literatury, co poruchy autistického spektra jsou a jaká je jejich medicínská klasifikace dle Mezinárodní klasifikace nemocí. Pozornost jsem věnovala také členění mentální retardace, která je důležitým faktorem skupiny osob, kterým je práce věnována.

V další kapitole jsem popsala systém pobytových sociálních služeb a jejich personální zajištění tak, jak ho definuje Zákon o sociálních službách.

Další kapitola byla věnována chování náročnému na péči, které se týká sice menší skupiny osob s PAS, avšak pro sociální služby skupiny nejnáročnější na míru poskytované podpory a individualizovanou péči. Vysvětlila jsem, co se pod tímto termínem skrývá, jakých chyb se může pečující personál pobytových sociálních služeb dopouštět a v kazuistikách jsem představila situace chování náročného na péči v praxi.

Poslední kapitola teoretické části byla zaměřena na tři konkrétní typy pobytových sociálních služeb pro osoby s autismem, a sice na domov se zvláštním režimem, podporu samostatného bydlení a domov pro osoby se zdravotním postižením. Popsala jsem poslání služby a její obsah na základě definice Zákonem o sociálních službách, způsob poskytování služby i výskyt chování náročného na péči.

V rámci empirického výzkumu v podobě vícepřípadové studie komparuji výskyt chování náročného na péči ve výše uvedených třech typech sociálních služeb určených pro život lidí s autismem a chováním náročným na péči z perspektivy pečujícího personálu. Rozhovory vedu s pracovníky přímé péče, kteří se o klienty každodenně starají.

3 EMPIRICKÁ ČÁST

V empirické části mé bakalářské práce se v úvodu zaměřuji na formulaci cílů výzkumného šetření. Popisuji, jakým způsobem jsem výzkum realizovala a zdůvodňuji vybranou výzkumnou strategii. Prostřednictvím transformační tabulky znázorňuji transformaci dílčích cílů výzkumu do výzkumných a tazatelských otázek. Popisuji výzkumný soubor a zdůvodňuji jeho volbu. Popisuji organizaci a samotný průběh šetření s uvedením časové chronologie jednotlivých kroků a jeho technikálie. Uvádím způsob zpracování získaných dat a informací. Závěrem provádím reflexi rizik spojených s mým výzkumným šetřením i reflexi rizik zvolené výzkumné strategie v kontextu validity výzkumu.

3. 1 Formulace výzkumných cílů

Hlavní cíl mé bakalářské práce, popsat problematiku poruch autistického spektra na obecné úrovni, přiblížit specifika konkrétní cílové skupiny (tzv. PAS+) a představit sociální služby poskytované v režimu 24/7, které jsou pro tuto cílovou skupinu v České republice dostupné, a zároveň popsat specifika těchto služeb a rozdílnost v systému poskytování péče, zjistit, jak sociální pracovníci ve službách v režimu 24/7 popisují spouštěče chování náročného na péči u klientů s autismem a navrhnout souvislosti mezi specifiky zařízení a typem náročného chování, byl rozpracován do čtyř dílčích cílů. Prvním dílčím cílem bylo popsat problematiku poruch autistického spektra na obecné úrovni, přiblížit specifika konkrétní cílové skupiny (tzv. PAS+) a představit sociální služby poskytované v režimu 24/7, které jsou pro tuto cílovou skupinu v České republice dostupné. Dále popsat specifika těchto služeb a rozdílnost v systému poskytování péče. První dílčí cíl byl řešen v teoretické části této práce. Druhým a třetím dílčím cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak pracovníci přímé péče ve službách v režimu 24/7 popisují spouštěče chování náročného na péči u klientů s autismem, čtvrtým dílčím cílem bylo navrhnout souvislosti mezi specifiky zařízení a typem náročného chování.

Na základě zvoleného hlavního cíle jsem vydefinovala níže uvedené dílčí cíle výzkumného záměru, kterým je věnována tato empirická část a rozpracovala jsem je do dílčích cílů třetího řádu.

DC 2: Zjistit, jak pracovníci přímé péče v sociálních službách v režimu 24/7 popisují spouštěče chování náročného na péči u klientů s autismem

DC 2.1: Zjistit, jaký má vliv na spuštění chování náročného na péči režim a prostředí zařízení, ve kterém klient žije.

DC 2.2: Zjistit, jaký má vliv na spuštění chování náročného na péči charakteristika pečujícího personálu – pohlaví, zkušenost, počet klientů v péči

DC 3: Zjistit, za jakých situací dochází k chování náročnému na péči, jaké jsou jeho projevy a má-li na něj vliv typologie sociální služby.

DC: 4: Navrhnout souvislosti mezi specifiky zařízení a typem náročného chování.

3. 2 Výzkumná strategie

V rámci své bakalářské práce jsem dále uskutečnila sociální výzkum za užití vědeckých metod vhodných pro kvalitativní zkoumání sociálních jevů. Celkovou konceptualizací byla exploratorní **vícepřípadová studie**. Případem je v mé práci pracovník přímé péče v konkrétním typu zařízení sociálních služeb a jeho vnímání souvislostí mezi charakteristikou služby a vznikem chování náročným na péči. Instrumentální případová studie se dle Stakea (2015:3) opírá o případ jako o jasně definovaný nástroj k dosažení cíle, přičemž cílem je porozumět teoretickým otázkám, zejména „proč“ a „jak“. Hlavním zájmem je tedy zjistit, proč a jak fenomén funguje v jeho současné podobě. Jednotkou případové studie je potom případ jako předmět zkoumání. Yin (2014:237) definuje případ jako „*konkrétní entitu, např. osobu, organizaci, instituci, komunitu, ale i program, politický postup, proces.*“ Případy byly ve výzkumu sledovány jednorázově.

Ke sběru dat bylo užito metody polostrukturovaného interview. Kvalitativní výzkum byl realizován u šesti pracovníků přímé péče ve třech typech pobytové služby. Kritériem volby případu byl stanoven typ sociální služby, do případu byli zařazeni dva respondenti.

Výzkumné otázky jsem volila tak, aby výpovědi přinesly co nejkomplexnější perspektivu na zkoumaný fenomén, tedy chování náročné na péči a aby byly zároveň dobře srozumitelné pro respondenty a refletovaly jejich profesní zkušenosti.

Kvalitativní interview probíhalo dotazováním formou polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky přímé péče v sociální službě pro skupinu PAS+. Uskutečnila jsem celkem šest rozhovorů s pracovníky přímé péče z různých organizací. Všechny rozhovory jsem digitálně zdokumentovala a za účelem analýzy přepsala, segmentovala a kategorizovala. Výsledky získané analýzou proměnných jsem interpretovala po jednotlivých případech.

Ze zkoumaných případů se pokouším vytvořit závěry platné pro všechny případy mnou analyzovaného problému a navrhnout hypotézu prostřednictvím syntézy zjištěných poznatků.

3. 3 Transformace dílčích cílů do výzkumných nástrojů

Cíl	Dílčí cíl 2. řádu	Indikátory	Tazatelské otázky/otázky pro výzkumníci
DC 2: Zjistit, jak pracovníci přímé péče ve službách v režimu 24/7 popisují spouštěče chování náročné na péči u klientů s autismem	DC 2.1: Zjistit, jaký vliv na spuštění chování náročné na péči režim a prostředí zařízení, ve kterém klient žije	Režim	TO5: Může režim dne nastavený v zařízení podle vašeho názoru spouštět problémové chování klientů? Pokud ano, tak jak? Co konkrétně? K jakému chování to vede? Reflektujete toto i ve vašem zařízení? Popište, prosím, nějaký příklad.

		Prostředí	<p>TO6: Můžete popsat strukturu běžného dne?</p> <p>TO7: Setkáváte se ve vašem zařízení s tím, že nastavený režim dne spouští problémové chování klientů? Pokud ano, tak jak? Co konkrétně? K jakému chování to vede? Popište prosím nějaký příklad.</p>
<p>DC 3: Zjistit, za jakých situací dochází k chování náročného na péči, jaké jsou jeho projevy a má-li na něj vliv typologie sociální služby</p>	<p>DC 2.2: Zjistit, jaký vliv na spuštění chování náročného na péči charakteristika pečujícího personálu – pohlaví, zkušenost, počet klientů v péči</p>	Pohlaví pracovníka	<p>TO8: Má podle Vás vliv pohlaví pracovníka a chování náročného na péči klienta? Reflektujete toto i ve vašem zařízení?</p>
		Délka praxe	<p>TO9: Má podle Vás vliv na chování náročného na péči profesní zkušenost pracovníka? Reflektujete toto i ve vašem zařízení?</p>
		Počet klientů v péči pracovníka na směně v zařízení	<p>TO10: Má podle Vás vliv na chování náročného na péči vytížení pracovníka počtem klientů v péči na směně? Reflektujete toto i ve vašem zařízení?</p>
Znalost klienta	<p>TO11: Má podle Vás vliv na chování náročného na péči znalost specifik klienta? Reflektujete toto i ve vašem zařízení?</p>		

		Projev chování náročného na péči a příčiny	TO12: Domníváte se, že typ sociálního zařízení může mít vliv na čtenější výskyt chování náročného na péči? Jaké jeho příčiny reflektujete?
		Typologie služby Příčina	TO13: Myslíte si, že existuje souvislost mezi typem zařízení a výskytem chování náročného na péči? Pokud ano, z jakého důvodu se tak podle Vás děje?
DC 4: Navrhnout souvislosti mezi specifiky zařízení a typem náročného chování.		Syntéza a analýza zjištění k souvislosti mezi specifiky zařízení a chováním náročným na péči	OV1: Jak mohou souviset specifika zařízení s náročným chováním?

Tabulka 3: Transformační tabulka, 2. část

3. 4 Výzkumný soubor

V rámci empirického šetření jsem prováděla záměrný výběr výzkumného souboru zaměřený na analýzu vnímání chování náročného na péči v sociální službě. Kritériem volby respondentů pro zařazení do případu byla profesní zkušenost v přímé péči v pobytové sociální službě pro klienty PAS+ v režimu 24/7. V průběhu výzkumu jsem uskutečnila šest polostrukturovaných rozhovorů. Respondenty byli pracovníci přímé péče ze tří sociálních služeb v Praze. Respondenty jsem vybírala na základě své osobní profesní zkušenosti a na doporučení erudovaného kolegy. Vzhledem k faktu, že celoročních pobytových služeb pro klienty PAS+ je v české republice málo (konkrétně dva typy služeb na území celé republiky a jeden typ služby v úpravě

poskytování služby v Praze), respondenti byli vybráni ze tří organizací poskytující služby uvedeného charakteru.

Rozhovory byly vedeny se záměrem zjistit, jak pracovníci přímé péče reflektují výskyt chování náročného na péči ve své praxi. Aby byla dodržena anonymita dat, respondenti jsou označeni zkratkami **P**, přičemž číslo před lomítkem označuje číslo respondenta a číslo za lomítkem značí typ sociální služby, ve které respondent pracuje. Číslem **1** je označena služba **domov se zvláštním režimem**, číslem **2** služba **domov pro osoby se zdravotním postižením** a číslo **3** je číslem služby **podpora samostatného bydlení**. Tabulka s informacemi o typu sociální služby, ve které respondent pracuje a délku jeho praxe s klientelou PAS+, je zobrazena níže.

Označení	Typ sociální služby	Praxe s lidmi s PAS+
P 1/1	Domov se zvláštním režimem	7,5 roků
P 2/1	Domov se zvláštním režimem	12 let
P 3/2	Domov pro osoby se zdravotním postižením	3 roky
P 4/2	Domov pro osoby se zdravotním postižením	13 let
P 5/3	Podpora samostatného bydlení	2 roky
P 6/3	Podpora samostatného bydlení	12 let

Tabulka 4: Respondenti interview

3. 5 Průběh výzkumného šetření

Výzkum jsem zahájila kvalitativní **analýzou** zvolených dokumentů. V literatuře jsem hledala odpovědi na mnou formulované tazatelské otázky. Nalezené odpovědi jsem následně zformulovala do teoretické části bakalářské práce.

Následovala formulace tazatelských otázek interview pro **vícepřípadovou studii**. Seznam otázek pro interview s pracovníky přímé péče je přílohou č. 1 bakalářské práce. Otázky jsou strukturovány tak, aby byly pro respondenty srozumitelné a transformovatelné do explicity zkušeností z praxe. Výzkum je zaměřen na oblast výskytu chování náročného na péči u klientů ze skupiny PAS+, o které respondenti na denní bázi v zařízení sociální služby pečují. Sběr dat probíhal v období listopad – leden 2023.

Nejprve jsem přímo oslovila pracovníky přímé péče, se kterými mě pojí osobní vazby z mého profesního působení v organizaci poskytující služby lidem s autismem. Všichni čtyři respondenti reprezentující dva zkoumané případy byli ochotní na mém výzkumu se podílet. Vzhledem k jejich velké pracovní vytíženosti při práci na směny tři z nich volili setkání online, s jednou respondentkou jsem si smluvila setkání osobní. Pro oslovení pracovníků reprezentujících třetí případ jsem požádala o součinnost bývalého kolegu, který mi poskytl kontakt na vedoucí pracovníci služby, kterou jsem oslovila telefonicky. Po elektronickém zaslání cíle mého výzkumu pro jasnou představu mi vedoucí pracovnice vytypovala dva pracovníky přímé péče, které bylo kriteriálně do případu zařadit. Tyto pracovníky jsem následně oslovila telefonicky.

Termíny i forma setkání jsou uvedeny v tabulce níže.

Respondent	Datum uskutečnění rozhovoru	Forma setkání	Délka rozhovoru
P 1/1	11. 11. 2022	online	30 minut
P 2/1	16. 12. 2022	osobně	45 minut
P 3/2	5. 1. 2023	online	40 minut
P 4/2	20. 1. 2023	osobně	45 minut

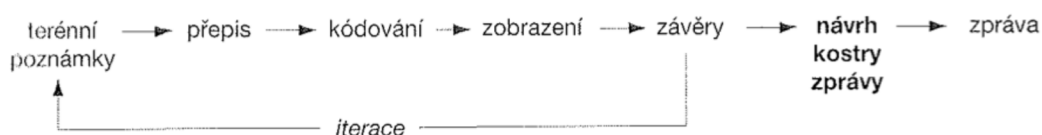
P 5/3	14. 11. 2022	online	28 minut
P 6/3	6. 1. 2023	osobně	50 minut

Tabulka 5: Datum a forma setkání za účelem rozhovoru

3. 6 Způsob zpracování získaných dat a informací

Sběr dat pro případovou studii proběhl formou polostrukturovaných rozhovorů. Interview jsem s předchozím souhlasem respondentek nahrávala buď prostřednictvím aplikace v mém mobilním telefonu, v případě osobního rozhovoru, online rozhovory byly zaznamenány v aplikaci, ve které bylo interview uskutečněno (Meet, MS Teams, Zoom). Většina rozhovorů trvala kolem 40 minut. Nejdelší rozhovor trval 50 min, nejkratší rozhovor 30 minut.

Zaznamenané rozhovory jsem zpracovala a pořídila z nich doslovnou transkripci. Data jsem segmentovala a přiřadila jim kódy. Identifikovala jsem vztahy mezi proměnnými. Výsledky šetření jsem analyzovala dle kritérií analýzy orientované na proměnné (Hendl, 2005:115), kdy jsem zjišťovala vazby mezi dvěma jevy - charakteristikou zařízení poskytující sociální služby a chováním náročným na péči. Výsledky jsem zpracovala je dle jednotlivých případů.



Obrázek 7: Sekvence kvalitativní analýzy

Zdroj: Huberman a Miles in Hendl, 2005

Z důvodu zachování anonymity respondentů nejsou doslovné přepisy rozhovorů součástí práce.

První případová studie se věnuje sociální službě **domov se zvláštním režimem**. Rozhovory jsem vedla se dvěma zástupci pracovníků v přímé péči. Druhá případová studie reprezentuje sociální službu **domov pro osoby se zdravotním**

postížením, kdy respondenty rovněž byli dva pracovníci přímé péče. Třetím případem v mé vícepřípadové studii je služba **podpora samostatného bydlení**, kde se šetření zúčastnily dvě pracovnice přímé péče této služby. Výsledky vícepřípadové studie prezentuji v metodické části této práce a v rámci poslední kapitoly jsem vyvodila doporučení vyplývající ze závěrů výzkumů.

3. 7 Reflexe rizik spojených s výzkumem

Mezi rizikové faktory, které mohou mít vliv na výzkumný přístup využívající vícepřípadovou studii, která je využita pro řešení druhého a třetího dílčího cíle, lze řadit především:

Nedostatečnou šíři záběru výzkumu. „*Jde často o popis jednoho nebo několika málo případů.*“ (Yount in Chrastina, 2019:232)

Afinitu k deskriptivním cílům studie. S tím související výběr případů, ke kterým má výzkumník blízko. (Chrastina, 2019:232)

Nedostatečnou až napadnutelnou reliabilitu, se kterou souvisí také nemožná generabilita. (Johnson, Flyvbjerg in Chrastina 2019:232)

Riziko věrohodnosti. „*Pokud není případová studie provedena věrohodně, pak bývá odborníky kritizována a v jejich úhlu pohledu se metoda stává kauzálně prázdnou.*“ (Widdowson in Chrastina, 2019:232)

Výběr respondentů. V mém výzkumu se jednalo o záměrný výběr respondentů z organizací, které poskytují relevantní typ sociální služby. Tento výběr však nezajišťuje reprezentativnost, jeho nevýhodou je subjektivní volba respondentů, kdy dle Trouсила a Jašíkové (2015:80) „*tazatel může nevědomky upřednostňovat určitý typ respondentů.*“

Vysokou časovou náročnost. Vícepřípadová studie může být obecně náročná na čas z několika hledisek - časový harmonogram výběru případů a práci s daty (např. transkripce rozhovoru a práce s daty).

Zdlouhavé vyhledávání vhodných případů. Vzhledem k mé profesní praxi jsem toto nereflektovala.

Omezení zkoumaných proměnných z důvodu limitovaného rozsahu bakalářské práce. Rizikem je neúplnost zkoumaného problému.

Náročnost na teoretickou znalost výzkumníka. Na obecné úrovni se domnívám, že při volbě vícepřípadové studie je kladen vysoký požadavek na badatele z hlediska:

1. náročnosti na odbornou znalost problematiky
2. náročnosti na znalost zkoumaného fenoménu
3. znalosti terénu a kontextu
4. náročnosti na ovládnutí metodického přístupu
5. celkového přístupu k metodě vícepřípadové studie

Ve svém případě jsem reflektovala rizika v bodech 4 a 5, která souvisí především s mou nedostatečnou výzkumnou praxí.

Náročnost na získávání dostatečně bohatých výpovědí. Pro pracovníky přímé péče je zkoumaný fenomén jevem, nad kterým se v běžném chodu profese příliš analyticky nezamýšlí. Je potřebné dostatečně srozumitelně předložit respondentovi cíl výzkumu a upozornit na potřebu detailnosti výpovědi, i toto je úkol badatele, který jsem reflektovala. Chrastina (2019:154) vidí riziko také ve formulaci výzkumných otázek: *„Pokud jsou formulovány příliš široce nebo obecně, dochází výzkumník s odstupem času ke zjištění, že plní pouze formální účel a nikterak samotné studii nenapomáhají. Příliš úzce nebo zcela detailně formulované a příliš strukturované výzkumné otázky představují riziko jejich nenaplnění, protože výzkumník bude neustále konfrontován otázkou korektnosti pro jejich zodpovězení.“*

Obtížně zobecnitelné výsledky. Výsledky jsou založeny na subjektivní interpretaci a syntaktickém přístupu výzkumníka k poznatkům.

4 POPIS A INTERPRETACE DOSAŽENÝCH VÝLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

V této kapitole se budu věnovat popisu a interpretaci výsledků výzkumného šetření, ke kterým jsem dospěla analýzou dat **vícepřípadové studie** ve třech typech celoročních pobytových služeb pro osoby s autismem a chováním náročným na péči. „*Analýza kvalitativních dat je proces identifikování vzorců a vztahů v psaném materiálu, audiozáznamech, videozáznamech, snímcích a dalších materiálech, které mají pro výzkumníka výpovědní hodnotu.*“ (Jensen, Laurie in Chrastina 2019:192). Cílem bylo vytvořit návrh vysvětlení případu pomocí kauzálních vztahů. Analýzu jsem zvolila dle Hendla (2005:235) jako „*sérii iterací, držící se principu analytické indukce.*“ Cílem tohoto postupu je „*zvýšit pravděpodobnost nalezení univerzálních a kauzálních vztahů.*“ (2005:236).

4.1 Výsledky kvalitativní analýzy dokumentů

DC 1: popsat problematiku poruch autistického spektra na obecné úrovni, přiblížit specifika konkrétní cílové skupiny (tzv. PAS+) a představit sociální služby poskytované v režimu 24/7, které jsou pro tuto cílovou skupinu v České republice dostupné. Popsat specifika těchto služeb a rozdílnost v systému poskytování péče.

V rámci prvního dílčího cíle jsem popsala problematiku poruch autistického spektra na obecné úrovni, přiblížila specifika konkrétní cílové skupiny (tzv. PAS+) a představila sociální služby poskytované v režimu 24/7, které jsou pro tuto cílovou skupinu v České republice dostupné. Popsala jsem specifika těchto služeb a rozdílnost v systému poskytování péče. V odborné literatuře jsem hledala odpovědi na tyto otázky: 1) Co jsou poruchy autistického spektra? 2) Jaká jsou specifika cílové skupiny (tzv. PAS+)? 3) Jaké sociální služby poskytované v režimu 24/7 jsou pro tuto cílovou skupinu v České republice dostupné? 4) Jaká jsou specifika těchto služeb? 5) Jaká je rozdílnost mezi těmito službami v systému poskytování péče?

Výsledky analýzy jsou prezentovány v teoretické části této práce.

4.2 Výzkumná zpráva vícepřípadové studie

DC 2: Zjistit, jak pracovníci přímé péče ve službách v režimu 24/7 popisují spouštěče chování náročného na péči u klientů s autismem

DC 3: Zjistit, za jakých situací dochází k chování náročnému na péči, jaké jsou jeho projevy a má-li na něj vliv typologie sociální služby

V rámci druhého dílčího cíle jsem zjišťovala, jak **pracovníci přímé péče ve službách v režimu 24/7 popisují spouštěče chování náročného na péči u klientů s autismem**. Dílčím cílem druhého řádu bylo **zjistit, má-li vliv na spuštění chování náročného na péči režim a prostředí zařízení, ve kterém klient žije**. Dalším dílčím cílem druhého řádu bylo **zjistit, jaký vliv má na spuštění chování náročného na péči charakteristika pečujícího personálu – pohlaví, zkušenost, počet klientů v péči**. Třetím dílčím cílem bylo **zjistit, za jakých situací dochází k chování náročnému na péči, jaké jsou jeho projevy a má-li na něj vliv typologie sociální služby**.

Zde jsou prezentovány výsledky druhého dílčího cíle výzkumu v podobě vícepřípadové studie. Jednotlivé případy jsou označeny názvem sociální služby, respondenti jsou označeni zkratkami P 1/1, P 2/1, P 3/2, P 4/2, P 5/3 a P 6/3.

Domov se zvláštním režimem

P 1/1 pracuje s lidmi ze skupiny PAS+ 7,5 let.

Na základě své pracovní zkušenosti si myslí, že **režim a prostředí**, ve kterém klient žije, **může** spouštět chování náročné na péči. Běžný režim dne popsal jako běžný režim v původní rodině, bez jasně nařízených činností, zcela dle preferencí klienta a možnosti personálního zajištění. Režim dne, který je nastavený v zařízení, podle něj chování náročné na péči nespouští, stává se tak v případě, kdy je **narušen komfort**

klienta. Pod tímto pojmem označuje situace, které jsou v rozporu s tím, co by si klient v daný moment přál. Jako příklad uvedl cestu automobilem, který dováží dalšího klienta do denní stacionáře, přičemž incidentní klient cestuje jako spolucestující. Pokud se incidentnímu klientovi nechce cestovat, spouští se u něj chování náročné na péči v podobě lehání si na zem nebo bouchání pěstí do bezpečností přepážky v automobilu. Jako nejčastější projevy chování náročného na péči, které se v zařízení objevuje, tento respondent uvedl **křik, bouchání rukou (někdy i hlavou) do pevného předmětu či zdi, lehání si na zem, svlékání si oděvu a demolování předmětů v prostředí.** Agresivní chování směrem k pracovníkům přímé péče je výjimečné. Není si zcela jistý, zda **pohlaví** pracovníka má vliv na spouštění chování náročného na péči, avšak reflektuje, že k ženám v přímé péči jsou mužští klienti troufalejší, tento jev přisuzuje sexualitě klientů. **Profesní zkušenost** pracovníka **je** podle něj zcela zásadním faktorem, čím zkušenější je pracovník, tím je podle něj menší riziko spuštění chování náročného na péči. Nové pracovníky mohou někteří klienti více „školit“. **Vytížení pracovníka** na směně **má** podle něj také vliv na případné incidentní chování. Z jeho zkušenosti jsou klienti klidnější, mají-li na ně pracovníci dostatek času individuálně. Respondent si myslí, že typ zařízení **má** vliv na výskyt chování náročného na péči zejména ze sociálního hlediska, domnívá se, že soulad týmu v malém nerezimovém zařízení poskytuje klientům větší pocit klidu než hektičnost velkého režimového zařízení, vidí zde tedy souvislost.

P 2/1 pracuje s lidmi ze skupiny PAS+ 12 let.

V obecné rovině si také myslí, že **režim a prostředí**, ve kterém klient žije, **může** spouštět chování náročné na péči a spatřuje v režimu důvod častého selhávání klientů s autismem a chováním náročným na péči v běžných pobytových službách. Režim nastavený v zařízení typu domov se zvláštním režimem by však ze své podstaty problémové chování spouštět **neměl**. Běžný režim zařízení, který nevnímá jako režim v pravém slova smyslu, respondentka popsala jako režim v běžné rodině, klienti se podílejí na chodu domácnosti, na vaření, úklidu, apod. Jeden z klientů má diagnostikovaný diabetes, je na inzulínové léčbě a je u něj nutné dodržovat režim stravovací, u toho klienta se stává, že tato režimová opatření **spouští** jeho chování

náročné na péči. Podoba incidentů tohoto klienta je velmi **agresivní**, napadá asistenty pěstmi, hlavou a kopáním. V poslední době ničí drahé vybavení domácnosti – sanitární zařízení - utrhne umyvadlo, které hodí na WC, čímž rozbije obojí. Mezi nejčastější projevy nežádoucího chování jinak řadí **křik, bouchání do nábytku, svlékání oblečení a autoagresi**. V obecné rovině si nemyslí, že **pohlaví pracovníka** má vliv na spuštění chování náročného na péči, ale připouští, že to může mít u některých klientů vliv. Vnímá, že někteří klienti preferují jedno z pohlaví k péči, přisuzuje to sexualitě klientů, v zařízení, ve kterém pracuje, to však nereflektuje. Z pohledu asistentů dle jejího názoru mají ženy z klientů větší respekt. Zmiňuje jinou zkušenost – jeden z dřívějších asistentů mluvil slovensky, frustrace z neporozumění jazyku u jednoho klienta ke spuštění chování náročného na péči vedla. **Profesní zkušenost** pracovníka **má** podle respondentky určitě vliv na chování náročného na péči, pravidelně reflektuje, že nové pracovníky klienti více „zkouší“. Zkušený pracovník je při výkonu práce klidnější a ví, jak chování náročnému na péči předcházet, jednak z důvodu zkušeností a jednak z důvodu dobrých znalostí specifik klienta, což považuje za zásadní faktor prevence chování náročného na péči. Důležitý je podle ní vztah mezi pracovníkem a klientem. **Vytižení pracovníka** také **má** vliv na chování náročného na péči. Jeden z klientů vyžaduje, aby se mu asistent věnoval výlučně individuálně, pokud se mu pozornosti nedostává, tato situace u něj chování na péči **spouští**. Respondentka si myslí, že typ zařízení **má** rozhodně vliv na výskyt chování náročného na péči z několika důvodů – systém poskytování péče, počet klientů v péči, počet pečujícího personálu a nedostatek soukromí klientů.

Domov pro osoby se zdravotním postižením

P 3/2, pracuje s lidmi ze skupiny PAS+ 3 roky

Respondent má zkušenost s velkým zařízením, které je režimové. Jsou zde dány pevné časy stravování, aktivit, hygieny, spánku apod. Dle něj **režim** zařízení určitě **má** vliv na výskyt chování náročného na péči. Souvislost vnímá zejména s narušováním komfortu klienta, ke kterému z důvodu systému zařízení dochází velmi často. Pokud chce klient například být o samotě, přičemž je ubytován ve vícelůžkovém pokoji, může taková situace vést ke spuštění chování náročného na péči. Stejně tak má

dle něj vliv počet klientů ve službě a jejich vzájemné interakce, které také mohou narušovat komfort a vést ke nežádoucímu chování, příkladem uvádí interakci mezi klientem, který vydává hlasité zvuky a klientem, který má rád ticho, kdy hlasitý klient může svým přirozeným chováním spustit chování náročné na péči u druhého klienta. Jako nejčastější projevy chování náročného na péči zmiňuje **křik, bouchání do nábytku a házení předměty**. Agrese vůči personálu nebývá častá. Souvislost mezi **pohlavím pracovníka** a výskytem chování náročného na péči **nereflektuje**. **Profesní zkušenost** pracovníka dle něj **má** vliv na chování náročné na péči, i on zdůrazňuje, že čím zkušenější je pracovník, tím má větší vliv na předcházení incidentního chování, spojitost jednoznačně vnímá nejen s profesní zkušeností, ale také s dobrými **znalostmi specifik** jednotlivých klientů. **Vytíženost pracovníka** vnímá jako **vlivnou**, ale oběma směry. V případě klientů, kteří o pozornost žádají, může být vytížení pracovníka spouštěčem chování náročného na péči. Má však i opačnou zkušenost, kdy se incidentní chování u klienta spouštělo přílišnou individuální pozorností ze strany pracovníka. Respondent má profesní zkušenost z velkého režimové zařízení, i z malého nerezimového zařízení rodinného typu, na základě těchto pracovních zkušeností jednoznačně **vnímá souvislost** mezi typem zařízení sociální služby a chováním náročným na péči.

P 4/2, pracuje s lidmi ze skupiny PAS+ 13 let

Pracovnice působí v přímé péči režimového zařízení 13 let. V domácnosti, kterou má na starosti, bydlí 8 klientů, o které se přes den stará jeden pracovník přímé péče. Během noci je přítomen jeden pracovník na tři domácnosti po osmi klientech, tedy celkem na 24 klientů. Režim dne je nastaven fixně, jsou dány přesné časy snídaně, obědu, svačin i večeře. Klienti jídlo konzumují v denní místnosti, mohou si ho odnést i na pokoj. Ubytování jsou ve dvoulůžkových pokojích, čas tráví v domácnosti většinou společně. Režim nastavený v zařízení **má** dle respondentky určitě **vliv** na výskyt chování náročného na péči. Nejčastěji vnímá výskyt nežádoucího chování při **narušení komfortu klienta** z důvodu **režimového opatření** (klient by preferoval jinou činnost) nebo z důvodu narušení jeho komfortu **chováním jiných klientů** v domácnosti (jsou hluční, mají zájem o interakci, záměrně ho provokují, apod.).

Projevy chování náročného na péči bývají agresivního charakteru, převážně směrem k věcem – bouchání do zdi a nábytku, vytržení dveří z pantů, převrácení nábytku. Agrese vůči personálu je méně častá. **Souvislost mezi pohlavím** pracovníka a výskytem chování náročného na péči respondentka **nevnímá**, domnívá se, že klienti, kteří byli zvyklí žít z důvodu svého handicapu v původní rodině za péče matky, mají k ženám hezký vztah. **Profesní zkušenost** pracovníka reflektuje jako **zcela zásadní**, stejně jako dobrou **znalost specifik klienta**. Domnívá se, že kombinace těchto faktorů má značný vliv na prevenci incidentního chování i jeho zvládnutí. Rovněž **vytíženost pracovníka** považuje za důležitý faktor, který výskyt chování náročného na péči **ovlivňuje**, z vlastní zkušenosti míní, že velký počet klientů v péči je rizikem pro výskyt incidentního chování, protože klientům nemůže být poskytována náležitá individuální péče, která má dle ní preventivní charakter. V této souvislosti je přesvědčena, že **typ** sociálního zařízení **má** zásadní vliv na výskyt chování náročného na péči.

Podpora samostatného bydlení

P 5/3, pracuje s lidmi ze skupiny PAS+ 2 roky

Ačkoli respondentka pracuje v zařízení, které je primárně nerezimové a téměř zcela se přizpůsobuje aktivitám klientek, minimální nastavená režimová opatření (např. odjezd klientky do stacionáře) **spouští** chování náročné na péči. Pokud klientka nechce odjet do stacionáře, asistenty štípe, utíká jim, slintá po sobě v metru, apod. U jiné klientky jako spouštěče reflektuje střídání směny pracovníků, což řadí rovněž k režimovým opatřením systému poskytování péče. Po střídání směny klientka rozbíjí věci. Běžný režim dne popisuje také jako život v rodině – klientky denně dojíždí do stacionáře, na kroužek (cvičení, vaření), na výlety s asistenty i na návštěvy do původní rodiny. V domácnosti se podílí dle svých možností na chodu domácnosti, na vaření, úklidu apod. **Pohlaví pracovníka** dle respondentky **nemá** vliv na chování náročné na péči. **Zkušenost pracovníka** dle respondentky vliv **má**. Nezkoušeného pracovníka dle ní klientky vždy „vyzkouší“ a velmi rychle identifikují, co danému pracovníkovi vadí. Jedna klientka například ví, že pokud novou asistentku zatahá za vlasy a daná asistentka se rozčílí, klientce se to „líbí“ a dělá to častěji. Podobně se chová jiná

klientka, která po sobě záměrně slintá a strhává asistentům brýle a „očekává“ reakci. Čím déle s nimi pracovníci pracují, tím tyto projevy více ustávají. **Vytížení pracovníka** dle dotazované asi vliv má, vzhledem k faktu, že v jejich zařízení je poměr personálu vždy 1:1, tyto situace nenastávají. **Znalost specifík** je podle ní důležitá, i to je důvod, proč v jejich zařízení dbají o kvalitní zaškolení pracovníků. U jedné klientky je například třeba dbát na to, aby při cestě na ulici vedle vozů, šel pracovník vždy blíž k vozům, protože klientka z aut ráda odtrhává stěrače. Stejná klientka nemá ráda mrkev, pokud ji dostane, mrkev hodí po pracovníkovi a nemá ráda zvuk sekačky na trávu, který její problémové chování spouští. Taková specifika u klientů je důležité znát, zejména z důvodu prevence chování náročného na péči. Respondentce se těžko posuzuje, zda má **typ zařízení** vliv na spouštění chování náročného na péči, protože reflektuje, že má zatím málo profesních zkušeností. Myslí si však, že typ zařízení vliv na problémové chování **má**, jako důvody uvádí potřebu individuálního přístupu, který není možné vždy klientovi zajistit, ať už z důvodu prostředí, systému nebo personálního zajištění.

P 6/3, pracuje s lidmi ze skupiny PAS+ 12 let

Respondentka pracuje v zařízení, které má režim dne přizpůsobený komfortu klientek, přesto vnímá, že i minimální režim, který je v zařízení nastavený, **může mít** vliv na nepohodu klientek. Jako příklad uvádí deštivé počasí, ve kterém není možné jít s klientkou, která má v denním režimu nastaveny pravidelné procházky, ven. Takové vychýlení z pravidelnosti má vliv na spuštění chování náročného na péči, jehož projevy jsou různé – od pláče, přes fyzický nátlak na pracovníka (tahání za rukáv), až po sebezraňování (klientka je bije do hlavy). Běžný **režim dne** popisuje také jako život v rodině – klientky denně dojíždí do stacionáře, na kroužek (cvičení, vaření), na výlety s asistenty i na návštěvy do původní rodiny. V domácnosti se podílí dle svých možností na chodu domácnosti, na vaření, úklidu apod. **Pohlaví pracovníka** v jejich zařízení **nereflektuje** jako relevantní faktor spouštějící chování náročné na péči. Reflektuje však, že některé klientky projevují náklonnost k pracovníkům mužského pohlaví a jsou rády v jejich přítomnosti. **Zkušenost pracovníka** je dle ní jednoznačně nejlepší prevencí spuštění chování náročného na péči, zmiňuje však, že jsou i méně

zkušení pracovníci, kteří díky svému citu pro klienta, zvládnou péči ekvivalentně s pracovníky zkušenými, důležitým parametrem je osobností nastavení pečujícího pracovníka. **Vytížení pracovníka je** vlivným faktorem při spouštění chování náročného na péči. Vliv má dle respondentky nejen vytížení pracovníka, ale také celkový počet pracovníků na směně, některé klientky preferují menší počet osob, příliš mnoho vjemů narušuje jejich komfort, což může vést k problémovému chování. **Znalost specifik klienta má** dle této pracovnice jednoznačný vliv na (ne)spouštění chování náročného na péči. Dobrá znalost klienta je zásadním faktorem managementu rizik. Respondentka **vnímá možnou souvislost** mezi typem sociálního zařízení a výskytem chování náročného na péči, avšak stejnou souvislost vnímá mezi typem poskytované sociální služby a chováním náročným na péči. Typ sociální služby není dle ní v přímé souvislosti s typem sociálního zařízení. Jako příklad uvádí sociální službu podpora samostatného bydlení poskytovanou v režimu 24/7.

Shrnutí dílčího cíle 2 a dílčího cíle 3

	Režim zařízení má vliv na CHNP	Režim spouští CHNP	Pohlaví pracovníka má vliv na CHNP	Zkušenost pracovníka má vliv na CHNP	Vytížení pracovníka má vliv na CHNP	Znalost specifik klienta má vliv na CHNP	Existuje souvislost mezi typem zařízení a CHNP
P 1/1	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
P 2/1	ANO	ANO	NE	ANO	ANO	ANO	ANO
P 3/2	ANO	ANO	NE	ANO	ANO	ANO	ANO
P 4/2	ANO	ANO	NE	ANO	ANO	ANO	ANO
P 5/3	ANO	ANO	NE	ANO	ANO	ANO	ANO
P 6/3	ANO	ANO	NE	ANO	ANO	ANO	NE

Tabulka 6: Přehledová tabulka odpovědí respondentů na otázky

DC 4: navrhnout souvislosti mezi specifiky zařízení a typem náročného chování

V rámci čtvrtého dílčího cíle výzkumu jsem zjišťovala, **jaké souvislosti mohou existovat mezi typem zařízení a chováním náročným na péči**. Zde zodpovídám otázku výzkumnice: **Jak mohou souviset specifika zařízení s náročným chováním?**

Interpretací výsledků vícepřípadové studie se jeví, že **existuje návrh vztahu** mezi vnímáním souvislostí mezi typem sociální služby a jejích specifík a výskytem chování náročného na péči u pracovníků přímé péče, která se však neopírá o zjištění objektivních souvislostí. Zjištění naznačují, že si pracovníci přímé péče myslí, že typ sociální služby **má** vliv na výskyt chování náročného na péči, z výzkumného šetření však vyplývá, že ve všech třech typech sociální služby, bez ohledu na nastavený režim a prostředí zařízení či personálního obsazení, k chování náročnému na péči **dochází**. Incidentní chování je existujícím jevem jak v zařízení se zcela individuálním přístupem ve všech oblastech, tak v zařízení, které individuální péči z podstaty způsobu poskytování sociální služby individuální přístup poskytovat nemůže. Specifika zařízení z výsledků výzkumu **nesouvisí** přímo s typem sociální služby, mohou však velmi úzce souviset s **četností** výskytu chování náročného na péči. Četnost jako proměnná však nebyla předmětem mého šetření.

5 SHRnutí VÝSLEDKŮ

Prostřednictvím **dílčího cíle 1** jsem zjistila, že poruchy autistického spektra jsou vrozenou vývojovou poruchou mozku, která zásadním způsobem ovlivňuje fungování postiženého jedince v oblasti komunikační, abstraktní a sociální. Řadí se mezi poruchy pervazivní. V současné době je jejich medicínská klasifikace definována dle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10, avšak v nové revizi, MKN-11, dojde ke směnám klasifikace. K PAS se může (avšak nemusí) pojit mentální postižení. Dle struktury obtíží a jejich manifestace v rámci tzv. autistické tirády se PAS dle směrnice MKN-10 dělí na několik forem (dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom), které však v rámci směrnice MKN-11 budou sjednoceny do jednotné skupiny autistických poruch. Dále jsem došla ke zjištění, že za skupinu PAS+ odborné prameny považují osoby s autismem, které svým chováním narušují normy svého sociálního prostředí, avšak, že tyto normy jsou velmi obtížně objektivizovány a souvisí především s prostředím, ve kterém klient žije, se situacemi, které klient zažívá a interaguje v nich a jsou evaluovány pečujícími osobami. Lidský faktor je exekutivou stanovování oněch norem, je tedy třeba počítat s lidskou omylností a jejími následky. Odborná literatura proto akcentuje konstantní vzdělávání pracovníků v přímé péči sociálních služeb jako nejdůležitější faktor efektivní práce s lidmi ze skupiny PAS+. Kvalitativní analýzou dokumentů jsem dále zjistila, že Česká republika nemá ucelený systém pobytové sociální péče pro osoby ze skupiny PAS+, každý případ je řešen individuálně na úrovni krajů a místních organizací. Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách jasně definuje typologii sociálních služeb, podmínky jejich fungování, personálního obsazení, kontroly i způsobů poskytování jednotlivých služeb. Pro osoby ze skupiny PAS+ pro celoroční péči v režimu 24/7 přichází v rámci sociálního systému České republiky v úvahu tři typy sociálních služeb (domov se zvláštním režimem, domov pro osoby se zdravotním postižením a v Praze hybridní forma podpory samostatného bydlení), v rámci kterých jsou patrné zásadní rozdíly ve formě, kterou je služba poskytována. Rozdíly jsou patrné zejména v oblasti režimových opatření, počtu klientů ve službě, počtu obslužného personálu a jeho vytiženosti v rámci směny a poměru počtu klientů na počet personálu přímé péče v rámci směny.

V rámci **druhého dílčího cíle** jsem prostřednictvím výzkumných rozhovorů s pracovníky přímé péče zjistila, že pracovníci přímé péče v sociálních službách v režimu 24/7 popisují spouštěče chování náročného na péči u klientů s autismem jako nastalé situace, kterým předcházelo narušení komfortu klienta. Za narušení komfortu klienta lze považovat vlivy vnější, ke kterým patří především režim nastavený v daném typu sociální služby a s ním související nutnost dodržování časového harmonogramu stravy, hygieny, volného času, který klientovi ne vždy konvenuje. Dále sociální prostředí klienta, zejména ostatní klienti sdílející společně domácnost či pokoj a z toho vycházející nutnost být s ostatními v interakci, i nevyžádané. Spouštěčem chování náročného na péči mohou být i vlivy vnitřní, kdy si komfort narušuje klient sám, například nespokojeností při výskytu vlastní chyby.

V rámci **třetího dílčího cíle** jsem navrhla souvislosti mezi specifiky zařízení a typem náročného chování. Šetřením jsem zjistila, že typ (a s tím související specifika) sociální služby má z perspektivy pracovníků přímé péče přímou souvislost s výskytem chování náročného na péči. Souvislosti pracovníci reflektují zejména v oblasti režimových opatření, počtu klientů ve službě, počtu obslužného personálu a jeho vytíženosti v rámci směny a poměru počtu klientů na počet personálu přímé péče v rámci směny (tyto poznatky korelují s poznatky z řešení prvního dílčího cíle).

Hypotézu, že typ sociální služby je jednoznačně ve vztahu s výskytem chování náročného na péči, tímto výzkumem nelze potvrdit, neboť chování náročné na péči se vyskytuje ve všech třech typech sociální služby, které byly do studie zahrnuty, a to bez ohledu na jejich specifika související s režimovým nastavením zařízení, personálním obsazením či nastavením poskytování služby.

ZÁVĚRY, DISKUZE A DOPORUČENÍ

Z analýzy dokumentů je zřejmé, že porucha autistického spektra je problematika, která je náročnou a stále se vyvíjející odbornou disciplínou nejen po stránce diagnostické či terapeutické, ale také systémové, především v sociální oblasti. Stále se zvyšující prevalence diagnózy klade stále větší nároky na sociální systém státu, který poptávce dlouhodobě není schopen vyhovět a jeho roli supluje z velké části nestátní neziskové organizace. Týká se to zejména skupiny PAS+, která pro pečující zařízení sociálních služeb znamená velkou profesní náročnost, mnohdy nad kapacitní i organizační možnosti. Chybí ucelený systém sociální péče, chybí specializované domovy se zvláštním režimem cílené na tuto klientelu. Řešení jsou často improvizací a spoléhají na ochotu zařízení sociálních služeb věnovat se individuálně péči o klienta s autismem a chováním náročným na péči. S pečujícím personálem je nutno systematicky pracovat a vzdělávat ho, „terapie okolí“ je v případě chování náročného na péči klíčovým faktorem, jak péči o náročné klienty v podmínkách ne vždy zcela vyhovujících efektivně zvládat. V této oblasti se relativně daří, zejména díky odborníkům z Národního ústavu pro autismus, kteří se dlouhé roky tomuto tématu intenzivně věnují a své poznatky předávají dále. Doporučení z kvalitativní analýzy dokumentů jednoznačně směřují k výzvě po změnách systému sociální péče o osoby s autismem a chováním náročným na péči v České republice a jejich systémové komplexnosti. Domnívám se, že v České republice chybí profesní organizace sdružující poskytovatele sociálních služeb, skrze kterou by se potenciál prosadit důležité změny na legislativní úrovni zvýšil.

Případová studie přinesla výsledky, které reflektují vnímání chování náročného na péči přímo pracovníky přímé péče, tedy těmi, kteří se klientům věnují ve 24 hodinovém režimu sociální péče. Za zásadní zjištění výzkumu považuji přítomnost chování náročného na péči ve všech třech typech pobytové sociální služby poskytované celoročně, tedy i v té, která je ze své podstaty zcela přizpůsobena potřebám klientů a kde je péče poskytována výlučně na individuální úrovni.

Domnívám se, že hlavního cíle se mi podařilo dosáhnout. Za zásadní zjištění mého výzkumu považuji skutečnost, že fenomén chování náročného na péči se vyskytuje ve

všech typech sociálního zařízení pro osoby s poruchou autistického spektra, které jsou v České republice poskytovány v režimu 24/7, ať už se jedná o zařízení, které je uzpůsobené individuálním potřebám náročných klientů nebo o zařízení, které svým nastavením takový prostor pro individuální péči nemá, a přesto 100% respondentů výzkumu uvedlo, že vnímá souvislost mezi výskytem chování náročného na péči a typem zařízení sociální služby.

V rámci dílčích cílů se mi podařilo od respondentů získat informace, jak pracovníci přímé péče nahlíží na faktory spouštění chování náročného na péči a jaké jsou jeho projevy. Popis příčin i projevů byl velmi podobný, bez ohledu na typ sociálního zařízení, ve kterém se klienty s autismem v přímé péči starají. Z výsledků vyplynulo, že incidentní chování je přítomno ve všech zkoumaných typech sociální služby, pravděpodobně se však liší počtem a frekvencí výskytu. Tento faktor vnímám jako možný podnět k uskutečnění samostatného empirického šetření, na základě něhož by bylo možno prokázat vztah mezi typem sociální zařízení a výskytem chování náročného na péči.

Vzhledem ke skutečnostem uvedeným výše se domnívám, že empirická část mé práce by mohla posloužit metodikům sociálních služeb k nastavení poskytování individualizovaných sociálních služeb. K úplnosti je však třeba do šetření zahrnout proměnnou počtu incidentů v jednotlivých typech zařízení, která poskytují sociální služby v režimu 24/7, a která nebyla předmětem mého výzkumu, avšak na základě jeho výsledků jí vnímám jako jeho zásadní součást. Závěry, ke kterým jsme dospěla, mohou tedy sloužit jako inspirace pro další navazující výzkumy. Teoretická část by mohla být studijním materiálem pro nově příchozí pracovníky přímé péče, kteří se s problematikou klientů ze skupiny PAS+ v celoroční pobytové službě teprve seznamují. Shrnuté poznatky jejich služebně starších a zkušenějších kolegů mohou být dobrým zdrojem velmi důležitých informací.

Pro další zkoumání daného tématu na základě výše popsaného doporučuji zaměřit se na počet incidentů chování náročného na péči v jednotlivých zařízeních sociálních služeb.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. a kol. 2007. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál.
- DAŇKOVÁ, Š., HANUŠOVÁ, K., KREJČOVÁ, D., VOBORNÍK, J., TĚŠITELOVÁ, V., ZVOLSKÝ, M. 2019. *Implementační plán zavedení MKN-11 v ČR*. [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [1. 3. 2023]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/file/klasifikace/mkn/mkn-11-cz-implementacni-plan.pdf>
- GEISLER, M. 2020. *Autismus v české republice*. Praha: Karolinum.
- GRZADZINSKI, R. et al. 2013. *DSM-5 and autism spectrum disorders (ASDs): an opportunity for identifying ASD subtypes*. [online]. London: Molecular autism. [5. 11. 2022]. Dostupné z: <http://www.molecularautism.com/content/4/1/12>
- HARTL, P., HARTLOVÁ-CÍSAŘOVÁ, H., NEPRAŠ, K. 2010. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
- HENDL, J. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál.
- HRDLIČKA, M. 2020. *Mýty a fakta o autismu*. Praha: Portál.
- CHRASTINA, J. 2019. *Případová studie – metoda kvalitativní výzkumné strategie a designování výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- JANG, J., DIXON, D. R., TARBOX, J., GRANPEESHEH, D. 2011. *Symptom severity and challenging behavior in children with ASD* [online]. Tarzana: Center for Autism and Related Disorders. [5. 11. 2022]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1750946710001753?via=ihub>
- JŮN, H. 2010. *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví: Strategie práce s klienty, krizové scénáře*. Praha: Portál.
- JŮN, H. 2021. *Když běžné postupy selhávají - Jak hledat reálná řešení složitých situací v sociálních službách*. Praha: Pasparta Publishing.
- LEBOYER, M., CHASTE, P. 2015. *Autism Spectrum Disorders*. Basel: Karger.
- MAPA AUTISMU. 2023. *Mapa počtu osob s poruchou autistického spektra*. [online]. Praha: Děti úplňku. [3. 12. 2022]. Dostupné z: <https://mapautismu.cz/>
- MATOUŠEK, O. 2012. *Základy sociální práce*. Praha: Portál.
- MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. 2010. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál.
- MATOUŠEK, O. 2007. *Sociální služby*. Praha: Portál.

- MPSV. 2022. *Registr poskytovatelů sociálních služeb*. [online]. Praha: MPSV. [3. 10. 2022]. Dostupné z: <http://iregistr.mpsv.cz/>
- MPSV. 2022. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*. [online]. Praha: MPSV. [3. 10. 2022]. Dostupné z: https://ppropo.mpsv.cz/zakon_108_2006
- NAUTIS. 2022. *Diagnostické vyšetření*. [online]. Praha: Národní ústav pro autismus, z.ú. [18. 9. 2022]. Dostupné z: <https://nautis.cz/portfolio/cz/diagnosticke-vysetreni>
- NAVRÁTIL, P. 2001. *Teorie a metody sociální práce*. Praha: Zeman.
- PÁTÁ, K. P. 2008. *Mé dítě má autismus*. Praha: Grada.
- ROTH, I. 2010. *The Autism Spectrum in the 21st Century: Exploring Psychology, Biology and Practice*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- SEMRÁD, M. 2021. *Afekty – k životu patří, u lidí s PAS ale mnohem častěji*. [online]. Praha: Národní ústav pro autismus, z.ú., [26. 9. 2022]. Dostupné z: <https://autismport.cz/o-autistickem-spektru/detail/afekty-k-zivotu-patri-u-lidi-s-pas-ale-mnohem-casteji>
- SCHNABEL, A., YOUSSEF, G. J., HALLFORD, D. J., HARTLEY, E. J., MCGILLIVRAY, J. A., STEWART, M., FORBES, D., AUSTIN, D. W. 2020. *Psychopathology in parents of children with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis of prevalence*. [online]. Thousand Oaks: Sage. [2. 12. 2022]. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/1362361319844636>
- STAKE, R. E. 1995. *The art of case study research*. Thousand Oaks, London: Sage.
- ŠPORCLOVÁ, V. 2017. *Autismus od A do Z*. Praha: Pasparta Publishing.
- THOMAS, G. 2011. *How to do your Case Study: A Guide for Students and Researchers*. Thousand Oaks: Sage.
- THOROVÁ, K. 2006. *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál.
- THOROVÁ, K. 2017. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál.
- THOROVÁ, K. 2020. *Autismus a jeho příčiny*. [online]. Praha: Národní ústav pro autismus, z.ú., [26. 9. 2022]. Dostupné z: <https://autismport.cz/o-autistickem-spektru>
- THOROVÁ, K. 2021. *Porucha autistického spektra dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 11)*. [online]. Praha: Národní ústav pro autismus, z.ú., [12. 10. 2022]. Dostupné z: <https://autismport.cz/o-autistickem-spektru/detail/porucha-autistickeho-spektra-dle-mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11>
- TROUSIL, M., JAŠÍKOVÁ, V. 2015. *Úvod do tvorby odborných prací*. Hradec Králové: Gaudemaus.
- VÁGNEROVÁ, M. 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- VRBICKÝ, J. 2014. *Sociální služby*. Hradec Králové: Gaudemaus.

WELCH, M. 2022. *Autism: From Theory to Practice*. New York: American Medical Publishers.

YIN, R. K. 1989. *Case study research design and methods*. Thousand Oaks: Sage.

YIN, R. K. 2012. *Application of case study research*. Thousand Oaks: Sage.

YIN, R. K. 2014. *Case study research: Design and methods*. Los Angeles: Sage.

ZIMMERMAN, A. 2010. *Autism. Current theories and evidence*. Totowa: Humana Press Inc.

SEZNAM OBRÁZKŮ

- 1 Spektrum projevů autismu
- 2 Klasifikace PAS dle MKN-11
- 3 Pyramida vlastností dobrého pracovníka přímé péče
- 4 Projevy chování náročného na péči
- 5 Efekt pořadí
- 6 Srovnání systému poskytování péče
- 7 Sekvence kvalitativní analýzy

SEZNAM TABULEK

- 1 Transformační tabulka, 1. část
- 2 Přehled různých pojetí normality
- 3 Transformační tabulka, 2. část
- 4 Respondenti interview
- 5 Datum a forma setkání za účelem rozhovoru
- 6 Přehledová tabulka odpovědí respondentů na otázky

Přílohy

Příloha č. 1:

Tazatelské otázky pro výzkumné šetření s pracovníky přímé péče pobytových služeb pro osoby PAS+

Identifikační otázky:

- 1) Datum rozhovoru: _____
- 2) Jak dlouho pracujete s klienty z cílové skupiny PAS+?
- 3) V jakém typu sociální služby pracujete?

Výzkumné otázky:

- 1) Může režim dne nastavený v zařízení podle vašeho názoru spouštět problémové chování klientů? Pokud ano, tak jak? Co konkrétně? K jakému chování to vede? Reflektujete toto i ve vašem zařízení? Popište, prosím, nějaký příklad.
- 2) Můžete popsat strukturu běžného dne?
- 3) Setkáváte se ve vašem zařízení s tím, že nastavený režim dne spouští problémové chování klientů? Pokud ano, tak jak? Co konkrétně? K jakému chování to vede? Popište prosím nějaký příklad.
- 4) Má podle Vás vliv pohlaví pracovníka a chování náročné na péči klienta? Reflektujete toto i ve vašem zařízení?
- 5) Má podle Vás vliv na chování náročné na péči profesní zkušenost pracovníka? Reflektujete toto i ve vašem zařízení?
- 6) Má podle Vás vliv na chování náročné na péči vytížení pracovníka počtem klientů v péči na směně? Reflektujete toto i ve vašem zařízení?

7) Má podle Vás vliv na chování náročné na péči znalost specifik klienta? Reflektujete toto i ve vašem zařízení?

8) Domníváte se, že typ sociálního zařízení může mít vliv na četnější výskyt chování náročného na péči? Jaké jeho příčiny reflektujete?

9) Myslíte si, že existuje souvislost mezi typem zařízení a výskytem chování náročného na péči?

10) Pokud ano, z jakého důvodu se tak podle Vás děje?

Závěr:

Děkuji za Váš čas a ochotu zapojit se do výzkumu, velmi si toho vážím.

Mgr. Linda Havlíček Skarlandtová, DiS.

Příloha č. 2:

Transkripce rozhovoru s respondentkou

Souhlasíte s pořízením záznamu?

Jasně, souhlasím.

Moje první otázka, jak dlouho pracujete s klienty s autismem?

No 13 let jsem tady.

Pracujete teda v zařízení typu..

... klasický deozetpěčko jsme.

Podle Vašeho mínění - může režim dne nastavený v zařízení spouštět problémový chování u klientů?

Může a nejen u autistů.

Jak vypadá běžnej den vlastně tady u vás. Jaká je struktura toho dne?

Je taková, že ráno nám přivezou snídani. My vlastně nějak kolem 7. hodiny už noční služba budí takový ty, co chodí do těch dílen. Někteří chodí pěšky a 2 dny v týdnu jezdí autem, jako chodí hůř a jinak teda jakoby budíme, aby tam byli včas, takže po 7. hodině snídane, no pak hygiena ranní a takovej ten jako běžnej jakoby úklid, že jim pomáháme. Oni jsou hodně samostatný, ale i tak jim jako člověk jim to musí říct, že si ustelou a prostě když chtěj, když nechtěj, tak s tím stejně nic neuděláte.

A ty, co nikam nechoděj, ty se taky buděj?

Jako nemusí budít, ale oni většinou vstávají brzo, protože brzo chodí spát, jo tam většinou to je takový, to jídlo je velká motivace pro ně.

Oběd ten je teda taky fixní?

Oběd podáváme ve 12 hodin a jinak je potom odpolední svačina ve 3 hodiny a v 5 hodin je večere.

A potom je povinnost jít spát, jako nějaká večerka?

Po 22. hodině, že když třeba mají hodně nahlas, protože někteří mají svoji televizi nebo rádio u sebe na pokoji, tak jenom ohlídat, aby to neřvalo na celej barák, aby prostě mohli spát ty, co spát chtěj. Ale já si myslím, že dneska už je ten režim hodně jako zaměřenej na ně, jo, tak nějak se snažíme přiblížit, aby byli jako doma. Takže vy, když jste doma, tak chcete jít spát, kdy chcete, buď jděte v 7 nebo až v 10, 11, ve 12. Přihlížíme potom k těm, kteří ráno mají stávat, když jdou třeba doktoru.

A může tahle struktura spouštět nějaký nežádoucí chování? Jak to vypadá, pokud ano?

Určitě jo. Spolubydlící může být nepříjemnej a ono pak to je jak řetězová reakce, protože oni reagujou, že jo, vlastně jo, takže se třeba začnou dohadovat nebo a neví na mě, nebo takhle může to bejt. To je prostě běžný tady.

V jakém poměru personálu sloužíte?

Přes den jeden na vosum. V noci jedna na celejch 24, plus ještě jeden je na áčku, tam jich je tuším 16. Takže 2 vlastně na 56 lidí v podstatě jo. V týdnu přes den je tady ještě paní vedoucí. Zdravotníky máme na Sušický, rychlou voláme.

Může mít podle vás vliv na spuštění chování náročnýho na péči pohlaví pečujícího personálu?

Nevím jak jinde, ale tady si myslím, že to jako moc nevnímají. Jo, nedělá jim problém, když jdeme koupat jako já, jako žena jdu koupat muže nebo pomoct s tím koupáním. Oni tak jak už jsou tady ty starší a jsou zvyklí prostě žít v tom zařízení nějaký, oni to nějak nevnímají. Jeden klient, co tady byl, žil dlouho s maminkou.

Sice měl tatínka vlastně v podstatě. I nevlastního potom, protože ten vlastní je opustil, takže paní, když se provdala, tak on se k němu moc hezky choval, takže jako tam byl ten vztah moc hezkej, ale on byl zvyklej na tu maminku a maminka umřela někdy já nevím, 80 let jí bylo, takže jako dlouho byli spolu a já si myslím, že tam jako myslím, že možná měl radši ženský. Ten vztah, jako že byl zvyklej na ženskou, neumím říct, jakým způsobem, ale teďko třeba jak je v tom novém působišti v těch Lahovicích, tak tam mají vedoucího a je s ním taky jako kamarád. Já si myslím, že to je zase o přístupu našem než jeho.

A má podle vás vliv na spuštění chování náročnýho na péči profesní zkušenost pracovníka?

To určitě. A nějaká ta jako empatie a takový to vycítit, jak ten člověk se cejtí, zjistit takový ty drobnosti těch jako náznaků toho, že začíná nabírat.

Takže dobrá znalost specifík toho daného klienta má na výskyt nežádoucího chování taky vliv?

Jo jako, to rozhodně. Ono se to nějak dá, když člověk je trošku pozornej, tak se to dá, i když je jako novej, ale lepší to je, čím dýl s těma lidma pracuje, už je prostě zná, to je fakt jako hodně důležitý.

A má na to problémový chování podle vás vliv pracovní vyčerpání pracovníka?
Je fakt, když je jako jeden člověk na vosum, tak to je problém a ty situace se vyskytují, určitě, protože člověk na ně nemá tolik času, co by potřeboval. Jeden nejvíc problematickej klient vyžadoval jakoby pozornost. Chtěl se bavit o výletech. To byly prostě jeho datumy. A jako kdy pojedete? A kam pojedem a jak to tam bude? Kolik nás tam bude spát, kde s kým budu spát? A teď když jako máte, vy jste v běhu a jdete třeba jako doprovod k lékaři, děláte někomu, tak tady vlastně on zůstal jako sám. Potřeboval jasnej přehled. Tak jsme se pak naučili tady říkat mu kdy zase pojedeme. Ale teď my jsme to ale vždycky nevěděli, protože jsme jako běžný středisko. Třeba 2 roky jsme vůbec nikde nebyli kvůli Covidu a on byl z toho hodně

špatnej. Takže jsme říkali vždycky, že do konce dubna to budem vědět a tím to pro něj bylo jako snesitelnější.

A jak vypadaly jeho problémové reakce v těch situacích?

Začal se prostě jako se rozčilovat, sice ne hned úplně hodně, ale prostě bylo vidět, že ho to znervózňuje, že někdy bylo potřeba potom odvést pozornost někam. Ke změnám nebo k nějakému jinému tématu, nebo něco, co víme, že se mu líbí, nebo on měl rád i jako písničky, takže třeba se zazpívat nebo pustit muziku a spolu se zazpívat. Někdy to fungovalo, někdy ne. Když se to jako nevychytalo, tak vlastně to je takovej ten nabírací mechanismus, kdy když už to pak překročí tu mezi, tak tam už není nic jiného, než ho nechat prostě vybouřit.

A jak to vypadalo, to jeho bouření?

No tak jako mlátil dveřma, házel po nás věci, dveře od skříně prostě vysadil, dveře rozbil jako. Podobně reagujou i jiný, ty projevy jsou jako dost podobný.

A i vůči vám byl agresivní nebo to jenom vůči věcem?

První rok, co si pamatuju, tak ne, nebylo to tak často, ale potom covidu se to hrozně zhoršilo, ona mu pak zemřela mezitím před covidem nějak ještě maminka, což vnímal. Jako už i po mně věci házel. Já jsem vždycky byla z těch, který ho ukecali, jakože prostě jsme dokázali. A jak to a prostě jako ukecat vyloženě, prostě si s ním povídat tak dlouho, až se uklidnil, nebo mu dát napít, nebo prostě pojd' jako bolí tě hlava nebo něco jo, co ti je? A to je takovej ten zájem, tak soustředit tu pozornost někam jinam. No ale pak ve finále jako už tohle nevnímal, už byl hodně frustrovaný a takový to, že že on byl fakt zvyklej s maminkou bejt. Já nevím, jestli neplácám. To mě napadá napřeskáčku, jo? Já hledám jenom tu souvislost. Je tady moc lidí dalších, víte, že na takovýho klienta máte málo času, že má nějaký režim, který mu nevyhovuje. Podle mého názoru měl tu nejistotu, že najednou nikoho nic nemá, tak jsme se mu snažili tady jako nastavit jako a mluvit s ním o tom, že je tady doma, že

ho máme rádi, že sestra chodí na návštěvu, protože ona má taky svojí rodinu a vnoučata a tak, takže jako si ho nemůže brát tak jako maminka kdysi. A jako on to všecko chápal, on to po vás opakoval jakoby automaticky, ale já bych řekla, že to bylo moc abstraktní. Že to jako moc nepobíral, no že prostě chtěl bejt někde jinde, no. Teďko je tu bez něj větší klid. Některý klienti, jak nejsou úplně hloupí, tak oni i věděli, jak dloubnout, aby ho to rozjelo. Člověk pak uklidňoval celou tu skupinu tady, protože tam, jako bylo vidět, že ví přesně.

Myslíte si, že typ sociálního zařízení může mít vliv na chování náročný na péči? Proč myslíte?

Myslím, že určitě vliv má. Prostě na ně nemáte ten čas, kterej jako potřebujete, abyste se jim mohli fakt věnovat, jak voni potřebujou.

Čili z toho vychází i souvislost mezi tím typem zařízení a výskytem chování náročného na péči?

Z mého pohledu si fakt myslím, že jo. No jasně. Hm, jasně.