

**Univerzita Palackého v Olomouci  
Cyrilometodějská teologická fakulta**

**Katedra křesťanské sociální práce**

*Bakalářská práce*

**2009**

*Michaela Celtová*

**Univerzita Palackého v Olomouci  
Cyrilometodějská teologická fakulta**

**Katedra křesťanské sociální práce**

*Charitativní a sociální práce*

*Michaela Celtová*

*Zvládání problémového chování lidí s mentálním  
postížením v zařízeních sociální péče  
Bakalářská práce*

**Vedoucí práce: Mgr. Martin Bednář, Ph.D.**

**Olomouc 2009**

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny a literaturu jsem uvedla v závěrečném seznamu.

V Olomouci dne 16. dubna 2009

.....

Michaela Celtová

Děkuji vedoucímu mé bakalářské práce Mgr. Martinu Bednářovi, Ph.D. za vstřícné vedení, cenné rady a čas, který mi věnoval.

# Obsah

Úvod.....	7
1 Osoby s mentální retardací .....	10
1.1 Mentální retardace .....	10
Klasifikace mentální retardace.....	12
1.2 Sociální služby pro osoby s mentálním postižením.....	15
1.2.1 Způsoby pomoci .....	16
1.2.2 Druhy pomoci dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.....	17
2 Problémové chování a agrese .....	22
3 Zvládání problémového chování .....	26
3.1 Behaviorální terapie .....	26
3.1.1 Protipodmiňování.....	29
3.1.2 Analýza chování, operantní podmiňování, averzivní terapie .....	30
3.2 Kognitivní terapie .....	33
Kognitivní terapie hněvu .....	34
3.3 Kognitivně-behaviorální terapie .....	35
3.4 Gentle Teaching.....	37
4 Alternativní terapie .....	39
4.1 Muzikoterapie .....	39
4.2 Arteterapie .....	42
4.3 Hipoterapie.....	44
4.4 Canisterapie .....	46
4.5 Ergoterapie.....	48
4.6 Relaxační techniky.....	50
4.7 Snoezelen .....	51
4.8 Hydroterapie .....	53
4.9 Dramaterapie.....	55
4.10 Aromaterapie .....	56
5 Dotazníkové šetření .....	57
6 Předmět, cíle a realizace šetření.....	60
7 Diskuse.....	78
Závěr .....	79
Bibliografie .....	82
Seznam obrázků.....	87
Seznam tabulek.....	88

Seznam grafů .....	89
Příloha č. 1 Specifické poruchy a syndromy .....	91
Příloha č. 2 ABC diagram pro identifikaci korelací mezi prostředím a sledovaným chováním.....	96
Příloha č. 3 Dotazník MAS.....	97
Příloha č. 4 Tabulka pro záznam incidentů.....	100
Příloha č. 5 Metafora agrese - ledovec .....	102
Příloha č. 6 Testovací a kontrolní podmínky pro identifikaci rozhodujících proměnných SIB .....	103
Příloha č.7 Evidence případů použití opatření omezujících pohyb osob.....	105
Příloha č. 8 Tabulka aktivit, činností .....	106
Příloha č. 9 Dotazník .....	107

## Úvod

Výběr tématu mé práce nebyl náhodný. Naše sociální služby procházejí v posledních letech rozsáhlou transformací, která se zaměřuje na ochranu práv uživatele sociálních služeb, individuální přístup, partnerství při plánování sociálních služeb, podporu nezávislosti, začlenění a integraci lidí s handicapem, podporu běžného způsobu života, kvalifikační požadavky pro výkon práce a systém celoživotního vzdělávání poskytovatelů sociálních služeb a podobně. Po vzoru britského modelu byl ve spolupráci odborníků z řad poskytovatelů, uživatelů a zástupců veřejné správy zpracován systém zajištění a hodnocení kvality v sociálních službách. Národní standardy kvality se staly jedním z hlavních nástrojů zajištění kvality, bezpečnosti i odbornosti poskytovaných služeb.<sup>1</sup>

S mým tématem také souvisí problematika omezování pohybu uživatele sociálních služeb, která začala být řešena v srpnu roku 2002 v souvislosti se zprávou Evropského výboru pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (dále jen CPT) o stavu lidských práv v České republice. Tato zpráva mimo jiné poukazovala na zneužívání klecových lůžek s mříží či sítí v zařízeních sociální péče v České republice a upozorňovala na absenci kontroly vycházející z neexistence nastavených pravidel. Koncepce Ministerstva práce a sociálních věcí v problematice práce s klientem s rizikem v chování vychází ze dvou základních hledisek. Prvním je ochrana práv a důstojnosti uživatelů sociálních služeb a druhým je podpora poskytovatelům v postupném odstraňování omezovacích prostředků ze zařízení sociální péče. Po metodickém opatření pro mimořádné použití klecových lůžek se sítí v zařízeních sociální péče, které má pouze ráz doporučení, označilo klecová lůžka s mříží za nepřijatelná a nastavilo požadavek evidence používání klecových lůžek se sítí, nabyla v květnu roku 2005 účinnost novela zákona o sociálním zabezpečení, která v paragrafu 89 a) poprvé nastavila pravidla evidence a požadavek souhlasu lékaře s použitím prostředků omezujících pohyb uživatelů.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Srov.: Dostupné z <http://www.mpsv.cz/files/clanky/4035/manual.pdf>, Práce s klientem s rizikem v chování (manuál průvodce dobrou praxí), kapitola *Problémové chování* [citováno 18.5.2007].

<sup>2</sup> Srov.: tamtéž.

Zákon o sociálních službách připouští v situacích, kdy je nutné omezit pohyb uživatele pořadí těchto zklidnění: neverbální zklidnění, verbální zklidnění, fyzické držení, umístění do separované bezpečné místnosti za podmínky terapeutického dohledu a užití psychofarmak s lékařským dohledem. Stanovuje zásady prevence situací, které by mohly vyvolat omezení pohybu uživatele a klade důraz na individualizovanou péči o uživatele s rizikem v chování. Postupné zpříšňování podmínek pro možnost použít omezovací prostředky je doprovázeno podporou vzděláváním v dovednostech kompetentně zasáhnout v situaci, kdy je nutné omezit pohyb uživatele. Odbor sociálních služeb poskytuje vybraným odborníkům z řad sociálních služeb kurz v práci s klientem s rizikem v chování. Tento kurz, který je pořádán ve spolupráci s Velkou Británií a Nizozemím byl v prosinci roku 2007 ukončen a takzvaní průvodci dobrou praxí v problematice práce s klientem s rizikem v chování budou přímo v zařízeních sociální péče provázet pracovníky ve změnách v přístupu k uživatelům a budou předávat i kompetentní způsoby fyzických zásahů, pravidla šetrné sebeobrany.<sup>3</sup>

Ve své práci bych se chtěla věnovat problematice klientů, kteří bývali v minulosti vystaveni nedůstojným restriktivním, omezovacím prostředkům, s argumentací, že „jinak to nejde, jsou totiž agresivní a nebezpeční“. Těmito prostředky byli omezováni i za situace, kdy agresivní nebyli, ale „mohli by být“ a zapomínalo se, že tito lidé také mají právo na důstojný a pestrý život, srovnatelný se zdravými vrstevníky.<sup>4</sup> Chtěla bych se zaměřit zejména na preventivní opatření, předcházení situacím, které vyvolávají nutnost zásahu omezením pohybu uživatele.

V první kapitole teoretické části mé práce se budu věnovat vysvětlení pojmu mentální retardace, klasifikací mentální retardace a dále sociálním službám dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, které mohou osoby s mentálním postižením využít. V druhé kapitole (teoretická část) budu popisovat problémové chování a jeho druhy, agresivitu v souvislosti se zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, a používáním restriktivních opatření v zařízeních sociální péče.

Mým cílem je popsat přístupy (terapie), které se používají při práci s uživatelem s problémovým chováním. Jednou z možností, jak zvládat problémové chování je použít metodu Gentle Teaching, se kterou jsem se setkala na své dvouměsíční zahraniční praxi v Nizozemí v říjnu a listopadu roku 2007. Pracovala jsem v Denním centru organizace

---

<sup>3</sup> Srov.: Dostupné z <http://www.mpsv.cz/files/clanky/4035/manual.pdf>, Práce s klientem s rizikem v chování (manuál průvodce dobrou praxí), kapitola *Problémové chování* [citováno 18.5.2007].

<sup>4</sup> Srov.: tamtéž.



Amerpoort, která poskytuje různorodé služby pro občany s mentálním handicapem. V mé skupině bylo šest klientů, kteří měli různé poruchy autistického spektra. Spolupracovnice mi tehdy vysvětlila, že je tato metoda založená na principu „dnes jsem tady pro tebe a budu stále ve tvé blízkosti“. Vztah mezi pracovníkem, který se o klientku staral byl velice vřelý a v péči se nešetřilo pohlazením ani objetím. Nakonec jsem si metodu Gentle Teaching osvojila tak, že jsem byla schopna s klientkou pracovat jako plnohodnotný pracovník, aniž bych si předtím mohla prostudovat, na čem vlastně tato metoda „staví“. Má absolventská práce, kterou jsem napsala a úspěšně v roce 2008 obhájila, se stala výzvou k tomu, abych Gentle Teaching mohla více poznat po teoretické stránce. Protože mi nebylo známo, že by tato metoda byla v České republice popsána, rozhodla jsem se přeložit anlický text, který tuto metodu popisoval. Do dnes jsem nezjistila, zda se tato metoda v některém ze zařízení sociální péče na území České republiky používá, a proto jsem tuto metodu uvedla ve třetí kapitole (teoretická část), ve které se budu věnovat popisu terapií pro zvládnání problémového chování. V poslední teoretické části mé bakalářské práce se budu věnovat popisu vybraných alternativních terapií, které jsou používány v zařízeních sociální péče při práci s osobami s mentálním postižením.

Ve své práci bych se nechtěla věnovat pravidlům šetrné sebeobrany, protože sebeobrana není preventivní opatření, ale je reakcí na již vzniklé problémové, agresivní chování, které je ve většině případů projevem nespokojenosti či neklidu klienta.

V praktické části své diplomové práce jsem se zaměřila na průzkum situace v zařízeních sociální péče. Chtěla bych prozkoumat situaci zvládnání uživatelů s problémovým chováním v zařízeních sociální péče. Zaměřila jsem se na nejčastější projevy problémového/agresivního chování, na využívání restriktivních opatření před vznikem zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, využívání metod, terapií či přístupů pro zmírnění projevů problémového chování a na způsoby zaznamenávání tohoto chování.

Práce je teoreticky orientovaná, koncipovaná jako analýza dostupné literatury, součástí je překlad cizojazyčného (anglického) textu do českého jazyka. Následná syntéza získaných poznatků by měla utvořit ucelený přehled o této problematice.

Byla bych ráda, kdyby se má práce stala jakýmsi manuálem pro pracovníky v sociálních službách a rodiče, kteří pečují o problémové klienty. Přála bych si, aby se metoda Gentle Teaching používala při práci s problémovými uživateli i České republice.

# 1 Osoby s mentální retardací

Má práce se nazývá „Zvládání problémového chování lidí s mentálním postižením v zařízeních sociální péče“, proto bych se v první kapitole chtěla věnovat pojmu mentální postižení neboli mentální retardace. Chtěla bych popsat, co tento pojem znamená, jaké jsou projevy mentální retardace a jak se mentální retardace klasifikuje. V další části této kapitoly se budu věnovat přehledu zařízení sociální péče pro osoby s mentální retardací, dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách.

## 1.1 Mentální retardace

Pojem mentální postižení neboli mentální retardace (mental retardation/mental impairment/learning disability) vychází z latinských slov „mens“ (mysl, duše) a „retardare“ (opozdit, zpomalit); doslovný překlad je tedy „opoždení (zpomalení) mysli.“ Je to vrozené a trvalé postižení osobnosti, které má mnoho projevů. Existuje několik definic, které charakterizují toto postižení.

Mentální retardací (mentálním postižením) rozumíme snížení rozumových schopností. *„Z hlediska psychické struktury osobnosti mentálně retardovaní jedinci netvoří homogenní skupinu, kterou by bylo možno globálně vyčerpávajícím způsobem charakterizovat. Každý mentálně postižený je svébytný subjekt s charakteristickými osobnostními rysy. Přesto se však u značné části z nich projevují (ve větší či menší míře) určité společné znaky, jejichž individuální modifikace závisí na druhu mentální retardace, na její hloubce, rozsahu, na tom, zda jsou rovnoměrně postiženy všechny složky psychiky, nebo zda jsou výrazněji postiženy některé psychické funkce a duševní vývoj je nerovnoměrný.“*<sup>5</sup>

V současnosti stále nejvíce rozšířená a snad i stále nejvýstižnější je definice vydaná UNESCO poprvé v roce 1983: *„Mentální retardace je pojem vztahující se k podprůměrnému obecně intelektuálnímu fungování osoby, které se stává zřejmým*

---

<sup>5</sup> ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*, s. 24.

v průběhu vývoje a je spojeno s poruchami adaptačního chování. Poruchy adaptace jsou zřejmě z pomalého tempa dospívání, ze snížené schopnosti učit se a z nedostatečné sociální přizpůsobivosti.<sup>6</sup>

Americká asociace pro mentálně retardované (AAMR) používá definici<sup>7</sup>: „Mentální postižení je podstatné omezení stávajícího výkonu vyznačující se podprůměrnou úrovní intelektových schopností se současným omezením v nejméně dvou z následujících adaptačních dovedností – komunikace, sebeobsluha, sociální dovednosti, bydlení ve vlastním domě, využití služeb obce, seburčení, zdraví a bezpečnost, školní výkon, volný čas a práce.“ Podle této definice pojem mentální postižení pokrývá širokou oblast obtíží.

Mentální retardace se projevuje zejména zpomalenou chápavostí, těkavostí pozornosti, sníženou logickou pamětí, nedostatečnou slovní zásobou, neobratností při vyjadřování, impulzivností, hyperaktivitou, citovou vzrušivostí, opožděným psychosexuálním vývojem, zvýšenou potřebou uspokojení a bezpečí, sníženou přizpůsobivostí k sociálním požadavkům a některými dalšími charakteristickými znaky.<sup>8</sup>

„**Příčinami mentální retardace jsou dědičnost a organické postižení centrální nervové soustavy, ke kterému mohlo dojít během nitroděložního vývoje, při porodu nebo v době krátce po narození.**“<sup>9</sup> Příčiny vzniku mentálního postižení jsou velice různorodé, vždy ale jde o závažné poškození mozku (organické nebo funkční). Jednoznačně lze určit příčiny mentálního postižení u syndromů vyvolaných genetickými poruchami (Downův syndrom<sup>10</sup> neboli trizomie 21, Turnerův syndrom, Klinefelterův syndrom), metabolickými poruchami (fenylketonurie), intoxikací (FAS neboli fetální alkoholový syndrom), nebo následkem traumat (hypoxie nebo asfyxie při nedostatečném přísunu kyslíku během porodu). V mnoha případech ale příčinu nelze jasně a přesně stanovit, protože ji zatím zjistit nedokážeme, nebo se možných příčin objevuje hned několik současně.<sup>11</sup>

---

<sup>6</sup> SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*, s.110.

<sup>7</sup> MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. (eds.). *Sociální práce s lidmi s mentálním postižením in Sociální práce v praxi*, s. 111.

<sup>8</sup> Srov.: MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. (eds.). *Sociální práce s lidmi s mentálním postižením in Sociální práce v praxi*, s. 111.

<sup>9</sup> MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*, s. 106.

<sup>10</sup> Downův syndrom, Turnerův syndrom, Klinefelterův syndrom, fenylketonurie, FAS, hypoxie, asfyxie viz. Příloha č. 1.

<sup>11</sup> SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*, s. 111-112.

## Klasifikace mentální retardace

V zemích našeho typu je (při použití IQ<sup>12</sup> jako rozhodujícího kritéria) zhruba 2,5 % lidí mentálně postižených (úroveň jejich rozumových schopností je pod hranicí 70 bodů).<sup>13</sup> „Klasifikace mentální retardace se opírá o zjištěnou úroveň rozumových schopností.“<sup>14</sup> Pro klasifikaci mentální retardace se používá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí<sup>15</sup>, zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která je platná od roku 1992. Podle této klasifikace se mentální retardace dělí do šesti základních kategorií<sup>16</sup>:

- |                                |                       |
|--------------------------------|-----------------------|
| 1. Lehká mentální retardace    | (F70) – IQ 50 - 69    |
| 2. Střední mentální retardace  | (F71) – IQ 35 – 49    |
| 3. Těžká mentální retardace    | (F72) – IQ 20 – 34    |
| 4. Hluboká mentální retardace  | (F73) – IQ nejvýše 20 |
| 5. Jiná mentální retardace     | (F74)                 |
| 6. Neurčená mentální retardace | (F75)                 |

Uvedená klasifikace mentální retardace neobsahuje kategorii „**mírná mentální retardace**“ (IQ 85 – 69), která byla u nás používána ve starších klasifikacích a někdy se v poradenské praxi užívá, protože toto snížení úrovně rozumových schopností zpravidla nesouvisí s organickým poškozením mozku, v jehož důsledku by se psychika mentálně postižených jedinců nemohla normálně rozvíjet, ale bývá tak zapříčiněno jinými faktory (genetickými, sociálními a dalšími). Proto se děti s opožděným rozumovým vývojem, u nichž k zaostávání vývoje došlo z jiných příčin než je poškození mozku (sociální zanedbanost, nepodnětové výchovné prostředí, smyslové vady a další) nepovažují za mentálně postižené.<sup>17</sup>

<sup>12</sup> IQ označuje Inteligenční kvocient, který vyjadřuje úroveň rozumových schopností viz. níže.

<sup>13</sup> Srov.: SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*, s. 106.

<sup>14</sup> MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*, s. 106.

<sup>15</sup> Srov.: V. kapitola: *Poruchy duševní a poruchy chování* (F00 – F99), dostupné z: <http://mzcr.cz> [citováno 24.1.2009].

<sup>16</sup> V závorce za názvem mentální retardace uvádím označení klasifikace (označeno písmenem a číslem) a dále Inteligenční kvocient (IQ), který vyjadřuje úroveň inteligence (rozumových schopností) jedince. Pro výpočet hodnoty IQ platí vzorec: IQ = mentální věk/chronologický věk x 100.

<sup>17</sup> Srov.: ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*, s. 31.

**Lehce mentálně retardovaní jedinci** si osvojují mluvu opožděně, v každodenním životě jsou schopni užívat řeč i udržovat konverzaci. Co se týče osobní péče (jídlo, mytí, oblékání, hygienické návyky) a praktických domácích dovedností jsou většinou úplně nezávislí. Dětem velmi prospívá výchova a vzdělávání, které se zaměřuje na rozvoj dovedností a kompenzování nedostatků. Problémy se objevují spíše při teoretické školní výuce (problémy se čtením a psaním), ale jinak nemusí lehký stupeň mentální retardace (dále jen MR) působit žádné vážnější problémy. Jedince na horní hranici MR lze zaměstnat prací, která vyžaduje spíše praktické než teoretické schopnosti, manuální prací. Individuálně se u těchto osob mohou v různé míře projevit i přidružené poruchy jako je autismus,<sup>18</sup> vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování nebo tělesné postižení.<sup>19</sup>

U jedinců se **středně těžkou mentální retardací** je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči, je opožděna a omezena schopnost sebeobsluhy a zručnost. Většinou bývají plně mobilní (dokáží chodit bez pomoci) a jsou schopni navazovat kontakty s druhými lidmi a dokáží se podílet na jednoduchých sociálních aktivitách. Díky speciálním vzdělávacím programům si děti mohou osvojit základy čtení, psaní, počítání a mohou rozvíjet svůj potenciál k získání dalších základních vědomostí a dovedností. Dospělí jedinci jsou schopni vykonávat s dohledem jednoduchou manuální práci, která by měla být pečlivě strukturovaná. U tohoto stupně MR se často objevují přidružené vady jako je autismus či jiné vývojové poruchy, neurologická onemocnění, zejména epilepsie, psychiatrická onemocnění.<sup>20</sup>

**Těžká mentální retardace** je podobná středně těžké MR s rozdílem, že u těžké MR je více snižena úroveň schopností, většina jedinců má značný stupeň poruchy motoriky nebo mají jiné přidružené vady, které způsobují poškození či vadný vývoj nervového systému. Možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob jsou omezené, proto je důležitá včasná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče pro rozvoj motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, samostatnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života.<sup>21</sup>

---

<sup>18</sup> Autismus, epilepsie viz. Příloha č. 1.

<sup>19</sup> Srov.: ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*, s. 27-28.

<sup>20</sup> Srov.: tamtéž, s.28-29.

<sup>21</sup> Srov.: tamtéž, s. 29.

Jedinci s **hlubokou mentální retardací** jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům či instrukcím, většinou jsou výrazně omezeni v pohybu nebo imobilní (nepohybliví), inkontinentní a vyžadují stálou pomoc a stálý dohled. Jejich IQ nelze přesně změřit, je odhadováno, že je nižší než 20. Chápání a používání řeči je omezeno na reagování na zcela jednoduché požadavky. Možnosti jejich výchovy a vzdělávání jsou velmi omezené. Ve většině případů lze určit těžké neurologické nebo jiné tělesné nedostatky postihující hybnost, epilepsie, poškození zrakového a sluchového vnímání, autismus.<sup>22</sup>

Kategorie **jiná mentální retardace** se používá pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové (rozumové) retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorní (smyslové) nebo somatické (tělesné) poškození, např. u nevidomých, neslyšících, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob.<sup>23</sup>

**Nespecifikovaná mentální retardace** se užívá v případech, kdy je mentální retardace prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možné zařadit jedince do jedné ze shora uvedených kategorií.<sup>24</sup>

V posledních letech se tato skupina osob, která je cílovou skupinou sociálních služeb, označuje jako „lidé s postižením“, dle zákona o sociálních službách nazýváme tyto osoby „osoby se zdravotním postižením“. Zdravotním postižením se dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách rozumí postižení tělesné, **mentální**, duševní, smyslové nebo kombinované, jehož dopady činí nebo mohou činnit osobu závislou na pomoci jiné osoby. Tímto označením je zdůrazněno, že je pro nás důležitější člověk jako takový, jako lidská bytost. Až na druhém místě je zmíněno omezení, které přináší specifické způsoby prožívání a chování, které nemá charakterizovat člověka celkově.

V zahraničí se také často používá označení „lidé s problémy v učení“ (people with learning difficulties). Zde ale může dojít k záměně s výrazem „poruchy učení“,

---

<sup>22</sup> Srov.: ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*, s. 30.

<sup>23</sup> Srov.: tamtéž, s. 30.

<sup>24</sup> Srov.: tamtéž, s. 30.

který označuje specifické vývojové poruchy týkající se některých dovedností při zachovaných rozumových schopnostech v ostatních oblastech.<sup>25</sup>

## **1.2 Sociální služby pro osoby s mentálním postižením**

Pomoc osobám s mentálním postižením upravuje zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, který představuje normu, která (více než jiné normy) upravuje záležitosti a vztahy dotýkající se osudů několika stovek tisíc občanů České republiky. Zákon o sociálních službách přinesl nejen nové druhy služeb, ale nově definoval i jejich obsah, který je daný v obsahu tzv. základních činností uvedených pro jednotlivé služby přímo v textu zákona. Další podrobnosti stanoví prováděcí vyhláška MPSV č. 505/2006 Sb.. Přijetím zákona o sociálních službách bylo završeno více než desetileté úsilí tisíců občanů se zdravotním postižením i dalších o vytvoření nových pravidel ve významné oblasti společenského života těchto osob.<sup>26</sup>

*„Prostředí sociálních služeb je charakterizováno množstvím vztahů mezi lidmi a institucemi, které mají významný vliv na kvalitu života lidí. Jedná se o vztahy, jejichž význam vyžaduje zákonnou podporu z důvodu ochrany práv a oprávněných zájmů těch lidí, kteří jsou oslabeni ve schopnosti je prosazovat.“<sup>27</sup>*

Hlavním cílem zákona je vytvoření podmínek pro uspokojování přirozených potřeb lidí, a to formou podpory a pomoci při zvládnání péče o vlastní osobu, v soběstačnosti nezbytné pro plnohodnotný život a v životních situacích, které mohou člověka vyřazovat z běžného života společnosti.<sup>28</sup>

*„Hlavním posláním služby by tedy měla být snaha umožnit lidem, kteří jsou v nepříznivé sociální situaci, zůstat rovnocennými členy společnosti a využívat jejich přirozených zdrojů, žít nezávisle, v kontaktu s ostatními lidmi a přirozeném sociálním*

---

<sup>25</sup>MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. (eds.). *Sociální práce s lidmi s mentálním postižením in Sociální práce v praxi*, s. 112.

<sup>26</sup>MICHALÍK, J. *Metodika přípravy poradců uživatelů sociálních služeb*, s. 5-13.

<sup>27</sup> *Stručný průvodce zákonem o sociálních službách.*, s. 2, dostupné z: <http://www.mpsv.cz> [citováno dne 24.1.2009].

<sup>28</sup> Srov.: tamtéž, s. 2.

prostředí.“<sup>29</sup> Zákon se tedy snaží udržet tyto osoby v domácím prostředí, kde se díky sociálním službám o sebe postarají samy nebo využijí pomoc rodinných příslušníků.

*„Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem 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.“<sup>30</sup>*

### **1.2.1 Způsoby pomoci**

Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho- a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů.

#### **Cílem služeb bývá mimo jiné**

- a) podporovat rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu,
- b) rozvíjet schopnosti uživatelů služeb a umožnit jim vést samostatný život,
- c) snížit sociální a zdravotní rizika související se způsobem života uživatelů.

Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Obsah základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb stanoví prováděcí předpis.

---

<sup>29</sup> ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K., a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*, 1. vydání, Praha, Portál 2007, s. 157.

<sup>30</sup> Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, § 38.



## 1.2.2 Druhy pomoci dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách

**Sociální poradenství** („sociálně právní poradenství pro osoby se zdravotním postižením“) je součástí všech druhů sociálních služeb a poskytuje osobám v nepříznivé životní situaci potřebné informace přispívající k řešení jejich situace. Služba obsahuje poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů a poskytuje se bezúplatně.<sup>31</sup> Zákon definuje sociální poradenství jako činnost, která je nedílnou a základní součástí systému sociálních služeb. Zákon rozlišuje sociální poradenství **základní**, které je základní činností při poskytování všech druhů služeb a poradenství **odborné**, které je poskytováno se zaměřením na potřeby osob z jednotlivých sociálních skupin (poradny pro zdravotně postižené, půjčování kompenzačních pomůcek a jiné).

*„Služby sociálního poradenství se zaměřují na zjišťování rozsahu a charakteru nepříznivé sociální situace a sledují i příčiny jejího vzniku. Na základě tohoto zjištění pak poskytnutím potřebných informací napomáhají k řešení nepříznivé sociální situace.“<sup>32</sup>*

**Sociálně zdravotní služby** napomáhají k zajištění fyzické a psychické soběstačnosti osob, kterým jsou poskytovány; jsou určeny osobám, které již nepotřebují akutní zdravotní lůžkovou péči (dostatečná je zdravotní péče ambulantního rozsahu), ale současně jsou natolik nesoběstační, že potřebují pomoc druhé osoby při každodenních úkonech a tato pomoc jim z objektivních důvodů nemůže být zajištěna v domácím prostředí. Sociálně zdravotní služby jsou poskytovány v pobytových zařízeních sociálních služeb nebo v pobytových zdravotnických zařízeních. Služby sociální péče poskytované v rámci sociálně zdravotních služeb (včetně základních služeb) podléhají úhradě. Zdravotnické úkony jsou hrazeny z fondů veřejného zdravotního pojištění.<sup>33</sup>

---

<sup>31</sup> Srov.: Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

<sup>32</sup> MICHALÍK, J. *Metodika přípravy poradců uživatelů sociálních služeb*, s. 20.

<sup>33</sup> Srov.: Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

**Sociální rehabilitaci** rozumíme soubor specifických činností zaměřených na nácvik potřebných dovedností osoby se zdravotním postižením směřujících k dosažení samostatnosti a soběstačnosti v nejvyšší možné míře s ohledem na její dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav. Cílem je dosažení nalezení vhodného pracovního uplatnění. Proces sociální rehabilitace je integrální součástí poskytování sociálních služeb.<sup>34</sup> Do sociální rehabilitace můžeme zahrnout např. podporované zaměstnávání, individuální nácviky sociálních dovedností, skupinové nácviky sociálních dovedností, skupinové nácviky praktických dovedností, počítačové kurzy, nácvik prostorové orientace, doprovázení, atd.

**Osobní asistence** se poskytuje v přirozeném sociálním prostředí osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, a to v předem dohodnutém rozsahu a čase. Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.<sup>35</sup> „*Osobní asistence je sociální služba, která dopomáhá člověku dělat ty věci, které potřebuje ke svému životu a dělal by je sám, kdyby mohl. Poskytuje se bez omezení místa a času.*“<sup>36</sup>

**Pečovatelská služba** se poskytuje osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, a to v přirozeném prostředí i ve specializovaných zařízeních. Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.<sup>37</sup>

**Průvodcovská, předčitatelská a tlumočnická služba** se poskytuje osobám se zdravotním postižením, jejichž schopnosti jsou sníženy v oblasti orientace nebo komunikace, a napomáhá jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti. Služba obsahuje

---

<sup>34</sup> Srov.: Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

<sup>35</sup> Srov.: tamtéž.

<sup>36</sup> Co je osobní asistence, dostupné na <http://www.apoa.cz/> [citováno 6.4.2009].

<sup>37</sup> Srov.: tamtéž.

zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.<sup>38</sup>

**Služby rané péče** se poskytují rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je osobou se zdravotním postižením. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby. Služba je poskytována především v domácnosti a obsahuje výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje bezúplatně.<sup>39</sup>

**Podporované bydlení** je sociální služba poskytovaná osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby; služba se poskytuje za úplatu v domácnosti osob a obsahuje pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů.<sup>40</sup>

**Odlehčovací (respitní) služby** jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, o které jinak pečuje osoba blízká v domácnosti; cílem služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek a obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.<sup>41</sup>

**Centra denních služeb** poskytují ambulantní služby ve specializovaném zařízení s cílem posílit samostatnost a soběstačnost osob se zdravotním postižením v nepříznivé sociální situaci, která může vést k sociálnímu vyloučení. Služba obsahuje pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,

---

<sup>38</sup> Srov.: Co je osobní asistence, dostupné na <http://www.apoa.cz/> [citováno 6.4.2009].

<sup>39</sup> Srov.: Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

<sup>40</sup> Srov.: tamtéž.

<sup>41</sup> Srov.: tamtéž.

zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.<sup>42</sup>

**Denní a týdenní stacionáře** poskytují osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby, ambulantní služby ve specializovaném zařízení. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení a výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů a poskytuje se za úplatu.<sup>43</sup>

**Domovy pro osoby se zdravotním postižením** poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.<sup>44</sup>

**Chráněné bydlení** je dlouhodobá pobytová služba poskytovaná osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Chráněné bydlení má formu individuálního nebo skupinového bydlení; osobě se poskytuje podle potřeby podpora osobního asistenta. Služba obsahuje poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů; poskytuje se za úplatu.<sup>45</sup>

---

<sup>42</sup> Srov.: Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

<sup>43</sup> Srov.: tamtéž.

<sup>44</sup> Srov.: tamtéž.

<sup>45</sup> Srov.: tamtéž.

V mé práci se budu věnovat osobám s mentálním postižením, které využívají sociální služby v těchto zařízeních sociální péče: denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, centra denních služeb pro osoby se zdravotním postižením. V praktické části mé práce vyhodnotím průzkum právě v těchto zařízeních.

## 2 Problémové chování a agrese<sup>46</sup>

Termín „problémové chování“ byl definován jako kulturně abnormální chování takového stupně, frekvence a trvání, že bude pravděpodobně fyzická bezpečnost daného člověka nebo jiných lidí, nebo chování, v jehož důsledku pravděpodobně dojde k výraznému omezení nebo zakázání přístupu k běžnému společenskému vybavení.<sup>47</sup> Mezi problémové chování řadíme agresi, násilí, ničení majetku, pokřikování, výhrůžky, chování bez sexuálních zábran, krádeže, žalování na druhé, plivání, časté vyžadování pozornosti, zneužívání návykových látek, vykonávání tělesných potřeb na veřejnosti, pokusy o sebepoškozování nebo sebevraždu, obtěžování, dotírání, rozmazávání exkrementů nebo jejich strkání do kapes a tak dále (dále jen atd.).<sup>48</sup>

Agresi nejčastěji definujeme jako nepřátelství, útočnost či výbojnost.<sup>49</sup> Nejčastějšími projevy agrese jsou: sebezraňování (tlučení hlavou, mačkání očí, kousání rukou, trhání vlasů, mačkání kloubů, škrábání kůže na nose), agrese vůči druhým (bití, kopání, kousání, štípání, plivání), ničení majetku.<sup>50</sup>

*„Závažné problémové chování může významně poškodit zdraví nebo kvalitu života člověka samotného, těch, kteří se o něj starají, i těch, kdo žijí nebo pracují v těsné blízkosti.“*<sup>51</sup> Důsledky takového chování se tedy promítají do prostředí, ve kterém uživatel žije – na toto chování reagují pečovatelé, ošetřující personál, ale i ostatní uživatelé.

Dle epidemiologických výzkumů<sup>52</sup> lze popsat několik okolností, které mají vliv na vznik problémového chování. Z hlediska pohlaví je obecně u mužů a chlapců větší pravděpodobnost, že se začnou chovat problémově, než u dívek a žen (tento vztah je výraznější u agrese a ničení majetku než u sebezraňování, v ústavním prostředí a u závažnějšího problémového chování). V souvislosti s věkem, dosahuje problémové

---

<sup>46</sup> Více informací z této problematiky uvádím ve své absolventské práci „Odstranění klecových lůžek – a co dál?“

<sup>47</sup> Srov.: *Práce s klientem s rizikem v chování (manuál průvodce dobrou praxí)*, kapitola *Problémové chování*, dostupné z <http://www.mpsv.cz/files/clanky/4035/manual.pdf>, [citováno 18.5.2007].

<sup>48</sup> Srov.: *tamtéž*.

<sup>49</sup> Srov.: VOCILKA, M., *Výchova a vzdělávání autistických dětí*, 1. vydání, Praha, Septima 1994, s. 15.

<sup>50</sup> Srov.: SCHOPLER, E. *Příběhy dětí s autismem a příbuznými poruchami vývoje*, s. 96.

<sup>51</sup> EMERSON, E. *Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem*, s. 20.

<sup>52</sup> Srov.: EMERSON, E. *Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem*, V sériích výzkumů Keirmana, Qureshiho, Alborze, Emersona a Bromleyho, dále Murphy a kolektiv (1993), Oliver a kolektiv (1987), s. 27-39.

chování vrcholu ve věkové skupině 15 – 34 let a potom slábne. V souvislosti se specifickými syndromy spojenými s mentálním postižením byl zaznamenán zvýšený výskyt některých konkrétních forem problémového chování na příklad (dále jen např.) výskyt kousání do ruky a rtů byl pozorován u všech lidí, kteří mají Lesch-Nyhanův syndrom<sup>53</sup>, sebezraňující psaní po rukou u Rettova syndromu, větší než očekávaný výskyt sebezraňování mezi lidmi se spektrem autistických poruch, značný výskyt problémového chování u Prader-Williho syndromu. Kromě toho byl zaznamenán výskyt problémového chování u lidí s epilepsií. Je pravděpodobné, že u lidí se závažnějším poškozením intelektu budeme pozorovat mnohočetné formy problémového chování. Stejně tak u přidružených postižení (zraku, sluchu, řeči, spánku) a u problémů v oblasti duševního zdraví, např. sebezraňování je podstatně rozšířenější mezi lidmi s těžkým postižením intelektu, kteří mají významné poškození mobility.

*Problémové chování může přetrvávat po dlouhou dobu, protože „dospělí, kteří přicházejí do péče specializovaných služeb, se běžně chovají problémovým způsobem deset let i déle; naprostá většina lidí, kteří se v určité době sebezraňují, se tak pravděpodobně budou chovat i o mnoho let později; dlouhodobější výzkumy sledování úspěšných intervenčních programů často upozorňují na vysoké procento recidivy, nebo v jiných případech ukazují, že problémové chování má tendenci přetrvávat, ale s mnohem nižší intenzitou nebo frekvencí.“<sup>54</sup>*

V prostředích výchovných ústavů či psychiatrických léčeben je riziko agresivních projevů zvýšené také proto, že toto prostředí přináší různé zatěžující podněty: omezení soukromí, rušivé působení většího množství lidí na malém prostoru v dlouhotrvajícím časovém úseku, bez možnosti toto prostředí opustit, omezení pohybu, nuda, nečinnost, hluk apod. Pokud by míra rušivých podnětů byla minimalizována např. snížením počtu lidí v jedné místnosti nebo nabídkou přiměřené aktivity, pravděpodobně by se snížila i četnost agresivních reakcí. Dalším spouštěčem problémového chování jsou přísná pravidla daná velikostí zařízení a jejich nastavením, většinou se pravidla odvíjejí od chování uživatele s nejtěžším mentálním postižením.<sup>55</sup>

---

<sup>53</sup> Lesch-Nyhanův syndrom, Rettův syndrom, Prader-Williho syndrom viz. Příloha č.1.

<sup>54</sup> EMERSON, E. *Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem*, s. 126.

<sup>55</sup> Srov.: ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K, a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*, s. 107.

Do 31. ledna 2006, před vznikem zákona o sociálních službách, byly ke zvládnutí problémového chování v zařízeních sociální péče používány **restriktivní (omezující) opatření**.<sup>56</sup> Dnes je používání restriktivních opatření vymezeno zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. „*Opatření omezující pohyb osob jsou všechny opatření, která zamezují člověku svobodně a bez omezení se pohybovat v rámci zařízení. Zamezí mu svobodně opustit lůžko, místnost a omezí tak svobodný projev vůle.*“<sup>57</sup> Omezující prostředky můžeme rozdělit na mechanické, fyzické a chemické. Mezi mechanické opatření omezující pohyb osob řadíme na příklad postranní zábrany (postranice), omezení v lůžku pomocí popruhů, terapeutické izolace, síťové lůžko, klecové lůžko, kazajky. K fyzickým prostředkům patří různé druhy úchopů. Mezi chemické prostředky patří například neuroleptika (ovlivňují myšlení), antidepresiva, anxiolytika, thymostabilizátory (ovlivňují efektivitu) a psychostimulancia, hypnotika, nootropika (ovlivňují pozornost). Tyto omezující prostředky byly používány bez zjevné kontroly, a to i v situacích, kdy přímo nedocházelo k ohrožení života či zdraví.

Od 1. ledna 2007 se používání restriktivních opatření řídí zákonem o sociálních službách, § 89, který definuje, v jakém případě lze přistoupit k opatřením omezujícím pohyb osob, stanovuje pořadí, ve kterém mají být opatření používána, povinnost souhlasu lékaře, povinnost informovat zákonného zástupce uživatele a evidování celé události. Zákon dále uvádí sankce pro poskytovatele sociálních služeb, kteří použijí restriktivní opatření v rozporu s § 89, pokud nepodá informaci o jejich užití nebo pokud nevede evidenci či neumožní nahlížení do evidence.<sup>58</sup>

Velice důležitá je prevence problémového chování, při které můžeme využít konkrétní terapie či výchovné přístupy. Při zvládnutí agresivního či problémového chování bychom měli zejména dávat pozor na prostředí, ve kterém klient žije a poté zvážit, která z terapií by pro klienta byla vhodná. Agresivní chování se dá zvládat medikamentózní terapií, psychoterapií, behaviorální terapií, kognitivní terapií či kognitivně-behaviorální terapií. Nenásilným přístupem ve zvládnutí problémového chování je metoda Gentle Teaching (jemné učení). Lze také využít relaxační metody,

---

<sup>56</sup> Více informací o této problematice uvádím ve své absolventské práci „Odstranění klecových lůžek – a co dál?“, s. 11 – 21.

<sup>57</sup> Komentář k zákonu č. 218/2005 Sb., dostupné z <http://www.mpsv.cz> [citováno 15.5.2007].

<sup>58</sup> Srov.: Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.



alternativní terapie (arteterapie – terapie uměním, hippoterapie – léčba koněm, ergoterapie – léčba činností...) či ostatní přístupy jako jsou např. výuka s malou intervencí, terapie denního života, pohybová terapie či další interakční nebo stimulační terapie. Více se budu těmto přístupům věnovat v dalších částech mé práce.

## 3 Zvládání problémového chování

Při zvládání problémového chování bychom měli zejména dávat pozor na prostředí, ve kterém uživatel žije a poté zvážit, která z terapií by pro uživatele byla vhodná. Agresivní chování lze zvládat medikamentozní terapií, psychoterapií, behaviorální terapií, kognitivní terapií, kognitivně-behaviorální terapií či metodou Gentle Teaching. V následující kapitole bych se chtěla věnovat některým druhům terapií, které můžeme použít při práci s mentálně postiženými uživateli.

### 3.1 Behaviorální terapie

Behaviorální terapie je zaměřena na změnu vnějšího chování uživatele.<sup>59</sup> „Terapie vychází z předpokladu, že určité chování je spouštěno faktory, které mu předcházejí, a udržováno faktory, které po něm následují.“<sup>60</sup> Klasická behaviorální teorie se zaměřuje na konkrétní chování jednotlivce v kontextu jeho prostředí. Nezabývá se vnitřními motivy či příčinami chování. Chováním se ale rozumí všechny aktivity organismu, kterými jsou: fyziologické projevy (bušení srdce, změna kožního zabarvení, pocení); emocionální reakce (strach, hněv, zlost); kognitivní (poznávací) procesy (vnímání, očekávání); motorické projevy (běh, chůze, gestikulace). Základní teze behaviorálního myšlení spočívá v přesvědčení, že chování je naučeno v interakci s prostředím.<sup>61</sup>

**Charakteristiky behaviorální terapie dle O'Leary a Wilson (1987):**

1. Abnormální chování většinou vzniká a udržuje se na základě stejných principů, které platí pro normální chování.
2. Abnormální chování je většinou možné změnit uplatněním principů sociálního učení.

<sup>59</sup> Srov.: ČADILOVÁ, V. a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*, s. 108.

<sup>60</sup> MOŽNÝ, P. a PRAŠKO, J. *Kognitivně-behaviorální terapie, Úvod do teorie a praxe*, s. 25.

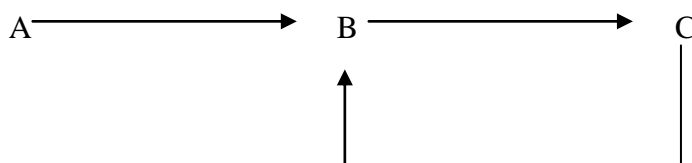
<sup>61</sup> Srov.: NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*, s. 99-100.

3. Behaviorální hodnocení je souvislým procesem a zaměřuje se na současné determinanty chování.
4. Lidi lze nejlépe popsat tím, na co myslí, co cítí a dělají ve specifických životních situacích.
5. Léčba vychází z teorie a výsledků výzkumů vědecké psychologie.
6. Léčebné metody lze přesně specifikovat a opakovat.
7. Léčbu lze přizpůsobit individuální povaze problémů a lidí.
8. Léčebné cíle a metody se uplatňují po vzájemné dohodě s klientem.
9. Výzkum hodnotí vliv určitých terapeutických technik na specifické obtíže.
10. Výsledek je hodnocen vzhledem k navozené změně chování, její generalizaci v reálných životních podmínkách a k jejímu setrvání v čase.<sup>62</sup>

**Cílem** behaviorální terapie je změna takového chování, které brání klientovi v úspěšném a samostatném fungování. Může jít o: snížení intenzity, frekvence nebo trvání takového chování, které působí klientovi či jiným lidem potíže; vytvoření nových dovedností; zvýšení intenzity, frekvence nebo trvání takového chování klienta, jehož malá přítomnost působí klientovi či jiným lidem potíže.<sup>63</sup>

Behaviorální terapie vychází z **ABC modelu lidského chování**. „*Lidské chování není náhodným řetězcem událostí, které by na sebe ničím nenavazovaly. Problémová i neproblémová chování se nevyskytují náhodně. Behaviorální terapie vychází z teorie učení a předpokládá, že určité chování je spouštěno faktory, které mu přecházejí, a udržováno faktory, které po něm následují.*“<sup>64</sup> Tento předpoklad se dá vyjádřit následujícím schématickým vztahem:

**Obrázek č. 1:** ABC model lidského chování v behaviorální terapii



<sup>62</sup> Srov.: PROCHASKA, J., O. a NORCROSS, J., C. *Psychoterapeutické systémy, průřez teoriemi*, s. 220.

<sup>63</sup> Srov.: NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*, s. 101.

<sup>64</sup> ČADILOVÁ, V. a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*, s. 109.

A (antecedent) – spouštěč

B (behaviour) – vlastní chování

C (consequence) – následek, zpevňovač

Spouštěče máme vnitřní, které představují to, co se odehrává v člověku těsně před začátkem problémového chování (např. citový stav, motivace, vlastní myšlenky) a vnější, což je cokoli, co člověka před výskytem problémového chování obklopuje (např. přítomnost nějakého předmětu, lidí či chování lidí v okolí). Aby se jakékoli konkrétní chování (B) vyskytlo, musí mu přecházet určité spouštěče (A). Aby se stejné konkrétní chování (B) v budoucnosti opakovalo, musí se po něm vyskytnout takové následky (C), které člověku přinášejí dostatečné zisky a motivují ho při stejných spouštěčích (A) znovu používat stejné konkrétní chování (B). Terapie problémového chování spočívá ve změně patřičných spouštěčů tak, aby problémové chování přestalo být funkční.<sup>65</sup> Pro rozpoznání problémového chování můžeme použít **ABC diagram** (viz. Příloha č. 2), kterým identifikujeme korelace mezi prostředím a sledovaným chováním.<sup>66</sup>

### **Funkční (experimentální) analýza**

*„K tomu, aby se potvrdil předpokládaný vliv určitých proměnných nebo aby mohla být blíže objasněna popisná data, musí být podmínky hodnocení vytvořeny tak, aby bylo možno do systému během pozorování zavádět a zase odstraňovat proměnné, která mají na chování rozhodující vliv. U poruch chování byly vytvořeny dva hlavní modely funkčních analýz.“<sup>67</sup>*

První model zkoumá vliv jedné proměnné, o které předpokládáme, že chování podstatným způsobem ovlivňuje. Tento předpoklad vychází z předběžných informací (z informačních dotazníků, z běžného pozorování). Druhý model používá ve výzkumu více než jednu určující proměnnou, a to buď v reverzním nebo vícesložkém uspořádání. V obou situacích je uživatel podroben nejméně jedné testovací situaci, kdy proměnná, kterou sledujeme, je přítomna (např. podmíněná pozornost věnovaná sebezraňování),

---

<sup>65</sup> Srov.: ČADILOVÁ, V. a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*, s. 109-111.

<sup>66</sup> Srov.: SCHOPLER, E., MESIBOV, G., B. *Autistické chování*, s. 161.

<sup>67</sup> SCHOPLER, E., MESIBOV, G., B. *Autistické chování*, s. 160.

a jedné kontrolní situaci, kdy tato proměnná chybí (např. nulová pozornost, nepodmíněná pozornost).<sup>68</sup>

Mezi tři hlavní metody v behaviorální terapii patří: protipodmiňování, manipulace s následky a kognitivně-behaviorální modifikace. První směr nejlépe prezentuje Joseph Wolpe a jeho teorie recipročního útlumu či protipodmiňování. Jeho přístup je založen především na vysvětlení procesu podmiňování u problémů, které se vztahují k úzkosti. Druhý směr se tradičně označoval jako modifikace chování, vychází z operantního podmiňování. Při léčbě poruch chování se tento přístup soustředí hlavně na změnu následků, které chování ovládají. Tento přístup je dnes nazýván analýzou chování a mezi hlavní představitelé patří Burrhus Frederic Skinner. Třetí směr využívá především kognitivní a racionálně-emoční techniky.<sup>69</sup>

### 3.1.1 Protipodmiňování

Úzkost je základem většiny poruch chování a je způsobem reagování nervového systému v okamžiku, kdy je jedinec vystaven ohrožujícímu podnětu. Tím dochází k fyziologickým, tělesným změnám (zvýšený krevní tlak, zrychlený tep, zvýšené svalové napětí), které jsou základem úzkosti.<sup>70</sup>

Úzkosti se jedinec naučí procem podmiňování, odnaučit ji tedy lze pomocí protipodmiňování. Pro úspěšné protipodmiňování je důležité dělat opak toho, co nás tíží a problém zmizí, nejčastěji se užívá relaxace, prosazování se a nácvik.<sup>71</sup> Jednou z technik založených na protipodmiňování je **systematická desenzibilizace**, která spočívá ve spojení relaxace s navozováním představ situací vyvolávajících strach.<sup>72</sup> Desenzibilizace je doporučovanou léčbou fobií vázaných na předměty a situace a úzkostí vyvolávaných pouhou přítomností lidí.<sup>73</sup>

Další technikou protipodmiňování je **nácvik asertivity**, který je „*nácvikem dovedností, které jsou zapotřebí, aby byl člověk schopen vyjadřovat přímo, poctivě*

---

<sup>68</sup> Viz. Příloha č. 6.

<sup>69</sup> Srov.: PROCHASKA, J., O. a NORCROSS, J., C. *Psychoterapeutické systémy, průřez teoriemi*, s. 220-221.

<sup>70</sup> Srov.: tamtéž, s. 222-223.

<sup>71</sup> Srov.: tamtéž, s. 224.

<sup>72</sup> Srov.: NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*, s. 102.

<sup>73</sup> Srov.: PROCHASKA, J., O. a NORCROSS, J., C. *Psychoterapeutické systémy, průřez teoriemi*, s. 226.

*a přiměřeně své vlastní názory, potřeby a pocity, aniž by při tom porušoval práva druhých lidí.*“<sup>74</sup> Návčik asertivity je doporučovaný pro léčbu většiny úzkostných poruch spojených s interpersonálními interakcemi.

Tyto techniky můžeme využít u uživatelů, kteří mají lehkou mentální retardaci a jsou schopni slovně reagovat na specifické sociální situace, např. jedinci, kteří se rozzlobí, ale přesto nevytknou nic člověku, který je rozzlobil.

### **3.1.2 Analýza chování, operantní podmiňování, averzivní terapie**

Pevná a přesná analýza je základem behaviorální terapie. „*Abychom mohli v behaviorálních přístupech určit důležité funkční vztahy mezi chováním a prostředím, musíme přesně a spolehlivě hodnotit jak chování, tak prostředí. Chování musí být definováno objektivně takovým způsobem, aby nebylo o jeho výskytu a intenzitě nejmenších pochyb.*“<sup>75</sup> Musí se specificky (přesně) definovat druh agresivity. Dále musíme znát frekvenci, s jakou se toto agresivní chování vyskytuje a musíme vyhodnotit délku chování (délku záchvatu) nebo dobu mezi podnětem a vlastním chováním. Podobně objektivně je třeba provést hodnocení okolností, které vedly k poruše chování. Na vyhodnocení analýzy chování můžeme definovat chování či okolností, ale také stanovit účinnost následné intervence.<sup>76</sup>

Využívání **aplikované behaviorální analýzy** v péči o jedince s těžkým mentálním postižením se primárně zaměřilo na dvě příbuzné oblasti: zvýšení schopností jedince a redukce problémového chování. Převažuje zde pohled, který problémové chování vnímá jako operantní chování (chování, které je vytvářeno a udržováno důsledky prostředí). Je to chování, které si jedinec zvolil a vyvinul interakcí se svým prostředím. Důsledky, které z toho vyplynou a které toto chování formují nebo udržují, označujeme jako posilovače. Existují dva typy vzájemných souvislostí mezi chováním a posilovači:

---

<sup>74</sup> NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*, s. 102

<sup>75</sup> SCHOPLER, E., MESIBOV, G., B. *Autistické chování*, s. 27.

<sup>76</sup> Srov.: SCHOPLER, E., MESIBOV, G., B. *Autistické chování*, s. 27.

- a) pozitivní posilování – dochází ke zvýšení frekvence chování poté, co se jedinec setká s posilujícím podnětem (pozitivním posilovačem – vypínač, úsměv, pozdravení, žádost o nápoj);
- b) negativní posilování – dochází ke zvýšení frekvence chování poté, co je jedinci odňat posilující stimul (negativní posilovač – dokončení práce).<sup>77</sup>

Aplikovaná behaviorální analýza je proces, kterým se formuje chování jedince. Nelze předem předpokládat, že určité podněty a jejich typy dané chování posilují. Místo toho musíme prokázat, že určitý podnět nebo událost může za určitých okolností působit jako posilovač. Posilovače jsou ty události, které přinášejí změnu, jsou-li překládány nebo odmínány podle chování.<sup>78</sup>

Lidské chování je z velké části kontrolováno svými důsledky.<sup>79</sup> Proto behaviorální terapie pracuje s odměnami a tresty. **Odměňování** (diferenční zpevňování) může být pozitivní a negativní a utužuje určitý vzorec chování. Abychom byli v terapii s MR úspěšní, můžeme k odměňování používat např. jídlo, sladkosti. Při odměňování musí být zpevňující podnět pro uživatele stále motivující. Odměňovat můžeme jiné chování (uživatel je odměňován za to, že se u něj nevyskytne po určitou dobu problémové chování), alternativní chování (jiné chování, které nahradí problémové původní problémové chování), neslučitelné chování (odměny za projev chování neslučitelného s chováním problémovým např. jiná činnost v té stejné situaci).<sup>80</sup>

**Trestání** může být pozitivní (reakce na přítomnost určitého chování) i negativní (reakce na nepřítomnost určitého chování) a oslabuje určitý vzorec chování.<sup>81</sup> Fyzické tresty jsou u lidí s MR často neúčinné, protože nesplňují základní požadavky funkčního trestu.

Aby byl trest funkční, musí:

- a) přijít od osoby, ke které má uživatel kladný citový vztah;
- b) přijít okamžitě po nevhodném chování;
- c) dotyčný vědět, za co je trestán;

---

<sup>77</sup> Srov.: EMERSON, E. *Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem*, s. 42-43.

<sup>78</sup> Srov.: tamtéž, s. 43.

<sup>79</sup> Srov.: PROCHASKA, J., O. a NORCROSS, J., C. *Psychoterapeutické systémy, průřez teoriemi*, s. 229.

<sup>80</sup> Srov.: ČADILOVÁ, V. a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*, s. 123-127.

<sup>81</sup> Srov.: NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*, s. 102

- d) se použít za jasně stanovených pravidel, nesmí se jím pouze planě vyhrožovat;
- e) být používán po každém překročení domluvených hranic.<sup>82</sup>

„Velmi častou formou trestu je averzivní zážitek, který následuje po nevhodném chování. Někdy se tato forma nazývá trest šokem.“<sup>83</sup> Potlačení sebezraňování osvobodí dítě od použití mechanických zábran (svěrací kazajka) a umožní mu naučit se vhodnějšímu chování, se kterým bude pro okolí přijatelné.<sup>84</sup>

**Time-out** neboli „čas bez pozitivního zpevnování“ je způsob trestání, který má redukovat nevhodné chování. Jakmile se objeví nevhodné chování, následuje určitý časový úsek, kdy je uživateli odepírán nějaký pro něj pozitivní stimul.<sup>85</sup> Řadíme zde vyhasínání, odsazení s možností pozorování, odebrání určité věci, vyloučení a odloučení. **Vyhasínání** je nejčastějším postupem při snaze zmírnit nežádoucí projevy chování. „Terapie vyhasínáním je velmi často vybírána jako vhodný postup pro redukování nevhodného chování.“<sup>86</sup> Je to technika mírná, proto by neměl vzniknout konflikt mezi uživatelem a personálem. „Pokud není určité chování odměňováno, vymizí. Jestliže jedinec jedná nežádoucím způsobem, nesmí mu okolí poskytnout očekávanou metodu.“<sup>87</sup> Odsazení s možností pozorování je výchovnou intervencí, kdy je uživatele bezprostředně po nevhodném chování izolujeme na místo, odkud může slyšet či pozorovat, co se právě děje v prostředí, ze kterého jsme ho izolovali. Tato technika lze použít u uživatelů, kteří jsou schopni učit se sociálnímu chování nápodobou.<sup>88</sup> Při **odebrání předmětu**, se kterým nebo ke kterému se uživatel choval nevhodně, odebíráme věc na určitý čas či natrvalo. Při **vyloučení** je uživatel po nevhodném chování převeden z podnětného prostředí do předpokládaného nepodnětného prostředí např. do rohu místnosti. **Odloučení** je podobný způsob jako vyloučení, ale s tím rozdílem, že místo pro odloučení se nachází ve speciální místnosti.<sup>89</sup>

---

<sup>82</sup> Srov.: ČADILOVÁ, V. a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*, s. 129.

<sup>83</sup> SCHOPLER, E., MESIBOV, G., B. *Autistické chování*, s. 31.

<sup>84</sup> Srov.: ČADILOVÁ, V. a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*, s. 31-32.

<sup>85</sup> Srov.: tamtéž, s. 129.

<sup>86</sup> SCHOPLER, E., MESIBOV, G., B. *Autistické chování*, s. 31.

<sup>87</sup> Srov.: NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*, s. 102.

<sup>88</sup> Srov.: ČADILOVÁ, V. a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*, s. 130.

<sup>89</sup> Srov.: tamtéž, s. 130-131.



Součástí behaviorální terapie je „**behaviorální diagnostika**“. Soustředuje se na přesný popis chování, které má být měněno, na volbu adekvátní metody. Nezabývá se klientovými rysy, ale klientovým chováním. Diagnostiku provádíme pozorováním klienta v přirozeném prostředí či prostřednictvím strukturovaných dotazníků.<sup>90</sup> Můžeme použít dotazník MAS (Motivation assessment scale), ve kterém zjistíme motivaci klientova chování (viz Příloha č. 3). Tento dotazník mohou vyplňovat rodiče, personál nebo kdokoli, kdo uživatele dobře zná.

### **3.2 Kognitivní terapie**

Zakladatem názvu „kognitivní terapie“ je Aaron T. Beck, který zformuloval základní principy této terapie.<sup>91</sup> Beck při své práci došel k závěru, že podnět je člověkem kognitivně (myšlenkově) vyhodnocován a na základě tohoto hodnocení se vyskytne i odpovídající emoční (citová) reakce.<sup>92</sup>

Terapie je krátká, časově limitovaná, podmínkou účinnosti je vytvoření pevného terapeutického vztahu, probíhá formou spolupráce mezi terapeutem a klientem, je strukturovaná, direktivní, orientovaná na problém, teorie i techniky vycházejí z individuálních postupů, klíčovou součástí terapie je zadávání domácích úkolů. Beck ve své práci došel k závěru, že podnět je člověkem kognitivně vyhodnocován a na základě tohoto hodnocení se vyskytne odpovídající emoční (citová) reakce – tím v lidském chování vznikají tři základní negativní emoce, a to hněv, smutek a úzkost.<sup>93</sup>

Kognitivní terapie vychází (stejně jako behaviorální terapie) z **ABC modelu lidského chování**. „Z pohledu kognitivní terapie lidské chování představuje řetězec událostí, které na sebe navazují.“<sup>94</sup> Schématicky:

---

<sup>90</sup> Srov.: NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*, s. 103.

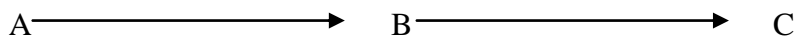
<sup>91</sup> Srov.: MOŽNÝ, P. a PRAŠKO, J. *Kognitivně-behaviorální terapie, Úvod do teorie a praxe*, s. 29.

<sup>92</sup> Srov.: ČADILOVÁ, V. a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*, s. 112.

<sup>93</sup> Srov.: tamtéž, s.134.

<sup>94</sup> ČADILOVÁ, V. a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*, s. 111.

**Obrázek č. 2:** ABC model lidského chování v kognitivní terapii



A (activating stimulus) – aktivující podnět

B (blank) – prázdno v mysli uživatele

C (conditioned response) – emočně nepřiměřená napodmiňovaná reakce

Model ABC zachycuje posloupnost a návaznost jednotlivých událostí v čase. Na počátku stojí podnět (A), na konci emočně nepřiměřená reakce (C). Pokud spojíme A a C, vyplníme tím prázdno v mysli uživatele (B). Úkolem terapie je vyplněním tohoto prázdného místa (nalezení myšlenky, kterou si uživatel neuvědomuje a která vyplývá z jeho přesvědčení a názorů).

### **Kognitivní terapie hněvu**

Podle kognitivní terapie emoci nespouští přímo situace, v níž se uživatel ocitl, ale jeho mínění o této situaci. Lidé s mentální retardací se často chovají nevhodně z důvodů špatného rozpoznání informací, které nám sociální situace, v níž se právě nacházíme, poskytuje. Tyto situace označujeme jako „sociální klíče“. Je to interpretace a hodnocení sociální situace, kterým přiřazujeme kladné, neutrální nebo záporné hodnocení a podle toho si zvolíme odpovídající chování. Lidé s MR nemají problém při vyhodnocování kladných a záporných sociálních klíčů. Problém v hodnocení nastává u neutrálních sociálních klíčů; těchto situací je ale v životě většina. U těchto uživatelů tedy dochází k chybnému vyhodnocení a tím i k chybnému chování (nejčastěji tyto situace vyhodnocují negativně a sebestředně). V terapii je důležité

uživateli ukázat, kde dochází k chybnému vyhodnocení situace, aby si uživatel uvědomil, že změna záleží na něm.<sup>95</sup>

Druhou částí kognitivní terapie je edukace (výchova, vzdělání) o roli emocí (city) a kognicí (souhr operací a pochodů, prostřednictvím kterých si člověk uvědomuje a poznává svět i sebe samého) při rozhodovacím procesu. Je důležité měnit již prvotní interpretace situací, protože jakmile se člověk hněvá, špatně na následující sociální situace reaguje. Po této počáteční edukaci terapeut s klientem probere rozdíl mezi emocemi a kognicemi a na příkladech se je učí rozeznávat. Jednoduchým způsobem je zapisování všeho, co uživatel cítil, na co myslel a co dělal při nějaké emočně nabitě situaci. Poté, co si vše společně napíší (na tabuli, na papír), vyškrtnou to, co uživatel v situaci udělal. Zbudou tedy popisy emocí a kognicí. Poté, co uživatel umí sám rozeznat emoce a kognice a zároveň chápe, jak emoce mohou měnit jeho chování a jak kognice umí měnit emoce, uživatelem uvedený incident zapíšeme do tabulky (viz. Příloha č. 4).<sup>96</sup>

### **3.3 Kognitivně-behaviorální terapie**

Kognitivně-behaviorální terapie (dále jen KBT) je plánovaný proces, velká pozornost se věnuje její přípravě.<sup>97</sup> KBT je kombinací terapie kognitivní a behaviorální. Je to terapie krátká a časově omezená, strukturovaná; terapeut je aktivní a direktivní (řídí celou terapii). Základem je otevřený vztah mezi terapeutem a uživatelem a jejich vzájemná aktivní spolupráce. Zaměřuje se na přítomnost a na konkrétní a jasně definované problémy; stanovuje konkrétní cíle, zaměřuje se na pozorovatelné chování a vědomé psychické procesy. **Cílem** je dosažení soběstačnosti klienta.<sup>98</sup> „KBT je zaměřená na změnu myšlení a vnějšího chování uživatele.“<sup>99</sup> Jedním ze základních rysů KBT je orientace na spolupráci terapeuta s uživatelem; jsou si rovnocennými partnery.

---

<sup>95</sup> Srov.: ČADILOVÁ, V. a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*, s. 136.

<sup>96</sup> Srov.: tamtéž, s. 137.

<sup>97</sup> Srov.: NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*, s. 105.

<sup>98</sup> Srov.: MOŽNÝ, P. a PRAŠKO, J. *Kognitivně-behaviorální terapie, Úvod do teorie a praxe*, s. 31.

<sup>99</sup> ČADILOVÁ, V. a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*, s. 108.

S tím souvisí i používání jednoduchého, srozumitelného jazyka, protože pokud chceme, aby s námi uživatel spolupracoval, je důležité, aby nám porozuměl.<sup>100</sup>

*„Během minulého desetiletí narůstal zájem o využívání kongnitivně-behaviorálních přístupů a podporu i nácvik sebevládní a sebekontroly u lidí s mentálním postižením. U lidí s mentálním postižením se jeho nácviku a využití věnuje relativně malá pozornost. To platí zejména v oblasti problémového chování u lidí s těžkým mentálním postižením.“<sup>101</sup> Výzkumy, které zahrnují lidi s lehkou a střední mentální retardací, ukázaly, že zaměření pozornosti uživatele na sebe sama a své myšlení může redukovat sebezraňující, agresivní a stereotypní chování.<sup>102</sup> „V současné době je použitelnost takových postupů u lidí s těžším postižením nejasná. Zvláště důležitý je vztah mezi vývojem řeči a nástupem chování ovládaného pravidly; příkladem takového chování je právě sebevládní nebo sebeřízení.“<sup>103</sup>*

Přínos kognitivní a behaviorální terapie pro speciální výchovu, vzdělání: *„Na klinické úrovni lze aplikaci těchto dvou teoretických systémů ilustrovat na ovlivňování obtížného chování.“<sup>104</sup> Problémové chování si můžeme představit jako ledovec, který představuje častý problém agrese (viz Příloha č. 5). Menší část ledovce je nad hladinou a představuje viditelné formy chování jako strkání, bití, plivání, kousání nebo kopání. Pod hladinou jsou uváděna možná vysvětlení příčin takového agresivního chování. Může to být frustrace z komunikačních problémů (dítě uhodí učitele, aby přilákalo jeho pozornost). Dítě může špatně vnímat bolest nebo není schopno pochopit pravidla chování. Po pečlivém pozorování a hodnocení situace lze nalézt nejpravděpodobnější příčinu a použít ji jako základ intervence. Je-li příčinou frustrace z komunikace, pak dítě musíme začít učit slova, znaky nebo signály. Jestliže se projevy agresivního chování zmenší, je to důkaz, že náš předpoklad byl správný. Jestliže naopak intenzita i frekvence agresivního chování přetrvává, je příčinou jiný mechanismus.<sup>105</sup>*

---

<sup>100</sup> ODYSSEA INSTITUT KBT. *Co je KBT?* Dostupné z: <http://www.kbtinstitut.cz> [citováno dne 9.2.2009].

<sup>101</sup> EMERSON, E. *Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem*, s. 124.

<sup>102</sup> Srov.: tamtéž, s. 124.

<sup>103</sup> Tamtéž, s. 124.

<sup>104</sup> SCHOPLER, E., MESIBOV, G., B. *Autistické chování*, s. 93.

<sup>105</sup> Srov.: tamtéž, s. 93-94.

### 3.4 Gentle Teaching

Gentle Teaching (jemné učení) je přístup, který vychází z psychologie vzájemné závislosti (Psychology of Independence) a pomáhá lidem s problémovým chováním. Při práci s touto metodou je důležité uvědomit si, co chceme, aby se s klientem stalo, kdy v centru pozornosti by měla být citová pohoda uživatele. Osoby s mentálním postižením často neví, co je to pocit přátelství, a proto jemu musí být učení; často samy neumí označit a vyjádřit své základní hodnoty, proto při pomáhání těmto uživatelům musíme stanovit důležité základní hodnoty a také stanovujeme postup, jakým těchto základních hodnot dosáhnout. **Cílem** Gentle Teaching (dále jen GT) je naučit klienta, aby ve vzájemném procesu učení pocítil přátelství, kdy klíčovou osobou je právě pečovatel.<sup>106</sup>

Technikou GT je **rozhovor (dialog)**, při které dochází k vzájemnému vyjádření pocitů mezi pečovatelem a uživatelem. Pečovatel se naladí na klienta a vytváří takový kontakt, který je tak vlídný (jemný, gentle), jak je pro uživatele nezbytné k tomu, aby si klient pečovatele připustil do svého prostoru a aby tak mohl reagovat na pečovatelskou přítomnost. Rozhovor hodnotí uživatelské pocity a emoce stejně tak jako pocity a emoce pečovatele.<sup>107</sup>

V GT jsou pečovatelé trénováni k tomu, aby si všímali problémového chování a našli vhodnou strategii, jak se tohoto chování zbavit. Problémové chování je, tak jako každé jiné chování, způsobem, jakým se uživatel prosazuje a jak realizuje své osobní tužby. První věcí, kterou musíme udělat, abychom zlepšili uživatelskou náladu, je dát mu to, co v dané chvíli vyžaduje. Cílem GT je podpora kvality uživatelského života (nejsou to pečovatelské schopnosti, nejsou to schopnosti v pozorování problémů, a ani odborné mínění, ale klientovy sny a touhy).<sup>108</sup>

Důležitým terapeutickým nástrojem GT je smyslová integrace, která se soustředí na pomoc uživateli při vypořádání se se speciálními potřebami nebo při rozvíjení zvláštního talentu. Pro smyslovou integraci je vhodné mít smyslovou místnost (sensory room, snoozelen). V této místnosti by mělo být hudební a světelné vybavení, měkké

---

<sup>106</sup> Srov.: CELTOVÁ, M. *Odstranění klecových lůžek – a co dál?*, s. 39-45.

<sup>107</sup> Srov.: tamtéž, s. 46.

<sup>108</sup> Srov.: tamtéž, s. 52, 56.

materiály, většinou je zde vodní postel nebo měkká pohovka atd. Tato místnost je dokonalým místem pro specifické smyslové činnosti.<sup>109</sup>

---

<sup>109</sup> Srov.: CELTOVÁ, M. *Odstranění klecových lůžek – a co dál?*, s. 60-61.

## **4 Alternativní terapie**

Alternativní terapie zahrnují všechny druhy postupů, které nespádají do klasických terapií. Alternativní praktiky jsou ve svých základech velice rozmanité, stejně tak jako jejich vedení. Terapie využívají při práci například hudbu, umění, zvířata, relaxační techniky, vůně či práci. Díky těmto terapiím se mohou uživatelé během dne příjemně odreagovat od denního stereotypu. Tyto terapie slouží k uvolnění těla, mysli i duše a působí na uživatele velice pozitivně. Agresivním či neklidným klientům mohou tyto terapie pomoci k zmírnění jejich vzteku a napětí. Jedinec se díky terapii uvolní a tím uvolní i stres. Tyto metody by se měly používat jako prevence vzniku agresivity či neklidu a měly by být zahrnuty do běžného života uživatelů v Domovech pro osoby se zdravotním postižením, Stacionářích, Denních centrech, a také by na tyto terapie měli docházet uživatelé, kteří bydlí v Chráněném bydlení či doma s rodiči.

V následujících podkapitolách se budu věnovat popisu jednotlivých alternativních terapií, účinky a jejich využití při práci s osobami s mentálním postižením.

### **4.1 Muzikoterapie**

Zvuk a hudba provází život člověka již odnepaměti. Působí na jeho psychickou i somatickou stránku, a to pozitivním i negativním způsobem. Již ve starověké Číně, Izraeli, Egyptě a Řecku se lidé zabývali otázkami působení hudby na lidský organismus. Např. Aristoteles doporučoval využití dórské stupnice, které připisoval duchovní sílu, a stupnice lydické, které naopak připisoval velký vliv na děti. Zabýval se tzv. hudební katarzí, kterou měl na mysl určité uvolnění a následné odstranění zátěžových stavů za doprovodu emocí. Rovněž však upozorňoval na škodlivost stupnice frýgické, kterou

označoval jako znepokojující a vyčerpávající. Doporučoval se vyhnout dionýsovské hudbě, jež je opojná a pro člověka nebezpečná.<sup>110</sup>

*„Muzikoterapie počítá s faktem, že hudba usnadňuje projevy emocí, otevírá komunikační kanály, usnadňuje sociální interakci a umožňuje relaxaci. Důležitou roli hraje vztah terapeuta a dítěte. Muzikoterapie v širším slova smyslu bývá součástí školního vzdělávání v řadě speciálních škol, využívá se často v komunikační terapii. Využití hudby je v terapeutickém procesu velmi různorodé, aplikuje se celá řada technik.“<sup>111</sup>*

*„Poslech hudby vyvolává v člověku určité psychické i somatické procesy. Člověk vnitřně pociťuje a prožívá působení hudby. Hudba a jednotlivé zvuky v něm vyvolávají jisté nálady, pocity, afekty, jakož i změny chování a současně jsou ovlivněny i nejdůležitější vegetativní funkce, ale i tvorba hlasu, řeči i vlastní hudební aktivity.“<sup>112</sup>*

Využití hudby jako komunikačního prostředku zahrnuje nejen nonverbální formy typicky hudební, ale i nehudební formy, mezi které patří mimo jiné i mimika a gestikulace. Tyto formy je možno považovat za převážně emocionální výrazové projevy, které mnohdy bývají diagnosticky cennější než výpovědi verbální. Muzikoterapie je často cenným diagnostickým prostředkem. Člověk se stává v průběhu terapie lépe čitelný a mnoho vazeb, reakcí a nosných momentů se projeví transparentněji. Navíc využití muzikoterapeutických technik často zpřístupní i nevědomý materiál, který může být klíčovým nejen v léčbě neuróz, ale i u lidí s poruchami chování.<sup>113</sup>

Při vytváření emocionálních reakcí má důležitý význam především limbický systém. Limbický systém ovlivňuje lidské chování, výstavbu paměti, osvojování nových poznatků a emoční aktivitu. Čím je emoční pozadí výraznější, tím je trvalejší a intenzivnější ukládání senzoričeských informací do vědomostních sfér člověka. Prostřednictvím tohoto poznatku se dá předpokládat, že využití hudebního díla s vysokým emocionálním nábojem napomáhá aktivaci limbického systému a jeho propojení s důležitými částmi mozku, což má za následek podporu osvojování nových poznatků, činností a vzorů chování v motorické i psychické sféře zdravého

---

<sup>110</sup> Srov.: LIPSKÝ, M. *Zvuk a hudba jako prostředek muzikoterapeutického působení na lidský organismus*, dostupné na: <http://muzikoterapie.cz/> [citováno 6.3.2009].

<sup>111</sup> THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra*, s. 393.

<sup>112</sup> Srov.: LIPSKÝ, M. *Zvuk a hudba jako prostředek muzikoterapeutického působení na lidský organismus*, dostupné na: <http://muzikoterapie.cz/> [citováno 6.3.2009].

<sup>113</sup> Srov.: tamtéž.



i postiženého člověka. Z toho vyplývá, že působení hudby je vhodné i pro znevýhodněné jedince s mentální retardací, ale i s jinými typy postižení.<sup>114</sup>

Muzikoterapie v práci s dětmi i dospělými mentálně retardovanými zaznamenává velmi kladné výsledky. V psychopedii je tedy zařazení muzikoterapie zcela na místě. U osob stížených například oligofrenií vycházíme z daného faktu, kterým je postižení všech rozumových funkcí, dále je porušena i schopnost koncentrace a ve sféře citů převládají afekty nad emocemi. Velmi často bývá oligofrenie ve spojení s některými tělesnými anomáliemi nebo s menší pohybovou obratností. Muzikoterapie v těchto případech rozvíjí sluchové schopnosti vnímatelů, využívá jejich zájmu o jednotlivé zvuky a tóny a prohlubuje citové prožitky. Také lze trénovat rozvoj motoriky a v některých případech i koncentrace. Navíc je zvuk a hudba ideálním prostředkem abreakce k uvolnění zátěžových stavů a nastřádané tenze. Intenzivní hudební prožitek je spojen rovněž s katarzí, očistným momentem, který má velký terapeutický vliv nejen u osob s mentální retardací, ale u všech zdravých i postižených lidí. Využití muzikoterapeutických zkušeností a postupů má velký význam i v oblasti somatopedie. Důležitá je spolupráce mezi muzikoterapeutem, fyzioterapeutem a lékařem. Hudba a zejména pak rytmus ovlivňují, jak bylo výše uvedeno, retikulární formaci, což následně vede k budivým reakcím v somatické sféře a podporuje pohyb, který je významnou součástí v muzikoterapeutické praxi. Možnost pohybovat se podle rytmické hudby vede k prohloubení vnímání dynamiky a rytmu. Hudba sama se stává silnou motivací a usměrňuje a podněcuje pohyby celého těla.<sup>115</sup>

*„Lidská agresivita se často mobilizuje pod vlivem každodenních stresů. Pracovně tedy mluvíme o agresivě tvůrčí, vedoucí k sebeaktualizaci a obraně hodnot, o pasivní a destruktivní. Na muzikoterapeutických sezeních, např. při skupinové muzikoterapii, se často objevuje abreakce agresivních obsahů. Jde např. o témata boje, souboje a hádky, zákeřností a pomsty. Tím, že skupina přijímá téma agrese, ji současně tvaruje, určuje a často limituje její destruktivitu, tvoří hráz proti destruktivní agresivě. V muzikoterapii se agrese často objevuje v sepětí s naším atavismem. Směřuje ke znovuobjevení hlubokých mocných pudových proudů a „já“ otevírá prostor pro znovupřijetí a konceptualizaci. Tak je agrese čerstvou silou k seberealizaci, někdy*

---

<sup>114</sup> Srov.: LIPSKÝ, M. *Zvuk a hudba jako prostředek muzikoterapeutického působení na lidský organismus*, dostupné na: <http://muzikoterapie.cz/> [citováno 6.3.2009].

<sup>115</sup> Srov.: tamtéž.

*i k přežití po náročných situacích, např. katastrofách apod. Takto „chráněně“ evokovaná agrese je i ochranou proti depresi, proti obrácení – autoagresi.*“<sup>116</sup>

Agrese v muzikoterapii je podřízena vyšší metakontrolou, vyššímu metacíli. Hudba ji často prezentuje jako téma boje proti zlu, až k sebeoběti, a častý je motiv heroismu. Bývají to motivy s kvartami žesťů v Es dur. Muzikoterapeut rozpouští destruktivní agresi pomocí hudby. Hudba v sobě nese schopnost vnitřního zvratu emočního náboje. Při smysluplné hudbě se nikdy nemusíme bát, že by se třeba i nepříjemný emoční náboj, úzkost, zoufalství atp., tak masivně a extrémně projevil, že by vymizela možnost proměny slyšené hudby v dalším okamžiku v jiný, zvratný citový náboj. Hudba je filozofie v módu tónů, má etický rozměr – a etika je nauka o středu. Není naukou středu, „jdi zlatou střední cestou“, proto, že zná tajemství možností řešení všech životních situací a svůj pohled upíná na horizont. Hudba má tedy, a o to víc muzikoterapie, možnost na symbolické úrovni agresi evokovat a proměnit ji v jiné téma, jiný emoční náboj, reprezentující východisko od pudovosti k lidskosti.<sup>117</sup>

*„Obecné povědomí a úroveň muzikoterapie ve světě i v naší republice roste zároveň s tím, jak se rozšiřují její možnosti a oblasti využití v praxi. Rovněž mnozí dobří učitelé hudební výchovy využívají ve značné míře principů muzikoterapie často i bezděčně.*“<sup>118</sup>

## **4.2 Arteterapie**

*„Arteterapie je léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů. Někdy bývá přiřazována k psychoterapii a jejím jednotlivým směrům, jindy je pojímána jako svébytný obor. Obvykle se rozlišují dva základní proudy, a to terapie uměním, v níž se klade důraz na léčebný potenciál tvůrčí činnosti samotné a artpsychoterapie, kde výtvořky a prožitky z procesu tvorby jsou dále psychoterapeuticky zpracovávány.*“<sup>119</sup>

---

<sup>116</sup> PEJŘIMOVSÁ, J. *Stres, nezáměr a agrese v muzikoterapii dětí*, dostupné na: <http://muzikoterapie.cz/> [citováno 6.3.2009].

<sup>117</sup> Srov.: tamtéž.

<sup>118</sup> ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*, s. 23.

<sup>119</sup> *Arteterapie v České republice*, dostupné na: <http://www.arteterapie.cz/> [citováno 6.3.2009].

K tomu, abychom pochopili význam výtvarného umění pro lidstvo, nemusíme chodit do slavných galerií. Výtvarné umění bylo člověku vždy blízké, což dokládají nejen pravěké jeskynní malby, indiánské pouštní obrazce či africké masky, ale třeba i graffiti dnešních velkoměst. Pomocí výtvarné tvorby vyjadřujeme svůj vztah k okolnímu prostředí (tak se často vysvětluje původ jeskynních maleb). Umění má i funkci náboženskou, neboť výtvarné artefakty můžeme chápat jako způsob komunikace mezi člověkem a Bohem, ve které se odráží duchovní stránka našich životů. Umění se dále užívá při společenských rituálech, jimiž se oslavují významné životní události. Každý z nás se téměř denně věnuje nějaké tvořivé vizuální činnosti. Příkladem sebevyjádření může být to, jak se oblékáme, jak si vyzdobíme domov či uspořádáme květiny na zahradě. I v těchto běžných formách činností totiž uplatňujeme výtvarné prostředky – formu, barvu, strukturu a kompozici.<sup>120</sup>

Arteterapeutických technik je mnoho, např. volné čmárání tužkou, volná kresba prsty namočenými v barvě, volná kresba jednou barvou na papír namočený ve vodě, koláž z výstřižků, sestavování objektů z přírodních materiálů, tématická kresba (vlastní portrét, malování vlastní rodiny začarované do zvířat), tématické modelování, modelování atd.<sup>121</sup>

Arteterapie s mentálně postiženými je rozsáhlá a rozličná, tak jako jsou rozmanité i formy mentální retardace – od lehčích forem přes střední až po těžké formy – pásma. Hlavním cílem arteterapie je kompenzace intelektových deficitů této populace, poznávacích funkcí, schopnosti zevšeobecňování a chápání jevů v souvislostech. Hlavní cíle arteterapie u této skupiny populace vidí v kompenzaci poškozených funkcí mozkových hemisfér prostřednictvím uměleckých aktivit. Klade důraz na esteticko-bazální stimulaci, reorganizaci vnitřních struktur osobnosti postiženého. Podle autorky tam, kde malujeme, stavíme, konstruujeme, budujeme i prostorové vnímání klienta, vnímání času, kontextu světa.<sup>122</sup>

Pro osoby s mentálním postižením jsou vhodné tělesně orientované techniky, které probíhají konkrétně tělesně – hmatově; pro mentálně postižené jedince znamená silný emocionální zážitek zprostředkovaný výtvarnými aktivitami způsob učení se o světě a jeho souvislostech. Cílem by měla být kompenzace poškozených funkcí

---

<sup>120</sup> Srov.: CAMPBELLOVÁ, J.: *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*, s. 12.

<sup>121</sup> Srov.: CASEOVÁ, C. a DALLEYOVÁ, T. *Arteterapie s dětmi*, s. 9.

<sup>122</sup> Srov.: ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*, s. 82.

mozkových hemisfér prostřednictvím uměleckých aktivit. Klade důraz na esteticko-bazální stimulaci, reorganizaci vnitřních struktur osobnosti postiženého.<sup>123</sup>

Arteterapeutický program je pro některé osoby s mentálním postižením velmi přínosnou součástí výchovy a vzdělávání, podporuje rozvoj řady mentálních funkcí. Význam pro psychický rozvoj má sám proces tvoření, který umožňuje sebevyjádření (osoby mluvící i nemluvící), navozuje příjemný pocit uvolnění a přináší radost z výsledku.

### 4.3 Hipoterapie

Hipoterapie je komplexní multidisciplinární rehabilitační metoda využívající koně pro léčebné účely. Tato alternativní metoda vznikla v 60. letech 20. století, v Čechách se začala rozvíjet v 80. letech a jejím průkopníkem byla MUDr. Lia Frantalová z Dětské Hamzovy léčebny Luže-Košumberk. *„Hiporehabilitace je moderní rehabilitační metoda s komplexním bio-psycho-sociálním působením na lidský organismus. Přenášením pohybu koňského hřbetu na lidské tělo dochází ke stimulaci centrálního nervového systému. Přejímání motorického pohybu ovlivňuje svalový tonus a zdokonaluje pohyb člověka v prostoru. Aby se mohli klientovi věnovat příslušní odborníci, podle typu jeho postižení a aby tak terapie mohla dosahovat co nejlepších výsledků.“*<sup>124</sup> V průběhu provádění hipoterapie dochází především k nácviku pohybu vpřed jako následku třídimenzionálních pohybových impulsů hřbetu koně. Hipoterapie je indikována u neurologických onemocnění (dětská mozková obrna, roztroušená skleróza, degenerativní nervová onemocnění atd.), u ortopedických onemocnění (skoliozy, svalové dysbalance atd.), a rovněž v kategorii interního lékařství (kardiovaskulární onemocnění, astma bronchiale, obezita atd.). Hiporehabilitaci vede terapeut se vzděláním z oblasti fyzioterapie či lékařství a kurzem hipoterapie. Tým doplňuje hipolog a dobrovolní pomocníci z řad studentů středních a vysokých škol.<sup>125</sup>

**Hiporehabilitace** - rehabilitační metoda pro pohybově postižené, která využívá hlavně tělesné faktory mechanismu účinku jízdy na koni. Je doménou rehabilitačních

---

<sup>123</sup> Tamtéž, s. 81.

<sup>124</sup> Hiporehabilitace, dostupné na: <http://www.hiporehabilitace.cz/> [citováno 6.3.2009].

<sup>125</sup> Srov.: tamtéž.

lékařů a fyzioterapeutů, využívá specifický pohyb koně - to je trojí pohyb hřbetu koně (zepředu dozadu, z boku na bok, nahoru dolů). Tento složitý pohyb se střídá v 16 kombinacích podle toho, kterou nohou kůň vykročí (toto za minutu obnáší 110 impulsů). Pohyb koně si vynucuje pohybovou kompenzaci ze strany jezdce. Každé vychýlení hřbetu koně vyvolá celou serii posturálních reflexů, nutných k udržení rovnováhy jezdce. Dochází ke koordinaci pohybu, narušování patologických pohybových stereotypů. Pro tělesně postiženého toto představuje vlastní specifickou rehabilitaci. Trup diparetika je vystaven účinku pohybu koňského hřbetu, který vyvolává v trupu stejné pochody jako fyziologický pohyb zdravých dolních končetin při chůzi - to je základ hiporehabilitace a její specifikum, které žádná jiná metoda nemůže diparetikovi poskytnout. Fyziologická chůze koně také rehabilituje patologickou chůzi člověka. Hiporehabilitace využívá i tělesné teploty koně, což je významný relaxační faktor pro ztuhlé svalstvo u tělesně postižených. Uvolnění svalů jde ruku v ruce s uvolněním duševním, což lze využívat také při psychoterapeutickém ježdění jako období autogenního tréninku.

**Pedagogicko-psychologické ježdění** - nebo psychoterapeutické ježdění. Zde se využívá hlavně psychických vlastností koně. Důležitý je kontakt koně s - pacienti s psychózou (zvláště s autistickými rysy) navážou snáze kontakt se zvířetem než s člověkem a tento kontakt je spíše neverbální než verbální. Kůň se pak stává prostředníkem mezi pacientem a terapeutem. Cílem je vytváření kontaktu pacient-terapeut. Kůň se stává prostředníkem mezi pacientem a terapeutem také při rozvoji vzájemné komunikace. Komunikace se rozvíjí i ve skupině mezi pacienty navzájem. Vytvářením kontaktu mezi pacientem a terapeutem, rozvíjením jejich vzájemné komunikace a prostřednictvím vztahu pacienta ke zvířeti se může vytvářet vztah pacienta a terapeuta, a tak se mohou otevřít dveře k další psychoterapeutické spolupráci. Důležitá je bezpečná atmosféra stále podporující odstranění úzkosti a nedůvěry. Velké, živé, impozantní zvíře je silným motivačním činitelem pro spolupráci pacienta s terapeutem a pro vzájemnou spolupráci ve skupině. Prostřednictvím koně často naváže terapeut spolupráci s dosud nespolupracujícím pacientem. Zlepšují se také volní vlastnosti pacientů. Při intenzivním kontaktu s koněm je pacient nucen k soustředění pozornosti, je velmi emočně angažován, jeho chování je neustále konfrontováno s jednoznačnými a okamžitými reakcemi koně. V takové situaci se často ztratí problémový příznak, protože pozornost je upřena na práci s koněm. Při psychoterapeutickém ježdění dochází k významnému oživení emotivity u většiny

pacientů, kteří mají emotivitu plošší nebo jsou laděni subdepresivně. Kůň také díky své emoční neutralitě, nezaumatosti a nepřítomnosti předsudků umožňuje člověku získat emočně korektivní zkušenost. Důležitou roli hraje strach a jeho překonávání při práci s koněm, čímž se podporuje zvyšování sebehodnocení pacienta a získávání pocitu jeho vlastní kompetence. Při psychoterapeutickém ježdění lze pracovat na změně nepřiměřeně submisivního nebo naopak nepřiměřeně agresivního chování. Díky práci prostřednictvím koně se terapeut snadno vyvaruje kritiky pacientova neadekvátního chování, protože kůň nekritizuje, ale má své jasné potřeby. Využívají se techniky, které vyžadují dominantní nebo naopak podřídívý projev ze strany pacienta. Pacient pak může reflektovat svou zkušenost se vztahem ke koni a práci s koněm, může objevovat své skryté rezervy či alternativy chování. Svým stabilním jednáním kůň usměrňuje nepřiměřené jednání pacienta.<sup>126</sup>

**Sportovní ježdění hendikepovaných** - při kterém pohybově i duševně postižení sportovci trénují jízdu na koni a účastní se různých závodů (sem patří např. paravoltiž, paradrezura). *„Tato oblast hiporehabilitace umožňuje zdravotně handicapovaným jezdcům, po absolvování klasické hipoterapie, jezdecký výcvik v různých oblastech jezdeckého sportu (paradrezury, paravoltiže atd.) a účast na jezdeckých soutěžích. Volba druhu výcviku závisí na individuálních možnostech každého klienta a jeho náročnost musí být podřízena druhu a stupni postižení jezdce.“*<sup>127</sup>

#### **4.4 Canisterapie**

*„Canisterapii se rozumí léčebný kontakt psa a člověka. Pes už svou přítomností dokáže vyvolat dobrou náladu všude tam, kde je jí nedostatek. A o tom, že úsměv léčí není pochyb. Ale už dávno to není jen o radosti, kterou psi lidem přináší.“*<sup>128</sup>

*„Canisterapii můžeme také definovat jako způsob terapie, který využívá pozitivního působení psa na zdraví člověka, přičemž klade důraz především na řešení problémů psychologických, citových a sociálně-integračních a působení na fyzické zdraví člověka je u ní druhotné. Uplatňuje se zejména jako pomocná*

---

<sup>126</sup> Srov.: KLIKL, J. *Použití hiporehabilitace u duševních poruch*. Česká a Slovenská psychiatrie, s. 81-85.

<sup>127</sup> Hiporehabilitace, dostupné na: <http://www.hiporehabilitace.cz/> [citováno 6.3.2009].

<sup>128</sup> Canisterapie, dostupné na <http://www.canisterapie.cz/> [citováno 6.3.2009].

*psychoterapeutická metoda při řešení různých situací v případě, že jiné metody nejsou účinné nebo použitelné. Jedná se např. o navazování kontaktu s pacienty, kteří obtížně komunikují a při práci s citově deprivovanými dětmi, autistickými dětmi, mentálně postiženými, v logopedické a rehabilitační praxi, při výskytu apatie, u dlouhodobě nemocných dětí nebo jako součást komplexní terapie v geriatricii apod.*<sup>129</sup>

Canisterapeuti jsou dobrovolníci, kteří ve svém volném čase se svými psy navštěvují různá sociální zařízení, kde se nacházejí děti nebo dospělí, kteří trpí psychickými poruchami, depresemi, jsou tělesně postižení nebo se cítí opuštěni a smutní. Kontaktem se psy dochází většinou u těchto lidí k velké změně. Například v dětských domovech jsou děti, které se špatně vyrovnávají s životem bez rodičů. Psa berou jako kamaráda, který je má rád takové jaké jsou, můžou si s ním hrát a mazlit se s ním. Pomáhají s péčí o pejska a to vede k vytváření pocitu odpovědnosti, ale také zvýšení sebevědomí, protože jejich osobnost je v této činnosti důležitá. Canisterapeuti připravují různé hry, aby tyto děti co nejvíce poznaly psy a věděly, jak se o ně starat a jak se k nim chovat. V různých domovech pro mentálně nebo tělesně postižené pes tvoří i součást rehabilitace, protože napomáhá procvičování některých částí těla. Je těžké přimět postižené dítě, že musí procvičovat svaly na ruku, ale stejné dítě bez pobízení hází psu míček a natahuje se, aby ho pohladilo, rozevívá dlaň, aby cítilo jeho srst, když se s ním mazlí. Děti, které jsou velmi pohybově omezené, se dokáží za psem i plazit nebo lézt po čtyřech, aby se ho alespoň dotkly. Velmi významnou a úspěšnou metodou je v těchto případech polohování.<sup>130</sup>

Canisterapie probíhá tedy pod vedením canisterapeuta ve spolupráci se zaměstnanci zařízení. Může být skupinová nebo individuální podle potřeby. V obou případech probíhá vždy pod dohledem canisterapeuta a s jeho pomocí. V žádném případě nejde o to vypustit psa do skupinky klientů a za hodinu, když je pes unavený, si ho vyzvednout. Když pomineme to, že pes by neměl setrvávat v zařízení až do úplného vyčerpání (i pro psa je terapie náročná a to zvláště při práci s tělesně nebo mentálně postiženými dětmi), tak mu nesmí být po celou dobu terapie záměrně ubližováno. Je tedy povinností canisterapeuta, aby uživatele usměrňoval. Pokud jsou tyto pravidla dodržována, psi navštěvují zařízení rádi a vyhledávají kontakt s dětmi a dospělými, aby si pohráli a pomazlili se. Spolupracujeme také s různými zařízeními a organizacemi.<sup>131</sup>

<sup>129</sup> O canisterapii, dostupné na: <http://www.canisterapie.info.cz/> [citováno 6.3.2009].

<sup>130</sup> Srov.: O canisterapii, dostupné na: <http://www.canisterapie.info.cz/> [citováno 6.3.2009].

<sup>131</sup> Srov.: tamtéž.

*„Prostřednictvím canisterapie dochází k nácviku koncentrace a zvýšení pozornosti, rozvoji sociálního citění, zlepšení kvality života a v některých případech i snížení agresivity klienta“<sup>132</sup>*

## **4.5 Ergoterapie**

*„Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním). Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti. Pro podporu participace jedince využívá specifické metody a techniky, nácvik konkrétních dovedností, poradenství či přizpůsobení prostředí. Pojmem „zaměstnávání“ jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho identity. Primárním cílem ergoterapie je umožnit jedinci účastnit se zaměstnávání, které jsou pro jeho život smysluplné a nepostradatelné.“<sup>133</sup>*

*„Ergoterapie je léčebná metoda. Název ergoterapie pochází z řeckého ergon (práce) a therapia (lечение). Ergoterapie se tedy dříve nazývala léčba prací. Ergoterapie vychází z předpokladu, že člověk může zlepšit své zdraví a kvalitu života tím, že se aktivně zapojuje do zaměstnávání, které pro něj mohou být významná a smysluplná. Aktivitu či zaměstnávání ergoterapie vnímá současně jako prostředek i cíl léčby. Jestliže tato aktivita pak podporuje tělesné i psychické funkce, napomáhá současně návratu funkčních schopností.“<sup>134</sup>*

Cílem ergoterapie je umožnit osobám zachovat si maximální soběstačnost v běžných denních činnostech (z anglického originálu Activities of Daily Living, ADL) pracovních činnostech a aktivitách volného času. Nácvik činností, v kterých je osoba z důvodu onemocnění, úrazu, vývojové vadě či procesu stárnutí limitována, probíhá v reálných situacích a pokud to je možné i v jejím vlastním prostředí. Ergoterapeut

---

<sup>132</sup> Co je canisterapie, dostupné na: <http://www.adeteva.estranky.cz> [citováno 7.4.2009].

<sup>133</sup> ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ *Co je ergoterapie?* Dostupné na <http://www.ergoterapie.cz/> [citováno 6.3.2009].

<sup>134</sup> Ergoterapie, dostupné na: <http://www.cs.wikipedia.org/> [citováno 6.3.2009].



pomáhá řešit praktické otázky související se snížením či ztrátou soběstačnosti v činnostech, které jsou pro člověka nepostradatelné. Hlavním terapeutickým prostředkem v ergoterapii je smysluplná činnost či zaměstnávání, která pomáhá k obnově postižených funkcí. Zvolené činnosti zohledňují osobní, sociální, kulturní a ekonomické potřeby osoby, její aktuální funkční stav, věk, pohlaví a také podmínky prostředí, ve kterém se nachází. Výběr činností, které se využívají jako terapeutický prostředek, musí odrážet tyto skutečnosti a musí se vztahovat k sociálním rolím, které osoba zastává nebo se od ní očekávají.<sup>135</sup> „K nejzákladnějším dovednostem, které ergoterapie rozvíjí patří dílčí dovednosti jemné motoriky (úchopp, koordinace pohybu, jemné cílení, řetězení drobných úkonů do komplexních činností, spolupráce obou rukou).“<sup>136</sup>

Cílem ergoterapie je podporovat zdraví a duševní pohodu osoby prostřednictvím smysluplné aktivity/ zaměstnávání; pomáhat ve zlepšení schopností, které osoba potřebuje pro zvládnání běžných denních činností, pracovních činností a aktivit volného času; umožnit osobě naplňovat její sociální role; napomáhat k plnému zapojení osoby do aktivit jejího sociálního prostředí a komunity; uplatňovat terapii zacílenou na klienta/ pacienta, který je aktivním účastníkem terapie a podílí se na plánování a procesu terapie; posilovat osobu v udržení, obnovení či získání kompetencí potřebných pro plánování a realizaci jejích každodenních činností v interakci s prostředím (zvládnání nároků jak sociálního, tak i fyzického prostředí); usilovat o zachování příležitosti účastnit se aktivit každodenního života všem osobám bez ohledu na jejich zdravotní postižení či znevýhodnění.<sup>137</sup>

*„Cílem ergoterapie je nácvik pracovních návyků a pracovního chování, funkční nácvik náplně pracovního či volného času, zvýšení sebeobslužných dovedností. Náplň činností by měla být koncipována tak, aby činnosti dávaly smysl. Samostatnost a schopnost dobře vykonávat určité činnosti vede k vyšší životní spokojenosti a lepšímu sebehodnocení. Součástí ergoterapeutických programů by měl být nácvik sebeobslužných a domácích prací.“*<sup>138</sup>

Prostředky ergoterapie jsou: diagnostické – odhalení handicapu nebo postižení a zjištění zbylého pracovního potenciálu; terapeutické – spolu s klientem stanovit cíle

---

<sup>135</sup> Srov.: ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ *Co je ergoterapie?* Dostupné na <http://www.ergoterapie.cz/> [citováno 6.3.2009].

<sup>136</sup> THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra*, s. 395.

<sup>137</sup> Srov.: ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ *Co je ergoterapie?* Dostupné na <http://www.ergoterapie.cz/> [citováno 6.3.2009].

<sup>138</sup> THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra*, s. 395.

ergoterapeutického plánu, které směřují k zlepšení či zachování soběstačnosti, pracovních aktivit nebo aktivit volnočasových; preventivní – přispět pomocí cíleného ergoterapeutického plánu a výběrem správných metod a technik k prevenci vzniku handicapu. Aktivity používané při ergoterapii se vždy přizpůsobují individuálně podle zdravotního stavu a zájmů klienta. Mohou být primární (každodenní činnost a sebeobsluha), pracovní, herní a rekreační. Často se používá výtvarná činnost, práce s papírem, textilem, dřevem nebo keramikou.<sup>139</sup> „*Některým osobám s mentálním postižením vyhovuje manuální práce, působí na ně uklidňujícím dojmem, část osob potřebuje více struktury při činnosti nebo využívá procesuální schémata. V rámci ergoterapeutického programu se osvědčily různé textilní techniky (tkaní na rámu, tkaní na stavu, tkaní na hrábích), košíkařské techniky, výroba svíček, keramika a modelování.*“<sup>140</sup>

#### **4.6 Relaxační techniky**

Relaxační techniky mají svůj základ v muzikoterapii. Pro děti s autismem může být stimulující rytmus rokové hudby, ale také vážnější hudba může pozitivně ovlivnit jejich náladu a citění. Provádějí se masáže rukou a nohou, které mají uklidňující vliv obzvláště na dospívající. Děti leží na podlaze s hlavou na polštáři, hraje tichá uklidňující hudba a děti jsou jemně vybízeny, aby ležely klidně a uvolněně. Vyskolený personál tře dětem nohy a kotníky, potom ruce, a to vše pevnými a pomalými pohyby. Touto čtvrt hodinovou uklidňující masáží začíná denní aktivita dětí.<sup>141</sup>

Nervový systém mentálně postižených lidí je křehký a velmi snadno podlehne přetížení, proto je velice důležité naučit je relaxovat. Relaxace redukuje úzkost a tenzi, zvyšuje schopnost odolávat frustraci, a tím přijímat nové informace. Odpočinek a relaxace by se měly stát pevným podem domácího i školního programu. Je třeba vhodně přizpůsobit domácí i školní prostředí. Každý preferuje jiný způsob relaxace, co některý člověk jednoznačně upřednostňuje, druhého vůbec nezajímá. Volba vhodné relaxace je tedy zcela individuální.<sup>142</sup>

---

<sup>139</sup> Srov.: MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*

<sup>140</sup> THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra*, s. 396.

<sup>141</sup> Srov.: VOCILKA, M. *Výchova a vzdělávání autistických dětí*, s. 20

<sup>142</sup> Srov.: THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra*, s. 394.

Existuje několik forem relaxace: zraková (zrakové autostimulační aktivity např. ve speciálních relaxačních pokojích), doteková (masáže, koupele, zábaly, sexuální autostimulace, různé alternativní Grandinové mačkacího, objímacího nástroje), čichová (aromaterapie), sluchová (poslech hudby, meditační zvuky a hudba, oblíbené sluchové autostimulační aktivity), vestibulo-kochleární (houpačky, závěsné sítě), fyzický pohyb (trampolína, skákání na míči, procházky, jízda na kole), „senzorická dieta“ (možnost poležet nebo věnovat se oblíbené činnosti v naprostém klidu bez vyrušování, dát si například sluchátka na uši, ...).<sup>143</sup>

## 4.7 Snoezelen

*„Multisenzoriální metodika zaměřená na stimulaci i relaxaci mentálně retardovaných osob (dětí i dospělých) ve speciálně zařízených teputických místnostech umožňujících muzikoterapii, aromaterapii, terapii světlem atp.“<sup>144</sup>*

Tato metoda byla vytvořena v Holandsku pro klienty s těžkým zdravotním postižením. Název snoezelen vznikl spojením dvou holandských slov: Snuffeln - znamenající věřit nebo čuchat a Doezenen - což znamená podřimovat nebo klimbat.

*„Snoezelen produkuje pocit pohody a působí uvolnění, přivádí lidi do klidu ale také je aktivizuje, probouzí zájem, řídí a srovnává podněty, vyvolává vzpomínky, organizuje člověka, odebírá strach a přináší jistotu, vede člověka, navozuje a podporuje vztahy, jednoduše přináší radost.“<sup>145</sup>*

Metoda snoezelen v sobě spojuje myšlenku dynamiky s relaxací. Nabízí činnosti, při nichž se klienti uklidní a mohou se setkat sami se sebou. K tomu je potřeba prostředí, v němž na rozdíl od běžného života nejsou zaměstnávány smysly komplexně, nýbrž se v něm může postižený soustředit jen na některý smyslový podnět. Metoda probouzí smysly, jež jsou oslovovány postupně, každý zvlášť. Děti jsou tak vedeny k chápání reality (slyšet, vidět, dotknout se, cítit, ochutnat), je jim umožněno prožívat nejrůznější pocity (štěstí, radost, uspokojení) a přitom je jim ponechána možnost vlastního jednání a výběru podnětů, které jsou jim příjemné. Tuto nabídku mají

---

<sup>143</sup> Srov. THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra*, s. 394.

<sup>144</sup> KOHOUTEK, R. Pojem snoezelen, dostupné na <http://www.slovník-cizích-slov.abz.cz/slovo/snoezelen> [citováno 8.3.2009].

<sup>145</sup> Definice ISNA – International Snoezelen Association in <http://www.isna.de/index2e.html>

využívat dobrovolně a rády.<sup>146</sup> „Metoda představuje i hledání nových forem neverbální komunikace dětí k vyjádření jejich vlastních pocitů. Během stimulace všech funkčních smyslů se děti postupně učí nejen vnímat, ale i pojmenovávat to, co právě pociťují. To vede jednak k obohacení jejich slovníku, ale i ke kultivování jejich chování a myšlení. Prožívání pozitivních pocitů k sobě a ke svému okolí může vést ke snížení míry frustrace ze smyslové deprivace sluchově postiženého dítěte a následně ke zklidnění a zmírnění agresivity. Profil celého projektu se tak posouvá i k terapeutické funkci.“<sup>147</sup>

**Místnost pro snoezelen** je speciálně upravená, opticky a akusticky izolovaná. Jejím základem je vodní lůžko vyhřáté na teplotu asi 35 °C, které má vzbuzovat dojem plodové vody. Součástí pokoje jsou i speciální světla, zrcadla, využívá se hudba, působení barev, vůní, chutí a dalších pomůcek, které slouží k bazální stimulaci somatické, akustické, vizuální, vibrační.

International Snoezelen Association dokonce uvádí na svých internetových stránkách doporučené vybavení a zařízení místnosti:<sup>148</sup>

Propozice místnosti: široké dveře (pro klienty na vozíku nejméně 1m široké), dobré větrání místnosti, správný barevný design (barvy lomené bílou), volná zeď k projekci, podlahová krytina protiskluzová, vhodná pro uživatele na vozíku, dostatek prostoru pro vozíky, teplo (kryty na topení), toaleta a voda by měla být dosažitelná, není zapomenuto ani na věšák na kabáty a botník umístěný před terapeutickou místností.

Požadavky na osvětlení: světlo u stropu (s možností tlumení světla), další nepřímá, lehká a přenosná světla (stojací lampy). Všechna světla mají mít možnost ztlumení. Zatemnění místnosti.

Místo pro odpočinek: pohodlné sezení, uzpůsobené skupině klientů, dostatek podušek, příkrývek, kožešina, vše opatřeno pracími kryty. Vodní postel – je zde i návod, jak ji naplňovat.

Bezpečnostní normy: východ označen fluorescenční tabulkou, žádné ostré rohy či okraje v pokoji, ani na zařízeních, žádné vyčuhující klíče, hasicí přístroj u vstupu, telefon s čísly nouzového volání,...

*„Příjemné pobývání v těchto pokojích, podbarvené jemnou hudbou, speciální vůní a světelnými efekty samo o sobě vyvolává pozitivní zpětné reakce i u intaktní společnosti, což teprve u lidí, kteří naši péči potřebují. Jim práce v tomto prostředí,*

<sup>146</sup> Metoda Snoezelen, dostupné na <http://www.skoly-brezejc.cz/metody/> [citováno 8.3.2009].

<sup>147</sup> Snoezelen, dostupné na <http://www.deaf-ostava.cz/snoezelen.html> [citováno 8.3.2009].

<sup>148</sup> Definition: Snoezelen, dostupné na <http://www.isna.de/index2e.html> [citováno 8.3.2009].

vedená profesionálně, přináší obohacení života. Asi bychom ji měli co nejvíce využívat.“<sup>149</sup> „Snoezelen vnímáme jako místo setkávání, místo vzájemné sounáležitosti, radosti, kde by lidem mělo být dobře a pomáhalo spoluvytvářet pocit jistoty. I těžce handicapovaní klienti si zde uvědomují, že jsou ve zcela odlišném prostředí a dovedou registrovat změny.“<sup>150</sup>

Nejvyšší zásadou při snoezelenu je však akceptovat postiženého člověka takového, jaký je, respektovat jeho vůli, projevy a spontánní reakce a jeho často nejjednodušší možnosti činnosti uznávat jako cenné. Výsledkem je navázání nových silných vazeb, které naplňují srdce a hladí po duši.<sup>151</sup>

## 4.8 Hydroterapie

„Hydroterapie neboli vodoléčba patří k nejstarším léčebným metodám. Hydroterapie působí na náš organizmus reflexně. To znamená, že organizmus reaguje na různé druhy podráždění ( tepelné, mechanické, chemické). Tyto podněty mohou působit na jednotlivé části našeho těla nebo na celý organizmus.“<sup>152</sup>

Hydroterapie má mechanické účinky při vířivé lázni nebo při podvodní masáži, protože při ponoření těla do vody se využívá poditu odlehčení, sníží se svalové napětí a usnadní se tělesná pohyblivost. Tepelné (termické) účinky hydroterapie působí teplá i studená voda. Organizmus lze ovlivňovat také působením různých teplot. Teplá lázeň působí na naše cévy se rozšíří a oteplení krve vede zároveň ke zvýšení teploty těla. Studená lázeň způsobuje zúžení tzv. vazokonstrikci (zúžení cév), zvyšuje se svalové napětí. Ve vodě jsou různé látky a vstřebávání chemických látek kůže ovlivňují chemické účinky hydroterapie.<sup>153</sup> Dle typu bylinné přísady může být každá hydroterapie relaxační, stimulační, nebo regenerační.

---

<sup>149</sup> VITÁSKOVÁ, K. Čtvrtstoletí zkušeností se snoezelen. *Zpravodaj asociace ústavů sociální péče České republiky*, 2004, roč. 6, č. 1, s. 4.

<sup>150</sup> PhDr. Hana Stachová in RYWIKOVÁ, B. Terapie Snoezelen jako místo pro radost a setkávání. *Zpravodaj asociace ústavů sociální péče České republiky*, 2005, roč. 7, č. 3, s. 10.

<sup>151</sup> Metoda Snoezelen, dostupné na <http://www.skoly-brezejc.cz/metody/> [citováno 8.3.2009].

<sup>152</sup> Rehabilitace, Hydroterapie, dostupné na <http://www.pateo.cz/rehabilitace/hydroterapie> [citováno 8.3.2009].

<sup>153</sup> Srov.: Hydroterapie – co to vlastně je?, dostupné na <http://www.wellnesbeauty.blog.cz> [citováno 8.3.2009].

**Perličková koupel.** Při perličkové lázni se vhání do vany vzduch pomocí kompresoru a kůže je jemně stimulována. Tato lázeň působí velmi relaxačně.

**Podvodní masáž** se provádí ve speciální velké vaně. Vanová koupel spojená s masáží proudem vody z masážní trysky. Teplota vody je zhruba 35 – 37 stupňů Celsia. Tato masáž začíná krouživými pohyby od nohou ke stehnům a od rukou smětem k ramenům. Na břicho se postupuje po směru tlustého střeva a na hrudníku a na zádech se dělají velké ležaté osmičky. Vynechává se oblast naděh, genitálií a srdce. Tato masáž je dobrá např. při obrnách. Po masáži uživatelé cítí svalové uvolnění a příjemnou mírnou únavu. Tato masáž působí jako psychická relaxace.

**Vířivá koupel.** Vířivka se aplikuje buďto na celé tělo, kdy je voda naplněna zhruba do tří čtvrtin vany nebo končetinová, která se aplikuje v končetinových vanách. Mechanickým vířením vody se využívá podobného účinku jako u podvodní masáže. Vanová koupel spojená s masáží proudem vody vytékajícími z trysek. Po koupeli se uvolňují svaly. Masáž je vhodná k psychické relaxaci, k tlumení bolestí. Kromě celotělové koupele se používají i částečné vířivé koupele na dolních nebo horních končetin.

**Bylinná koupel.** Jedná se o vanovou přísadovou koupel se směsí bylinek o teplotě vody 37 stupňů Celsia . Přidáním bylin do koupele se zvyšuje úroveň působení koupele na lidský organismus. Síla bylin zvyšuje v těle aktivitu - regulace teploty a tlaku, dýchání, rovnováhu, harmonii a ozdravný proces. Velmi příjemným a pozitivním se stává vdechování výparů s vůněmi bylin, které ovlivňuje tělo, mysl a psychiku člověka. Bylinné koupele příznivě ovlivňují zejména pohybový aparát, uvolňují svalové napětí, mají proti bolestivý účinek a snižují psychické zatížení. Rychlost reakce lidského těla na bylinnou koupel je rozdílná podle druhu použitých bylin, jejich působení a stavu organismu.<sup>154</sup>

Hydroterapie v zařízeních sociální péče se využívá velice často. Výše popsané procedury se využívají, ale spíše se můžeme setkat se zjednodušenou hydroterapií, která je běžnější. Většinou jde pouze o koupel o teplotě, která je příjemná danému uživateli, jako přísady do koupele se používají různé pěny, mýdla, vonné oleje, které napomáhají k celkovému uvolnění těla. Po ponoření těla do vody pracovník masíruje končeniny, uvolňuje tak napětí. Kromě masáže lze použít masážní rošt (pokud si zařízení nemůže dovolit speciální masážní vanu s tryskami), který je běžně dostupný v obchodech

---

<sup>154</sup> Srov.: Hydroterapie – co to vlastně je?, dostupné na <http://www.wellnesbeauty.blog.cz> [citováno 8.3.2009].

(za přiměřenou cenu) a pokud chceme vytvořit proud, stačí do vody ponořit sprchovací hadici a pustit vodu.

## 4.9 Dramaterapie

*„Dramaterapie je léčebně-výchovná (terapeuticko-formativní) disciplína, v níž převažují skupinové aktivity využívající ve skupinové dynamice divadelních a dramatických prostředků k dosažení symptomatické úlevy, ke zmírnění důsledků psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení perosnálně sociálního růstu a integrace osobnosti.“<sup>155</sup>*

*„Dramaterapie pomáhá uchopit a mírnit sociální a psychologické problémy, mentální onemocnění i postižení a stává se nástrojem zjednodušeného symbolického vyjadřování, díky němuž poznává jedinec sám sebe, a to prostřednictvím tvořivosti zahrnující verbální i nenverbální složku komunikace.“<sup>156</sup>*

Cílem dramaterapie je zvyšování sociální interakce a interpersonální inteligence, získání schopnosti uvolnit se, zvládnutí kontroly svých emocí, změna nekonstruktivního chování, získání schopnosti spontánního chování, rozvoj představivosti, posílení sebedůvěry, sebeúcty, získání schopnosti poznat a přijmout svoje omezení i možnosti.<sup>157</sup>

Jedinci s mentálním postižením tvoří nejpočetnější klientelu dramaterapeutických aktivit. Pro dramaterapeutickou intervenci je podstatný stupeň mentálního postižení klienta a úroveň jeho komunikačních a adaptačních schopností. Osobám s lehkou mentální retardací je přístupná většina dramatických prostředků včetně improvizací a hry v rolích určených pro intaktní populaci. Limitujícím stupněm pro dramaterapeutickou intervenci u osob s mentálním postižením je střední mentální retardace. Zde v mnohem větší míře záleží na konkrétním jedinci, jeho sociabilitě a adaptabilitě. Hlavním úkolem dramaterapie pak není rozšiřování rolového repertoáru jedince, ale modelování sociálně správného či alespoň akceptovatelného chování v jeho již naučených sociálních rolích.<sup>158</sup>

---

<sup>155</sup> VALENTA, M. *Dramaterapie*, s. 23.

<sup>156</sup> Tamtéž, Definice dramaterapie dle The British Association for Dramatherapists, s. 23.

<sup>157</sup> Tamtéž, s. 31.

<sup>158</sup> Srov.: VALENTA, M. *Dramaterapie*, s. 222-223.

## 4.10 Aromaterapie

Aromaterapie je terapií, která používá éterických (esenciálních) olejů. Aromaterapie má dlouhou historii. Lidé používají aromatické rostliny od úsvitu historie, první zmínky o aromaterapii jsou staré více než 4000 let, kdy starověcí Sumerové používali vonné rostliny jako cypřiš a myrhu.<sup>159</sup>

Aromaterapie (aromaterapeutická masáž) je jemnou dotykovou terapií, která se snaží přinést relaxaci, zvýšit energii a zmírnit vliv stresu, pomůže najít ztracenou duševní, fyzickou a intelektuální rovnováhu. Pracuje v souladu se silami přírody. Aromaterapie se zabývá celým člověkem. Účinnost metody aplikace éterických (esenciálních) olejů při aromaterapeutické masáži je zvýšena psychologickým přínosem samotné masáže jako takové. Schopnost aromaterapeutické masáže podpořit krevní a lymfatický oběh a zlepšit vodivost nervů má za účinek zklidnění napětí a zvýšení životní energie. Aromaterapeutická masáž ovlivňuje jak psychickou, tak fyzickou harmonii těla.<sup>160</sup>

Výše zmíněné alternativní terapie se v zařízeních sociální péče používají velice často a dokonce i několik druhů terapií v jednom zařízení. V následujícím dotazníkovém šetření uvádím výčet těchto terapií a procentuální zastoupení v zařízeních sociální péče.

---

<sup>159</sup> Srov.: Aromaterapie, dostupné na: <http://www.cimed.cz> [citováno 7.4.2009].

<sup>160</sup> Srov.: tamtéž.



## 5 Dotazníkové šetření

V praktické části své diplomové práce jsem se zaměřila na průzkum situace v zařízeních sociální péče. Chtěla bych prozkoumat situaci zvládnutí uživatelů s problémovým chováním v zařízeních sociální péče. Zaměřila jsem se na nejčastější projevy problémového/agresivního chování, na využívání restriktivních opatření před vznikem zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, využívání metod, terapií či přístupů pro zmírnění projevů problémového chování a způsoby zaznamenávání tohoto chování.

Zvolila jsem **dotazníkové šetření**. „Dotazníková metoda je shromažďování informací od dotazovaných osob a je určena pro hromadné získávání údajů. Její objektivní výsledek závisí na teoretické bázi, z níž tazatel vychází a z promyšlené vědecké hypotézy, která je určujícím podkladem ke stylizaci otázek tak, aby postihovaly podstatné rysy zkoumaných jevů a procesů.“<sup>161</sup> Dotazník je velmi frekventovanou metodou získávání dat v pedagogickém výzkumu, je to způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí. Kladené otázky se mohou vztahovat buď k jevům vnějším (např. názory pracovníků), nebo k jevům vnitřním (např. postoje, motivy, citové stavy). Samotný dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoby (respondent) odpovídá písemně.<sup>162</sup> Dotazník se skládá ze dvou úkolových jednotek: otázka = položka. Osoba, které je určen dotazník se nazývá respondent (recipient). Dotazovaný (respondent) má označit tu položku, ta je identická s jeho názorem nebo znalostí o dané věci a pokud se jedná o možnost výběru, vyžaduje se, aby určil míru souhlasu či nesouhlasu. „Meritorní význam má volba a formulace položek (otázek), ta musí přísně sledovat stanovený cíl výzkumu a jeho základní problémy. Všechny položky musí ve svém souhrnu umožnit získání optimálních informací pro ověření stanovené hypotézy. Její verifikace je přímo závislá na tom, jak jasně a konkrétně jsou jednotlivé položky formulovány, protože i zde platí zásada, že kvalitou otázky je dána kvalita odpovědi. Důležité je, aby respondent po pozorném pročtení otázku zcela jednoznačně

---

<sup>161</sup> SOMR, M. *Základní metody výzkumu, Vybrané kapitoly z metodologie pedagogického výzkumu*, s. 16.

<sup>162</sup>Srov.: CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*, s. 163.

*pochopil, aby nedávala možnost rozdílné interpretaci u žádného jedince či skupiny. Pregnantní otázka = pregnantní odpověď.*“<sup>163</sup> Dotazník je vhodnou metodou k zjišťování situace v poskytování sociálních služeb lidem s mentálním postižením, jejichž chování je problémové/agresivní.

U dotazníkového šetření rozlišujeme dva typy položek (otázek):

**Položky otevřené (nestrukturované)** mají určitý vztahový rámec, ale neurčují podrobněji ani formu, ani obsah dané odpovědi. Respondent se sám rozhoduje o délce i obsahu své odpovědi. Tyto položky poskytují rozsáhlejší informace k dané problematice a mohou proniknout hlouběji k jádru problému. Musí zde být ovšem ochota respondentů ke spolupráci a jejich schopnost výstižného písemného projevu, trpělivost v poměrně časově náročném úseku odpovědně spolupracovat a ze strany tazatelů připravenost na časově dlouhé období se s tímto úkolem vyhodnocení vyrovnat.<sup>164</sup> Tyto položky nenavrhují respondentovi žádné hotové odpovědi. Nevýhodou těchto položek je jejich volnost, která působí obtíže při vyhodnocování. Kladem je, že umožňují hlubší proniknutí k sledovaným jevům a lépe postihují skutečné mínění respondentů než položky uzavřené. Výpovědní hodnota otevřených položek závisí na dovednosti nebo ochotě respondentů se vyjadřovat.<sup>165</sup>

**Položky uzavřené (strukturované)** dávají respondentovi možnost volby mezi dvěma či několika alternativami. Mohou to být položky zcela uzavřené (dichotomní) typu odpovědí ano-ne, nebo položky s možností několika voleb.<sup>166</sup> Uzavřené otázky se vyznačují tím, že se u nich respondentům předkládá vždy určitý počet předem připravených odpovědí. Výhodou těchto položek je to, že se podstatně zjednodušuje vyhodnocování odpovědí. Respondenti tento druh otázek často ochotněji vyplňují. Nevýhodou je, že všechny možné kvality odpovědi jsou násilně vtěsnány do schématu připravených odpovědí.<sup>167</sup>

V dotazníku jsem použila oba typy otázek. Otevřené otázky k určení velikosti pracovních skupin uživatelů při denních činnostech, protože velikost i druh činnosti se může lišit dle zařízení, k vyjádření přístupu ke klientům po vzniku zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, protože přístupy se také liší dle zařízení. Dále k popisu plánu,

---

<sup>163</sup> SOMR, M. *Základní metody výzkumu, Vybrané kapitoly z metodologie pedagogického výzkumu*, s. 16.

<sup>164</sup> Srov.: tamtéž, s. 16.

<sup>165</sup> Srov.: CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*, s. 165-166.

<sup>166</sup> Srov.: SOMR, M. *Základní metody výzkumu, Vybrané kapitoly z metodologie pedagogického výzkumu*, s. 17.

<sup>167</sup> Srov.: CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*, s. 166.

ve kterém se popisují denní činnosti či plán k zvládnutí problémového chování uživatelů a k vypsání konkrétních přístupů zvládnutí problémového chování, kde měli respondenti prostor pro popsání přístupů, metod a terapií, které jsem v dotazníku nezmínila. Uzavřené otázky jsem použila v případech, kdy jsem chtěla zjistit jasnou odpověď, většinou byl výběr ze dvou odpovědí: ano či ne. Použila jsem i polouzavřené otázky (kombinaci obou zmíněných otázek), kdy respondent volil jednu z nabízených odpovědí, v případě, že se ani jedna nehodila, měl možnost dopsat vlastní.

**Výběr výzkumného vzorku:** Tento průzkum je určen zařízením sociální péče, které pracují s lidmi s mentální retardací; domovům pro osoby se zdravotním postižením. Dotazník, převedený do elektronické podoby jsem zasílala na e-mailové adresy dle *Adresáře zařízení sociální péče*.<sup>168</sup> Z tohoto celorepublikového seznamu jsem vybrala 200 zařízení. Zpět se mi vrátilo 38 dotazníků z důvodu nedoručitelné adresy (zřejmě z toho důvodu, že Adresář MPSV není aktualizovaný a adresy zařízení se změnilo). Vyplněný dotazník mi zpět zaslalo 25 Domovů pro osoby se zdravotním postižením (dále jen Domovy), 2 denní centra a 4 stacionáře. V hodnocení šetření budu uvádět výsledky šetření v Domovech. Situaci v denních centrech a stacionářích nebudu zmiňovat z důvodů malého výzkumného vzorku. Celková návratnost dotazníků (po odečtení nedoručitelných dotazníků) je 19 %.

**Technika sběru informací:** Použila jsem dotazník převedený do elektronické podoby, který jsem rozeslala do vybraných zařízení sociální péče. Díky tomu může respondent věnovat zodpovězení otázek dostatek času a péče, díky respondentova soukromí při vyplňování dotazníku můžu zvýšit upřímnost odpovědí a mohou být zodpovězeny i některé důvěrnější otázky.

**Analýza dat:** Po vyplnění dotazníků a jejich elektronickém odeslání, dojde k kvantitativnímu zpracování dat. Vzhledem k tomu, že bude využito elektronické podoby dotazníku, nemusí se kontrolovat čitelnost odpovědí. Díky tomuto zpracování dat pak bude možno vyhodnotit důležité závěry mého průzkumu.

---

<sup>168</sup> Adresář zařízení sociální péče, dostupné z: <http://mpsv.cz/> [citováno 11.10.2008].

## 6 Předmět, cíle a realizace šetření

Těžká mentální retardace často vede k problémovému chování, které může zahrnovat agresivitu, sebepoškozování, sklon k destruktivnímu chování, hyperaktivitu, nevhodné sexuální nebo společenské chování a neobvyklé návyky. Takové chování nepříznivě ovlivňuje zdraví a bezpečnost jak člověka postiženého, tak pracovníky, kteří pečují o lidi s mentální retardací. Jak již vyplynulo z teoretické části diplomové práce, problematika agresivního/problémového chování je poměrně široká a zasahuje člověka ve všech jeho rovinách. K nejdůležitějším otázkám, na základě nichž lze zvolit preventivní opatření, patří ty, které se ptají po příčinách problémového chování. Důležité pak je nezůstat pouze na povrchu problému, ale proniknout až k podstatě příčin.

Předkládané šetření vychází z dotazníků, které jsem zasílala do jednotlivých zařízení, které pracují s lidmi s mentálním postižením na území České republiky. Snahou je nahlédnout na život lidí s problémovým chováním, přiblížit jednotlivé možnosti zařízení sociální péče v jejich šíři, hloubce a jedinečnosti. Předmětem mého šetření je zmapování situace v zařízeních sociální péče - v Domovech pro osoby se zdravotním postižením. Předpokládám, že tato zařízení navštěvují osoby se zdravotním postižením, zejména mentálně postižení uživatelé, mezi nimiž jsou jedinci s problémovým/agresivním chováním.

Cílem šetření provedeném ve spolupráci se zařízeními sociální péče, které se věnují péči o lidi s mentálním postižením bylo zmapovat podmínky při práci s problémovými uživateli sociálních služeb, tzn. věnovat se:

- a) nejčastějším projevům, kterými se vyznačuje problémového chování uživatelů,
- b) možnostem zásahu při problémovém chování před vznikem zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a po vzniku tohoto zákona,
- c) jakým způsobem zaznamenávají pracovníci průběh dne,
- d) zaznamenávání incidentů problémových uživatelů,

- d) využitím terapií jak k prevenci problémového chování, tak v běžném životě uživatelů,
- e) možností využití různých druhů terapií či přístupů při individuální práci s těmito klienty,
- f) možností využití metody Gentle Teaching v zařízeních sociální péče.

Na základě cíle šetření jsem položila následující základní otázky, tyto otázky jsou obsahové<sup>169</sup>, čili zjišťují údaje, které jsou nutné pro splnění výzkumného záměru:

1. Máte ve vašem zařízení uživatele, jejichž chování je problémové/agresivní?
2. Jaké jsou nejčastější projevy problémového/agresivního chování vašich uživatelů?
3. Jaké typy restriktivních opatření jste měli možnost před účinností zákona o sociálních službách využít?
4. Jaké opatření při práci s agresivními uživateli používáte nyní?
5. Používáte nějaké tabulky/zápisy pro záznam průběhu dne agresivních klientů?
6. Používáte nějaké tabulky/zápisy pro záznam incidentů?
7. Máte vypracovaný nějaký plán (individuální, výchovný) k zvládnutí agresivního chování uživatelů? Co je jeho obsahem?
8. Používáte nějaký standardizovaný dotazník, např. Dotazník MAS – The Motivation Assessment Scale (rozpoznání funkčnosti problémového chování)?
9. Máte možnost využít nějaké druhy terapií k prevenci agresivního chování?
10. Používáte při práci s handicapovanými klienty alternativní terapie? Jaké?
11. Máte možnost (prostory) provozovat terapie přímo ve vašem zařízení?
12. Máte ve vašem zařízení snoozelen (prenatální místnost, místnost pro smyslovou terapii)?
13. Jaké přístupy, metody, terapie (které nebyly výše zmíněny) používáte při práci s agresivními uživateli?

---

<sup>169</sup> Srov.: CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*, s. 164.

14. Slyšeli jste o metodě Gentle Teaching (jemné učení), která je nenásilným přístupem, který pomáhá lidem se zvláštními potřebami a lidem s problémovým chováním? Měli byste zájem se o této metodě něco dozvědět?

Jako doplňující otázky, které jsou funkcionální, čili optimalizují průběh dotazování (jsou to položky kontaktní, kontrolní a filtrační)<sup>170</sup>, jsem zvolila:

1. Vaše zařízení je

- a) Domov pro osoby se zdravotním postižením
- b) Centrum denních služeb
- c) Stacionář
  - denní
  - týdenní

2. Kolik uživatelů má vaše zařízení?

3. Na jaké pozici v zařízení pracujete?

4. Kolik uživatelů máte obvykle na vaší směně na starosti?

5. Pracujete stále se stejnými uživateli?

6. Máte (ve vašem oddělení) vytvořeny např. menší pracovní skupiny uživatelů na nějaké denní činnosti?

7. Kolika uživatelům musíte věnovat zvýšenou péči z důvodu jejich problémového chování?

8. Používali jste ve vašem zařízení nějaká restriktivní opatření?

Dotazníkové šetření viz. Příloha č. 8.

Následuje rozbor dotazníkového šetření.

---

<sup>170</sup> Srov.: CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*, s. 164-165.

## 1. Vaše zařízení je:

- a) Domov pro osoby se zdravotním postižením (vypište pro jakou věkovou skupinu uživatelů)
- b) Centrum denních služeb
- c) Stacionář
  - denní
  - týdenní

Hodnotila jsem odpovědi 25 Domovů pro osoby se zdravotním postižením, které uváděly různou věkovou hranici svých uživatelů, ve většině případů respondenti uváděli věkové rozpětí podle nejmladšího a nejstaršího uživatele v daném zařízení.

Z 25 Domovů 2 Domovy věkovou hranici neuvedly. Obecně by se věkové rozpětí dalo rozdělit do dvou skupin:

- a) Od narození do 26 let a od 26 let do dožití,
- b) Od narození do 18 let a od 18 let do dožití.

## 2. Kolik uživatelů má vaše zařízení?

Dělení Domovů dle počtu uživatelů (označení malý, střední a velký domov použijte i v následujících otázkách):

**Tabulka č. 1 Počet uživatelů v zařízeních sociální péče**

Označení zařízení	Počet uživatelů	Počet zařízení (z 25)	Procentuální zastoupení
Malý Domov	5 - 50	8	32 %
Střední Domov	51 - 100	13	52 %
Velký Domov	101 - 210	4	16 %

### 3. Na jaké pozici v zařízení pracujete?

Tabulka č. 2. Pracovní pozice respondentů

Pozice	Počet pracovníků	Procentuální zastoupení
Ředitel/ka	3	12 %
Sociální pracovník/pracovnice	6	24 %
Vedoucí <sup>171</sup>	16	64 %

### 4. Kolik uživatelů máte obvykle na vaší směně na starosti?

U této otázky z mého šetření vyplynuly závěry, které vycházejí ze sdělení vedoucích pracovníků, kteří jsou v přímé péči (nezapočítávám funkci ředitele a sociálního pracovníka z toho důvodu, že se nepodílí na přímé péči o uživatele).

U malých Domovů je v průměru je 1 pracovník na 10 uživatelů.

U středních Domovů je v průměru 1 pracovník na 8 – 12 uživatelů.

U velkých Domovů je v průměru 1 pracovník na 7 uživatelů.

Důležitá je zejména individuální práce s jednotlivými uživateli, která probíhá v menších skupinkách na příklad při různých terapiích (např. ergoterapie). Zde dochází k osobnímu rozvoji uživatele.

### 5. Pracujete stále se stejnými uživateli?

a) ano

b) ne (vypište u kolika uživatelů se střídáte):

---

<sup>171</sup> Pojem vedoucí zde obsahuje mnoho názvů – „vedoucí“: domova, vychovatelka, výchovného-volnočasového úseku, oddělení podporovaného bydlení, úseku aktivit a sociální podpory, instruktorka, úseku přímé péče o klienty, výchovy, pracovníků v sociálních službách, sociálního úseku.



Všechna zařízení pracují stále se stejnými uživateli, každá skupinka uživatelů má svého klíčového nebo kmenového pracovníka.

**6. Máte (ve vašem oddělení) vytvořeny např. menší pracovní skupiny uživatelů na nějaké denní činnosti?**

**a) ne**

**b) ano**

Tři domovy na tuto otázku vůbec neodpověděly, ani nevyplnily tabulku, do které měli respondenti zaznamenat název skupiny (pracovní činnosti), počet uživatelů ve skupině, počet pracovníků ve skupině.

Ostatní respondenti odpověděli výpisem tabulky.<sup>172</sup> V průměru zde nacházíme zejména pracovní terapie (práce v chráněných dílnách – keramika, tkaní koberců, ruční práce, práce se dřevem, hlinou...), dále alternativní terapie (arteterapie, canisterapie, hippoterapie), rehabilitace, aktivizační činnosti.

**7. Máte ve vašem zařízení uživatele, jejichž chování je problémové či agresivní?**

**a) ano**

**b) ne**

Na tuto otázku všechny Domovy odpověděly ANO.

---

<sup>172</sup> Tabulka aktivit viz. Příloha č. 8.

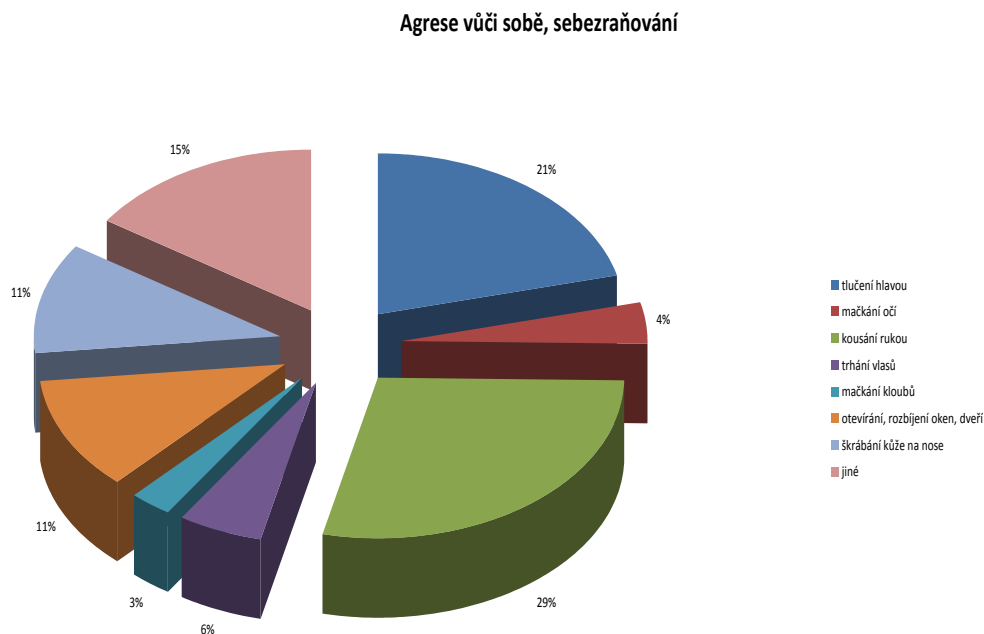
**8. Kolika uživatelům musíte věnovat zvýšenou péči z důvodu jejich problémového chování?**

**Tabulka č. 3 Počet problémových uživatelů, kteří potřebují zvýšenou péči**

Počet uživatelů v zařízení	Počet agresivních uživatelů
20	6
90	2 z každé skupiny (8 – 12 členů)
82	1 – 2 z každého oddělení
119	Neuvedeno
208	Do 10
68	Asi 14
64	1 z 11
90	Asi 10 – 20
74	20
115	15
82	2 – 5 v každé skupině
20	2
70	20
74	20
30	6
99	Neuvedeno
70	5
50	4
18	3
130	3 – 4
38	9
57	5
5	Neuvedeno
34	12
50	Neuvedeno

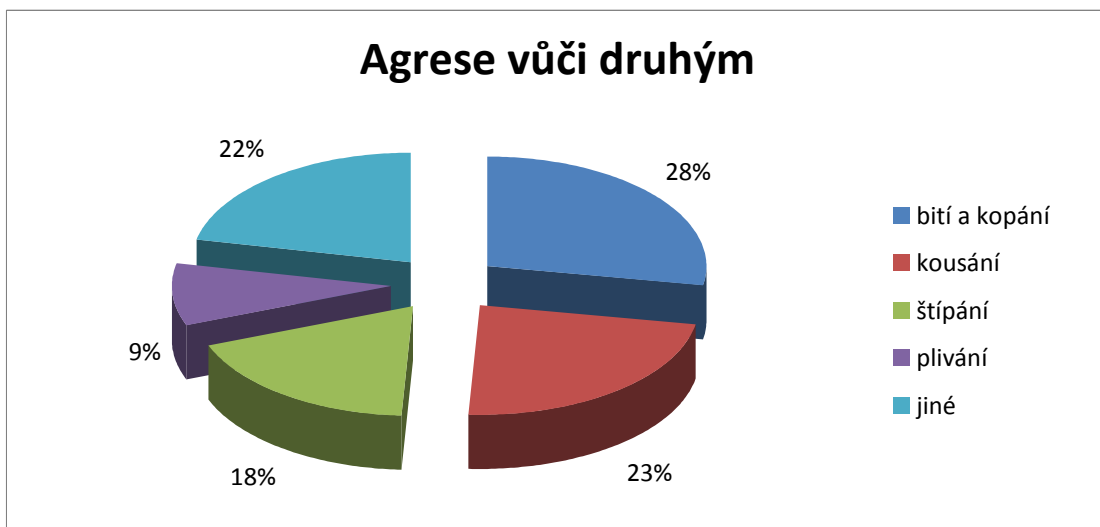
## 9. Jaké jsou nejčastější projevy problémového či agresivního chování vašich uživatelů?

Graf č. 1 Projevy agrese uživatelů vůči sobě



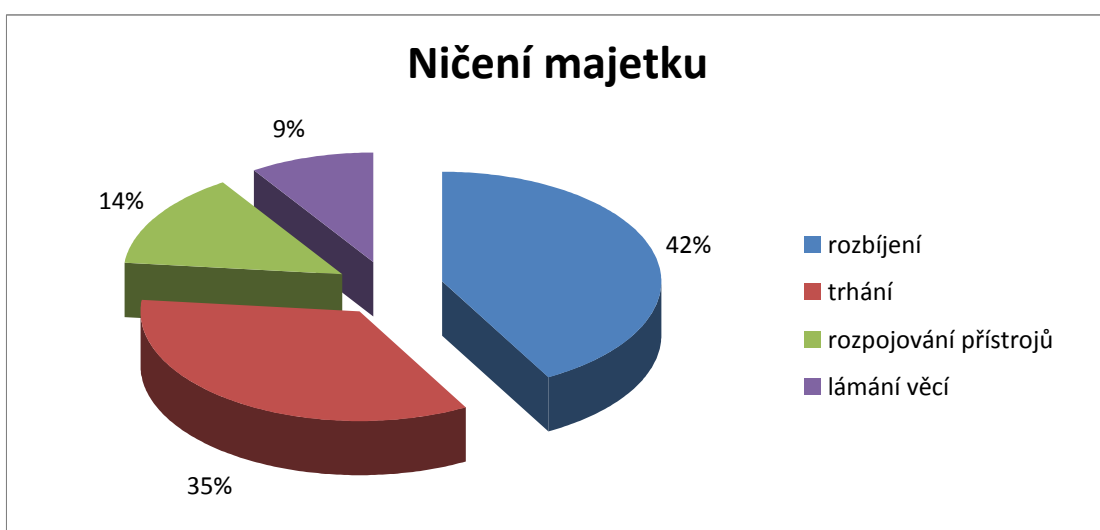
V teoretické části mé práce jsem popsala nejčastější projevy sebezraňování, které jsem mezi které patří tlučení hlavou, mačkání očí, kousání rukou, trhání vlasů, mačkání kloubů, otevírání a rozbíjení oken či dveří, škrábání kůže na nose – tyto druhy jsem také zaznamenala do dotazníku. Z grafu vyplývá, že nejčastějším druhem sebezraňování je kousání rukou (29 %). Dále 15 % respondentů uvedlo jiné druhy sebezraňování, mezi které uvedli: verbální agrese, prudké dosedání na toaletu, sebepoškozování na končetinách, odmítání požívat stravu v kolektivu, odmítání spolupráce, bouchání pěstmi do krku, hlavy, zdi, stromů, fackování sebe sama, pití horké vody, mazání se stolicí, škrábání kůže na řitním otvoru, svlékání se na veřejnosti.

**Graf č. 2 Projevy agrese uživatelů vůči druhým**



Nejrozšířenějším druhem agrese vůči druhým je bití a kopání (28 %) a kousání (23 %). 22 % respondentů uvedlo i jiné druhy agrese: verbální agrese, vulgární vyjadřování, škrábání, trhání vlasů, brání cizích věcí, škrcení, házení předmětů, agrese vůči zvířatům (týrání, kopání), sexuální obtěžování, fackování, objímání druhých.

**Graf č. 3 Projevy agresivního chování uživatelů na majetku**



Majetek mohou uživatelé ničit mnoha způsoby: rozbíjením, trháním, rozpojováním přístrojů či lámáním různých věcí. Respondenti popsali i jiné situace ničení majetku: vylamování dveří (nábytek, vstup), demolování nábytku, vyhazování věcí z oken, prskání při jídle, kopání do dveří, házení nábytkem, páření prošívaných dek.

#### **10. Používali jste ve vašem zařízení nějaká restriktivní opatření?**

**a) ano**

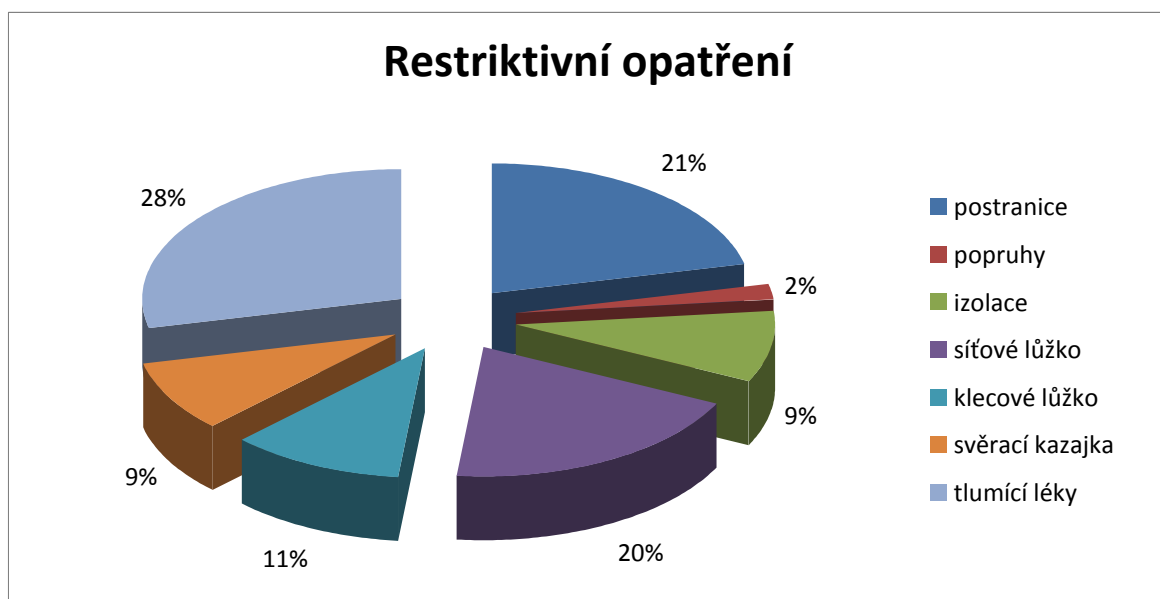
**b) ne**

3 respondenti (12 %) odpověděli, že žádná restriktivní opatření nepoužívali, byli to respondenti, jejichž celkový počet klientů byl 90 (přitom uvedli, že mají „asi 10 – 20 klientů, kteří se projevují agresivně), 30 (uvedli, že mají 6 agresivních klientů) a 5 (počet agresivních klientů neuvedli). 22 respondentů (88 %) uvedlo, že restriktivní opatření používali.

#### **11. Jaké typy restriktivních opatření jste měli možnost před účinností zákona o sociálních službách využít?**

Nejčastěji používanými typy restriktivních opatření, které využívaly zařízení sociální péče před vznikem zákona o sociálních službách, byly zejména tlumící léky, dále postranice a síťová lůžka. Méně používanými opatřeními bylo použití klecových lůžek, svěracích kazajek či izolací. Nejméně používaným opatřením byly popruhy.

**Graf č. 4 Používání restriktivních opatření před vznikem zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách**



## 12. Jaké opatření při práci s agresivními uživateli používáte nyní?

**Jaké opatření při práci s agresivními klienty používají v zařízeních sociální péče po vzniku zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách?**

*Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách* § 89 stanovuje, že při poskytování sociálních služeb nelze používat opatření omezující pohyb osob, kterým jsou sociální služby poskytovány. Výjimkou jsou případy přímého ohrožení jejich zdraví a života či zdraví a života jiných fyzických osob. Tato opatření lze použít tehdy, byla-li neúspěšně použita jiná opatření pro zabránění takového jednání. Poskytovatel je povinen nejdříve využít slovní zklidnění, odvrácení pozornosti, rozptýlení či aktivní naslouchání. V případě použití opatření omezujících pohyb osob musí poskytovatel sociálních služeb zvolit vždy nejmírnější opatření: fyzické úchopy, poté umístění osoby do místnosti zřízené k bezpečnému pobytu, popřípadě na základě doporučení lékaře použít léky.

Před použitím omezujícího opatření je zapotřebí souhlasu lékaře, kterého je poskytovatel sociálních služeb vždy povinenm přivolat. Osoba musí být vhodným způsobem informována, že vůči ní může být použito opatření omezující její pohyb. O použití omezujícího opatření je poskytovatel povinen informovat zákonného zástupce uživatele a vést evidenci případů použití opatření omezujících pohyb osob (rozsah viz. Příloha č.7).

Se zákonem 108/2006 Sb. souvisí také Standardy kvality v sociálních službách. Příručka *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe* popisuje *Základní principy pro vypracování pravidel pro využívání restriktivních postupů*.<sup>173</sup> Tyto postupy nesmějí být používány jako trestání uživatele za nevhodné chování, nadměrné používání je považováno za týrání. Postupy musí být předem schváleny: pracovním týmem (tento tým je proškolen v používání těchto postupů), uživatelem, opatrovníkem nebo zákonným zástupcem. Musí být vypracován přesný popis omezujícího postupu, který má být použit, jeho účel, chování/jednání, ke kterému se dané postupy vztahují, časové termíny pro postup a kritéria, jejichž prostřednictvím bude použití zastaveno. Dále musí být vypracován plán pro snižování použitá omezujících opatření s časovým rozvrhem kontrol. Používání těchto opatření musí být kontrolováno/monitorováno a vyhodnocována efektivnost použití. V příručce jsou dále popsány možné zdroje problémového chování uživatelů, souvislost problémového chování s naplňováním základních lidských potřeb či používání restriktivních postupů.

V menších domovech sociální péče (malé Domovy) (počet uživatelů maximálně 50) používají při práci s agresivními klienty zejména:

- verbální zklidnění, osobní domluva,
- zvýšený dohled,
- alternativní terapie na uvolnění a zklidnění (bazální stimulace, dotyková terapie, masáže),
- telefonickou verbální pomoc rodičů, kdy díky telefonátu dojde ke zklidnění uživatele,
- odpoutání pozornosti,

---

<sup>173</sup> ČERMÁKOVÁ, K. a JOHNOVÁ, M. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*, s.30, dostupné na <http://www.mpsv.cz> [citováno dne 21.2.2009].

- odvedení uživatele od ostatních osob do jiné klidné místnosti, kde po nějaké době dojde ke zklidnění,
- při velké agresi využívají fyzické úchopy či pomoc lékaře rychlé záchranné služby; zatelefonují zákonnému zástupci, který schválí použití léků, odvoz do zdravotnického zařízení či umístění do izolace.

V domovech větších (střední Domovy) (51 – 100 uživatelů) se nejčastěji využívají tyto postupy:

- odstranění nebo zmírnění bezprostřední příčiny,
- prevence – vycházky, práce, individuální přístup, činnosti,
- domluva personálu/klíčového pracovníka, vedení rozhovoru, domluva,
- po pohovoru s lékařem úprava medikace, tlumící léky (se souhlasem lékaře a zákonného zástupce), konzultace s psychiatrem,
- postranice,
- úchopy,
- terapeutická/klidová místnost + terapie (se souhlasem lékaře a zákonného zástupce).

Ve velkých domovech (101 – 210 uživatelů) využívají:

- nové technické parametry – zmenšení skupin, intimní ložnice, estetizace prostředí...,
- kurzy sebeobrany – bez fyzické újmy na zdraví,
- úchopy,
- spolupráce s odbornými lékaři a psychiatrickou léčebnou.

V těchto příkladech z praxe můžeme pozorovat stejné prvky u všech respondentů, kdy nezáleží na velikosti zařízení. Stejným postupem je zejména v individuální přístup k uživatelům (menší skupiny) a spolupráce s odbornými lékaři (ošetřující lékař, psychiatr). Dalším společným znakem je používání úchopů.

### **13. Používáte nějaké tabulky / zápisy pro záznam průběhu dne agresivních uživatelů?**



**Tabulka č. 4 Četnost zapisování průběhu dne agresivních uživatelů**

Odpovědi	Počet respondentů	Procentuální zastoupení
Ano, tabulky	3	12 %
Ano, zápisy	19	76 %
Ne	3	12 %

**14. Používáte nějaké tabulky / zápisy pro záznam incidentů?**

**Tabulka č. 5 Četnost zapisování incidentů**

Odpovědi	Počet respondentů	Procentuální zastoupení
Ano, tabulky	2	8 %
Ano, zápisy	22	84 %
Ne	1	8 %

**15. Máte vypracovaný nějaký plán (individuální, výchovný) k zvládnutí agresivního chování uživatelů?**

**Tabulka č. 6 Četnost vypracování plánů k zvládnutí problémového chování**

Odpovědi	Počet respondentů	Procentuální zastoupení
Ano	16	64 %
Ano, nevyplněno	4	16 %
Ne	4	16 %
Neuvedeno	1	4 %

Respondenti odpovídali, že postupují dle Metodiky vyhodnocování příčin agresivity, respektive podle Standardu kvality číslo 2, příloha číslo 1 – zvládnání rizikového agresivního chování.

**16. Používáte nějaký standardizovaný dotazník, např. Dotazník MAS – The Motivation Assessment Scale (rozpoznání funkčnosti problémového chování)?**

24 respondentů odpovědělo NE.

Respondent, který odpověděl ANO, poznamenal, že tento dotazník používají u jedné klientky, ale chtějí ho nadále používat i u ostatních klientů.

Jeden respondent poznamenal, že ho v zařízení znají teoreticky, ale je složitý pro použití.

Další respondent poznamenal: „*Tento problém je zpracován v individuálním plánu potřebného uživatele je dle potřeby aktualizován.*“

**17. Máte možnost využít nějaké druhy terapií k prevenci agresivního chování?**

**Tabulka č. 7 Využívání terapií k prevenci problémového chování**

Druh terapie	Počet užití
Medikamentozní	11
Behaviorální	2
Kognitivní	2
Kognitivně-Behaviorální	5
Žádné	7

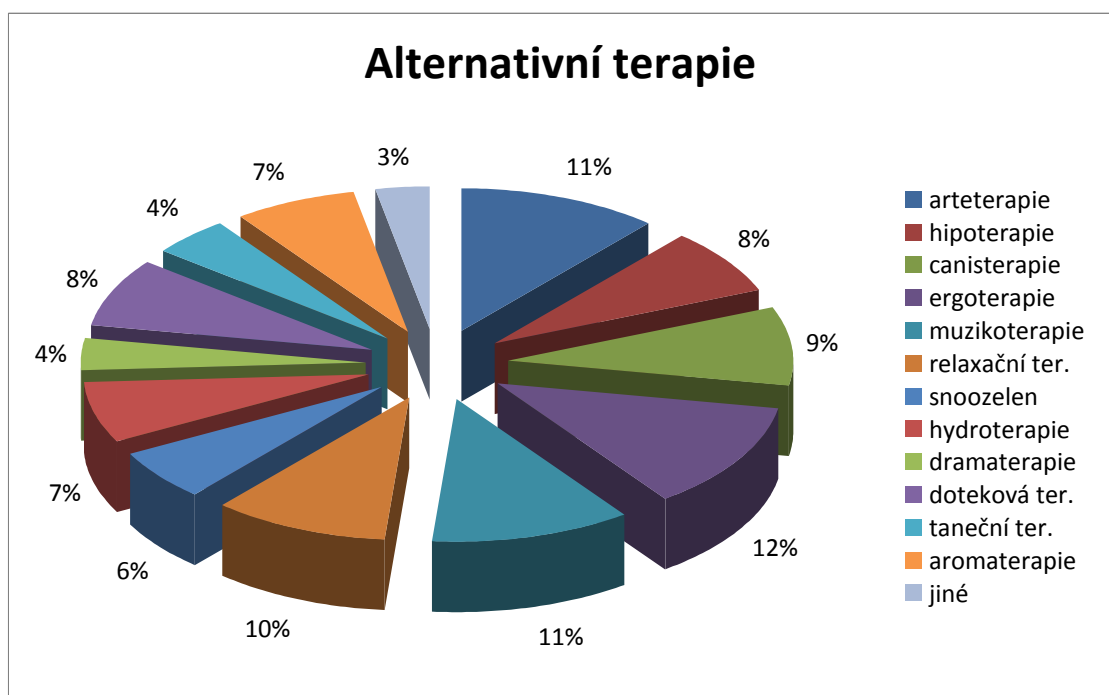
Respondenti zaznamenávali terapie, které používají k prevenci agresivního chování, měli možnost zaznamenat více terapií najednou. 7 respondentů (28 %) uvedlo, že nepoužívají žádné terapie.

Dále respondenti uváděli jiné alternativy prevence, které používají:

- telefonní kontakt se zákonným zástupcem
- bazální stimulace
- muzikoterapie (uvedeno dvěma respondenty)
- celoživotní vzdělávání
- kavárna
- aktivity (uvedeno dvěma respondenty)
- neformální pohovory
- hippoterapie (uvedeno dvěma respondenty)
- pracovní terapie (uvedeno třema respondenty)
- amatérská canisterapie
- preterapie

## 18. Používáte při práci s handicapovanými klienty alternativní terapie?

Graf č. 5 Využívání alternativních terapií



## 19. Máte možnost (prostory) provozovat terapie přímo ve vašem zařízení?

Tabulka č. 8 Možnosti provozování terapií v zařízeních

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální zastoupení
Ano	19	76 %
Ne	1	4 %
Na některé uživatele docházejí	5	20 %

## 20. Máte ve vašem zařízení snoozelen (prenatální místnost, místnost pro smyslovou terapii)?

Tabulka č. 9 Četnost místností pro snoezelen

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální zastoupení
Ano	5	4 %
Ne	20	96 %

Tato otázka byla kontrolní, protože snoozelen uvádím jako alternativní terapii v otázce číslo 18. Z 20 respondentů, kteří odpověděli, že nemají prenatální místnost v předcházející otázce odpovědělo, že provádějí snoozelen terapii.

## 21. Jaké přístupy, metody, terapie (které nebyly výše zmíněny) používáte při práci s agresivními uživateli?

V předchozích otázkách jsem zkoumala, zda v zařízeních používají restriktivní opatření, terapie (medikamentózní, kognitivní, behaviorální, kognitivně-behaviorální či jiné), alternativní terapie (muzikoterapie, arteterapie, hipoterapie, canisterapie, egroterapie...). V těchto otázkách jsem přímo opatření a terapie vypsal a tím jsem

respondentům dala na výběr z různých možností. Touto otázkou jsem chtěla dát respondentům prostor pro popsání dalších přístupů, metod či terapií, které jsem výše neuvedla.

Z 25 dotazovaných 13 respondentů (52 %) odpovědělo, že nepoužívají žádné další přístupy, metody či terapie. Zbylých 12 respondentů (48 %) používá tyto přístupy či metody (ne terapie):

- komunikace s uživatelem, domluva, rozhovor, pozorování,
- odvedení/obrácení pozornosti,
- předcházení situacím, které vedou k afektu,
- profesionaliza zaměstnanců,
- individuální přístup k uživatelům,
- každodenní pobyt na čerstvém vzduchu,
- jeden z respondentů uvedl: „*Všichni klienti jsou u nás více než deset let a sestry ví, co individuálně na každého platí (pohládit, pokárat, nabídnout odměny – televize, sladkost, pohádka...)*“.

Při práci s uživateli, kteří mají výchovné problémy můžeme použít na příklad **výuku s malou intervencí**, jejíž cílem je snížit míru odmítání pečovatele, který při denních činnostech zavádá uživateli konkrétní úkoly. Pečovatel by měl rozpoznat známky odmítavého chování, vyčkat a poté daný úkol zadat znovu, obvykle v méně obžité formě. Další možnou metodou je **výběrový přístup**, který požaduje zapojení vždy jednoho pečovatele/terapeuta s jedním uživatelem. Uživatel se musí vyrovnat s okolním světem, kterému nerozumí, jeho nutkavé a stereotypní chování a společenská izolovanost jsou jeho odpovědí na vlastní vnitřní zmatek, a proto potřebuje být přijímán takový, jaký je. Další variantou přístupu k agresivním klientům je **terapie denního života**. Záměrem této metody je stabilizace slabých emocí uživatele, má čelit nevhodnému chování uživatele. Základem je práce ve skupině, kdy je uživatel neustále podněcován, aby se ke skupině vracel. Tento přístup také využívá např. muzikoterapii, ergoterapii, relaxační techniky.<sup>174</sup>

---

<sup>174</sup> VOCILKA, M. Výchova a vzdělávání autistických dětí, s. 22-24.

## 7 Diskuse

Dotazníkové šetření, které bylo zaměřeno na zvládání problémového chování v Domovech pro osoby se zdravotním postižením, bylo prováděno se vzorkem dvacetipěti respondentů. Použila jsem dotazníkovou metodu, která mi umožnila studovat daný jev na velkém počtu výzkumného vzorku. Můj výzkumný vzorek zahrnoval zařízení sociální péče, ve kterých žijí osoby s mentálním postižením, mezi kterými jsou i osoby s problémovým chováním.

Za problematickou část v prováděném dotazníkovém šetření považuji zejména volbu elektronické podoby dotazníku. Dotazník v elektronické podobě má sice mnoho výhod, kterých jsem využila, ale nevýhodou je, že se již respondentů nemohu doptat, popřípadě upřesnit otázku, které by respondent dobře neporozuměl. Lepší by zřejmě byla volba tištěného dotazníku a osobní návštěva v daných zařízeních (což může být časově i finančně náročné). To vidím jako doporučení pro další výzkumníky, kteří se budou takovouto problematikou zabývat.

Naopak i výhodou mnou zvolené metody vidím v množství informací, které jsem touto metodou získala. Takovéto množství informací mi umožnilo udělat si ucelenou představu o práci s osobami s mentálním postižením a zejména s osobami s problémovým chováním v zařízeních sociální péče.

Výsledky, které jsem získala dotazníkovým šetřením, se mohou stát zajímavým podnětem k dalšímu zkoumání problematiky života lidí s mentálním postižením v Domovech pro osoby se zdravotním postižením. Navrhuji propojení dotazníkové metody s metodou polostrukturovaného rozhovoru s respondenty.

Dále by bylo, z mého pohledu určitě zajímavé provést srovnání dotazníků Domovů pro osoby se zdravotním postižením, Stacionářů a Denních Center.

Touto prací bych chtěla vyzvednout důležitost přístupů ve zvládání problémového chování uživatelů sociálních služeb. Nejdůležitější stále zůstává prevence vzniku problémového chování a dále zvládání tohoto chování pomocí terapií, jak alternativních, tak terapií zaměřených na změnu chování daného uživatele.

## Závěr

Za poslední desetiletí přispěla celá řada opatření k tomu, aby se osoby s postižením mohly účastnit života většinové společnosti. Všude v zemi existují školky, ve kterých si spolu hrají děti s postižením i bez postižení. Na mnoha školách existují „integrační třídy“ pro děti s postižením. Univerzity mají vlastní poradny pro studenty s postižením. A podle zákona musejí od roku 2001 všichni zaměstnavatelé na žádost zástupců osob s postižením zpracovat plán, jak zvýšit počet zaměstnanců s postižením a přizpůsobit existující pracovní místa jejich potřebám.

Už v roce 2002 vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí Standardy kvality sociálních služeb, které zavazují domovy mimo jiné k tomu, aby při péči respektovaly především vůli svých klientů. Díky těmto novým předpisům se dlouhodobě žádná česká zařízení poskytující sociální služby základní modernizaci nevyhýbá, ale proměna se děje velmi pomalu. Pravdou je, že v posledních letech velké sály, ve kterých se spalo za komunismu, rozdělily příčky na menší pokoje, jež si obyvatelé mohou zařídit a vyzdobit podle vlastního vkusu. Přesto ale ve většině pokojů stále bydlí tři až šest lidí. Místnosti, ve kterých se přebývá přes den, jsou na stejném místě jako ložnice, takže alespoň v zimě se obyvatelé změny prostředí téměř nedočkají. Jedna pečovatelka se musí průměrně starat o osm klientů.<sup>175</sup> Jak tedy zabránit problémovému chování?

U osob s mentálním postižením dochází k neklidu nebo k agresí a nebezpečí sebepoškození. Naší povinností je takovému stavu nebo jednání zabránit. Těžce mentálně postižený jedinec může napadat jiné nebo je může svým chováním provokovat k útoku, často se stává, že klient bere jiným jídlo nebo i nejedlé předměty, které hltavě pojídá, a může se udusit nebo otrávit. Protože spektrum možností jak tomuto chování zabránit je omezené, snažila jsem se ve své práci popsat alespoň některé z možností jak ke klientovi přistupovat, aby k agresivitě nedocházelo.

Nejdůležitější je naučit personál jak uspokojit potřeby klientů a jak podporovat jejich samostatnost. V tom, aby s obyvateli domova zacházeli jako s dospělými a rovnocennými lidmi, zaměstnancům českých domovů však nebrání jenom starý zvyk, ale také česká společnost.

---

<sup>175</sup> Srov.: Článek *Na cestě z klecí*, Respekt 11/2008, ročník XIX., 10. – 16. března 2008, , ISSN: 0862-6545, s. 39.

Ve své práci jsem se snažila nastínit problémy, se kterými se můžeme setkat při práci k klienty s problémovým chováním. Chtěla jsem také sestavit ucelený systém metod a přístupů, ve kterém si pečovatel může vybrat jakou metodou bude s klientem pracovat či jaký přístup při práci použije. Byla bych ráda, kdyby se v České republice začala používat metoda Gentle Teaching, se kterou jsem se setkala v Nizozemí.

Ředitelé, kteří si svůj personál přeškolí sami, instituce, které se k osobám s postižením chovají jako k rovnoprávným členům společnosti, a rodiče, kteří své děti kvůli přehnanému strachu nepřipravují o základní práva – k tomu, aby se život osob s postižením v České republice stal normálnějším a samostatnějším, musí přispívat celá společnost.

Odstranění klecových lůžek je pro nás začátkem něčeho nového. Nemění se tím jen postavení klienta, ale měl by se změnit i přístup personálu ke klientům. Přístup personálu by měl být osobitější a měl by upřednostňovat potřeby klienta. Při zvládání agresivních klientů je nejdůležitější, abychom klientovi zaplnili den smysluplnými aktivitami a k tomu je důležité, aby personál klienta dobře znal a věděl, co klient umí, co ho baví a co by vzhledem ke svému postižení zvládl. Ve své práci zmiňuji nejen zvládání agresivního chování, ale také terapie, které pracují s agresivními klienty a přístupy ve zvládání tohoto chování. Myslím si, že univerzální metodou, která se dá použít při práci se všemi klienty, kteří jsou agresivní je metoda Gentle Teaching, se kterou jsem se setkala v Nizozemí, kde je tato metoda úspěšná.

Ve své praktické části jsem se věnovala rozboru dotazníkového šetření, které mělo zmapovat situaci zvládání problémového chování v zařízeních sociální péče (v Domovech pro osoby se zdravotním postižením) v České republice. Šetření probíhalo od 31. ledna 2009 do poloviny dubna 2009. 31. ledna 2009 jsem rozeslala dotazník v elektronické podobě do zařízení sociální péče v celé České republice dle Adresáře zařízení sociální péče.

Konečný rozbor šetření jsem provedla na vzorku dvacetipěti respondentů, kterými byly Domovy pro osoby se zdravotním postižením. Šetření se zúčastnily i Stacionáře a Denní Centra, která jsem nakonec pro malý počet respondentů ze vzorku vypustila. Primárním cílem šetření bylo zmapování situace v zařízeních sociální péče, která pracují s osobami s mentálním postižením, se zaměřením na uživatele, kteří mají problémy v chování, zejména v oblasti restriktivních opatření, terapií a přístupů k takovému chování.



Výzkumný vzorek možná málo početný, ale metoda a množství otázek, které jsem si zvolila umožňuje reprezentovat poznatky na menším okruhu respondentů. Šetření se zúčastnilo celkem 25 respondentů, z toho osm „malých Domovů“, jejichž počet uživatelů je 5 – 50; třináct „středních Domovů“, kde je počet uživatelů 50 – 100; a čtyři „velké Domovy“, jejichž počet uživatelů je 101 – 210. Ze zmíněného dělení lze rozpoznat, že se šetření účastnilo rozmanité spektrum zařízení.

Jako hlavní metodu jsem zvolila dotazníkové šetření. Touto metodou jsem získala vyžadované informace. Ze šetření vyplynulo mnoho zajímavých skutečností viz. výše.

Chtěla bych, aby se má práce stála jakýmsi návodem, jak pracovat s klienty s agresivním chováním nejen pro pečovatele v Domovech, ale i pro rodiče.

## Bibliografie

*Adresář zařízení sociální péče.* [online]. [citováno 31.1.2009]. Dostupné na World Wide Web: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/1837/Zpravodaj\\_4-2006.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/1837/Zpravodaj_4-2006.pdf) .

*Aromaterapie.* [online]. [citováno 7.4.2009]. Centrum integrované medicíny. Dostupné na World Wide Web: <http://www.cimed.cz/aromaterapie.html> .

Arteterapie v ČR. [online]. [citováno 6.3.2009]. Česká arteterapeutická asociace. Dostupné na World Wide Web: <http://www.arteterapie.cz/index.php?disp=arteterapie&lang=0> .

AUTORSKÝ KOLEKTIV. *Akademický slovník cizích slov*, 1. vyd. (dotisk), Praha: Academia, nakladatelství AV ČR 1998 (2000).

CAMPBELLOVÁ, J. *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*, 1. vyd. Praha: Portál, 1998, ISBN 80-7178-204-1.

*Canisterapie.* [online]. [citováno 6.3.2009]. Pomocné tlapky, o. p. s., sekce Canisterapie. Dostupné na World Wide Web: <http://www.canisterapie.cz/index.html> .

CASEOVÁ, C., DALLEYOVÁ, T. *Arteterapie s dětmi*, 1. vyd. Praha: Portál, 1995, ISBN 80-7178-065-0.

CELTOVÁ, M. *Odstranění klecových lůžek – a co dál?*, (absolvenstká práce), Olomouc: CARITAS-VOŠ sociální, Olomouc, 2008.

*Co je canisterapie?* [online]. [citováno 7.4.2009]. Chovatelská stanice ADETEVA. Dostupné na World Wide Web: <http://www.adeteva.estranky.cz/stranka/canisterapie> .

*Co je ergoterapie?* [online]. [citováno 6.3.2009]. Česká asociace ergoterapeutů. Dostupné na World Wide Web: <http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1> .

*Co je KBT?* [online]. [citováno 9.2.2009]. Odyssea institut. Dostupné na World Wide Web: [http://www.kbtinstitut.cz/kbt/co\\_je\\_kbt/](http://www.kbtinstitut.cz/kbt/co_je_kbt/) .

*Co je osobní asistence.* [online]. [citováno 6.4.2009]. Asociace pro osobní asistenci. Dostupné na World Wide Web: <http://www.apoa.cz/index.php/o-osobni-asistenci> .

ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K, a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*, 1.vyd., Praha: Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-319-2.

ČERMÁKOVÁ, K., JOHNOVÁ, M. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*, Průvodce poskytovatele, Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2003.

*Definition: Snoezelen.* [online]. [citováno 8.3.2009]. International Snoezelen Association. Dostupné na World Wide Web: <http://www.isna.de/index3.html> .

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

*Ergoterapie.* [online]. [citováno 6.3.2009]. Wikipedie otevřená encyklopedie. Dostupné na World Wide Web: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Ergoterapie> .

*Fenylketonurie.* [online]. [citováno 13.4.2009]. Dostupné na World Wide Web: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Fenylketonurie> .

*Hiporehabilitace.* [online]. [citováno 6.3.2009]. Hipoterapie o. s. EPONA. Dostupné na World Wide Web: <http://www.hipoterapie.cz/index.html> .

*Hypoxie.* [online]. [citováno 13.4.2009]. Dostupné na World Wide Web: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Hypoxie> .

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*, 1. vyd., Praha: Grada, 2007, ISBN 978-80-247-1369-4.

KLIKL, J. *Použití hiporehabilitace u duševních poruch*, Česká a slovenská psychiatrie

*Klinefelterův syndrom.* [online]. [citováno 13.4.2009]. Dostupné na World Wide Web: [http://cs.wikipedia.org/wiki/Klinefelter%c5%afv\\_syndrom](http://cs.wikipedia.org/wiki/Klinefelter%c5%afv_syndrom) .

KOHOUTEK, R. *Pojem snoezelen*, [online]. [citováno 8.3.2009]. Slovník cizích slov. Dostupné na World Wide Web: [http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ\\_hledani=prefix&cizi\\_slovo=snoezelen](http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=snoezelen) .

*Komentář k zákonu č. 108/2006 Sb. o sociálních službách*, [online]. [citováno 15.5.2007]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.mpsv.cz/cs/2151> .

LIPSKÝ, M. *Zvuk a hudba jako prostředek muzikoterapeutického působení na lidský organismus*, 2002. [online]. [citováno 6.3.2009]. Muzikoterapie, Cílené využívání zvuku a hudby k terapeutickým účelům. Dostupné na World Wide Web: <http://www.muzikoterapie.cz/?p=obsah/clanky/zvuk-a-hudba-jako-prostredek-muzikoterapeutickeho-pusobeni-na-lidsky-organizmus> .

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*, 1. vyd., Praha: Portál, 2003, ISBN 80-7178-549-0.

MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. (eds.). *Sociální práce s lidmi s mentálním postižením* in *Sociální práce v praxi*, 1. vyd., Praha: Portál, 2005, ISBN 80-7367-002-X.

*Metoda Snoezelen*. [online]. [citováno 8.3.2009]. Základní škola speciální a praktická Březejc. Dostupné na World Wide Web: <http://www.skoly-brezejc.cz/metody/> .

MICHALÍK, J. *Metodika přípravy poradců uživatelů sociálních služeb*, Praha: NRZP, 2007, ISBN 80-903657-2-8.

MOŽNÝ, P. a PRAŠKO, J. *Kognitivně-behaviorální terapie, Úvod do teorie a praxe*, , 1. vyd., Praha, Triton 1999, ISBN 80-7254-038-6.

MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*, 1. vyd., Olomouc: Studio, 2005, ISBN 80-244-1075-3.

*Na cestě z klecí*. Respekt 11/2008, ročník XIX., 10. – 16. března 2008.

NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*, 1. vyd., Brno: Zeman Marek, 2001, ISBN 80-903070-0-0.

*O canisterapii*. [online]. [citováno 6.3.2009]. Podané ruce, portál o canisterapii společnosti Podané ruce, o. s. Dostupné na World Wide Web:

□ <http://www.canisterapie.info/o-canisterapii/> □ .

PEJŘIMOVSKÁ, J. *Stres, nezáměr a agrese v muzikoterapii dětí*, 2007. [online]. [citováno 6.3.2009]. Muzikoterapie, Cílené využívání zvuku a hudby k terapeutickým účelům. Dostupné na World Wide Web:

□ <http://www.muzikoterapie.cz/?p=obsah/clanky/pejrimovskajitka-stres-nezajem-a-agrese-v-muzikoterapii-deti> □ .

*Poruchy duševní a poruchy chování (F 00-F 99)*, V. kapitola 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. [online]. [citováno 24.1.2009]. Dostupné na World Wide Web:

□ <http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/881-mkn-10-mezinarodni-klasifikace-nemoci.html> □ .

*Problémové chování*, Práce s klientem s rizikem v chování (manuál průvodce dobrou praxí), V. kapitola. [online]. [citováno 18.5.2007]. Dostupné na World Wide Web:

□ <http://www.mpsv.cz/files/clanky/4035/manual.pdf> □ .

PROCHASKA, J., O., NORCROSS, J., C. *Psychoterapeutické systémy, průřez teoriemi*, 1.vyd., Praha: Grada, 1999, ISBN 80-7169-766-4.

*Rehabilitace, hydroterapie*. [online]. [citováno 8.3.2009]. Medical Pateo Center, soukromé zdravotnické zařízení. Dostupné na World Wide Web:

□ <http://www.pateo.cz/rehabilitace/hydroterapie> □ .

SCHOPLER, E. *Příběhy dětí s autismem a příbuznými poruchami vývoje*, 1. vyd., Praha: Portál 1999, ISBN 80-7178-202-5.

SCHOPLER, E., MESIBOV, G., B. *Autistické chování*, 1. vyd., Praha: Portál, 1997, ISBN 80-7178-133-9.

SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*, 1. vyd., Praha: Grada, 2007, ISBN 978-80-247-1733-3.

*Snoezelen*, [online]. [citováno 8.3.2009]. Základní škola pro sluchově postižené a Mateřská škola pro sluchově postižené, Ostrava-Poruba, p. o. Dostupné na World Wide Web: □ <http://www.deaf-ostrava.cz/Snoezelen.htm> □ .

SOMR, M. *Základní metody výzkumu, Vybrané kapitoly z metodologie pedagogického výzkumu*, České Budějovice, 2007.

STACHOVÁ, H. in RYWIKOVÁ, B. *Terapie Snoezelen jako místo pro radost a setkávání*. Zpravodaj asociace ústavů sociální péče České republiky, 2005, roč. 7, č. 3.

*Stručný průvodce zákonem o sociálních službách*, [online]. [citováno 24.1.2009].  
Dostupné na World Wide Web: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/3222/zlom170x170web.pdf> .

ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*, 1. vyd., Praha: Portál, 2002, ISBN 80-7178-616-0.

ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*, 1.vyd., Praha: Portál, 1998, ISBN 80-7178-264-5.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*, 1. vyd., Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-506-7.

THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra*, 1. vyd., Praha: Portál, 2006, ISBN 80-7367-091-7.

*Turnerův syndrom (TS)*, [online]. [citováno 13.4.2009]. Dostupné na World Wide Web:  
[http://www.rustovyhormon.cz/turneruv-syndrom-ts?set\\_version=1](http://www.rustovyhormon.cz/turneruv-syndrom-ts?set_version=1) .

VALENTA, M. *Dramaterapie*, 1. vyd., Praha: Grada, 2007, ISBN 978-80-247-1819-4.  
VITÁSKOVÁ, K. *Čtvrtstoletí zkušeností se snoezelen*, Zpravodaj asociace ústavů sociální péče, 2004, roč. 6, č. 1.

VOCILKA, M. *Výchova a vzdělávání autistických dětí*, 1. vyd., Praha, Septima 1994, str. 72, ISBN 80-85801-33-7.

Zákon č. 108/2006 o sociálních službách.

## **Seznam obrázků**

Obrázek č. 1 ABC model lidského chování v behaviorální terapii, s. 27

Obrázek č. 2 ABC model lidského chování v kognitivní terapii, s. 34

## Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Počet uživatelů v zařízeních sociální péče, s. 63

Tabulka č. 2 Pracovní pozice respondentů, s. 64

Tabulka č. 3 Počet problémových uživatelů, kteří potřebují zvýšenou péči, s. 66

Tabulka č. 4 Četnost zapisování průběhu dne agresivních uživatelů, s. 73

Tabulka č. 5 Četnost zapisování incidentů, s. 73

Tabulka č. 6 Četnost vypracování plánů k zvládnutí problémového chování, s. 73

Tabulka č. 7 Využívání terapií k prevenci problémového chování, s. 74

Tabulka č. 8 Možnosti provozování terapií v zařízení, s. 76

Tabulka č. 9 Četnost místností pro snoezelen, s. 76



## **Seznam grafů**

Graf č. 1 Projevy agrese uživatelů vůči sobě, s. 67

Graf č. 2 Projevy agrese uživatelů vůči druhým, s. 68

Graf č. 3 Projevy agresivního chování uživatelů na majetku, s. 68

Graf č. 4 Používání restriktivních opatření před vznikem zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, s. 75

## **Přílohy**

## Příloha č. 1 Specifické poruchy a syndromy

### Downův syndrom

Downův syndrom (DS) je genetická porucha, jejímž výsledkem je MR a specifické fyzické rysy. Vzniká následkem nadpočetné části 21. chromozomu (trizomie 21). Místo 46 chromozomů tak má člověk s DS v každé buňce 47 chromozomů. Riziko vzniku DS výrazně vzrůstá s věkem matky. U mladé ženy ne počátku fertilního věku činí riziko 1:2 500, u starší ženy blíží se ke konci plodných let je okolo 1:50.

Nadpočetný chromozom ovlivňuje specifickým způsobem vzhled a stavbu těla všech lidí s DS. Dvůli nedostatečně vyvinutým obličejovým kostem a malému nosu mají tito lidé plošší rysy. Oční víčka jsou úzká a šikmá, ve vnitřním koutku očí bývá kožní řasa. Lidé s DS dosahují menšího vzrůstu, ruce a chodidla jsou malá, prsty kratší, na dlani mají příčnou rýhu a mezeru mezi prvním a druhým prstem na noze. Geny zděděné po rodičích způsobují, že se dítě také podobá svým rodičům.

Chování dětí s DS je velmi různorodé, každé dítě má své slabé i silné stránky a svou vlastní osobnost. Výskyt DS není nikterak vzácný. Typickým chováním u předškolních dětí s DS je: separační úzkost, strach z cizích lidí, stydlivost, obtíže v kontaktu s cizími lidmi; zvýšená motorická aktivita, nesoustředěnost; snížená reaktivita na pokyny; snaha upoutat na sebe pozornost nevhodným chováním; nízká frustrační tolerance – záchvaty vzteku při zákazu a vymezování hranic a pravidel. Chování často pozorované u předškolních dětí s DS – obliba rutinních činností, nechut ke změnám; tvrdohlavost, ulpívavost, nepružnost; radost ze společnosti, citovost.<sup>176</sup>

### Turnerův syndrom

Turnerův syndrom (TS) je genetická porucha, která postihuje výhradně ženy. Jedná se o vrozenou vadu, při níž má pacientka jen jeden X chromozom, druhý chybí nebo je přítomna jen jeho část, případně se druhý chromozom nachází ve dvou nebo více různých sestavách. Takto postiženy mohou být buď jen některé nebo všechny buňky těla. Zdravá žena má přítom chromozomy X v každé buňce dva, od každého rodiče jeden. V současné době je v České republice přibližně dva tisíce pacientek s TS, udává se, že každým rokem přibývá asi 20 až 25 nových případů. První celistvý popis tohoto onemocnění vytvořil Dr. Henri Turner, podle kterého byla tato genetická porucha pojmenována.

Vznik TS nelze nijak předvídat. Není závislý na věku matky, ani na zdravotním stavu či zvyklostech rodičů. Výskyt Turnerova syndromu není vázán na určitou rodinu. Chování matky během těhotenství také neovlivňuje vznik TS. Rodiče, kterým se již narodila dcerka s Turnerovým syndromem, nemají zvýšené riziko pro jeho vznik v dalším těhotenství.

TS je možné diagnostikovat již prenatálně, tedy v období těhotenství. Na základě řady charakteristických znaků lze TS zjistit také brzy po narození. Jedním z prvních příznaků novorozenců s TS bývá sklon narodit se o něco dříve a mít o něco nižší porodní váhu než ostatní novorozenci. Nemusí to však být pravidlem.

---

<sup>176</sup> ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K., a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*, s. 31-33.

Diagnóza TS se stanovuje jak na základě přítomnosti řady charakteristických příznaků (porucha některých funkcí organismu a narušení vývoje řady orgánů, například odlišný vývoj, tvar a složení kostí, odlišný způsob utváření mízní soustavy, vrozené vývojové vady ledvin, srdce a cév, narušený vývoj pohlavní soustavy, psychické obtíže a podobně), tak i pomocí genetického vyšetření bílých krvinek (lymfocytů). Pokud nejsou výsledky tohoto testu dostatečně průkazné, posílají se ke genetické analýze ještě i buňky kůže.

Přestože se TS může projevit řadou typických příznaků již v období před narozením, může být naopak v některých případech prvním znakem až porucha růstu v pozdějším věku. Dívky jsou malé postavy. Jejich průměrná výška v dospělosti dosahuje 145 cm, tedy o 20 cm méně, než je průměr pro ženy.

Příčina malého vzrůstu u dívek s TS není zatím ještě přesně objasněna. Předpokládá se, že dívky s TS produkují normální množství růstového hormonu, ale dlouhé kosti, které jsou především zodpovědné za tělesnou výšku, jsou vůči tomuto hormonu méně vnímavé.<sup>177</sup>

## **Klinefelterův syndrom**

Klinefelterův syndrom (XXY) Genetická porucha způsobená chromozomální aneuploidií. Tedy, postižený mužský jedinec má místo jednoho chromozómu X tyto chromozomy dva, a jeden Y. Tento syndrom je pojmenován po endokrinologovi rakouského původu pracujícím v Bostonu Harrym Klinefelterovi, který jej roku 1942 poprvé jako vedoucí studie popsal v „Journal of Clinical Endocrinology.“

Hlavním dopadem je narušení vývoje varlat a poruchy plodnosti, spolu s dalšími rysy psychických a fyzických změn. Ovšem i takto chromozomálně vybavení jedinci mohou být zcela bez příznaků (vč. plodnosti, je-li příčinou genetická mozaika). 75% XXY mužů neví o své „nemoci,“ často je syndrom diagnostikován až v souvislosti s touhou založit rodinu, případně naopak při prenatálním screeningu. Jedná se o druhou nejčastější extrachromozomální poruchu, postiženi jsou jeden narozený chlapec na 500. Zároveň jen 80% všech nemocných s příznaky Klinefelterova syndromu má opravdu XXY chromozomy.

Příznaky: Většina mužů je sterilní, ačkoli existuje někdy možnost pomoci díky asistované reprodukci. U dospělých jsou charakteristiky onemocnění široké a variabilní, od žádných přes kulatý typ postavy (nelze ovšem použít jako identifikaci onemocnění!), po určitý stupeň gynekomastie. Dále se vyskytuje hypogonadismus, tedy snížená endokrinní funkce varlat a z ní vyplývající poruchy plodnosti (aleidygismus). Pacienti mají často nízké hodnoty testosteronu, ale vysoké hodnoty folikuly-stimulujícího hormonu (FSH) a luteinizačního hormonu (LH). Často tito muži mají mikroorchidismus (varlata menší než je norma). Před pubertou jsou příznaky nespecifické, jako opožděný vývoj řeči, poruchy pozornosti nebo chování, poruchy učení. Zároveň je zvýšené riziko nádoru ze zárodečných buněk, rakoviny prsu, osteoporózy.<sup>178</sup>

## **Fenylketonurie**

---

<sup>177</sup> Turnerův syndrom (TS), dostupné na: <http://www.rustovyhormon.cz/turneruv-syndrom-ts> [citováno 13.4.2009].

<sup>178</sup> Klinefelterův syndrom, dostupné na: [http://cs.wikipedia.org/wiki/Klinefelter%20afv\\_syndrom](http://cs.wikipedia.org/wiki/Klinefelter%20afv_syndrom) [citováno 13.4.2009].

Fenylketonurie (PKU) je dědičně podmíněné metabolické onemocnění spočívající v poruše přeměny fenylalaninu na tyrosin způsobené nefunkčním jaterním enzymem fenylalanin hydroxylázou (PAH). Jedinou účinnou léčbou je přísná nízkobílkovinová a nízkofenylalaninová dieta v dětském věku a přísná dieta v období těhotenství, která umožní snížit vysoké hladiny fenylalaninu v krvi, který přechází do dělohy. Tím se předejde poškození mozku a dalším vadám plodu.<sup>179</sup>

### **Fetální alkoholový syndrom (FAS)**

Označuje soubor vrozených deficitů, které se projeví u dítěte matky, která v těhotenství pila nadměrné množství alkoholu. Riziko vzniku FAS u matky, která v průběhu těhotenství zneužívá alkohol, je 30 – 50 %. U dětí s FAS se setkáváme s narušením psychomotorických funkcí (snížená paměť a rozumové schopnosti, dyskoordinace, poruchy učení, chování a řečového vývoje), s obličejovými deformitami a s poruchami růstu. Poškozeny často bývají také játra, srdce, ledviny, sluch a zrak. Spektrum příznaků je závislé na dávkách alkoholu, časovém intervalu a individuální citlivosti tkání matky a plodu.<sup>180</sup>

### **Hypoxie**

Hypoxie je obecně nedostatek kyslíku pro tělesný metabolismus. Hypoxie je způsobena špatnou funkcí některého článku dopravy kyslíku k buňkám organismu. Podle toho ji dělíme na tyto skupiny:

Hypoxická hypoxie - Způsobuje ji malý parciální tlak kyslíku nebo jeho malá koncentrace ve vdechovaném vzduchu. Krev nemůže být okysličená, protože kyslík neprojde přes stěny plicních sklípků. Nastává též při poruchách dýchání.

Anemická hypoxie - Chyba na straně červených krvinek. Nejsou schopné vázat a přenášet kyslík v dostatečném množství. Způsobuje jí nedostatečný počet krvinek (anémie), nebo špatná funkce hemoglobinu.

Cirkulační hypoxie - Červené krvinky nesou kyslík, ale krev neteče k buňkám. Nastává například při selhání srdce, šoku, nebo při Gz přetížení.

Histotoxická hypoxie - Chyba na straně buněk. Nejsou schopné kyslík využít. Nastává při otravě alkoholem, drogami nebo jinými látkami. Při otravě kyanovodíkem je zablokováno tkáňové dýchání, přenos kyslíku krví je neporušený. Proto osoba s otravou HCN má růžovou kůži (okysličená krev proudí i v žilách protože tkáně nemohou kyslík vstřebat).<sup>181</sup>

### **Asfyxie**

Nedostatek kyslíku.

### **Autismus**

---

<sup>179</sup> Fenylketonurie, dostupné na: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Fenylketonurie> [citováno 13.4.2009].

<sup>180</sup> Srov.: ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K, a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*, s. 36.

<sup>181</sup> Hypoxie, dostupné na: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Hypoxie> [citováno 13.4.2009].

Existuje mnoho definicí autistického syndromu, všechny shodně označují za oblasti postižení sociální vztahy, komunikaci a chování. Nejvýraznější jsou nedostatky v oblasti sociálních vztahů, a proto Leo Kanner zvolil odborný termín autismus, když ve své vědecké práci zásadního významu popsal projevy určité skupiny dětí. U postižených se často objevuje totální mutismus, nesprávné používání zájmen, vytrvalé opakování určitých frází. Problémy v chování postižených autismem však nelze jednotně popsat a charakterizovat.<sup>182</sup> Rozlišujeme např. Dětský autismus, Atypický autismus, Aspergerův syndrom, Dětskou dezintegrační poruchu.

## **Epilepsie**

Epilepsie je porucha postihující mozek, která se projevuje různými typy záchvatů a je doprovázena přechodnými poruchami vědomí. Toniccko-klonické křeče se vyznačují ztuhlostí a záškuby celého těla, mohou být doprovázeny výkřiky. Toniccké záchvaty křeče nedoprovází, člověk při záchvatu ztuhne, pokud stojí, upadne. Návrat vědomí bývá celkem rychlý. Dalším typem záchvatů jsou absence, které mohou být nesprávně zaměňovány s denním sněním, nepozorností, ignorací apod. Záchvat se projevuje několikavteřinovým zahleděním, nečinností, nevnímáním okolí a v danou chvíli neschopností reagovat. Záchvaty bývají nenápadné, a proto mohou dlouhou dobu unikat pozornosti okolí i osobě samé.<sup>183</sup>

## **Lesch-Nyhatův syndrom**

LNS je způsoben genetickou poruchou lokalizovanou na chromozomu X, která od narození způsobuje narušení metabolismu kyseliny močové. Porucha se vyskytuje pouze u chlapců, ženy jsou jejími přenašečkami. Syndrom se projevuje mozkovou obrnou s choreoatetonickými pohyby, MR a kompulzivním sebezraňováním. LNS je mezi syndromy specifický pro prokazatelně biologický podíl sebezraňování. Studium biochemických a genetických faktorů a jejich vztah k sebezraňujícímu chování může částečně pomoci porozumět autoagresivitě, která je pozorována u lidí s autismem a MR.<sup>184</sup>

## **Rettův syndrom**

Syndrom doprovázený těžkým neurologickým postižením, které má pervazivní (všepronikající) dopad na somatické, motorické i psychické funkce dítěte. Mezi stěžejní symptomy patří zhoršení kognitivních schopností, přestřelující pohyby a ztráta účelných pohybových schopností rukou. Tento syndrom v klasické formě postihuje pouze dívky, chlapcům stejná mutace genu způsobí natolik těžkou encefalopatii (nedisponují druhým nenarušeným X chromozomem), že plod nebo novorozenec nepřežije.<sup>185</sup>

---

<sup>182</sup> Srov.: SCHOPLER, E., MESIBOV, G., B. *Autistické chování*, s. 13.

<sup>183</sup> Srov.: ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K, a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*, s. 51.

<sup>184</sup> Srov.: tamtéž, s. 48.

<sup>185</sup> Srov.: tamtéž, s. 38-40.

## **Prader-Williho syndrom**

PWS je genetická porucha, jejíž výskyt je zapříčiněn anomálií ve specifické části 15. chromozomu. Typickými klinickými znaky jsou snížený svalový tonus, malý vzrůst, nedostatečný pohlavní vývoj a chronický pocit hladu, který obvykle vede k nadměrné konzumaci potravin a potažmo k celoživotnímu nebezpečí vzniku obezity.<sup>186</sup>

---

<sup>186</sup> Srov.: tamtéž, s. 47.





## Příloha č. 3 Dotazník MAS

MAS – The Motivation Assessment Scale, V. Mark Durand, Ph.D.

Jméno:	Zapisovatel:	Datum záznamu:
Přesný popis zaznamenávaného chování:		
Přesný popis prostředí a činnosti, při nichž chování zaznamenáváme:		

Otázka:	Odpověď (zakroužkujte pouze jednu z možností):						
	nikdy	skoro nikdy	zřídka	někdy	normálně (obvykle)	skoro vždy	vždy
1. Objevuje se toto chování nepřetržitě, stále a stále ve chvíli, kdy je klient pro dlouhou dobu ponechán o samotě (např. po dobu několika hodin)?	0	1	2	3	4	5	6
2. Vyskytuje se toto chování ihned poté, co je klient požádán o splnění obtížného úkolu?	0	1	2	3	4	5	6
3. Připadá vám výskyt chování jako reakce na to, že hovoříte s jinou osobou v místnosti?	0	1	2	3	4	5	6
4. Vyskytuje se toto chování poté, co byl klientovi odmítnut jeho požadavek na hračku, jídlo nebo aktivitu?	0	1	2	3	4	5	6
5. Vyskytuje se toto chování opakovaně a stále stejně po velmi dlouhou dobu ve chvíli, kdy nikdo není v blízkosti klienta (např. kývání se ze strany na stranu po dobu	0	1	2	3	4	5	6

jedné hodiny)?							
6. Vyskytuje se toto chování ve chvíli, kdy je na klienta kladen jakýkoli požadavek?	0	1	2	3	4	5	6
7. Vyskytuje se toto chování ve chvíli, kdy se přestanete klientovi věnovat?	0	1	2	3	4	5	6
8. Vyskytuje se toto chování ve chvíli, kdy klientovi vezmete jeho oblíbený předmět, jídlo nebo mu zastavíte oblíbenou činnost?	0	1	2	3	4	5	6
9. Domníváte se, že klienta toto chování baví (zažívá příjemné pocity, příjemnou chuť, příjemný pohled, příjemnou vůni nebo příjemné zvuky)?	0	1	2	3	4	5	6
10. Domníváte se, že vás klient chce tímto chováním naštvat či rozčítit ve chvíli, kdy po něm chcete něco, o co jste ho požádali?	0	1	2	3	4	5	6
11. Domníváte se, že vás klient chce tímto chováním naštvat či rozčítit ve chvíli, kdy ho ignorujete (např. když sedíte v rozdělené místnosti a věnujete se jiné osobě)?	0	1	2	3	4	5	6
12. Zmizí toto chování krátce poté, co klientovi dáte požadovanou věc, jídlo nebo mu dovolíte požadovanou aktivitu?	0	1	2	3	4	5	6
13. Domníváte se, že při výskytu tohoto chování nechává klienta vše ostatní kolem v klidu nebo si okolí v tu chvíli vůbec	0	1	2	3	4	5	6

neuvědomuje?							
14. Zmizí toto chování krátce poté (do 5 minut), co s klientem skončíte práci nebo na něj přestanete klást určité požadavky?	0	1	2	3	4	5	6
15. Připadá vám, že se klient tak chová, abyste se mu chvíli věnovali?	0	1	2	3	4	5	6
16. Vyskytne se toto chování ve chvíli, kdy klient sice řekl, co chce, ale nemůže to dělat?	0	1	2	3	4	5	6

senzoricky	únikově	pozorností	získáním něčeho
1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16

	senzoricky	únikově	pozorností	získáním něčeho
prostý součet bodů				
procentuální zastoupení				
pořadí				

Tento dotazník byl vyvinut s pomocí učitelů, rodičů a personálu. Výsledná šestnáctipoložková škála slouží k rozpoznání funkčnosti problémového chování. Výsledek nám napoví, kde je chování zpevňováno autostimulačním chováním (senzoricky), obrannou agresí (vyhnutím se něčemu), sociální pozorností nebo získáním něčeho. Tento dotazník mohou vyplňovat rodiče, personál nebo kdokoli, kdo klienta dobře zná.<sup>187</sup>

<sup>187</sup> Srov.: ČADILOVÁ, V. a JŮN, H., a THOROVÁ, K., a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*, s. 119-120.

	9.00	9.18												
kuchyň	J													
	M   O													
pokojík														
ložnice		VČS												
			M											
venku														

## Příloha č. 4 Tabulka pro záznam incidentů

Legenda:

	1
2	3
	4   5   6

1 – čas incidentu

2 – místnost, kde se incident stal (kuchyň)

3 – činnost, při které se incident stal (J – jedl, VČS – volná činnost samostatná)

4 – osoby, jež ve chvíli výskytu incidentu klienta vedly fyzicky (dotýkaly se ho)

(M – Marta)

5 – osoby, které ve chvíli výskytu incidentu klienta vedly verbálně (mluvily na něj)

(O – Ota)

6 – osoby, jež byly pouze přítomny a klientovi se jinak nevěnovaly

Tabulka se vyplňuje 10 – 14 dní a z výsledků zjistíme:

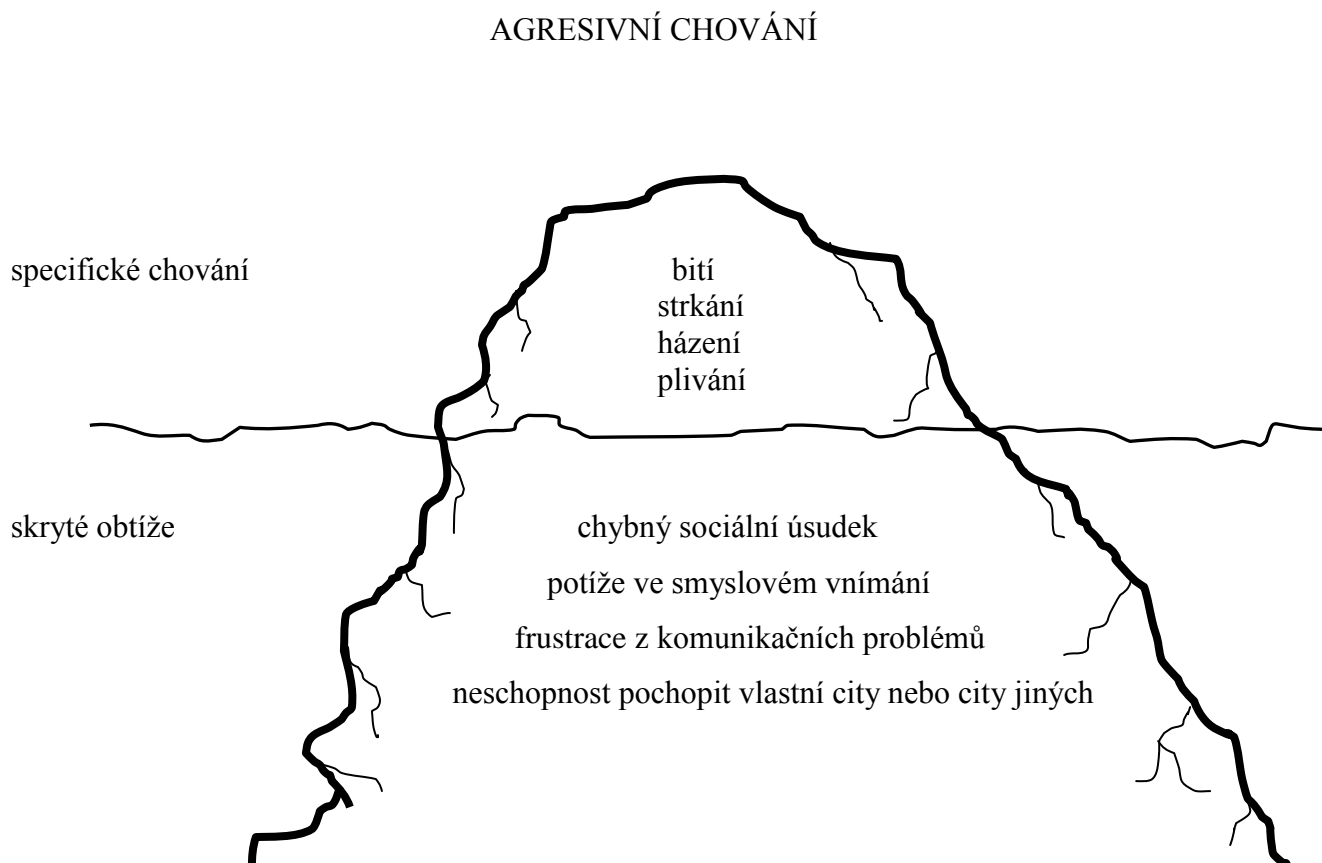
- kolik procent času tráví klient v konkrétní místnosti a kolik procent incidentů se děje v konkrétní místnosti;
- kolik procent času dělá klient určitou činnost a kolik procent incidentů nastalo při této činnosti;
- kolik procent času tráví klient s určitými lidmi a ke kolika procentům incidentů dochází v přítomnosti těchto lidí.

Na základě těchto dat můžeme lépe provést funkční analýzu chování. Tento způsob záznamu se používá ve chvíli, kdy se chování vyskytuje ve vysoké frekvenci (30 – 500 incidentů denně) a kdy se nám jeví, že se vyskytuje zcela náhodně a pořád. Zaznamenávání je rychlé, a přitom má vysokou výpovědní hodnotu.<sup>188</sup>

---

<sup>188</sup> Srov.: ČADILOVÁ, V. a JŮN, H., a THOROVÁ, K., a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*, s. 116.

## Příloha č. 5 Metafora agrese - ledovec<sup>189</sup>



Ledovec představuje problém agrese. Menší část ledovce je nad hladinou a představuje viditelné formy chování. Pod hladinou jsou uváděna možná vysvětlení příčin takového agresivního chování. Po pečlivém pozorování a hodnocení situace lze nalézt nejpravděpodobnější příčinu a použít ji jako základ intervence. Jestliže se projevy agresivního chování zmenší, je to důkaz, že náš předpoklad byl správný. Jestliže naopak intenzita i frekvence agresivního chování přetrvává, je příčinou jiný mechanismus.

<sup>189</sup> SCHOPLER, E., MESIBOV, G., B. *Autistické chování*, s. 94.

## **Příloha č. 6 Testovací a kontrolní podmínky pro identifikaci rozhodujících proměnných SIB<sup>190</sup>**

### **Sociálně-pozitivní zpevnování (pozornost utvrzující SIB)**

Testovací podmínky

Deprivace specifických zpevňujících podnětů (pozornost, věci, atp.)

Neúmyslné podmínění zpevnění

Kontrolní podmínky

Záměrné podmíněné zpevnění

### **Automatické pozitivní zpevnění (sebestimulátory SIB)**

Testovací podmínky

Všeobecná deprivace nebo nedostatek stimulace

Kontrolní podmínky

Záměrná stimulace

### **Sociálně-negativní zpevnění (únik před úkoly či jinou sociální situací)**

Testovací podmínky

Vyžadování práce (averzivní stimulace)

Neúmyslné podmíněné zpevnění (únik)

Kontrolní podmínky

Bez averzivní stimulace

### **Automatické negativní zpevnění (oslabení bolesti nebo nepříjemných pocitů)**

Testovací podmínky

Biologické podmínky

Kontrolní podmínky

Bez biologických podmínek

Tato tabulka načrtává v hrubých rysech základní testovací a kontrolní podmínky, které se vztahují ke čtyřem předpokládaným funkcím SIB. Je velmi důležité uvědomit

---

<sup>190</sup> Srov.: SCHOPLER, E., MESIBOV, G., B. *Autistické chování*, s. 162.

si, že automatické funkce je obtížné identifikovat, protože posilující událost vyvolaná chováním nemusí být dostupná kontrolnímu nebo přímému pozorování. Například testování automatického negativního zpevnění je obvykle nemožné vzhledem k omezené možnosti vyvolat situaci, která toto chování iniciuje (např. bolest hlavy). Nicméně výsledky získané pomocí funkční analýzy obvykle odhalí vztahy mezi specifickou situací prostředí a SIB. Jestliže se podaří tyto situace identifikovat, terapeutický proces může být vytvořen tak, aby přímo eliminoval či zvrátil okolnosti, které SIB zpevňují.

191

---

<sup>191</sup> Srov.: SCHOPLER, E., MESIBOV, G., B. *Autistické chování*, s. 160 – 161.



## **Příloha č.7 Evidence případů použití opatření omezujících pohyb osob**

Poskytovatel sociálních služeb je povinen vést evidenci případů použití opatření omezujících pohyb osob a umožnit nahlížení do této evidence zákonnému zástupci osoby nebo osobě jí blízké nebo fyzické osobě, které byla nezletilá osoba svěřena rozhodnutím příslušného orgánu do péče, zřizovateli zařízení, lékaři a Veřejnému ochránci práv.<sup>192</sup>

Rozsah evidence:

- a) jméno, popřípadě jména, příjmení a datum narození osoby,
- b) datum, čas počátku a místo použití opatření omezujícího pohyb osob,
- c) důvod použití opatření omezujícího pohyb osob,
- d) jméno, popřípadě jména, a příjmení osoby, která opatření omezujícího pohyb osob použila,
- e) souhlas lékaře,
- f) datum a čas ukončení použití opatření omezujícího pohyb osob,
- g) popis bezprostředně předcházející situace,
- h) záznam o splnění povinnosti stanovené v odstavci 6 (odst. 6: Poskytovatel sociálních služeb je povinnen o použití opatření omezujícího pohyb osob informovat bez zbytečného odkladu zákonného zástupce osoby, které jsou poskytovány sociální služby, nebo jde-li o nezletilou osobu, která byla svěřena na základě rozhodnutí příslušného orgánu do péče jiné osoby, tuto osobu.),
- i) popis případných poranění osob, ke kterým došlo při použití opatření omezujícího pohyb osob.<sup>193</sup>

---

<sup>192</sup> Srov.: Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, § , odst. 7.

<sup>193</sup> Srov.: tamtéž, odst. 7.

## Příloha č. 8 Tabulka aktivit, činností

Činnosti, aktivity	Počet uživatelů ve skupině	Počet pečovatелů při činnosti
Výchovná činnost	5-6	1-2
Školní činnost	1-2	1-2
Rehabilitační činnost	2	1
Ošetřovatelská činnost	10	4
Rehabilitační plavání	5	1
Plavecký bazén – trénink	4	1
Rekreační jízda na koni	6	1
Keramika	10	1
Relaxační cvičení	12	1
Běžné denní činnosti	8-12	1
Práce v chráněné dílně	10	5
Práce v kuchyni	10	3
Služba v prádelně	11	2
Pracovní terapie	10-15	1
Individuální podpora	1	1
Aktivizační práce (ruční práce, trénink paměti)	9	1
Nácviky samostatnosti	3	1

Respondenti v dotaznících uvedli několik aktivit v rámci pracovních terapií, kterým se uživatelé věnují:

- Práce s textilem, látkami
- Práce s keramikou
- Práce s kůží
- Práce s papírem
- Dřevařská dílna (dřevodílna)
- Řezbářská dílna
- Tkaní koberců, motání přize
- Vaření, pečení
- Pěstitelská práce, práce na zahradě, práce kolem domova
- Ruční práce – pletení, vyšívání
- Skládání prádla
- Vytírání chodeb, kanceláří
- Pomocné práce v kuchyni
- Košíkářská dílna
- Výroba svíček

V rámci práci ve skupině o menším počtu uživatelů respondenti uvedli i různé terapie:

- Arteterapie
- Biblioterapie
- Taneční terapie
- Sportovní terapie

- Canisterapie, Hipoterapie
- Muzikoterapie

## **Příloha č. 9 Dotazník**

### **Informativní průzkum situace zvládnutí klientů s problémovým / agresivním chováním v zařízeních sociální péče**

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Michaela Celtová, jsem studentkou Cyrilometodějské teologické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, kde studuji charitativní a sociální práci. Ve své bakalářské práci se zabývám zvládnutím problémového chování mentálně postižených osob v zařízeních sociální péče.

V rámci této práce provádím průzkum, ve kterém bych chtěla zmapovat situaci ve Vašem zařízení. Ráda bych zjistila, zda máte ve Vašem zařízení osoby s problémovým chováním a jaké máte možnosti při práci s těmito uživateli. Proto se na Vás dovoluji obrátit se žádostí o vyplnění následujícího dotazníku. Odpovědi jsou anonymní. Výsledky tohoto průzkumu budou sloužit pouze ke studijním účelům.

#### **Vaše zařízení je:**

- a) Domov pro osoby se zdravotním postižením (vypište pro jakou věkovou skupinu uživatelů)
- b) Centrum denních služeb
- c) Stacionář
  - denní
  - týdenní

**Kolik uživatelů má vaše zařízení?**

**Na jaké pozici v zařízení pracujete?**

**Kolik uživatelů máte obvykle na vaší směně na starosti?**

**Pracujete stále se stejnými uživateli?**

- a) ano
- b) ne (vypište u kolika uživatelů se střídáte):

**Máte (ve vašem oddělení) vytvořeny např. menší pracovní skupiny uživatelů na nějaké denní činnosti?**

a) ne

b) ano

- jaký je poměr pracovníků a uživatelů v této skupině (vypište do následující tabulky kolik pracovníků a kolik uživatelů je ve skupině):

Název činnosti (pracovní skupiny)	Počet uživatelů ve skupině	Počet pracovníků ve skupině

**Máte ve vašem zařízení uživatele, jejichž chování je problémové či agresivní?**

a) ano

b) ne

**Kolika uživatelům musíte věnovat zvýšenou péči z důvodu jejich problémového chování?**

**Jaké jsou nejčastější projevy problémového či agresivního chování vašich uživatelů?**

a) agrese vůči sobě, sebezraňování

- tlučení hlavou
- mačkání očí
- kousání rukou
- trhání vlasů
- mačkání kloubů
- otevírání, rozbíjení oken
- škrábání kůže na nose
- jiné (vypište):

-

-

-

b) agrese vůči druhým

- bití a kopání
- kousání
- štípání
- plivání
- jiné (vypište):

-  
-  
-

c) ničení majetku

- rozbíjení (běžné věci, drobnosti, dekorativní předměty)
- trhání (knih, oděvu, záclon)
- rozpojování přístrojů
- lámání věcí
- jiné (vypište):

-  
-  
-

**Používali jste ve vašem zařízení nějaká restriktivní opatření?**

- a) ano
- b) ne

**Jaké typy restriktivních opatření jste měli možnost před účinností zákona o sociálních službách využít?**

- a) postranní zábrany (postranice)
- b) omezení v lůžku pomocí popruhů
- c) terapeutické izolace
- d) síťové lůžko
- e) klecové lůžko
- f) svěrací kazajka
- g) tlumící léky
- h) jiné (vypište):

**Jaké opatření při práci s agresivními uživateli používáte nyní?**

**Používáte nějaké tabulky / zápisy pro záznam průběhu dne agresivních uživatelů?**

- a) ano, tabulky
- b) ano, zápisy
- c) ne

**Používáte nějaké tabulky / zápisy pro záznam incidentů?**

- a) ano, tabulky
- b) ano, zápisy
- c) ne

**Máte vypracovaný nějaký plán (individuální, výchovný) k zvládnutí agresivního chování uživatelů?**

- a) ne
- b) ano

- co je obsahem (místo pro vypsání je na následující stráně):

**Používáte nějaký standardizovaný dotazník, např. Dotazník MAS – The Motivation Assessment Scale (rozpoznání funkčnosti problémového chování)?**

- a) ano (uveďte jaký)

-  
-  
-

- b) ne

**Máte možnost využít nějaké druhy terapií k prevenci agresivního chování?**

- a) ano

- medikamentózní terapie (farmakoterapie)
- behaviorální terapie
- kognitivní terapie
- kognitivně – behaviorální terapie
- jiné (vypište):

-  
-  
-

- b) ne

**Používáte při práci s handicapovanými klienty alternativní terapie?**

- a) ne
- b) muzikoterapie
- c) arteterapie (léčba uměním, výtvarným projevem)
- d) hipoterapie (léčba jízdou na koni)
- e) canisterapie (léčba pomocí psa)
- f) ergoterapie (léčba prací)
- g) muzikoterapie (léčba hudbou)
- h) relaxační metody
- i) snoozelen (vjemová terapie)
- j) hydroterapie (terapie pomocí vody), rehabilitační plavání
- k) dramaterapie (terapie hraní rolí)
- l) doteková terapie
- m) taneční terapie
- n) aromaterapie (terapie vůní)
- o) jiné (vypište):
  - 
  - 
  -

**Máte možnost (prostory) provozovat terapie přímo ve vašem zařízení?**

- a) ano
- b) ne
  - uživatelé musí na terapie docházet
  - provozovatelé terapií docházejí do zařízení

**Máte ve vašem zařízení snoozelen (prenatální místnost, místnost pro smyslovou terapii)?**

- a) ano
- b) ne

**Jaké přístupy, metody, terapie (které nebyly výše zmíněny) používáte při práci s agresivními uživateli?**

- a) žádné
- b) tyto (vypište):

-  
-  
-

**Slyšeli jste o metodě Gentle Teaching (jemné učení), která je nenásilným přístupem, který pomáhá lidem se zvláštními potřebami a lidem s problémovým chováním?**

- a) ano
  - kde jste se o této metodě dozvěděli? -

b) ne

**Měli byste zájem se něco o této metodě něco dozvědět?**

a) ano

b) ne

Děkuji za ochotu a Váš čas!