

## **Bakalářská práce**

# **Problémové chování osob s mentálním postižením a autismem**

*Studijní program:*

B0111A190016 Speciální pedagogika

*Autor práce:*

**Michaela Schleiderová**

*Vedoucí práce:*

Mgr. Barbora Hodíková

Katedra sociální práce a speciální pedagogiky

Liberec 2023



## Zadání bakalářské práce

# Problémové chování osob s mentálním postižením a autismem

<i>Jméno a příjmení:</i>	<b>Michaela Schleiderová</b>
<i>Osobní číslo:</i>	P20000172
<i>Studijní program:</i>	B0111A190016 Speciální pedagogika
<i>Zadávací katedra:</i>	Katedra sociální práce a speciální pedagogiky
<i>Akademický rok:</i>	2021/2022

### Zásady pro vypracování:

Cíl bakalářské práce: Zjistit, s jakým typem problémového chování osob s mentálním postižením a autismem se zaměstnanci v Domovech pro osoby se zdravotním postižením nejčastěji setkávají.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Dotazník.

Při zpracování bakalářské práce budu postupovat v souladu s pokyny vedoucí práce.

*Rozsah grafických prací:*

*Rozsah pracovní zprávy:*

*Forma zpracování práce:* tištěná/elektronická

*Jazyk práce:* čeština

### **Seznam odborné literatury:**

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

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

JŮN, H., 2010. *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-590-5.

RICHMAN, S., 2015. *Výchova dětí s autismem*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0984-3.

THOROVÁ, K., 2016. *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0768-9.

VALENTA, M., MICHALÍK J., LEČBYCH, M., kol., 2018. *Mentální postižení*. 2. přepr. a aktual. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0378-2.

*Vedoucí práce:*

Mgr. Barbora Hodíková

Katedra sociální práce a speciální pedagogiky

*Datum zadání práce:*

3. dubna 2022

*Předpokládaný termín odevzdání:* 28. dubna 2023

L.S.

prof. RNDr. Jan Pícek, CSc.  
děkan

PhDr. Pavel Kliment, Ph.D.  
vedoucí katedry

V Liberci dne 13. června 2022

## Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně jako původní dílo s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Jsem si vědoma toho, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu Technické univerzity v Liberci.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti Technickou univerzitu v Liberci; v tomto případě má Technická univerzita v Liberci právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Současně čestně prohlašuji, že text elektronické podoby práce vložený do IS/STAG se shoduje s textem tištěné podoby práce.

Beru na vědomí, že má bakalářská práce bude zveřejněna Technickou univerzitou v Liberci v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

Jsem si vědoma následků, které podle zákona o vysokých školách mohou vyplývat z porušení tohoto prohlášení.

## **Poděkování**

Touto cestou bych ráda poděkovala mé vedoucí práce Mgr. Barboře Hodíkové za její odborné vedení, cenné rady a trpělivost při zpracování mé bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala všem respondentům za jejich čas a ochotu zúčastnit se mého průzkumného šetření. Další poděkování patří speciální pedagožce Bc. Haně Knoblochové za poskytnutí odborných rad a doporučení odborných zdrojů. V neposlední řadě děkuji všem svým blízkým za obrovskou podporu.

## **Anotace**

Bakalářská práce se zaměřuje na problémové chování u osob s mentálním postižením a poruchou autistického spektra. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. První část teoretické části se zabývá terminologií, etiologií, symptomatologií a klasifikací mentálního postižení a poruch autistického spektra. Dále se teoretická část zabývá tématem problémového chování, kde jsou popsány příčiny a formy problémového chování. Poslední část teoretické části se věnuje strategiím řešení problémového chování. Praktická část obsahuje výsledky kvantitativní výzkumu prováděného pomocí dotazníkového šetření, které bylo určeno zaměstnancům domova pro osoby se zdravotním postižením. Cílem bylo zjistit, jaké problémové chování osob s mentálním postižením a autismem se v domovech pro osoby se zdravotním postižením vyskytuje nejčastěji.

**Klíčová slova:** problémové chování, mentální postižení, porucha autistického spektra, autismus, terapie problémového chování

## **Annotation**

The bachelor's thesis focuses on problematic behavior in people with intellectual disability and autism spectrum disorder. Thesis is divided into theoretical and practical parts. The first part of the theoretical section deals with terminology, etiology, symptomatology, and classification of intellectual disabilities and autistic spectrum disorders. Furthermore, the theoretical section addresses the topics of problematic behavior, describing its causes and forms. The final part of the theoretical section focuses on strategies for addressing problematic behavior. The practical part contains the results of quantitative research conducted through a questionnaire survey aimed at employees of homes for people with disabilities. The aim was to determine the most common types of problematic behavior exhibited by people with intellectual disabilities and autism in homes for people with disabilities.

**Keywords:** problematic behavior, intellectual disabilities, autistic spectrum disorder, autism, behavior therapy

## Obsah

SEZNAM TABULEK	9
SEZNAM GRAFŮ	9
ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ	11
1.1 Vymezení pojmu	11
1.2 Etiologie mentálního postižení	12
1.3 Diagnostika mentálního postižení	14
1.4 Symptomatologie mentálního postižení	14
1.5 Klasifikace mentální retardace	16
1.5.1 Lehká mentální retardace (F70)	16
1.5.2 Středně těžká mentální retardace (F71)	16
1.5.3 Těžká mentální retardace (F72)	17
1.5.4 Hluboká mentální retardace (F73)	18
1.5.5 Jiná mentální retardace (F78)	18
1.5.6 Nespecifikovaná mentální retardace (F79)	18
2 PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA	19
2.1 Vymezení pojmu	19
2.2 Etiologie poruch autistického spektra	20
2.3 Diagnostika poruch autistického spektra	21
2.4 Symptomatologie poruchy autistického spektra	22
2.4.1 Komunikace	22
2.4.2 Sociální interakce	23
2.4.3 Představivost, hra	25
2.4.4 Další nespecifické projevy	25
2.5 Klasifikace poruch autistického spektra	27
2.5.1 Dětský autismus (F84.0)	28
2.5.2 Atypický autismus (F84.1)	28
2.5.3 Rettův syndrom (F84.2)	28
2.5.4 Jiná dětská dezintegrační porucha (F84.3)	29
2.5.5 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby (F84.4)	29
2.5.6 Aspergerův syndrom (F84.5)	29

2.5.7	Jiné pervazivní vývojové poruchy (F84.8)	30
2.5.8	Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná (F84.9)	30
3	PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ U OSOB S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA	31
3.1	Vymezení pojmu	31
3.2	Možné příčiny problémového chování	32
3.2.1	ABC model lidského chování	33
3.2.2	Příklady možných příčin problémového chování	34
3.3	Formy problémového chování	36
4	STRATEGIE ŘEŠENÍ PROBLÉMOVÉHO CHOVÁNÍ	37
4.1	Fáze terapeutického působení	38
4.2	Behaviorální terapie	40
4.3	Další terapie problémového chování	42
	PRAKTICKÁ ČÁST	43
5	Cíl bakalářské práce	43
6	Použité metody	43
6.1	Dotazník	44
7	Charakteristika průzkumného vzorku	44
8	Průběh průzkumného šetření	44
9	Získaná data a jejich interpretace	46
10	Vyhodnocení průzkumných otázek	66
11	Diskuze	67
	ZÁVĚR	69
	NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ	71
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ	74
	SEZNAM PŘÍLOH	77



## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Vyhodnocení otázky č. 7.....	52
---	----

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Vyhodnocení otázky č. 1 .....	46
Graf 2: Vyhodnocení otázky č. 2 .....	47
Graf 3: Vyhodnocení otázky č. 3 .....	48
Graf 4: Vyhodnocení otázky č. 4.....	49
Graf 5: Vyhodnocení otázky č. 5 .....	50
Graf 6: Vyhodnocení otázky č. 6.....	51
Graf 7: Vyhodnocení otázky č. 8 .....	54
Graf 8: Vyhodnocení otázky č. 9.....	55
Graf 9: Vyhodnocení otázky č. 10.....	56
Graf 10: Vyhodnocení otázky č. 11 .....	57
Graf 11: Vyhodnocení otázky č. 12 .....	58
Graf 12: Vyhodnocení otázky č. 13 .....	59
Graf 13: Vyhodnocení otázky č. 14 .....	60
Graf 14: Vyhodnocení otázky č. 15 .....	61
Graf 15: Vyhodnocení otázky č. 16 .....	62
Graf 16: Vyhodnocení otázky č. 17 .....	63
Graf 17: Vyhodnocení otázky č. 18 .....	64
Graf 18: Vyhodnocení otázky č. 19 .....	65

## ÚVOD

Tématem bakalářské práce je problémové chování u osob s poruchou autistického spektra a mentálním postižením. Chápání a vnímání okolního světa u osob s poruchou autistického spektra a mentálním postižením je jedinečné a neobyčejné. Ale některé životní situace mohou být pro tyto osoby matoucí a jejich reakce se mohou projevit ve formě problémového chování. Projevy problémového chování mohou být různé a některé projevy (např. agresivní chování) mohou ve společnosti vzbuzovat negativní reakce. Osoby s poruchou autistického spektra a mentálním postižením mají také potíže v komunikaci, a právě prostřednictvím problémového chování s námi mohou komunikovat a předávají nám svoje pocity a potřeby, protože nevědí, jak jinak nám to sdělit. Terminologie a přístupy se v této problematice nadále vyvíjejí a stále přicházejí nové informace. Souvisí to i se skutečností, že se snažíme co nejvíce lidem s postižením porozumět a ulehčit jim v jejich neobyčejném životě.

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, s jakým typem problémového chování osob s mentálním postižením a poruchou autistického spektra se zaměstnanci v domovech pro osoby se zdravotním postižením nejčastěji setkávají. K získání cíle byl použit kvantitativní výzkum ve formě dotazníkového šetření.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí. První část bakalářské práce je teoretická, ve které nalezneme čtyři kapitoly a několik podkapitol. V teoretické části je popsána terminologie mentálního postižení a poruch autistického spektra. Součástí teoretické části jsou také kapitoly o problémovém chování a strategiích, jak toto chování řešit. Druhou částí bakalářské práce je praktická část, ve které je popsáno průzkumné šetření, které zkoumá problémové chování u osob s mentálním postižením a poruchou autistického spektra. Průzkumné šetření je prováděno v domovech pro osoby se zdravotním postižením za pomoci jejich zaměstnanců.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

První kapitola je věnována pojmům mentálního postižení. Terminologie je v této oblasti stále proměnlivá a tím pádem se velmi často setkáváme s pojmy mentální postižení či mentální retardace. Cílem této kapitoly je přiblížení oblasti mentálního postižení, klasifikace, symptomatologie a etiologie mentálního postižení.

### 1.1 Vymezení pojmu

Mentální postižení chápeme jako vývojovou poruchu rozumových schopností, kdy dochází k trvalému snížení kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností. Jedná se o trvalý a ireverzibilní stav, který vzniká v důsledku poškození mozku nebo nedostatečnou funkcí centrální nervové soustavy. Pojem mentální retardace se skládá ze dvou latinských slov. Prvním je latinské slovo *mens* v překladu znamenající mysl či duše, a druhým je *retardare* v překladu znamenající opozdit či zpomalit. Pokud bychom měli tyto výrazy přeložit doslovně, jednalo by se o zpomalení mysli. Ve skutečnosti je potřeba mentální postižení považovat za komplexní a složité postižení, které postihuje celou lidskou osobnost (Slowík 2016, s. 111, 112; Švarcová 2011, s. 29; Valenta, Michalík, Lečbych, a kol. 2018, s. 34).

Světová zdravotnická organizace (WHO) mentální postižení definuje jako: „*Stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti.*“ (MKN-10 2023b).

Psychopedie je speciálně-pedagogická disciplína, která se věnuje osobám s mentálním postižením, a snaží se o dosažení maximálního rozvoje osob s mentálním postižením. Tato disciplína se zabývá diagnostikou, prognózou, prevencí mentálního postižení, a dále také edukací, reedukací, kompenzací, rehabilitací, intervencí, socializací osob s mentálním postižením. Z důvodu široké škály zájmu je potřeba spolupráce s dalšími vědními disciplínami jako je psychologie, sociologie, medicínské obory, právo a také pedagogika (Pastieriková 2012, s.7; Bendová, aj. 2015, s. 78).

## 1.2 Etiologie mentálního postižení

Etiologie mentálního postižení je různorodá a variabilní, kdy se příčiny vzájemně prolínají, ovlivňují a existuje několik možných kombinací. Navíc musíme také počítat nejenom s působením biologických vlivů, ale také s působením sociálních vlivů (podnětné či nepodnětné prostředí). Dále kvůli různorodé etiologii, ale i symptomatologii mentálního postižení, nenajdeme dvě osoby s naprosto totožnými příznaky a projevy, a ani se stejným počátkem mentálního postižení. Z těchto důvodů je obtížné najít přesnou příčinu mentálního postižení (Černá a kol. 2015, s. 84; Švarcová 2011, s. 41; Valenta, Michalík, Lečbych, a kol. 2018, s. 63).

Z různého hlediska můžeme rozdělit příčiny a mentální postižení do skupin:

### A. Dle typu příčiny:

#### a. Exogenní (vnější)

Exogenní neboli vnější příčiny mohou působit od početí, v průběhu celého těhotenství, při porodu, v poporodním období nebo i v raném dětství. Mezi vnější příčiny řadíme fyzikální vlivy (ionizující záření, úrazy), chemické vlivy (alkohol, drogy) a biologické vlivy (bakterie, viry).

#### b. Endogenní (vnitřní)

Mezi endogenní neboli vnitřní příčiny řadíme poruchy ve struktuře nebo funkci genetického aparátu, jsou to tedy příčiny genetické. Můžeme zde zařadit chromozomové aberace (např. Downův syndrom) nebo poruchy metabolismu (např. Fenylylketonurie) (Slowík 2016, s. 113–114 ; Šiška 2022a; Valenta, Michalík, Lečbych, a kol. 2018, s. 64).

### B. Dle časového hlediska:

#### a. Prenatální

Mezi příčiny způsobené v prenatálním období neboli v době od početí po narození dítěte řadíme dědičné faktory, infekční onemocnění matky (zarděnky, neštovice), toxické látky, úraz matky, životospráva matky a duševní stav matky (prenatální deprivace).

#### b. Perinatální

Perinatálními příčinami myslíme příčiny způsobené během porodu. Můžeme zde zařadit mechanické poškození plodu, předčasný porod, komplikovaný

porod, hypoxie dítěte, nízká porodní váha dítěte nebo těžká novorozenecká žloutenka.

c. Postnatální

Skupina těchto příčin je způsobená v období po porodu do dvou let věku dítěte. Zařadit sem můžeme například infekce, záněty mozku, úrazy, traumata, nádorová onemocnění nebo krvácení do mozku (Černá a kol. 2015, s. 88–89; Valenta, Michalík, Lečbých, a kol. 2018, s. 70).

C. Dle vzniku

a. Vrozené

Za vrozené postižení považujeme postižení, které se projevilo do 2 let věku dítěte, tedy v prenatálním, perinatálním nebo postnatálním období.

b. Získané

Za získané postižení považujeme postižení vzniklé po druhém roku věku dítěte. V případě mentálního postižení za získané mentální postižení považujeme demenci, kdy dochází k nerovnoměrnému úbytku intelektových a kognitivních schopností z důvodu poškození mozku (Pastieriková 2012, s. 8; Šiška 2022a).

Se zvyšujícími se znalostmi o mentálním postižení a zdokonalováním moderní medicíny se stále více prohlubuje oblast prevence mentálního postižení. Prevence se objevuje v několika stupních a formách s různými cíli dle aktuální situace a případu. Obecně prevenci považujeme za soubor aktivit a opatření zamezující vzniku postižení nebo aktivity a opatření snižující důsledky daného postižení. Prevenci dělíme na primární, sekundární a terciární. Primární prevence se zaměřuje na zamezení a předcházení vzniku mentálního postižení, a tedy na eliminaci faktorů a příčin způsobující mentální postižení. Sekundární prevence se zaměřuje na rizikové jedince, u kterých by se postižení mohlo objevit. Patří sem například screeningová vyšetření plodu v perinatálním období. Terciární prevence je zaměřena již na osoby s mentálním postižením. Cílem terciární prevence je zamezení zhoršení zdravotního a sociálního stavu, tedy předejít trvalému a vážnému funkčnímu omezení (Kroupová a kol. 2016, s. 38, Slowík 2016, s. 51–52, Švarcová 2011, s. 43).

### 1.3 Diagnostika mentálního postižení

Aby diagnostika byla relevantní, měl by být zajištěn dlouhodobý a komplexní proces, na kterém by se měla podílet skupina odborníků v oblasti medicíny (pediatr, psychiatr, neurolog), psychologie a speciální pedagogiky. V České republice provádí závěrečnou diagnostiku speciálně-pedagogická centra (psycholog, speciální pedagog). Diagnostiku provádíme za účelem zjištění současného stavu jedince, zejména s cílem najít individuální specifické potřeby a nastavit co nejvhodnější intervenci na rozvoj jednotlivých dovedností a schopností jedince. Při diagnostice se nezaměřujeme pouze na slabé stránky jedince, ale především na silné stránky jedince, které dále můžeme využívat v intervenci. Diagnostika je také procesem dynamickým a je potřeba ho neustále opakovat (nejlépe jednou za rok) z důvodu měnícího se vývoje jedince a zdokonalení intervence dle aktuálních dovedností a schopností jedince (Černá a kol. 2015, s. 99, 108; Slowík 2016, s. 114; Švarcová 2011, s. 33–34; Valenta, Michalík, Lečbych, a kol. 2018, s. 48).

Diagnostika se skládá z několika vyšetření a posouzení. Jedná se o vyšetření intelektových schopností, vyšetření kognitivních funkcí, posouzení adaptivního chování a posouzení míry zvládnutí sociálně-kulturních dovedností. Metody využívané při diagnostice mentálního postižení dělíme na testové a klinické. Testové metody jsou standardizované a jsou vázány jasnými postupy a pravidly. Řadíme zde testy inteligence, testy osobnosti, posuzovací škály nebo dotazníky. Klinické metody se skládají z pozorování, rozhovoru a anamnézy (osobní, rodinné, emoční) (Černá a kol. 2015, s. 121; Valenta, Michalík, Lečbych, a kol. 2018, s. 47).

### 1.4 Symptomatologie mentálního postižení

Symptomatologie mentálního postižení je rozsáhlá a velmi individuální. Závisí na druhu a stupni mentální retardace, na stupni rozumových schopností, kognitivních a psychosociálních dovedností.

Nejvýraznější deficit, který lze pozorovat, je v oblasti **myšlení**, které je jednoduché a konkrétní s absencí abstrakce a logického uvažování. Pozorujeme sníženou zvědavost, adaptabilitu a schopnost improvizace, a jedinci s mentálním postižením se často upínají na stereotypní podněty a situace.

Další deficit bývá v oblasti **vnímání**, které je pomalé a omezené. Jedinci s mentálním postižením často bývají zahlceni všemi okolními podněty a nedokážou reagovat na všechny

podněty. Nejčastěji si vybírají pro ně nejzajímavější podnět, na který se soustředí. Nevnímají do úplných detailů, ale spíše sledují podněty a předměty povrchově. Mívají problémy v orientaci v novém prostředí a v nových situacích.

Typická bývá snížená schopnost **pozornosti** a snížená schopnost soustředit se na více činností najednou. Jedinci bývají rychle unavitelní a nedokážou udržet svou pozornost. Ve vzdělávacím procesu je zapotřebí střídat záměrnou pozornost a relaxaci.

Další odlišnosti jsou v oblasti **řeči**, která bývá narušená po formální i obsahové stránce. Vývoj řeči bývá velmi individuální. Může se projevovat od nedostatečnou slovní zásobou, nepřesnou výslovností, až po jednoduché vyjadřování a sníženou schopnost porozumět verbálnímu i neverbálnímu sdělení. V nejtěžších formách mentálního postižení je velmi malá schopnost komunikovat a často dochází k nastavení vhodné alternativní komunikace.

Další oblastí, která je odlišná, je **vůle**. Typickým rysem mentálního postižení je porucha vůle (dysbulie) až nedostatek vůle (abulie). Lidé s mentálním postižením se setkávají s nedostatky v řízení vlastního jednání a překonávání překážek. S vůlí souvisí i **motivace**, která je odlišná od motivace u intaktních lidí. Lidé s mentálním postižením se řídí známými a jednoduchými motivy. Velmi dobře reagují na pochvalu od blízkého člověka, ale také na materiální odměnu ve formě oblíbeného jídla nebo sladkosti. S tím vším souvisí i **sebeovládání**, které je nevyvinuté. Často na vnější podněty reagují bezprostředně a impulzivně.

Specifická je u lidí s mentálním postižením také **paměť**. Typické je pomalé tempo osvojování si nových poznatků, jejich nepřesné vybavování a zapamatování. Lidé s mentálním postižením si lépe zapamatovávají reálné podněty, které sami viděli, slyšeli nebo si mohli osahat. Z tohoto důvodu se v edukaci využívá multisenzorický přístup, kdy mají děti s mentálním postižením možnost nové podněty prozkoumat všemi smysly.

Odlišnosti se také projevují v **emociální sféře**. Lidí s mentálním postižením bývají často velmi emocionální. Jejich city bývají primitivní a mnohdy neodpovídají vnějším podnětům. Mají nedostatečnou schopnost korigovat své city. To jde ruku v ruce s jejich potřebami, které jsou na základní úrovni a mají neustálou nutnost tyto potřeby uspokojovat. Typické jsou také rychlé změny a přechody od jedné nálady ke druhé.

Z důvodu deficitů v oblasti myšlení, pozornosti a paměti je omezené i **učení**. Nejvíce vyhovující je učení mechanické, které je založeno na neustálém opakování daného učiva.

Zapamatované informace ale často nedokážou účelně aplikovat v praktickém životě (Fischer, aj. 2014, s. 135–137; Pastieriková 2012, s. 12–14).

## **1.5 Klasifikace mentální retardace**

V současné době se využívá klasifikace mentální retardace dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, která je zpracována Světovou zdravotnickou organizací. Ta se rozděluje do skupin dle hodnot inteligenčního kvocientu, který vyjadřuje vztah mezi mentálním věkem (dosažený výkon v úlohách odpovídajících určitému vývojovému stupni) a chronologickým věkem. Tato klasifikace člení mentální retardaci do šesti skupin, kdy každá skupina má svůj příslušný kód F70 až F79: lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace a nespecifikovaná mentální retardace (Fischer, aj. 2014, s. 130–131; Švarcová 2011, s. 36–37; MKN-10 2023b).

### **1.5.1 Lehká mentální retardace (F70)**

Lehká mentální retardace představuje nejlehčí formu mentálního postižení. Inteligenční kvocient (IQ) se pohybuje v rozmezí od 50 do 69. To u dospělého jedince odpovídá mentálnímu věku zhruba 9 až 12 let věku. Samotný vývoj řeči bývá zprvu opožděný, ale dokážou se dostat na úroveň účelného užívání řeči v každodenním životě a udržovat konverzaci. Nejvýraznější deficit mají v myšlení, které je jednoduché a chybí jim schopnost abstrakce a logického uvažování.

Osoby s lehkou mentální retardací mívají často obtíže v učení, zejména ve čtení a psaní. Navštěvují většinou školy zřízené dle §16 odst. 9 školského zákona. V některých případech, při dobré spolupráci rodičů, školy a školských poradenských zařízeních, je možná inkluze/integrace do běžného vzdělávacího proudu. Dále mohou studovat na jakékoli střední škole pod podmínkou ukončeného základního vzdělání a splnění přijímacích zkoušek. Většinou studují na odborných učilištích na dvouletých nebo tříletých učebních oborech typu E.

Dospělí jedinci zpravidla dosáhnou úplné samostatnosti a soběstačnosti v osobní péči a domácích pracích. Dokáží si najít a udržet si pracovní místo a dokáží si vytvořit a udržet dobré sociální vztahy (Bendová, aj. 2015, s. 80; Fischer, aj. 2014, s. 132; Pastieriková 2012, s. 11; Švarcová 2011, s. 37–38; Šiška 2022b).

### **1.5.2 Středně těžká mentální retardace (F71)**

U středně těžké mentální retardace je inteligenční kvocient (IQ) v rozmezí od 35 do 49, které u dospělého jedince odpovídá mentálnímu věku 6 až 9 let věku. Celkový vývoj jedince se středně těžkou mentální retardací je opožděný. Ve vzdělávacím systému si často zvládnou osvojit



základní trivia mezi které patří počítání, čtení a psaní. Vzdělávání zpravidla probíhá na základních školách speciálních a pro úspěšné splnění studia potřebují učit formou mechanického a strukturovaného učení. Po zvládnutí výše zmíněné základní školy speciální pokračují ve studiu na praktických školách jednoletých či dvouletých. Z počátku může být motorický vývoj opožděný, ale jedinci bývají postupně plně mobilní a fyzicky aktivní. Vývoj řeči bývá také opožděný

a rozvoj je velmi individuální. Slovní zásobu mívají minimální a vyjadřování je na úrovni jednoduchých vět, avšak někteří jedinci nemusí mluvit vůbec.

Dospělí jedinci dosahují určité samostatnosti, jak v péči o vlastní osobu, tak v domácích pracích, ale potřebují různý stupeň podpory a neustálý dohled. Dopomoc potřebují také v oblasti sociální

a pracovní, kde nejčastěji vykonávají jednoduché manuální úkony. Nejčastěji dochází do chráněných dílen a pracovišť nebo využívají programy podporovaného zaměstnání (Bendová, aj. 2015, s. 80–81; Fischer, aj. 2014, s. 132–133; Pastieriková 2012, s. 11; Švarcová 2011, s. 38–39; Šiška 2022b).

### **1.5.3 Těžká mentální retardace (F72)**

Těžká mentální retardace je označená pásmem inteligenčního kvocientu (IQ) v rozmezí od 20 do 34, které u dospělého jedince odpovídá mentálnímu věku 3 až 6 let věku. Tito jedinci mívají výrazně opožděný a omezený celkový vývoj. Nejčastější projevy můžeme pozorovat v oblasti jemné a hrubé motoriky, která je nekoordinovaná a neobratná. Vývoj řeči zůstává na jednoduché úrovni, mají problémy jak s produkcí, tak reprodukcí řeči. Bývají přítomné pudové projevy hlasu a echolálie. Z těchto důvodů se pro komunikaci často využívá nastavená alternativní komunikace (obrázky, piktogramy, fotografie). Jsou zde často přítomné afektivní sféry se sebepoškozováním.

Ve vzdělávacím procesu se nejvíce zaměřují na rozvoj sebeobslužných činností, hygienických návyků, motoriky (rehabilitační péče), komunikace a jednoduchých činností. K rozvoji napomáhají různé terapeutické metody a techniky zaměřené na aktivizaci. Péče o jedince s těžkou mentální retardací je celoživotní a je potřeba neustálého dohledu a pomoci (Bendová, aj. 2015, s. 81–82; Fischer, aj. 2014, s. 133; Pastieriková 2012, s. 11; Švarcová 2011, s. 39–40; Šiška 2022b).

#### **1.5.4 Hluboká mentální retardace (F73)**

Intelligenční kvocient (IQ) u hluboké mentální retardace se pohybuje v pásmu pod 20, které u dospělého jedince odpovídá mentálnímu věku do 3 let. Tito jedinci dosahují ve vývoji úrovně batolete. Nejsou schopni si osvojit základní hygienické návyky, tím pádem bývají často inkontinentní. Mají poruchy v hrubé i jemné motorice a často zůstávají imobilní. Řeč zůstává na úrovni pudových zvuků a jednoduchých hlasových projevů. U těchto jedinců je vyžadován neustálý dohled, péče a pomoc se stravováním, hygienou, pohybem a komunikací (Bendová, aj. 2015, s. 82; Fischer, aj. 2014, s. 133; Pastieriková 2012, s. 11; Švarcová 2011, s. 40; Šiška 2022b).

#### **1.5.5 Jiná mentální retardace (F78)**

U jedinců, u kterých je diagnostikováno mentální postižení a zároveň další přidružené postižení se můžeme bavit o tzv. Jiné mentální retardaci. Tento stav znesnadňuje až znemožňuje posouzení mentální úrovně a následné stanovení inteligenčního kvocientu. Bývá to například u jedinců se zrakovým či sluchovým postižením, s autismem nebo tělesným postižením (Fischer, aj. 2014, s. 133; Pastieriková 2012, s. 11; Švarcová 2011, s. 40–41).

#### **1.5.6 Nespecifikovaná mentální retardace (F79)**

Tento typ mentální retardace je využíván hlavně v situacích, kdy je u jedince prokázáno mentální postižení, ale pro nedostatek informací a znaků nemůžeme daného jedince zařadit do jiné kategorie (Fischer, aj. 2014, s. 133; Pastieriková 2012, s. 11; Švarcová 2011, s. 41).

## 2 PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA

Druhá kapitola pojednává o poruchách autistického spektra. I zde se terminologie mění a setkáváme se s pojmy poruchy autistického spektra, pervazivní vývojové poruchy či autismus. Tato kapitola se skládá z vymezení pojmu, etiologie, diagnostiky, symptomatologie a klasifikace poruch autistického spektra.

### 2.1 Vymezení pojmu

Poruchy autistického spektra nebo také pervazivní vývojové poruchy řadíme mezi nejdůležitější poruchy dětského mentálního vývoje. Terminologie se mění zejména z důvodu rozsáhlé a různorodé symptomatologie, a potřeby najít náležitý termín, který by pojal širokou škálu a míru symptomů. V této době považujeme pervazivní vývojové poruchy a poruchy autistického spektra za synonyma. Termín pervazivní v překladu znamená „vše pronikající“, a znázorňuje fakt, že onemocnění zásadně zasahuje celou osobnost člověka. Laická společnost používá zjednodušený termín autismus, který vychází ze slova *autos*, které v překladu znamená sám (Bazalová 2017, s. 9; Richman 2015, s. 11; Thorová; 2016, s. 59).

Jedná se o vrozené neurovývojové postižení, které ovlivňuje všechny vývojové oblasti jedince. Dochází zde ke vrozenému postižení mozkových funkcí, které umožňují schopnost komunikace, sociální interakce a fantazie. Jsou to právě tyto důvody, kvůli kterým mohou tito jedinci s poruchou autistického spektra vnímat, prožívat, chovat se a vyhodnocovat informace odlišným způsobem než jedinci intaktní. U poruch autistického spektra je mnohdy postihnut i intelekt, a to v různém rozsahu od nadprůměrného intelektu u Aspergerova syndromu, až po přítomnost hluboké mentální retardace (Bazalová 2017, s. 13; Thorová 2016, s. 53, 59).

Porucha autistického spektra je komplexní postižení, u kterého se často symptomy a hloubka postižení během života s věkem mění. Vliv na to má sociální prostředí, ve kterém jedinec žije a výchovně-vzdělávací proces a speciálně-pedagogické intervence, které jedinec absolvuje. Dále vývoj postižení ovlivňuje osobnostní stránka jedince, jeho kognitivní a intelektové schopnosti, a v neposlední řadě přítomnost jiného přidruženého postižení. Z tohoto důvodu je důležité opakované provádění vyšetření a aktualizace diagnózy, aby stále docházelo ke správné intervenci dle aktuálních potřeb a schopností jedince (Richman 2015, s. 7 ; Thorová 2016, s. 59–60).

## 2.2 Etiologie poruch autistického spektra

Etiologie neboli příčina vzniku poruch autistického spektra je stále nejednoznačná a příčiny postižení nejsou přesně známy. Stále probíhají celosvětové výzkumy, které zkoumají, proč a jak toto postižení vzniká (Bazalová 2017, s. 12).

V současnosti se porucha autistického spektra označuje jako neurovývojová porucha, jejíž vznik může být důsledkem organického poškození mozku způsobující více faktorů (multifaktoriální příčiny). Mezi rizikové faktory řadíme například genetické faktory a genetické mutace. Byly identifikovány stovky genů, které mají s velkou pravděpodobností vliv na vznik poruchy autistického spektra, ale přesný mechanismus vzniku je neznámý. Pouze u Rettova syndromu známe přesnou genovou mutaci způsobující toto postižení, jedná se o mutaci genu MECP2. V případě poruch autistického spektra můžeme mluvit i o vlivu dědičnosti, který vychází z výzkumů potvrzující zvýšený výskyt poruchy u dvojčat a sourozenců (Bazalová 2017, s. 12–13; Thorová 2016, s. 49).

Dalším rizikovým faktorem je vliv prostředí. Vlivem prostředí nemyslíme sociální prostředí dítěte, ve kterém vyrůstá. Poruchy autistického spektra nevznikají vlivem nepodnětného prostředí a nevhodného působení rodičů dítěte. Vlivem prostředí myslíme vnější příčiny, které mohou ovlivnit poškození genetické informace a následný vývoj plodu, a mohou způsobit poškození mozku a jeho funkcí. Vnější příčinou mohou být teratogenní látky, které působí na plod během těhotenství a negativně ovlivňují vývoj plodu. Teratogenními látkami myslíme například rentgenové záření, chemické látky nebo bakterie a viry. Mezi rizikové faktory prostředí řadíme i komplikace při porodu, jako je mechanické poškození plodu, nízká porodní hmotnost dítěte, předčasný nebo překotný porod. Rizikem může být i životní styl a psychický stav matky během těhotenství, kdy zvýšený stres a nevhodná výživa také ovlivňuje vývoj plodu (Richman 2015, s. 11; Bazalová 2017, s. 12–13; Thorová 2016, s. 52).

Dalším zkoumaným rizikovým faktorem je imunitní systém a procesy, které působí na vývoj nervové soustavy jedince. Zvýšené riziko pro vznik poruchy autistického spektra může představovat autoimunitní a alergické onemocnění matky během těhotenství (např. astma, lupénka, alergie) (Thorová 2016, s. 52–53).

## 2.3 Diagnostika poruch autistického spektra

Diagnostický proces je u poruch autistického spektra z důvodu rozsáhlé škály symptomů komplikovaný a zdouhavý proces. Diagnostikou tento proces nekončí, zjišťuje se tím aktuální stav jedince a je prvním krokem k úspěšné intervenci. Důležitá je při diagnostice spolupráce rodičů a odborníků, kterými jsou pediatr, psychiatr, neurolog, psycholog, speciální pedagog, ale i učitel dítěte. Závěrečnou diagnózu může stanovit pouze psycholog či psychiatr, a to nejlépe ti, kteří mají již s touto problematikou zkušenost a jsou v ní dostatečně erudováni (Bazalová 2017, s. 35–36; Šporclová 2018, s. 15 ; Thorová 2016, s. 270 ).

Základním diagnostickým kritériem je tzv. diagnostická triáda poruch autistického spektra. Tato diagnostická triáda se skládá ze třech deficitních oblastí: sociální interakce, komunikace, a představitost a hra (Žampachová, Čadilová a kol., 2012b, s. 22).

Diagnostika se skládá ze sběru dat o chování, nejvíce v oblastech diagnostické triády, v různém prostředí. Dále využíváme diagnostické nástroje, kterými jsou screeningové testy, posuzovací škály a standardizované testy. Příkladem těchto diagnostických nástrojů je například Posuzovací škála **CARS (Childhood Autism Rating Scale)**, která slouží spíše k orientačnímu posouzení než k závěrečné diagnostice. Další orientační metodou je metoda **DACH (Dětské autistické chování)**, která je ve formě jednoduchého dotazníku, který vyplňují rodiče dítěte. Další známou screeningovou metodou, která slouží k prvotní orientaci, je **Screeningový dotazník M-CHAT-R TM**, který navíc bývá součástí preventivní prohlídky dítěte v 18. měsíci. **Metoda ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised)** se skládá z výpovědi rodičů v semistrukturovaném rozhovoru, kde hodnotí oblasti diagnostické triády (Šporclová 2018, s. 15–16; Thorová 2016, s. 270–290 ; Fischer aj. 214, s. 190).

Ideální diagnostický model by se měl skládat ze tří částí:

### 1) Fáze podezření

V této fázi dochází k podezření rodičů dítěte z důvodu odlišného a znepokojivého vývoje. Jako první většinou rodiče hledají pomoc u pediatra, který provede screeningový test. V případě potvrzení podezření od pediatra, posílá pediatr rodiče s dítětem na specializované pracoviště a k odborníkům (Thorová 2016, s. 269).

### 2) Fáze diagnostická

Fáze diagnostická je spoluprací všech odborníků, jejichž úkolem je stanovit či vyvrátit diagnózu poruchy autistického spektra. V této fázi se provádí testy

(screeningové testy, posuzovací škály, standardizované testy) a vyšetření (genetická, neurologická, psychologická, vyšetření zraku a sluchu). Součástí je provedení diferenciální diagnostiky, kdy se vylučují jiná postižení s podobnými symptomy (Thorová 2016, s. 269).

### 3) Fáze postdiagnostická

Tato fáze se skládá z nalezení co nejvhodnější intervence dle aktuálních potřeb dítěte a jeho rodiny. Rodina se seznamuje s problematikou onemocnění, hledají potřebné informace a kontaktují specializovaná centra (např. Raná péče, Speciálně-pedagogická centra) (Thorová 2016, s. 269).

Psychologické vyšetření většinou probíhá ve dvou fázích. V první fázi zpravidla přicházejí pouze rodiče bez dítěte. Lékař sestavuje anamnézu ze zpráv ze všech dosavadních vyšetření, ze školy, a ze zkušeností a názorů rodičů. Druhá fáze již probíhá i s dítětem, kdy nejdříve při vyšetření lékař dítě pozoruje při volné činnosti a sleduje jeho chování. Další částí této fáze je řízená práce s dítětem, kdy lékař využívá standardizované testy a posuzovací škály. Na závěr lékař s rodiči zkonzultuje diagnostická shrnutí, a doporučí jim následná vyšetření a péči (Thorová 2016, s. 290–295).

Celková doba psychologického vyšetření se může pohybovat kolem 4–6 hodin. Podstatnou částí diagnostiky je pozorování chování dítěte v různém prostředí. V cizím prostředí při vyšetření se dítě nemusí cítit dobře a nemusí spolupracovat. Proto je důležité shromáždit všechny informace o tom, jak se dítě chová ve známém prostředí (domov, škola) v každodenních situacích, aby došlo k co nejpřesnější diagnostice (Thorová 2016, s. 295; Šporclová 2023).

## 2.4 Symptomatologie poruchy autistického spektra

Pro poruchu autistického spektra je nejvíce charakteristická triáda problémových oblastí, kterými jsou sociální interakce, komunikace, a představitost a hra. Avšak porucha není pouze o této triádě, ale setkáváme se se širokým spektrem symptomů, a to v různé míře, podobě a závažnosti (Žampachová, Čadilová a kol., 2012, s. 22; Thorová 2016, s. 60).

### 2.4.1 Komunikace

Jedna z problémových oblastí je oblast komunikace, pomocí které sdělujeme svá přání, své potřeby a pocity. U poruch autistického spektra dochází k narušení verbální i neverbální komunikace. Ovlivněné jsou i expresivní (vyjadřování) a receptivní (porozumění) složky komunikace. Narušení komunikace je velmi individuální a různorodé.

U narušení neverbální komunikace se setkáváme s chybějícím očním kontaktem, kterému se jedinci s poruchou autistického spektra vyhýbají a zároveň ho nevyhledávají. Jedinci mají potíže s používáním, ale i s porozuměním neverbální komunikace, proto často dochází ke komunikačnímu nedorozumění mezi komunikačními partnery. Jedinec neukazuje, když chce vyjádřit své přání a potřeby, v jeho obličejí chybí mimika, nebo výraz v obličejí neodpovídá verbálnímu sdělení.

U verbální komunikace pozorujeme většinou opožděný vývoj řeči, která se dokonce v některých případech ani nevyvine. Verbálně komunikující jedinec s poruchou autistického spektra rád mluví o svých oblíbených tématech. Typická je echolálie a opakování slov a vět, které již slyšeli. Velmi často opakují stereotypně hlášky a fráze z oblíbených pořadů a filmů. Charakteristické je také doslovné chápání vět, neporozumění metaforám, ironii a sarkasmu.

Jedinci s poruchou autistického spektra mívají problémy se zahájením komunikace a jejím udržením s komunikačním partnerem. Pro funkční komunikaci jedinci mohou používat alternativní nebo augmentativní komunikaci, například komunikační systémy VOKS (Výměnný obrázkový komunikační systém), Makaton, aj. (Bazalová 2017, s.17; Šporclová 2018, s. 37–41; Thorová 2016, s. 99–112 Richman 2015, s. 8).

#### **2.4.2 Sociální interakce**

S poruchou komunikace také souvisí další problémová oblast, kterou je sociální interakce. Stejně jako u komunikace i projevy narušení sociální interakce jsou individuální a různorodé. Typický je chybějící sociální úsměv a nereagování na své jméno, což často působí tak, že je jedinec neslyšící. Dítě si často hraje samo a nevyžaduje pozornost vrstevníků, okolí a společnou hru. Je to také z důvodu, že neumí navazovat a rozvíjet sociální vztahy s okolím, a tím se zvyšuje pravděpodobnost vyřazení jedince z běžného sociálního života a společnosti. Charakteristické při kontaktu s jinou osobou je, že používají ruku jiné osoby k ukazování na žádanou věc nebo situaci (Richman 2015, s. 8; Žampachová, Čadilová, a kol. 2012, s. 22; Thorová 2016, s. 63).

Dle sociálního chování a typu sociální interakce rozlišujeme pět typů:

##### 1) Typ osamělý

Tento typ upřednostňuje samotu a téměř nevyžaduje fyzický kontakt (mazlení, chování). Nevyhledávají společnost okolí, jsou uzavření a odtaziti. Nemají zájem o společné hry a ve skupině se vzdalují do ústraní. Raději preferují trávit čas o samotě a straní se komunikaci a očnímu kontaktu. Děti mohou být aktivní, ale chybí jim

schopnost empatie, kdy často při kolektivních hrách nevnímají reakce ostatních a mohou být agresivní (Thorová 2016, s. 66).

## 2) Typ pasivní

Typ pasivní se cíleně nevyhýbá sociálnímu kontaktu, ale zároveň ho aktivně nevyhledává. Děti mívají rády mazlení a fyzický kontakt. Mívají omezenou schopnost empatie a mívají deficity ve vyjadřování svých pocitů a potřeb. Projevují zájem

o společné hry a o společnost s vrstevníky, ale nedokáží se do kolektivu zapojit. Komunikace jim slouží hlavně k uspokojení svých základních potřeb (Thorová 2016, s. 69).

## 3) Typ aktivní

U aktivního typu dochází k nepřiměřenému sociálnímu a fyzickému kontaktu, a to i u cizích lidí. Velmi často jedinci neodhadnou a nedodrží intimní vzdálenost. Gestikulace a mimika bývá často nepřirozená a výstřední. U aktivního typu se vyskytují problémy v dodržování pravidel společenského chování, neorientují se v chápání kontextu sociálních situací a často dochází k sociálně problematickému obtěžujícímu chování (Thorová 2016, s. 72).

## 4) Typ formální

Charakteristika tohoto typu je typická pro jedince s vyšším IQ. Disponují dobrými vyjadřovacími schopnostmi, řeč bývá formální a strojená, ale mohou mít obtíže s doslovným pochopením slyšeného slova, s ironií a sarkasmem. Chování může působit chladným dojmem. Je to způsobeno pravdomluvností společně s chybějící empatií, a potřebou přesně dodržovat pravidla a společenské rituály. Typické jsou encyklopedické zájmy, o kterých egocentricky opakovaně mluví (Thorová 2016, s. 75).

## 5) Typ smíšený – zvláštní

U typu smíšeného sociálního chování záleží na více faktorech (aktuální situace, prostředí a osoba). Sociální chování se skládá z prvků předešlých čtyř typů. Je zde přítomná občasná potřeba samoty a klidu, komunikace zejména o oblíbených tématech, a například potřeba dodržovat pravidla a společenské rituály (Thorová 2016, s. 76).



Málokdy dochází k tomu, že by jedinec spadl pouze do jednoho typu. Sociální chování bývá různorodé a je zpravidla ovlivněno hned několika faktory a velmi často se typické projevy typů prolínají (Thorová 2016, s. 79).

### 2.4.3 Představivost, hra

Poslední oblastí z diagnostické triády je narušená schopnost představivosti. U narušené schopnosti představivosti u dítěte dochází k nedostatečnému rozvoji hry, která je přitom jednou ze základních způsobů učení. Jedinec s narušenou představivostí bude většinou upřednostňovat jednoduché stereotypní činnosti, činnosti určené mladším jedincům a celkově okruh oblíbených činností bývá hodně omezený. Naopak oblíbené činnosti se odlišují svojí intenzitou (neustálé opakování dané aktivity) a také předmětem zájmu. Častými zájmy jsou astrologie, dopravní prostředky, jízdní řády. Pro tuto oblast je charakteristické časté repetitivní provádění činností; stereotypní formy chování, projevy a forem činností; a silným upoutáním na určité téma nebo činnosti. Typické jsou také problémy se zvládnutím změn a neumožnění provést svou oblíbenou činnost. Přerušování činnosti nebo neumožnění provést činnost většinou vzbuzuje v jedinci plno emocí, které mohou přecházet v agresivitu nebo sebepoškození. Obecně děti s poruchou autistického spektra mají malý zájem o klasické hračky a nehrají si s nimi jako intaktní děti. Většinou s nimi zacházejí nejjednodušším nefunkčním způsobem a hračky různě třídí, řadí, seskupují dle svých potřeb (dle barvy, tvaru) (Thorová 2016, s. 119–122; Národní pedagogický institut 2023).

### 2.4.4 Další nespecifické projevy

Symptomatologie poruch autistického chování se neskládá pouze z výše uvedených třech oblastí. Další projevy se mohou lišit svou podobou, mírou a intenzitou, a nazýváme je nespecifickými variabilními rysy (Thorová 2016, s. 132).

Mezi tyto nespecifické projevy bychom mohli řadit **poruchy ve vnímání**, které se týkají všech pěti smyslů vnímání. Typická je jak přecitlivělost, tak naopak také malá citlivost na smyslové podněty. U zrakového vnímání lze velmi často pozorovat přecitlivělost na určité zrakové podněty, jako je blesk fotoaparátu, změny osvětlení, určité barvy. Sluchové vnímání je u jedinců s PAS velmi rozmanité. Na jedné straně se někteří jedinci zdají, jako by byli neslyšící, protože nereagují na okolí či na své oslovení jménem. Na druhou stranu jsou často jedinci s poruchou autistického spektra velmi citliví na hlasité a ostré zvuky (vysavač, motorka, hluk v místnosti) a zakrývají si v těchto situacích uši. U chuťového vnímání sledujeme velkou vybíravost

a odmítání určitých potravin kvůli výrazné chuti nebo konzistenci jídla. Na druhou stranu mnohdy jedinci s poruchou autistického spektra mají tendence ochutnávat věci, které nejsou určené ke konzumaci. Někteří jedinci s poruchou autistického spektra mohou přecitlivěle reagovat na různé pachy a vůně, a svou nelibost nedokážou přiměřeně vyjádřit, a mohou reagovat neúměrně. Dále se setkáváme i s přecitlivělostí na vnímání doteků, které se projevuje odmítáním se mazlit, nelibostí k oblečení a různým povrchům, nelibostí a nechutí provádět činnosti spojené s dotykem (stříhání nehtů, malování prstovými barvami) (Thorová 2016, s. 133–138).

Dalším nespécifickým projevem jsou deficity a odlišnosti v **motorickém vývoji**. U některých jedinců pozorujeme motorickou neobratnost a zhoršenou koordinaci pohybů u jemné i hrubé motoriky, zejména u jedinců s Aspergerovým syndromem. Velmi častým projevem u poruch autistického spektra jsou stále se opakující stereotypní pohyby, hlavně pohyby rukou a prstů. Tyto pohyby však mohou být pro jedince stimulačním a uklidňujícím prostředkem při emočním rozrušení. Častá je chůze po špičkách, která je pro tyto jedince typická. Z tohoto důvodu je nezbytná ortopedická a neurologická péče, aby nedocházelo k deformaci nohou. Charakteristickým rysem bývá také sebepoškozující stereotypní chování, mezi které se řadí vytrhávání vlasů, štípání, kousání, nebo bouchání hlavy do okolních předmětů (Thorová 2016, s. 138–146).

Dalším pozorovatelným deficitem, s kterým se můžeme setkat u poruch autistického spektra, je deficit v **emoční reaktivitě**. Jedinci disponují chudou emoční reaktivitou a tím pádem své emoce projevují velmi málo a někteří je pro změnu neprojevují vůbec. Na druhou stranu v případě projevení emocí, může být intenzita a způsob reakce mnohdy neadekvátní a rozdílná od intaktních jedinců. Jedinci často mají velmi nízkou frustrační toleranci, což může vést až k emočnímu výbuchu ve formě agrese vůči okolí nebo sobě. Typická je emoční labilita projevující se častými změnami nálad (Thorová 2016, s. 162–166).

Jedinci, kteří mají poruchu autistického spektra mají sníženou schopnost **adaptability** neboli funkčnosti, a to v různých oblastech a míře. Samotná schopnost přizpůsobovat se prostředí a změnám nám většinou určuje míru schopnosti, jak fungovat v běžném sociálním prostředí. Reakce na změny u jedinců bývá rozdílná a závisí na mnoha faktorech (intelekt, úroveň komunikace). Reakce se může objevit v podobě od nelibosti, po ignoraci až po rozbouření. Při těchto změnách může jedincům s poruchou autistického spektra pomoci jistota ve formě známé

osoby (většinou matka, jiná blízká osoba) nebo oblíbeného předmětu, který u sebe stále nosí. Dle úrovně adaptability dělíme poruchy autistického spektra do třech kategorií:

1) Nízkofunkční

U této úrovně adaptability bývají jedinci uzavření a mívají problém navázat kontakt a sociální vztahy. Komunikace je na velmi nízké úrovni, ale s velkým deficitem v produkci

a porozumění řeči. Nejčastěji je to v podobě echolálie, různých zvuků, nebo ojedinělých slov. Objevují se také stereotypní pohyby, nepřerušitelnost aktivit související s problémovým chováním (např. v podobě agrese, nebo sebepoškozování) a jedinec tím pádem vyžaduje neustálý dohled. Intelektové schopnosti většinou odpovídají úrovni těžké až hluboké mentální retardace.

2) Středněfunkční

V této úrovni adaptability mívají jedinci sníženou schopnost navazovat jakýkoliv kontakt s okolím a bývají pasivní vůči ostatním i v oblasti sociální komunikace. Samotná řeč bývá obvykle funkční, rozumí jednoduchým úkonům a větám. I tak často jedinci pro zlepšení komunikace preferují alternativní způsob komunikace. Objevují se stereotypní manipulace s předměty a stereotypní pohyby, na které je jedinec upjatý, a změny obtížně přijímá. Intelektové schopnosti se pak zařazují do úrovně lehké nebo středně těžké mentální retardace.

3) Vysokofunkční

U této úrovně adaptability bývá funkční komunikace v normě, odlišnosti nastávají v sociální komunikaci a v sociálních situacích. Zajímají se hlavně o své oblíbené činnosti a zájmy, které bývají hlavním tématem komunikace. Deficity se objevují v kolektivních hrách, kde se mohou vyskytnout problémy s chápáním pravidel a se spoluprací. Intelektové schopnosti se poté rozdělují na úroveň průměru až nadprůměru, ale s nízkým sociálním a emočním intelektem (Thorová 2016, s. 166–169; Fischer, aj. 2014, s. 178–179).

## 2.5 Klasifikace poruch autistického spektra

K samotné klasifikaci a diagnostice poruch autistického chování se v současné době nejvíce využívá klasifikace dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí zpracována Světovou zdravotnickou organizací. Tato klasifikace označuje pervazivní vývojové poruchy kódem F84

a dále je člení do 8 skupin: Rettův syndrom, Dětský autismus, Atypický autismus, Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby, Jiná dětská dezintegrační porucha, Aspergerův syndrom, Jiné pervazivní vývojové poruchy, a Pervazivní vývojová porucha nervové soustavy (MKN-10 2023a, Fischer, aj 2014, s. 176).

### **2.5.1 Dětský autismus (F84.0)**

Dětský autismus je jedním z typů pervazivních vývojových poruch. Typickým diagnostickým kritériem pro dětský autismus může být projevení abnormální funkce ve všech oblastech z diagnostické triády, což znamená tedy v oblasti sociální interakce, komunikace, představitosti. Dalším podstatným diagnostickým kritériem je projevení symptomů před třetím rokem věku dítěte. Míra závažnosti bývá od mírné formy až po těžkou formu. Nástup jednotlivých projevů může probíhat dvěma způsoby. Buď se projevují postupně z velké většiny během prvního roku života, nebo může docházet k autistické regresi. Při regresi se dosavadní osvojené dovednosti částečně nebo úplně ztrácí (Thorová 2016, s. 179; Fischer, aj. 2014, s. 180–182; Dudová, Mohaplová 2016, s. 152–153; MKN-10 2023a).

### **2.5.2 Atypický autismus (F84.1)**

U atypického autismu nejsou splněna diagnostická kritéria daná pro dětský autismus. Atypický autismus se může odlišovat dobou projevení, kdy lze vývoj odlišit až po 3. roce věku dítěte. Dále se odlišuje tím, že nesplňuje diagnostickou triádu, kde jedna z oblastí není výrazně narušena. Atypický autismus se často projevuje u těžké nebo hluboké mentální retardace, kde se objevují typické autistické rysy (Thorová 2016, s. 184–187; Fischer, aj. 2014, s. 182–183; MKN-10 2023a; Dudová, Mohaplová 2016, s. 153).

### **2.5.3 Rettův syndrom (F84.2)**

Rettův syndrom je závažná vývojová porucha mozku, kterou způsobuje mutace genu MECP2. Tato mutace se váže na X chromozom, takže se porucha vyskytuje pouze u dívek. Syndrom manifestuje zhruba ve věku 7-24 měsíců. Pro tento syndrom je typické období normálního vývoje, který je následován ztrátou manuálních a verbálních dovedností. Jako charakteristické vlastnosti pro tento syndrom můžeme zařadit ztrátu funkčních pohybů ruky a stereotypní kroutivé pohyby prsty rukou. Velmi časté je také výskyt epilepsie. Postupným zhoršováním stavu a regrese se stav dostává do stupně těžké mentální retardace. Rettův syndrom můžeme zařadit mezi pervazivní vývojové poruchy z důvodu přítomnosti autistických projevů jako je absolutní

nezájem o sociální kontakt a neschopnost komunikovat (Thorová 2016, s. 214–218; Fischer, aj. 2014, s. 184–185; MKN-10 2023a).

#### **2.5.4 Jiná dětská dezintegrační porucha (F84.3)**

Jiná dětská dezintegrační porucha je typická výrazným regresem, kdy po období normálního vývoje nastává trvalá ztráta již dříve získaných dovedností, a to navíc ve všech oblastech. Nastupuje zde stav, který odpovídá stupni těžké mentální retardace. Manifestace poruchy nastává mezi druhým a desátým rokem věku, ale nejčastěji k regresi dochází mezi třetím a čtvrtým rokem věku. K dalšímu zhoršení stavu dochází buď náhle, nebo se jedná o postupnou regresi s obdobími stagnace. Kromě již zmíněné regrese je pro poruchu charakteristická emoční labilita, agresivita spolu se záchvaty vzteku, potíže se spánkem, či hyperaktivita, aj. (Thorová 2016, s. 197–199; Fischer, aj. 2014, s. 185–186; MKN-10 2023a).

#### **2.5.5 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby (F84.4)**

Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby je porucha, která slučuje hyperaktivní syndrom, mentální retardaci a stereotypní pohyby nebo sebepoškozování. Typická je těžká motorická hyperaktivita, kdy dochází například k trvalému motorickému neklidu projevujícím se běháním, skákáním a pohyby celého těla. Také je pro jedince velice obtížné zůstat v klidu sedět na jednom místě a typické jsou také rychlé a časté změny jednotlivých aktivit. Stupeň mentální retardace většinou spadá do těžké mentální retardace. Charakteristické jsou opakující se stereotypní vzorce chování a činností, například neměnné a často opakované pohyby, opakované činnosti se stálou formou provádění. Oproti jiným poruchám autistického spektra se zde nevyskytuje deficit v sociální interakci (Thorová 2016, s. 213; MKN-10 2023a).

#### **2.5.6 Aspergerův syndrom (F84.5)**

Aspergerův syndrom je charakteristický narušenou oblastí sociální interakce a stereotypními vzorci chování a aktivitami. Oproti ostatním poruchám autistického spektra zde nedochází k narušení vývoji řeči. Může být přítomen lehce opožděný vývoj řeči, ale do pěti let věku většinou mluví jedinec plynule. Typické při komunikaci je používání mechanické a formální řeči s velkou slovní zásobou a s kopírujícími výrazy dospělých. Jedinci mívají obtíže v pragmatické jazykové rovině, která souvisí se sociální interakcí. Jedinci ulpívají na tématech, které je zajímají, obtížně navazují mezilidské vztahy a vyžadují přesné vyjadřování okolí. Mívají problémy v neverbální komunikaci, chybí jim empatie a často působí egocentricky. Jedinci lpí na navyklém řádu a rutině, a velmi těžko se smířují se změnami. Podstatným rozdílem od ostatních poruch

autistického chování je úroveň intelektu, který je v oblasti normy či v oblasti nadprůměru. Emoční labilita je také velim typická a souvisí se sebedoceňováním a hledáním chyb ve vlastní osobě (Thorová 2016, s. 188–189; Fischer, aj. 2014, 186–188; MKN-10 2023a).

### **2.5.7 Jiné pervazivní vývojové poruchy (F84.8)**

U jiných pervazivních vývojových poruch nejsou přesně definovány diagnostická kritéria. Do této kategorie spadá skupina jedinců, kteří mají narušené všechny oblasti diagnostické triády, ale narušení není na takové úrovni, abychom je řadili do kategorie dětského nebo atypického autismu. Do této kategorie lze navíc také zařadit takovou skupinu jedinců, kteří mají podstatně narušenou oblast představivosti, a mají problémy rozeznat co je fantazie a co realita (Thorová 2016, s. 207–210; MKN-10 2023a).

### **2.5.8 Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná (F84.9)**

Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná slouží jako kategorie přechodná. Vývoj jedince je na nízké úrovni, a z toho důvodu nemůže být přesně určena podrobnější diagnóza. Jedinec by se i přes to měl nadále diagnosticky sledovat a pravidelně aktualizovat dané symptomy, které se začaly objevovat až později (Šporclová 2023; MKN-10 2023a).

### 3 PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ U OSOB S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA

Třetí kapitola pojednává o problémovém chování u osob s poruchou autistického spektra. Tato kapitola se zaměřuje na vymezení pojmu problémové chování, jaké jsou možné příčiny a formy problémového chování.

#### 3.1 Vymezení pojmu

Problémové chování dle Emersona (2008, s. 13) je definováno jako: „*kulturně abnormální chování takové intenzity, frekvence nebo trvání, že může být vážně ohroženo fyzické bezpečí dané osoby nebo druhých, nebo chování, které může vážně omezit používání běžných komunitních zařízení nebo může vést k tomu, že dané osobě do nich bude odepřen přístup.*“

V praxi musíme rozlišovat termíny poruchy chování a problémové chování, které se mohou navzájem prolínat, ale jsou to dva rozdílné termíny. Porucha chování je diagnostickou kategorií, kdy jedinec nerespektuje normy chování na úrovni odpovídajícího věku, a řadíme sem například záškoláctví, krádeže, šikanu či napadení. Oproti tomu problémové chování vychází ze společenské normy chování a na subjektivním posouzení společnosti, která problémové chování hodnotí. Při hodnocení, zda se jedná či nejedná o problémové chování, rozhodují a ovlivňují ho skutečnosti:

- společenská pravidla, které vymezuje vhodné chování v daném prostředí;
- schopnost člověka vysvětlit své chování.
- názory ostatních účastníků v daném prostředí na povahu mentálního postižení a příčiny problémového chování člověka;
- obecná schopnost daného prostředí vypořádat se s jakýmkoliv rozvratem způsobeným chováním jedince (Emerson 2008, s. 17; Žampachová, Čadilová 2012b, s. 59).

V poslední době, zejména v zahraničí, se pojem problémové chování mění na pojem chování náročné na péči, ale mají stejný význam. K této změně dochází z důvodu přesnějšího pojmenování. U pojmu problémové chování se poukazuje na problémového člověka, který problémy vyvolává, a na fakt, že toto chování není problémem. Kdežto u pojmu chování náročné na péči se zdůrazňuje, že příčina dané situace není pouze u jedince s mentálním postižením či poruchou autistického spektra, ale často vzniká nepochopením nebo nevhodnou intervencí a přístupem k jedinci (SPMPČR 2020).

Dopady problémového chování mohou být různé. Toto chování může mít za následek poškození a zhoršení zdravotního stavu jedince nebo jeho okolí a pečujících osob. Ke zhoršení může dojít i v oblasti kvality života jedince i jeho okolí. S tím souvisí i možnost celkového vyloučení jedince ze společnosti, kdy dochází k omezení rozvoje sociálních vztahů a odmítání přítomnosti jedince s chováním náročné na péči ve společnosti. Ze strany okolí a pečujících osob může dojít k nevhodnému zacházení a jednání s jedincem s chováním náročné na péči. Takové nevhodné zacházení a jednání může ulehčit péči pečujících osob, ale mají negativní dopad na jedince s chováním náročné na péči. Jedná se například o zanedbávání jejich potřeb, nepřiměřené používání tlumící medikace nebo využívání mechanických omezení jedince (Emerson 2008, s. 20–21).

### **3.2 Možné příčiny problémového chování**

Problémové chování nejčastěji nastává z důvodu deficitů v komunikaci a v řešení složitých situací, kdy jedinec nerozumí a nezvládá danou situaci řešit. Problémové chování je poté reakcí na danou situaci a na prostředí, ve kterém se nachází. Příčinou může být i nesprávně vyhodnocená sociální situace a deficit v adaptabilitě. Poté je projev problémového chování jedinou možností, jak vyjádřit své přání, pocity, potřeby a volání o pomoc (Kubišová, Lovasová, a kol. 2012, s. 160; Žampachová, Čadilová, a kol. 2012b, s. 59).

Problémové chování se většinou odvíjí od celkového zdravotního stavu jedince. Samotné projevy problémového chování závisí na jejich intenzitě a míře symptomů, dále pak osobnostních stránkách jedince, výchovném a terapeutickém přístupu, a v neposlední řadě prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje. Není ale pravidlem, že čím těžší symptomatika postižení, tím je frekvence a závažnost u problémového chování větší. Problémové chování může být naučené, ale existuje i problémové chování s biologickým základem, které nelze eliminovat behaviorální terapií (Thorová 2016, s. 174; Kubišová, Lovasová, a kol. 2012, s. 160; Žampachová, Čadilová, a kol. 2012b, s. 59).

Základními spouštěcími faktory problémového chování jsou:

- organické a funkční poškození mozku (vnitřní faktor, který způsobuje především kognitivní deficity a deficity v ovládnání emocí);



- prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje (vnější faktor, který je způsoben nekomfortním prostředím (reakce na teplotu, druhy světla, či oděv) a chaosem (větší skupina lidí, neporozumění situace, příliš volného času) (Čadilová, Jůn, Thorová 2007, s. 107).

Dále většina příčin problémového chování vychází z deficitů v problémových oblastech, kterými mohou být:

- percepční a kognitivní deficit (odlišný způsob vnímání a zpracování informací, přecitlivělost/ malá citlivost na smyslové podněty);
- komunikační deficit (deficity v perceptivní i expresivní komunikaci, které způsobují u jedince frustraci; využití problémového chování jako komunikace);
- socioemoční deficit (snížená schopnost navazovat sociální kontakt, snížená schopnost vyznat se v emocích, emoční labilita, snížená schopnost dodržovat sociální pravidla);
- nevhodné prostředí a přístup (okolní prostředí a využívané přístupy vyvolávají tenzi, která vyúsťuje v problémové chování) (Thorová 2016 s. 174–175).

Při hledání příčin většinou nejdříve zjišťujeme, zda se problémové chování nevyskytuje z těchto důvodů:

- somatické zdravotní problémy jedince;
- vedlejší účinky předepsaných léků;
- prostředí (kde dochází k deprivaci některých základních životních potřeb);
- neschopnost jedince vyjádřit své potřeby a komunikovat (Čadilová, Jůn, Thorová 2007, s. 57).

### 3.2.1 ABC model lidského chování

ABC model lidského chování v behaviorální terapii se snaží najít a identifikovat příčinu problémového chování. K nalezení příčiny se využívá zkoumání situace před daným chováním a následné zkoumání následků daného chování. Analýza chování a zjištění příčin problémového chování je nepostradatelným krokem v řešení problémového chování a zvolení nejvhodnější strategie (Richman 2015, s. 47; Čadilová, Jůn, Thorová 2007, s. 109).

ABC model se skládá ze třech částí:

- Spouštěč, předehra (Antecedent)
 

Spouštěč či předehra je událost, která se odehrála těsně před projevem problémového chování. Při zaměření na určité problémové chování si všimáme a zaznamenáváme všechny okolnosti a situace, které se před projevením problémového chování udály. Při

podrobném sledování většinou přijdeme na okolnost/situaci, která by mohla být spouštěčem problémového chování. Spouštěče mohou být vnější i vnitřní charakteru. Vnitřními spouštěči se zpravidla rozumí to, co se děje v člověku před začátkem problémového chování. Řadíme sem tedy emocionální a fyziologický stav, potřeby a motivace jedince, a vlastní myšlenky. Vnější spouštěč představuje cokoli, co před začátkem problémového chování člověka ovlivnilo. Řadíme sem přítomnost nebo deficit předmětů, zvířat a lidí, a chování lidí v okolí.

- **Chování (Behaviour)**

Poté následuje samotný projev problémového chování. Toto chování pozorujeme a snažíme se ho nejpřesněji popisovat, abychom mohli co nejlépe chování analyzovat.

- **Následek, dohra (Concequence)**

Následek nastává ihned po problémovém chování, tedy například jak jsme na jedince při problémovém chování reagovali. Daný následek poté může upevnit jedincovo chování, takže se snažíme volit takový postup, aby měl následek dlouhodobý pozitivní vliv na dané chování a situaci.

Tento model vychází z předpokladu, že dané chování spouští faktory (spouštěče), které se vyskytují před daným chováním, a poté je chování podporováno faktory (následky), které se vyskytují po daném chování (Richman 2015, s. 47–48; Čadilová, Jůn, Thorová 2007 s. 47–48; Kubišová, Lovasová, a kol. 2012, s. 161–162).

### **3.2.2 Příklady možných příčin problémového chování**

- **Nenaplnění základních lidských potřeb**

Jedna z možných příčin problémového chování může být nenaplnění základních lidských potřeb. Mezi základní lidské potřeby řadíme fyziologické potřeby; potřeby bezpečí, jistoty a soukromí; potřeba někam patřit a být milován; potřeba úcty a respektu; a potřeba seberealizace. Pokud nedojde k naplnění základních lidských potřeb, může dojít u jedince k vyvolání frustrace, která se může projevit problémovým chováním (Čadilová, Jůn, Thorová 2007, s. 105–107).

- **Vliv prostředí**

Další příčinou problémového chování je vliv prostředí, které může být pro jedince nepříjemné. Můžeme sem zařadit vnitřní i vnější prostředí. Ve vnitřních prostorech může problémové chování vyvolat teplota, osvětlení či barevnost a vzor stěn. Ve vnějším

prostředí je častým jevem odmítnutí jít ven na procházku. Velkým vlivem je neznámé prostředí, ve kterém se jedinec nemusí cítit dobře a může vyvolat problémové chování (Richman 2015, s. 44–45).

- Zdravotní problémy

Častou příčinou problémového chování jsou zdravotní problémy, které u jedince nevidíme. Jedinec neví, jakým jiným způsobem zdravotní problémy a potíže naznačit, a tak se objevují formou problémového chování. Z tohoto důvodu je při snaze odstranit problémové chování nejdříve zapotřebí vyloučit zdravotní příčinu (Richman 2015, s. 45).

- Přiměřenost úkolů

Důležité při práci s jedincem se zdravotním postižením je brát ohled na aktuální vývoj a úroveň jedince a na jeho frustrační toleranci. Pokud budeme na jedince klást vysoké nároky, může to vyústit v zoufalství a úzkost, které se mohou poté projevit problémovým chováním (Richman 2015, s. 45).

- Sebestimulační chování

Sebestimulační chování je charakterizované různě opakujícími se motorickými pohyby. Můžeme zde zařadit grimasování, pozorování rukou, třepot rukou, mávání rukou, pohupování se, kolébání se, otáčení tělem sem a tam, případně chůze po špičkách. Všechny výše zmíněné pohyby většinou jedinci přináší uspokojivé smyslové podněty (Richman 2015, s. 46).

- Získávání pozornosti

Příčinou problémového chování může být pouze snaha o získání a udržení pozornosti druhé osoby. Jedinec si velmi dobře zapamatuje, že pokud se bude projevovat daným chováním (sebepoškozováním), dostaví se mu tížená pozornost od druhé osoby (Richman 2015, s. 46).

- Únik před povinností

Problémové chování může reprezentovat snahu o únik před povinností, kterou má jedinec vykonat. Jedinci využívají problémové chování, aby unikli z nepříjemné situace a nemuseli plnit danou povinnost (Richman 2015, s. 46).

### **3.3 Formy problémového chování**

Problémové chování se může vyskytovat v různé míře, způsobu, intenzitě a frekvenci. Mezi formy problémového chování řadíme agresivní chování (vůči jiné osobě, vůči věcem a majetku, verbální agrese), sebepoškozující chování (kousání, vytrhávání vlasů, bouchání hlavou, štípání), výrazné stereotypní činnosti a rituály, sebestimulační chování, problémy se spánkem, problémy s jídlem a problémy s chováním v oblasti sexu (Thorová 2016, s. 175; Richman 2015, s. 43).

## 4 STRATEGIE ŘEŠENÍ PROBLÉMOVÉHO CHOVÁNÍ

Strategie řešení problémového chování se zaměřuje na aktivní postupy, jejichž úkolem je nalezení preventivních opatření a odstranění či snížení výskytu problémového chování. Při řešení problémového chování je prvním úkolem sledování daného chování a hledání příčiny chování. Dané chování má vždy většinou svoji příčinu a funkci, z tohoto důvodu při redukci problémového chování bychom měli jedinci s problémovým chováním nabídnout alternativní způsob chování, které dokáže danou funkci naplnit. Hledání správné strategie řešení je individuální. Volíme takovou strategii, která je vhodná pro daného jedince, situaci a prostředí tak, abychom podpořili nové pozitivní chování (Richman 2015, s. 44; Čadilová, Jůn, Thorová 2007, s. 57; Žampachová, Čadilová, a kol. 2012b, s. 59).

Při rozhodování, zda problémové chování negativně ovlivňuje jedince či jeho okolí a zda ho bude potřeba eliminovat, se řídíme těmito kritérii:

- chování je/není pro jedince nebezpečné (v případě sebepoškození);
- chování je/není nebezpečné pro jeho okolí (v případě agresivního chování);
- chování narušuje/nenarušuje učení a vývoj jedince;
- chování vylučuje/nevylučuje jedince z kolektivu a společnosti (Richman 2015, s. 44).

Při hledání strategie řešení problémového chování postupujeme v následujících čtyřech krocích, které mají vést k pozitivnímu ovlivnění chování:

- **1. krok: zjevná a jednoduchá řešení**

V prvním kroku je potřeba, aby se všichni zúčastnění shodli na potřebě odstranění či snížení výskytu problémového chování. Jejich cílem bude najít příčinu a řešení, které povede k následné změně. Avšak pokud k tomuto nedojde, přichází na řadu další kroky (Žampachová, Čadilová, a kol. 2012b, s. 59–60).

- **2. krok: stanovení hierarchie a priorit při řešení problémového chování**

Druhý krok přichází na řadu v okamžiku, kdy se u jedince vyskytuje více druhů problémového chování. V tomto případě musíme problémové chování seřadit od nejzávažnějšího chování po nejméně závažné chování, a to nejzávažnější chování začínáme řešit jako první. Mezi nejzávažnější chování řadíme takové chování, které ohrožuje jedince na zdraví či životě, nebo může ohrožovat zdraví a život ostatních jedinců v jeho okolí. Dále zde můžeme zařadit chování, které zapříčiňuje vyloučením z kolektivu

a ze společnosti, a chování, které omezuje jedince ve vzdělávání (Žampachová, Čadilová, a kol. 2012b, s. 59–60).

- **3. krok: vyloučení zdravotní příčiny**

Třetí krok se zaměřuje na vyloučení zdravotní příčiny. Jedinec se zdravotním postižením nemusí být schopen vyjádřit své zdravotní problémy a bolesti, a vyjadřuje to formou problémového chování. Pokud je vyloučena zdravotní příčina, můžeme se přesunout ke čtvrtému kroku (Žampachová, Čadilová, a kol. 2012b, s. 59–60).

- **4. krok: funkční analýza chování**

Čtvrtým krokem je funkční analýza chování, kde se snažíme sledovat dané chování, okolnosti a situace, které danému chování předcházejí. Je nezbytné chování sledovat ve vztahu k prostředí a k okolí, abychom mohli zjistit důvody a funkci chování, a tím navrhnout způsoby a strategie řešení daného chování (Žampachová, Čadilová, a kol. 2012b, s. 59–60).

## **4.1 Fáze terapeutického působení**

Proces řešení problémového chování bývá často dlouhodobý a komplikovaný, a to zejména z důvodu různorodosti projevů a příčin problémového chování. Podstatou řešení problémového chování je tedy hledání příčin a kroků, které by mohly vést k redukci problémového chování. Při výskytu problémového chování můžeme postupovat pomocí fází terapeutického působení. Prvním bodem terapeutického působení je zaměření se na prevenci, která má zamezit problémovému chování. V případě, že preventivní postupy selhaly a došlo k problémovému chování, nastává fáze terapeutického působení, kde se zaměřujeme na následky problémového chování, kde rozlišujeme následky terapeutické a krizové (Jůn 2021, s. 26; Kubišová, Lovasová, a kol. 2012, s. 160; Jůn 2010, s. 51).

- **Prevence**

Prioritou při zvládnutí problémového chování by měla být prevence a preventivní postupy, pomocí kterých minimalizujeme až eliminujeme problémové chování. V rámci prevence se snažíme upravit podmínky tak, abychom pravděpodobnost výskytu problémového chování snížili. Může se jednat o změnu vnitřních faktorů (dostatečná pozornost, přizpůsobení činnosti k schopnostem dané osoby, uspokojení potřeb dané osoby), změnu vnějších faktorů (úprava

okolního prostředí), a hledání alternativních způsobu chování místo chování problémového (Jůn 2021, s. 28; Kubišová, Lovasová, a kol. 2012, s. 160; Jůn 2010, s. 51, 53).

#### 1) Terapeutické následky

Terapeutickými následky myslíme postupy, které praktikujeme, pokud k problémovému chování dojde. Cílem postupů terapeutických následků je, aby se problémové chování dále již nevyskytovalo. Naším chováním problémové chování u jedince nijak neposilujeme, ale snažíme se, aby jedinec svým problémovým chováním nedosáhl svého přání a své problémové chování neopakoval. Do této skupiny můžeme zařadit tzv. reaktivní strategie, které se snaží o změnu následků problémového chování. Jedním ze způsobů je extinkce, kdy ignorujeme určité problémové a nevhodné chování, které chceme eliminovat. Dále je přerušení chování, které je zaměřeno spíše na sebestimulační projev (např.: třepotání rukama). Zde praktikujeme jemný dotek a daný sebestimulační projev přerušíme. Na tuto strategii často navazuje přesměrování pozornosti, která má za úkol nahradit problémové chování a nasměrovat jedince k vhodnému chování. Poslední strategií je smyslová extinkce, kterou využíváme při snaze snížit nebo eliminovat smyslovou stimulaci, která přináší dané chování. Nejčastěji se využívá u jedinců se sklony k sebezraňování. Terapeutickými následky můžeme do budoucna dosáhnout redukce problémového chování (Jůn 2021, s. 27; Kubišová, Lovasová, a kol. 2012, s. 160; Jůn 2010, s. 51, 54; Richman 2015, s. 52,53).

#### 2) Krizové následky

Krizové následky využíváme v případě, kdy nastane problémové chování a zároveň krizová situace, ve které hrozí nebezpečí jedince či jeho okolí. Cílem postupů krizových následků je zachování zdraví jedince a osob v okolí a výrazné nepoškození majetku. U této skupiny můžeme využít krizové scénáře, které slouží jako pomůcky při krizových situacích. Jedná se o připravený a předem určený postup v případě krizové situace, který je vypracováván individuálně přímo na potřeby jedince. V krizovém scénáři nalezneme projevy problémového chování, nejčastější výskyt, možné příčiny (pokud jsou známé), preventivní opatření, a postupy, které pomáhají ke zklidnění. Krizovými následky se nesnažíme změnit samotné chování jedince, ale jde nám především o bezpečí jedince (Jůn 2021, s. 27; Kubišová, Lovasová, a kol. 2012, s. 160, 167; Jůn 2010, s. 51, 55).

## 4.2 Behaviorální terapie

Behaviorální terapie je orientovaná na změnu vnějšího chování jedince. Behaviorální terapie se využívá u jedinců s poruchou autistického spektra a mentálním postižením. Behaviorální terapie vychází z modelu ABC lidského chování (viz kapitola 3.2.1) a z tohoto modelu jsou vytvořeny jednotlivé terapeutické postupy (Čadilová, Jůn, Thorová 2007, s. 108).

Behaviorální terapie je složena z pěti kroků, u kterých je důležité zachovat následnost a postupovat striktně od prvního kroku až k poslednímu. Chování jedince je během terapie pravidelně vyhodnocováno za účelem zjištění objektivní změny v chování (Čadilová, Jůn, Thorová 2007, s. 112).

Pěti kroky behaviorální terapie jsou:

1. behaviorální a funkční analýza chování, lékařské posouzení;
2. analýza prostředí;
3. analýza činností a volného času;
4. diferenční zpevnování;
5. restriktivní postupy a averzivní tlumení (Čadilová, Jůn, Thorová 2007, s. 112).

Prvním krokem je **behaviorální a funkční analýza chování a lékařské posouzení**, kde je primárním cílem zjistit kdy, kde, s kým se problémové chování vyskytuje či nevyskytuje. V tomto kroku sledujeme, co problémovému chování předcházelo a co po něm následovalo. Funkční analýza se snaží zjistit příčinu a danou funkci problémového chování. První krok je tedy pozorovací, kdy jedince s problémovým chováním pozorujeme a snažíme se vyhodnocovat a zaznamenávat veškerá jeho chování po určitou dobu. Tímto způsobem se dají zjistit spouštěcí faktory, kterým se můžeme v budoucnu vyhnout. Součástí prvního kroku je také lékařské posouzení jedince, protože problémové chování může být následkem špatného či bolestivého zdravotního stavu jedince. Pokud při prvním kroku nenalezneme jasně viditelné spouštěcí faktory a ani není příčinou zdravotní stav jedince, přecházíme k druhému až k pátému kroku terapie (Čadilová, Jůn, Thorová 2007, s. 112, 121).

Druhým krokem je **analýza prostředí**, ve kterém se jedinec nachází, a jaký vliv a působení dané prostředí na jedince má. Vlivy prostředí můžeme rozdělit na vlivy primární a sekundární. Mezi vlivy primární můžeme zařadit nevhodné osvětlení, nevyhovující teplotu v místnosti, nevhodný oděv jedince (rozbité zipy, příliš upnuté oblečení aj.) nebo například nevyhovující nábytek). Mezi sekundární vlivy prostředí můžeme zařadit nadměrný hluk, větší koncentrace lidí



pohromadě, neuspořádané pracovní místo, časová zmatenost v průběhu dne a bohužel někdy také nedůsledné a matoucí chování rodičů či blízkých osob. Pomocí behaviorální analýzy můžeme zjistit, zda se dané chování nevyskytuje primárně na jednom místě a případně důvod výskytu, a podle toho dané prostředí změnit. Pokud prostředí není příčinou problémového chování, pokračujeme dalšími kroky terapie (Čadilová, Jůn, Thorová 2007, s. 121, 122, 123).

Třetí krok je **analýza činností a volného času** jedince v průběhu dne. V tomto kroku se snažíme zjistit, zda dané činnosti nejsou příliš složité, nudné, nebo dlouhé, a zda dávají jedinci smysl. Činnost také musí odpovídat celkovému stavu jedince jak mentálnímu, tak fyzickému věku jedince. Pokud nezjistíme žádné překážky a víme, že činnosti jsou pro jedince vhodné a nezpůsobují žádné nevhodné chování, postupujeme dále ke čtvrtému kroku terapie (Čadilová, Jůn, Thorová 2007, s. 123).

Čtvrtým krokem je **diferenční zpevňování**, které se nezabývá situacemi, které předcházely problémovému chování, ale zabývá se ovlivňováním následků problémového chování. Tento postup je založen na posilování žádoucího chování. Využíváme k tomu odměny, které ale musí být pro daného jedince dostatečně motivující. Můžeme využít odměnu ve formě pochvaly, ale u osob s poruchou autistického spektra a mentálního postižení využíváme spíše materiální odměny (např. jídlo, pití, sladkost). Odměňujeme jedince za alternativní chování (místo problémového chování), či za neslučitelné chování s problémovým chováním. V případě, že ani po čtvrtém kroku se výskyt problémového chování nezredukuje či neeliminuje, přecházíme k pátému kroku (Čadilová, Jůn, Thorová 2007, s. 123, 126. 127).

Posledním pátým krokem jsou **restriktivní postupy a averzivní tlumení**. Restriktivní postupy neřadíme mezi terapeutické postupy, protože nedosahují dlouhodobých změn. Tyto postupy se využívají v krizových situacích, tedy pokud hrozí nebezpečí jedinci či jeho okolí. Restriktivní postupy dělíme do třech kategorií, kterými jsou fyzická restrikce, mechanická restrikce a farmakologická restrikce. Cílem restriktivních postupů je zamezení zranění jedince či někoho v jeho okolí. Averzivní tlumení se využívá s účelem systematických změn v chování jedince. Tento krok využívá ke snížení problémového chování nepříjemný následek, který nastupuje prakticky ihned po výskytu problémového chování. Avšak tento krok je prováděn teprve až po selhání předchozích čtyř kroků. Averzivní tlumení nikdy nesmí být v žádném případě bolestivé, ale mělo by být pro jedince svým způsobem nepříjemné. Tento způsob je z etického hlediska neoblíbený, u fyzických trestů až nepřijatelný. Z tohoto důvodu spíše

využíváme averzivní metody jako je time-out či přesycení. Time-out překládáme jako čas bez pozitivního zpevnování, kde po výskytu problémového chování dochází k určitému časovému úseku, kdy je jedinci zamezen pozitivní stimul. Při přesycení využíváme opakování činnosti a chování, které chceme odstranit. Neustálým opakováním přichází únava a přesycení, které je pro jedince forma trestu (Čadilová, Jůn, Thorová 2007, s. 127, 128, 129, 132).

V behaviorální terapii se v případě neúspěšného řešení problémového chování vracíme k prvnímu kroku a snažíme se o eliminaci problémového chování (Čadilová, Jůn, Thorová 2007, s. 133).

### **4.3 Další terapie problémového chování**

Terapií problémového chování existuje více. Vždy musíme vybrat terapii vhodnou pro daného jedince s ohledem na jeho dovednosti, schopnosti a míry postižení. Existují například dále kognitivní terapie, která se zaměřuje na změnu myšlení a vnější chování jedince. Terapie je spíše formou povídací a hodí se spíše pro jedince s poruchou autistického spektra bez mentálního postižení. Existuje ale také kognitivně-behaviorální terapie, která kombinuje již výše zmíněné terapie (Čadilová, Jůn, Thorová 2007, s. 108, 133).

V poslední době do České republiky přichází nový přístup řešení problémového chování, a to Podpora pozitivního chování. V tomto přístupu problémové chování označují za chování náročné na péči. Cílem tohoto přístupu je zlepšení kvality života jedinců s chováním náročné na péči. Snaží se zjistit, jak se toto chování projevuje a co nám tím chováním chce jedinec sdělit. Pracují se změnami vnitřního a vnějšího prostředí a metodami komunikace, aby jedinec své potřeby nemusel projevovat chováním náročné na péči (Děti úplňku 2023).

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

Praktická část se věnuje cíli bakalářské práce, metodologii, charakteristice zkoumaného zařízení a výzkumného vzorku. V praktické části jsou uvedena získaná data průzkumného šetření a jejich vyhodnocení.

### **5 Cíl bakalářské práce**

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, s jakým typem problémového chování osob s mentálním postižením a autismem se zaměstnanci v domovech pro osoby se zdravotním postižením (DOZP) nejčastěji setkávají.

Pro průzkumné šetření byly stanoveny průzkumné otázky:

**PO1:** S jakým typem problémového chování osob s mentálním postižením a autismem se zaměstnanci v DOZP nejčastěji setkávají.

**PO2:** Jaká příčina problémového chování je dle zaměstnanců DOZP nejčastější?

**PO3:** Jaké problémové chování zaměstnanci DOZP považují za nejzávažnější a které za nejméně závažné?

**PO4:** Jakým způsobem dle zaměstnanců DOZP problémové chování klienta ovlivňuje samotné zaměstnance a ostatní klienty?

**PO5:** Kdo se nejčastěji v DOZP zabývá vypracováním krizových scénářů (plánů) klientů?

### **6 Použité metody**

Praktická část bakalářské práce je zpracována pomocí kvantitativní metody. V kvantitativní metodě využíváme číselné údaje, kde určujeme množství a frekvenci zkoumaných jevů. Součástí kvantitativní metody je zachování odstupů od zkoumaných jevů, čímž zařídíme nestrannost pohledu. Hlavním úkolem kvantitativní metody je třídění údajů a vysvětlení příčin zkoumaných jevů, kde většinou dochází k prověření již existujících teorií a poznatků za pomoci stanovení hypotéz, které původní poznatky potvrzují či vyvrací (Gavora 2000, s. 31, 32).

Průzkumné šetření bylo realizováno pomocí nestandardizovaného dotazníku, který byl zpracován v elektronické podobě. Elektronická podoba dotazníku byla zvolena zejména z důvodu sběru dat ve více zařízeních, které jsou rozmístěny po celé České republice.

## 6.1 Dotazník

Jedna z nejvyžívanějších metod kvantitativního výzkumu je dotazník, díky kterému je možné získat velké množství informací s velkým počtem respondentů. Struktura dotazníku je jasně daná a je složena ze tří částí. První část neboli vstupní obsahuje základní informace o autorovi a o cíli dotazníku. Druhá část je složena z vlastních otázek, které mají vést k zjištění cíle, proto je potřeba dbát na správnou formulaci otázek. Poslední částí je poděkování odpovídajícím za vyplnění dotazníku. V dotazníku můžeme použít uzavřené, polouzavřené a otevřené otázky a po případně také škálované otázky. Mínusem dotazníkového šetření může být nejistá návratnost. Při vypracovávání dotazníku musíme dbát na validitu výzkumného šetření, která se zabývá, zda dotazník skutečně zjišťuje to, co má. Dále dbáme na reliabilitu výzkumného šetření, která vyjadřuje spolehlivost a přesnost zkoumaných jevů (Gavora 2000, s. 99–107).

## 7 Charakteristika průzkumného vzorku

Průzkumné šetření bylo zaměřeno na problémové chování u osob s poruchou autistického spektra a mentálním postižením. Vzorek respondentů vznikl na základě dobrovolné účasti zaměstnanců domovů pro osoby se zdravotním postižením, kteří pracují s cílovou skupinou osob do 18 let s poruchou autistického spektra a mentálním postižením. Domov pro osoby se zdravotním postižením (DOZP) je sociální služba sociální péče. Týká se o pobytové zařízení, které je schopno zajistit klientům ubytování, poskytnout stravu a případnou pomoc v běžných úkonech při péči o vlastní osobu. Služba je určena lidem, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu nepříznivého zdravotního stavu. Hlavními úkony této sociální služby je podpora běžného způsobu života, ochrana práv, podpora při zvládnání každodenních činností a pomoc při rozvíjení a upevnění sebeobsluhy a pracovní dovednosti (Arnolodová 2016, s. 40–41).

## 8 Průběh průzkumného šetření

Průzkumné šetření bylo realizováno za pomoci anonymního dotazníku v elektronické podobě, který byl rozeslán zaměstnancům domovů pro osoby se zdravotním postižením ve spolupráci s vedením zařízení. O spolupráci byly požádány DOZP Domov Raspenava, DOZP Žampach, DOZP Petrklíč, DOZP Brtníky, DOZP Barevné domky a DOZP Horní Poustevna.

Průzkumné šetření proběhlo v období od 9. 11. 2023 do 23. 11. 2023. Před samotným průzkumným šetřením byl proveden předvýzkum, který měl za úkol zjistit, zda je dotazník

srozumitelný a jednoznačný. Po provedení předvýzkumu se dotazník ukázal jako vyhovující a byly provedeny pouze drobné úpravy.

Dotazník se skládal z 19 otázek (viz příloha A). Obsah otázek byl vytvořen na základě odborné literatury, která byla využita v teoretické části bakalářské práce. Součástí dotazníku bylo 13 uzavřených a 6 polouzavřených otázek. V dotazníku také nalezneme otázky typu výčet položek, seřazení položek a matice otázek. První dvě otázky dotazníku měly za úkol vyselektovat respondenty, kteří pracují v DOZP s cílovou skupinou do 18 let, a tato skupina respondentů dále pokračovala ve vyplňování dotazníku. Pro skupinu respondentů, kteří pracují v jiném zařízení než v DOZP nebo s jinou cílovou skupinou než do 18 let, byl dotazník po druhé otázce ukončen.

Z jednotlivých zařízení nebyla poskytnuta informace o počtu zaměstnanců, kterým byl dotazník rozeslán. Avšak za pomoci elektrického dotazníku byla zjištěna návštěvnost 91 respondentů. Výsledný počet vyplněných dotazníků byl 73. návratnost průzkumného šetření byla tedy 80 %.

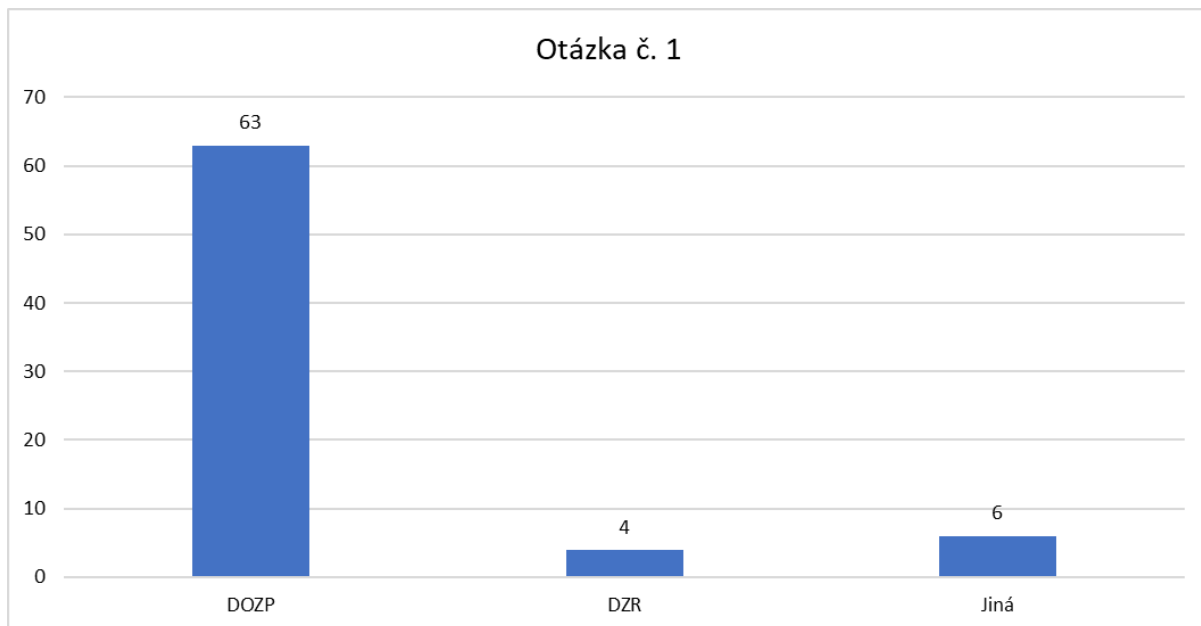
## 9 Získaná data a jejich interpretace

V této kapitole jsou vypsány získané odpovědi v dotazníkovém šetření. Data byla zpracována pomocí grafů a tabulek pomocí programu Word a Excel.

- **Otázka č. 1:** V jakém zařízení pracujete?

Graf 1: Vyhodnocení otázky č. 1

Zdroj: Vlastní zpracování (2023)

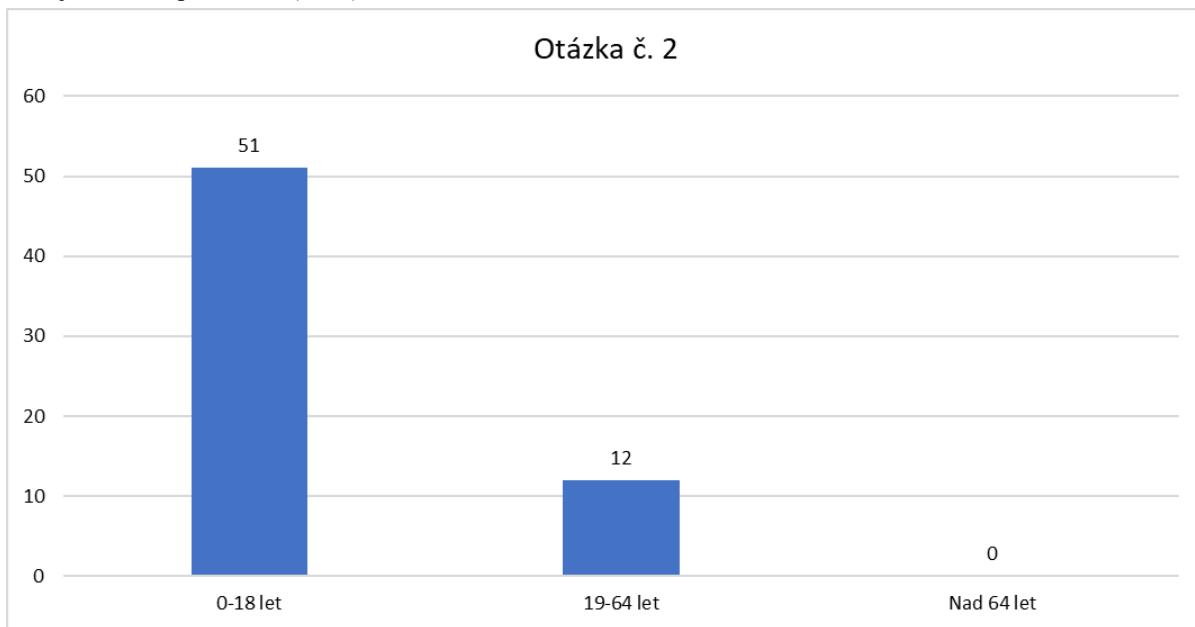


První otázka se zabývala zařízením, ve kterém respondenti pracují. V této otázce uvedlo 63 respondentů (86 %), že pracují v domovech pro osoby se zdravotním postižením (DOZP), 4 respondenti (6 %) uvedli domov se zvláštním režimem (DZR), a 6 respondentů (8 %) uvedlo možnost jiná (denní stacionář, centrum sociální péče a zdraví). Z důvodu zaměření průzkumného šetření na zaměstnance DOZP, dále pokračovalo v dotazníkovém šetření 63 respondentů.

- **Otázka č. 2:** Věková kategorie cílové skupiny, s kterou pracujete:

Graf 2: Vyhodnocení otázky č. 2

Zdroj: Vlastní zpracování (2023)

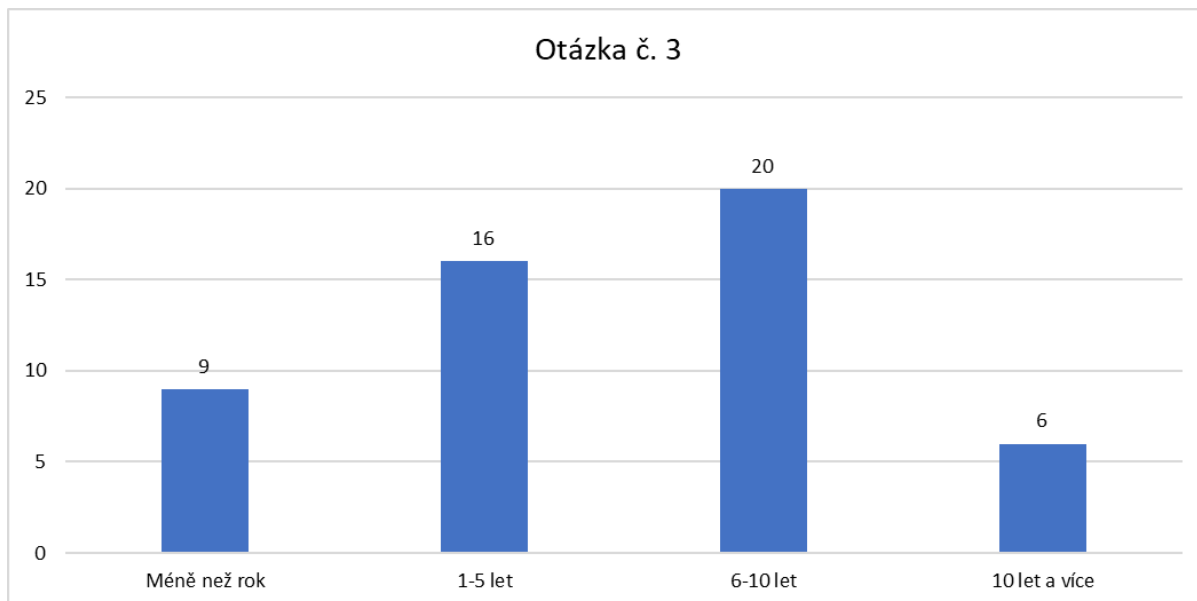


Druhá otázka se věnovala věkové kategorii cílové skupiny, s kterou respondenti pracují. V odpovědích 51 respondentů (81 %) uvedlo věkovou kategorii 0–18 let a pouhých 12 respondentů (19 %) zvolilo jako odpověď věkovou kategorii 19–64 let. V dotazníkovém šetření pokračovalo pouze 51 respondentů, a to z důvodu zaměření se na cílovou skupinu ve věku 0-18 let.

- **Otázka č. 3:** Jak dlouho ve Vašem zařízení pracujete?

Graf 3: Vyhodnocení otázky č. 3

Zdroj: Vlastní zpracování (2023)



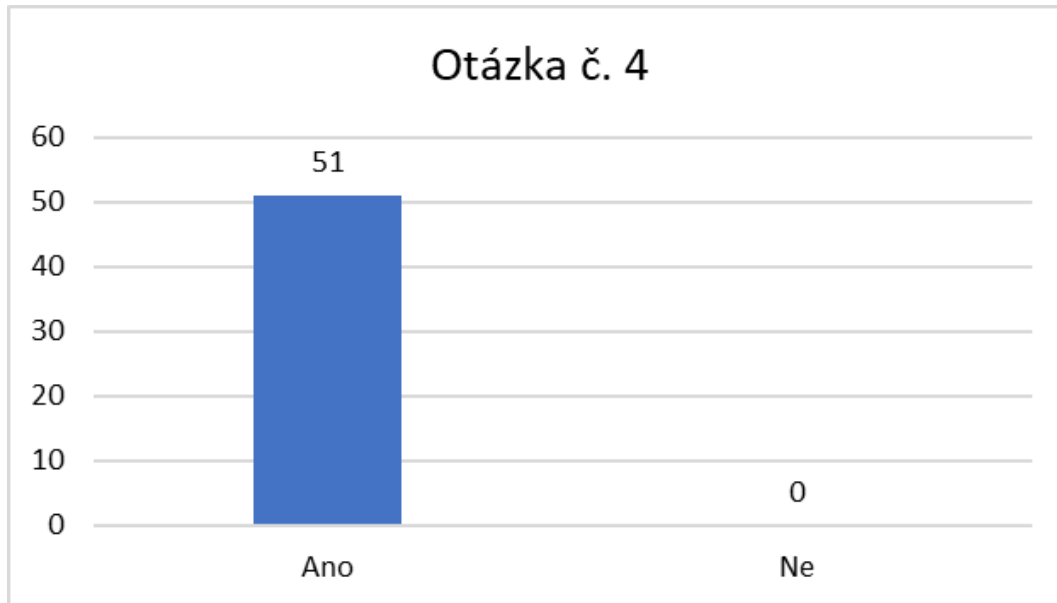
Třetí otázka se zabývá, jak dlouho zaměstnanci v jejich zařízeních pracují. V této otázce uvedlo 9 respondentů (18 %) odpověď méně než rok, 16 respondentů (31 %) odpověď 1–5 let, 20 respondentů (39 %) odpověď 6–10 let, a 6 respondentů (12 %) odpověď 10 let a více.



- **Otázka č. 4:** Setkáváte se v zařízení, ve kterém pracujete u některého klienta s problémovým chováním?

Graf 4: Vyhodnocení otázky č. 4

Zdroj: Vlastní zpracování (2023)

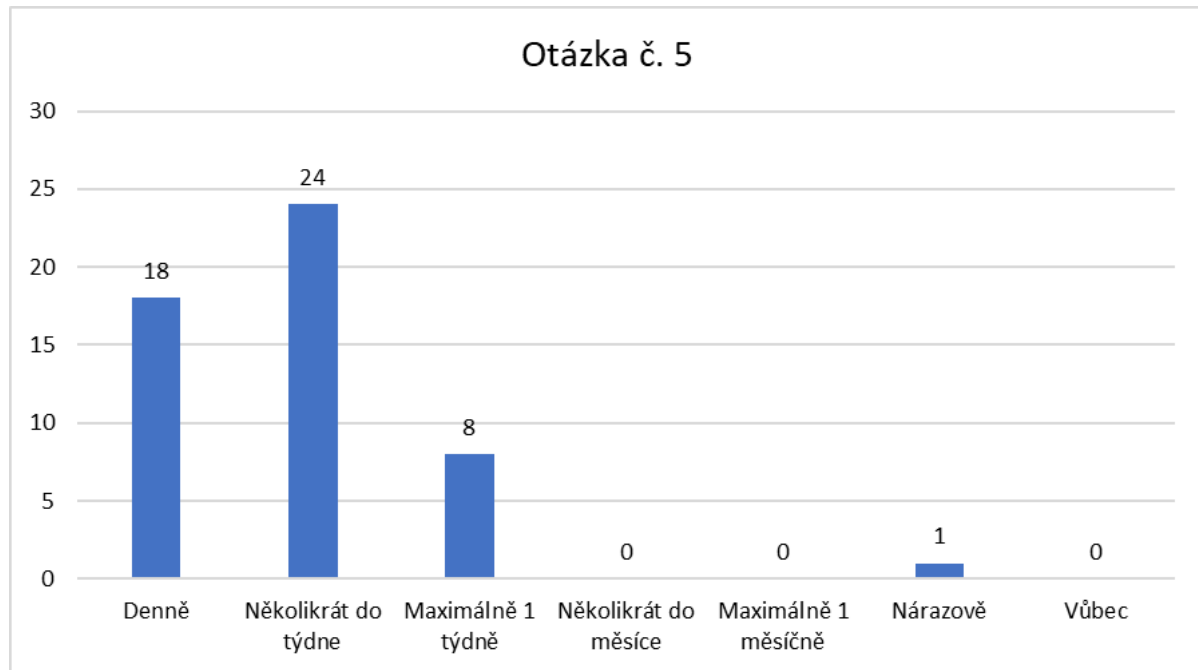


Čtvrtá otázka zjišťuje skutečnost, zda se zaměstnanci v zařízení, ve kterém pracují, setkávají u svých klientů s problémovým chováním. Jak napovídá samotný graf všichni respondenti, tedy 51 respondentů (100 %) jednoznačně odpověděli, že se s problémovým chováním ve svém zařízení setkávají. Naopak nikdo z dotazovaných nezvolil odpověď, že by se dosud s problémovým chováním nesetkal.

- **Otázka č. 5:** S problémovým chováním u svých klientů se setkáváte:

Graf 5: Vyhodnocení otázky č. 5

Zdroj: Vlastní zpracování (2023)

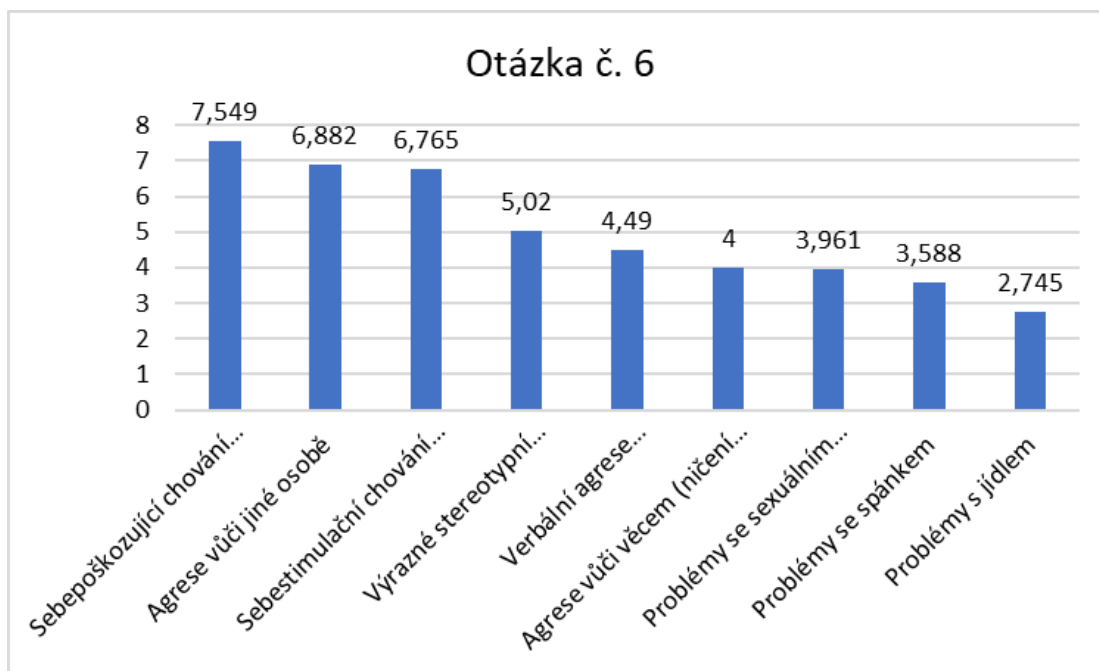


Pátá otázka se věnovala frekvenci výskytu problémového chování, tedy jak často se zaměstnanci s problémovým chováním u svých klientů setkávají. Žádný z respondentů nevybral odpověď **vůbec**, **několikrát do měsíce** a **maximálně jednou měsíčně**. Pouze jeden respondent (2 %) vybral odpověď **nárazově**. Odpověď **maximálně jednou týdně** zvolilo 8 respondentů (16 %). Odpověď **denně** označilo 18 respondentů (35 %). Nejvíce respondentů, tedy 24 respondentů (47 %), vybralo odpověď **několikrát do týdne**.

- **Otázka č. 6:** Seřad'te druhy problémového chování, s kterým se setkáváte dle četnosti výskytu (1 – nejvíce se s ním setkávám, 9 – téměř se s ním nesetkávám)

Graf 6: Vyhodnocení otázky č. 6

Zdroj: Vlastní zpracování (2023)



Šestá otázka se zaměřovala na četnost výskytu jednotlivých forem problémového chování. Respondenti u této otázky seřazovali formy problémového chování tak, jak se s nimi dle četnosti ve svém zařízení setkávají. Respondenti měli položky řadit sestupně, tedy od nejčastějšího výskytu po téměř žádný výskyt. Respondenti měli seřadit tyto položky: sebeпоškozující chování, agrese vůči jiné osobě, agrese vůči věcem, verbální agrese, sebestimulační chování, výrazné stereotypní chování, problémy se spánkem, problémy s jídlem a problémy se sexuálním chováním.

Hodnota vyhodnocující položky je průměr hodnot, které dané položky získaly. Pokud respondent položku přiřadil na první místo, položka získala 9 bodů. Pokud respondent položku přiřadil na poslední místo, položka získala 1 bod. Tímto každá položka získala dané body dle zvoleného pořadí, a body se následně zprůměrovaly, a tím vyšla výsledná hodnota zobrazující se na grafu. Výsledné hodnoty se seřadily a tím bylo zjištěno pořadí položek dle četnosti výskytu.

Ve výsledcích nejvíce dominovaly položky sebeпоškozující chování, agrese vůči jiné osobě a sebestimulační chování. **Sebeпоškozující chování** bylo označeno za nejvíce se vyskytující.

Dále byla **agrese vůči jiné osobě** a na pomyslném třetím místě bylo **sebestimulační chování**. Za nejméně se vyskytující chování byla označena položka **problémy s jídlem**.

- **Otázka č. 7:** Označte odpovědi tak, jak si myslíte, že je problémové chování závažné.

V sedmé otázce respondenti určovali závažnost forem problémového chování. Závažnost určovali z jejich pohledu jako zaměstnanců DOZP. Respondenti měli na výběr ze čtyř možností: označení 0 (nepovažují za problémové chování, označení 1 (nejméně závažné), označení 2 (závažné), označení 3 (velmi závažné). K dispozici respondenti měli stejné položky jako u předcházející otázky.

Druh problémové chování	0 - nepovažují za problémové chování	1 - nejméně závažné	2 - závažné	3 - velmi závažné
Sebepoškozující chování	0	1	20	30
Agrese vůči jiné osobě	0	0	16	35
Agrese vůči věcem	0	13	35	3
Verbální agrese	2	21	23	5
Výrazné stereotypní chování a rituály	21	26	4	0
Sebestimulační chování	30	18	3	0
Problémy se spánkem	10	22	19	0
Problémy s jídlem	11	25	15	0
Problémy se sexuálním chováním	0	12	25	14

Tabulka 1: Vyhodnocení otázky č. 7

Zdroj: Vlastní zpracování (2023)

**Sebepoškozující chování** označilo 30 respondentů (59 %) za velmi závažné problémové chování, 20 respondentů (39 %) za závažné problémové chování a 1 respondent (2 %) za nejméně závažné problémové chování. Nikdo z respondentů neoznačil možnost, že sebepoškozující chování nepovažuje za problémové chování.

**Agresi vůči jiné osobě** označilo 35 respondentů (69 %) za velmi závažné problémové chování, 16 respondentů (31 %) za závažné problémové chování. Nikdo z respondentů neoznačil agresi vůči jiné osobě za nejméně závažné problémové chování a nikdo z respondentů neoznačil možnost, že agresi vůči jiné osobě nepovažuje za problémové chování.

**Agresi vůči věcem** označili 3 respondenti (6 %) za velmi závažné problémové chování, 35 respondentů (69 %) za závažné problémové chování a 13 respondentů (25 %) za nejméně závažné problémové chování. Nikdo z respondentů nevyužil možnost, že agrese vůči věcem nepovažuje za problémové chování.

**Verbální agrese** označilo 5 respondentů (10 %) za velmi závažné problémové chování, 23 respondentů (45 %) za závažné problémové chování a 21 respondentů (41 %) za nejméně závažné problémové chování. Verbální agrese 2 respondenti (4 %) nepovažují za problémové chování.

**Výrazné stereotypní chování a rituály** 21 respondentů (41 %) nepovažuje za problémové chování. Za nejméně závažné problémové chování označilo výrazné stereotypní chování a rituály 26 respondentů (51 %), a za závažné problémové chování 4 respondenti (8 %). Nikdo z respondentů výrazné stereotypní chování a rituály neoznačil za velmi závažné problémové chování.

**Sebestimulační chování** 30 respondentů (59 %) nepovažuje za problémové chování. Za nejméně závažné problémové chování označilo sebestimulační chování 18 respondentů (35 %) a za závažné problémové chování 3 respondenti (6 %). Nikdo z respondentů sebestimulační chování neoznačil za velmi závažné problémové chování.

**Problémy se spánkem** 10 respondentů (20 %) nepovažuje za problémové chování. Problémy se spánkem 22 respondentů (43 %) považuje za nejméně závažné problémové chování, 19 respondentů (37 %) je považuje za závažné problémové chování. Nikdo z respondentů problémy se spánkem nepovažuje za velmi závažné problémové chování.

**Problémy s jídlem** 11 respondentů (22 %) nepovažuje za problémové chování. Problémy s jídlem 25 respondentů (49 %) považuje za nejméně závažné problémové chování a 15 (29 %) respondentů za závažné problémové chování. Nikdo z respondentů nepovažuje problémy s jídlem za velmi závažné problémové chování.

**Problémy se sexuálním chováním** považuje 14 respondentů (27 %) za velmi závažné problémové chování, 25 respondentů (49 %) za závažné problémové chování, a 12 respondentů (24 %) za nejméně závažné problémové chování. Nikdo z respondentů neoznačil možnost, že problémy se sexuálním chováním nepovažuje za problémové chování.

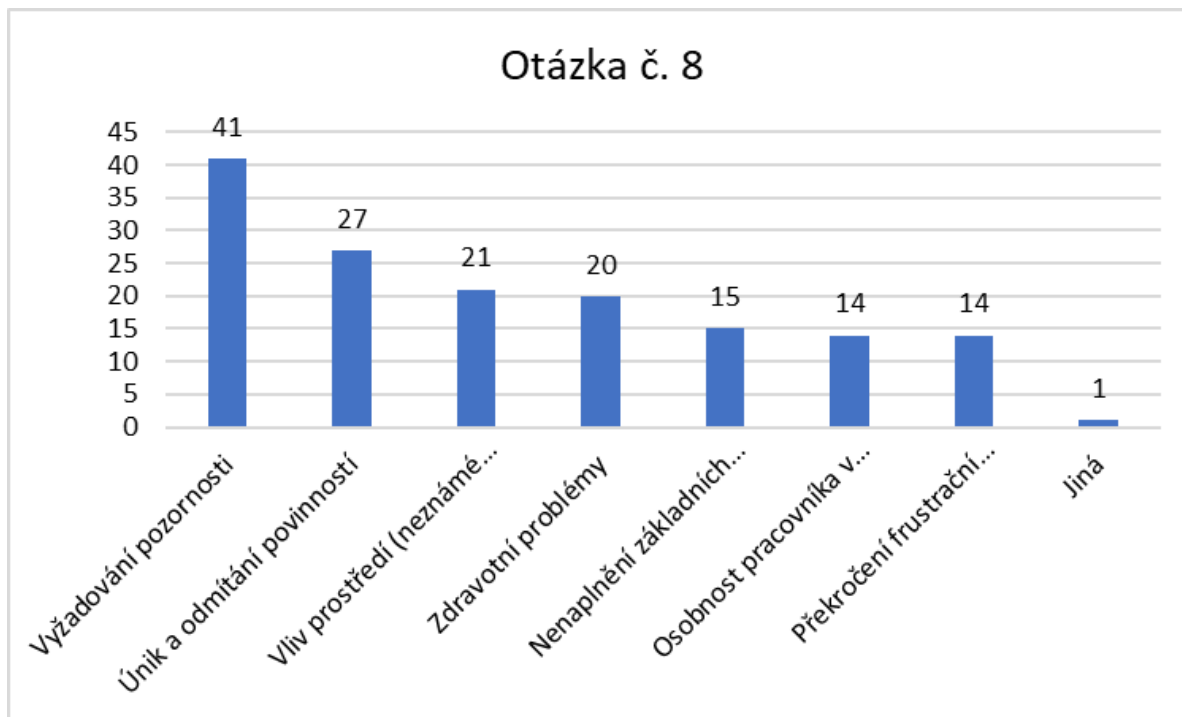
Z výsledků lze vydedukovat, že zaměstnanci DOZP za nejvíce závažné problémové chování považují agrese vůči jiné osobě a sebepoškozující chování. Oproti tomu za nejméně závažné

problémové chování považují výrazné stereotypní chování a rituály, a problémy s jídlem. Sebestimulační chování zaměstnanci za problémové chování nepovažují.

- **Otázka č. 8:** Jaké příčiny problémového chování se ve Vašem zařízení vyskytují?

Graf 7: Vyhodnocení otázky č. 8

Zdroj: Vlastní zpracování (2023)



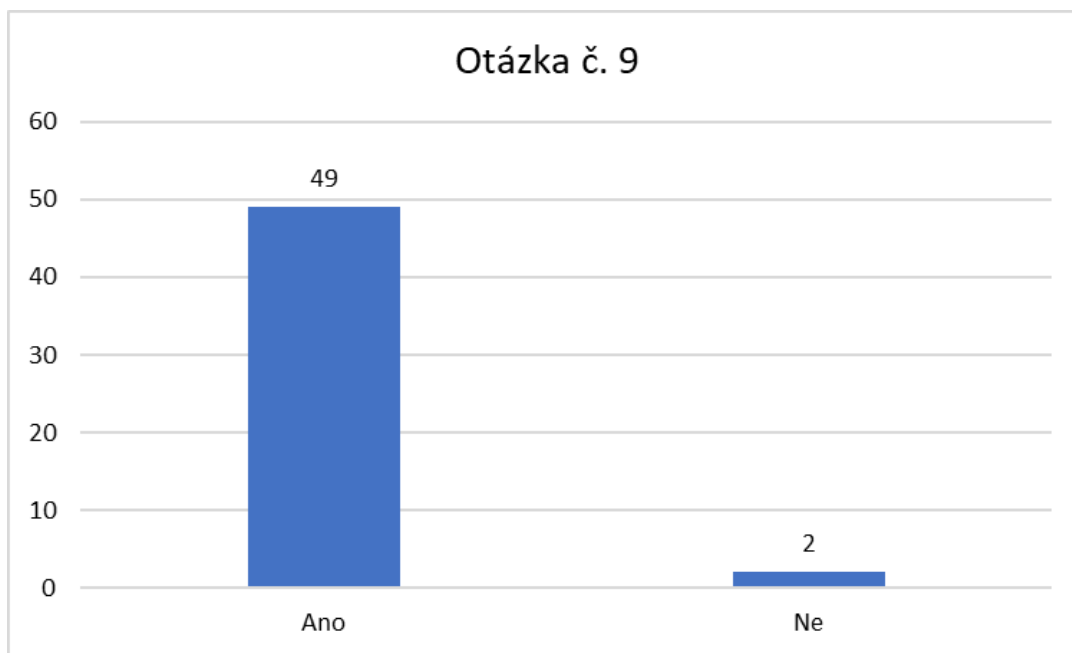
Osmá otázka se zaměřovala na příčiny problémového chování. Respondenti vybírali z výčtu vypsanych možností. Respondenti mohli označit jednu až tři odpovědi, podle toho, jak si myslí, jaká příčina se v jejich zařízení vyskytuje nejčastěji. Na výběr respondenti měli: nenaplnění základních lidských potřeb (např. fyziologické potřeby – hlad, žízeň), zdravotní problémy, vliv prostředí (neznámé či nepříjemné prostředí), překročení frustrační tolerance, vyžadování pozornosti, únik a odmítání pozornosti, osobnost pracovníka na službě, a respondenti měli i možnost jiná.

Nejčastěji označenými odpověďmi byly **vyžadování pozornosti** (označeno 41×), **únik a odmítání povinností** (označeno 27×) a **vliv prostředí** (označeno 21×) spolu se **zdravotními problémy** (označeno 20×). Jednou byla označena možnost jiná, kdy respondent označil za příčinu nesjednocený přístup pracovníků ke klientovi.

- **Otázka č. 9:** Myslíte si, že Vás (zaměstnance) může problémové chování klientů ovlivnit (psychické vyčerpání, fyzické vyčerpání, ...)?

Graf 8: Vyhodnocení otázky č. 9

Zdroj: Vlastní zpracování (2023)

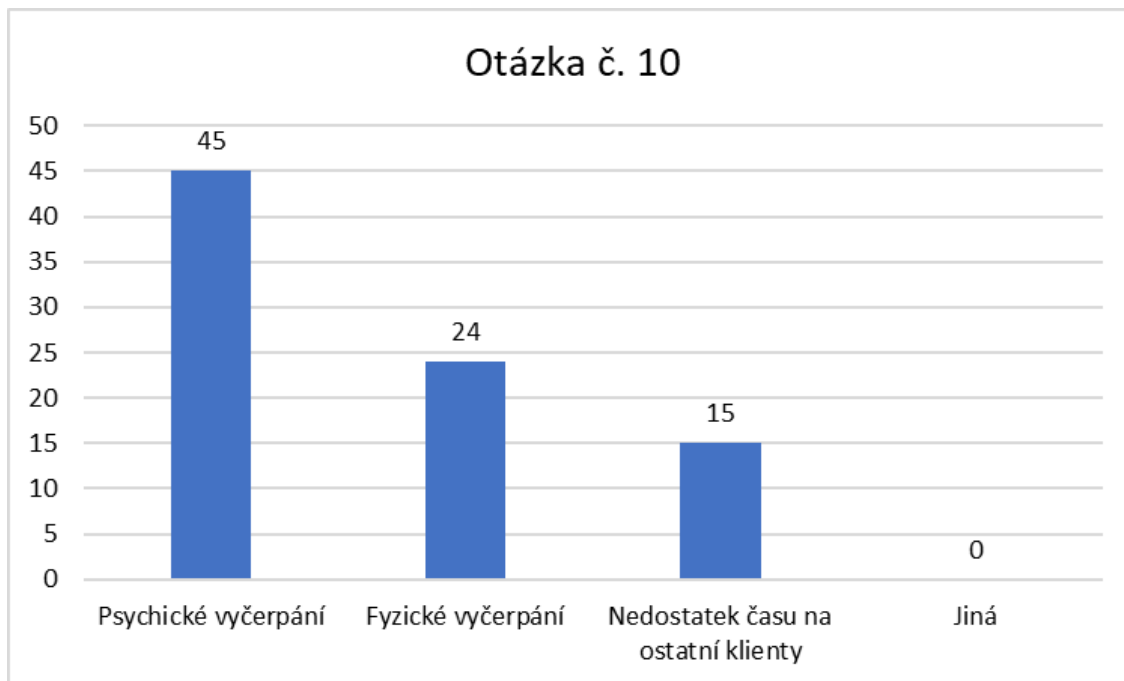


Otázka č. 9 se ptala respondentů na názor, zda je problémové chování klientů nějakým způsobem může ovlivňovat. U této otázky 49 respondentů (96 %) odpovědělo **ano**, a 2 respondenti (4 %) odpovědělo **ne**. Pokud u této otázky respondenti odpověděli ne, pokračovali na otázku č. 11.

- **Otázka č. 10:** Jakým způsobem Vás ovlivňuje problémové chování klientů?

Graf 9: Vyhodnocení otázky č. 10

Zdroj: Vlastní zpracování (2023)



Desátá otázka se věnovala, jakým způsobem zaměstnanec může problémové chování klientů ovlivňovat. Respondenti měli možnost vybrat jednu nebo více odpovědí, po případně vybrat možnost jiná.

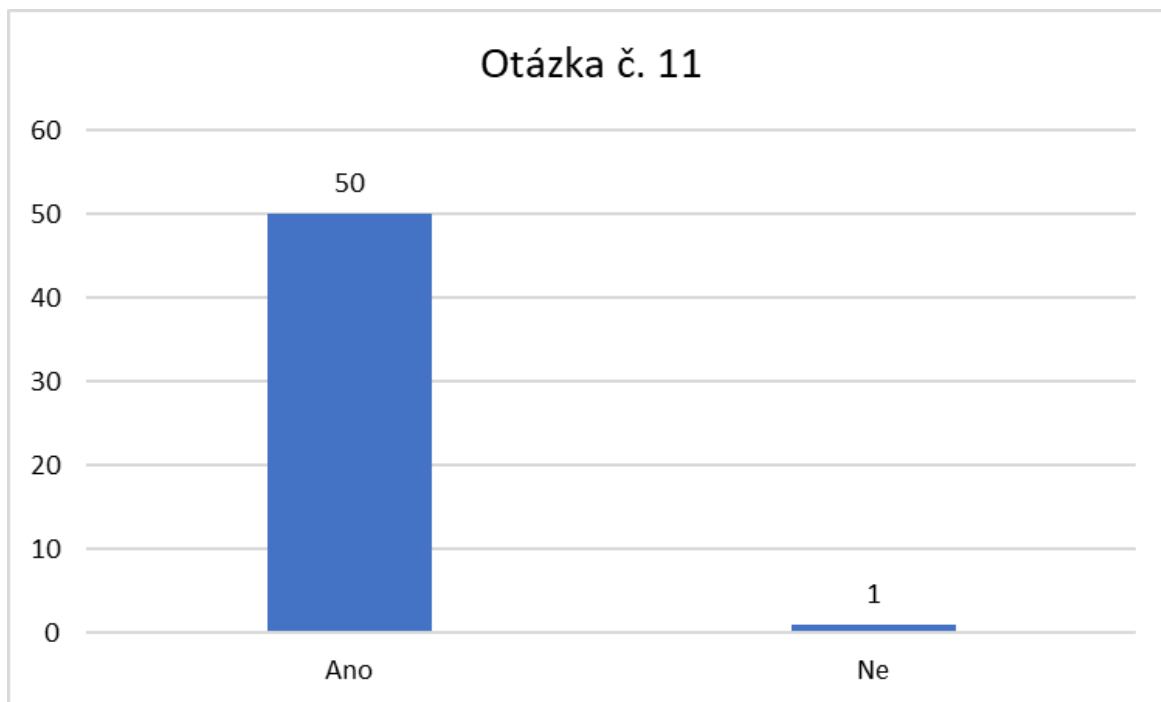
Ve výsledcích dominovala odpověď psychické vyčerpání, které bylo označeno 45×. Fyzické vyčerpání bylo vybráno 24× a nedostatek času na klienty 15×. Nikdo z respondentů nevybral možnost jiná.



- **Otázka č. 11:** Myslíte si, že problémové chování klienta může ovlivnit chování ostatních klientů?

Graf 10: Vyhodnocení otázky č.11

Zdroj: Vlastní zpracování (2023)



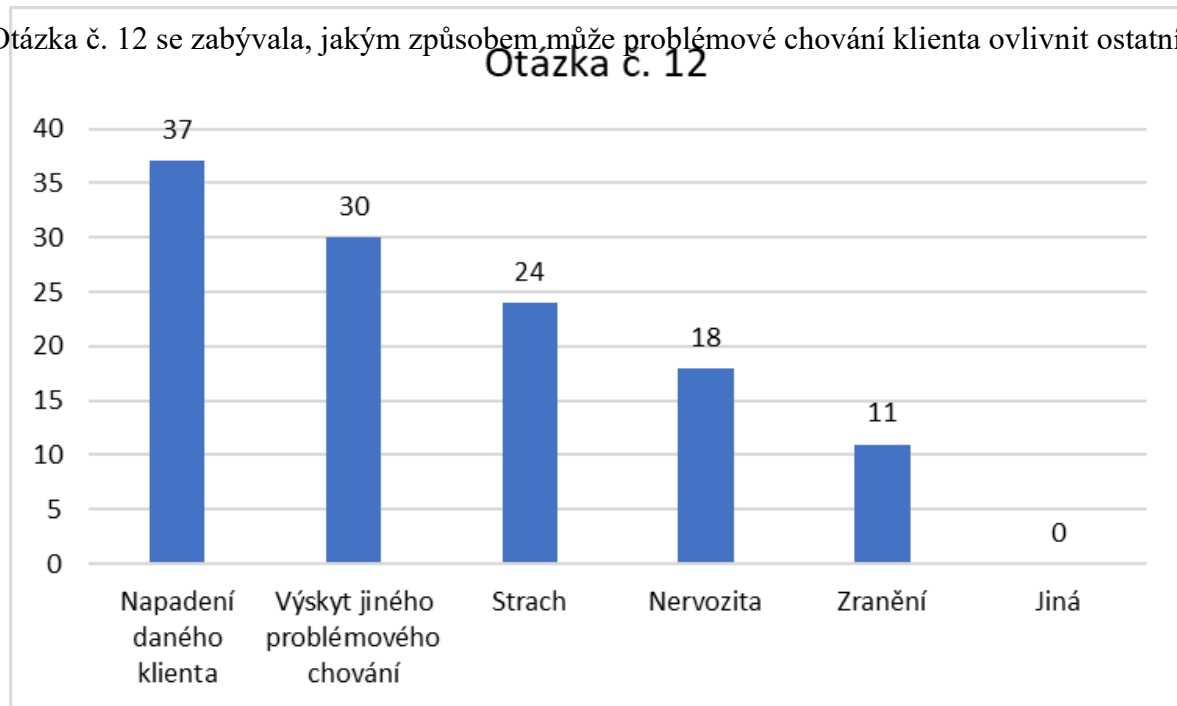
Jedenáctá otázka se ptala na názor zaměstnanců, zda si myslí, že problémové chování jednoho klienta může ovlivnit ostatní klienty. Odpověď **ano** označilo 50 respondentů (98 %), odpověď **ne** označil 1 respondent (2 %). Pokud u této otázky respondenti odpověděli ne, pokračovali na otázku č. 13.

- **Otázka č. 12:** Jakým způsobem podle Vás může problémové chování klienta ovlivnit ostatní klienty?

Graf 11: Vyhodnocení otázky č. 12

Zdroj: Vlastní zpracování (2023)

Otázka č. 12 se zabývala, jakým způsobem může problémové chování klienta ovlivnit ostatní klienty. Respondenti

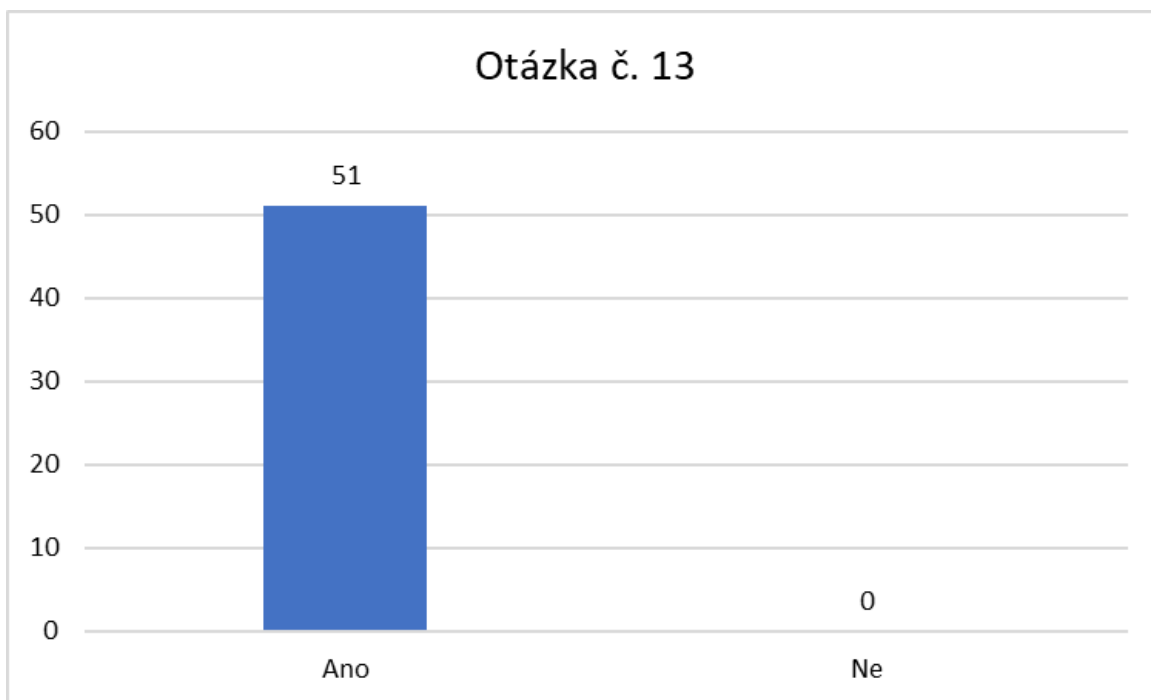


Nejvíce respondenti označovali odpověď **napadení daného klienta**, které bylo označeno 37×. Odpověď **výskyt jiného problémové chování** respondenti označili 30×. Odpověď **strach** označili respondenti 24×. Odpověď **nervozita** označili respondenti 18× a odpověď **zranění** respondenti označili 11×. Nikdo z respondentů nevedl možnost jiná.

- **Otázka č. 13:** Máte ve Vašem zařízení vypracované krizové scénáře (plány) pro jednotlivé klienty?

Graf 12: Vyhodnocení otázky č. 13

Zdroj: Vlastní zpracování (2023)

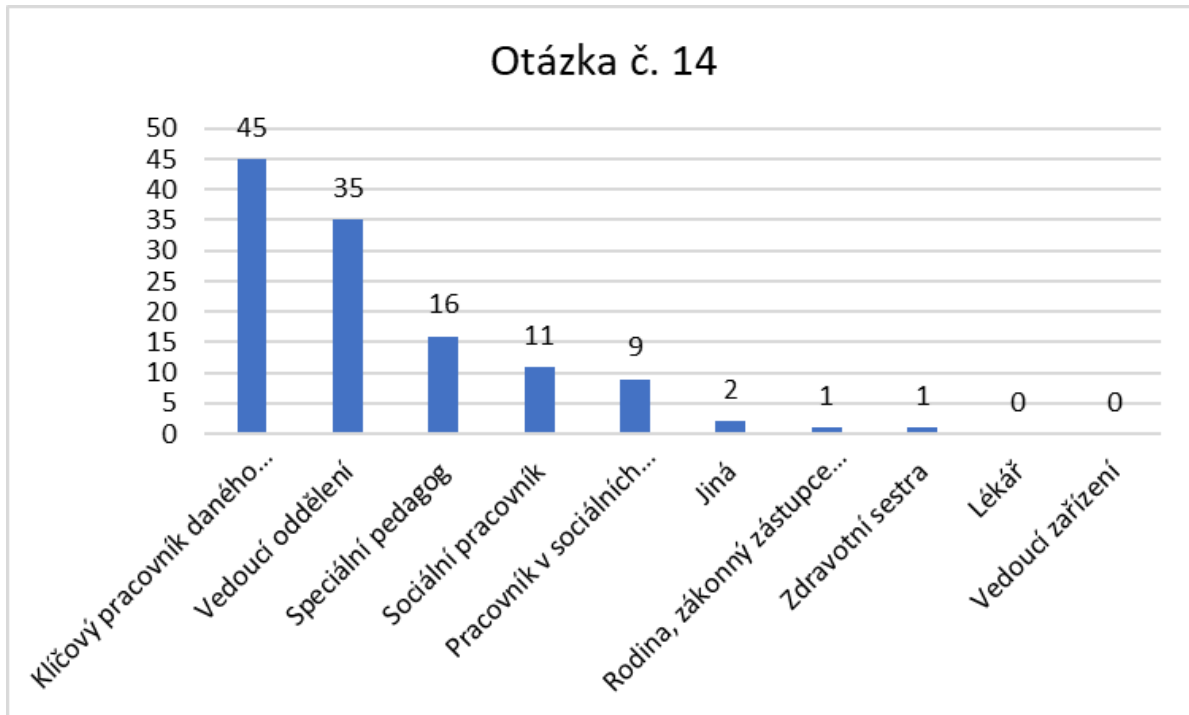


Otázka č. 13 až č. 16 se zabývají tématem krizových scénářů (plánů). Otázka č. 13 je informační a ptá se, zda mají zaměstnanci v jejich zařízeních vypracované krizové scénáře (plány) pro jednotlivé klienty. V této otázce všichni respondenti, tedy 51 respondentů (100 %) odpověděli **ano**.

- **Otázka č. 14:** Kdo se ve Vašem zařízení nejčastěji zabývá vypracováním krizových scénářů (plánů)?

Graf 13: Vyhodnocení otázky č. 14

Zdroj: Vlastní zpracování (2023)



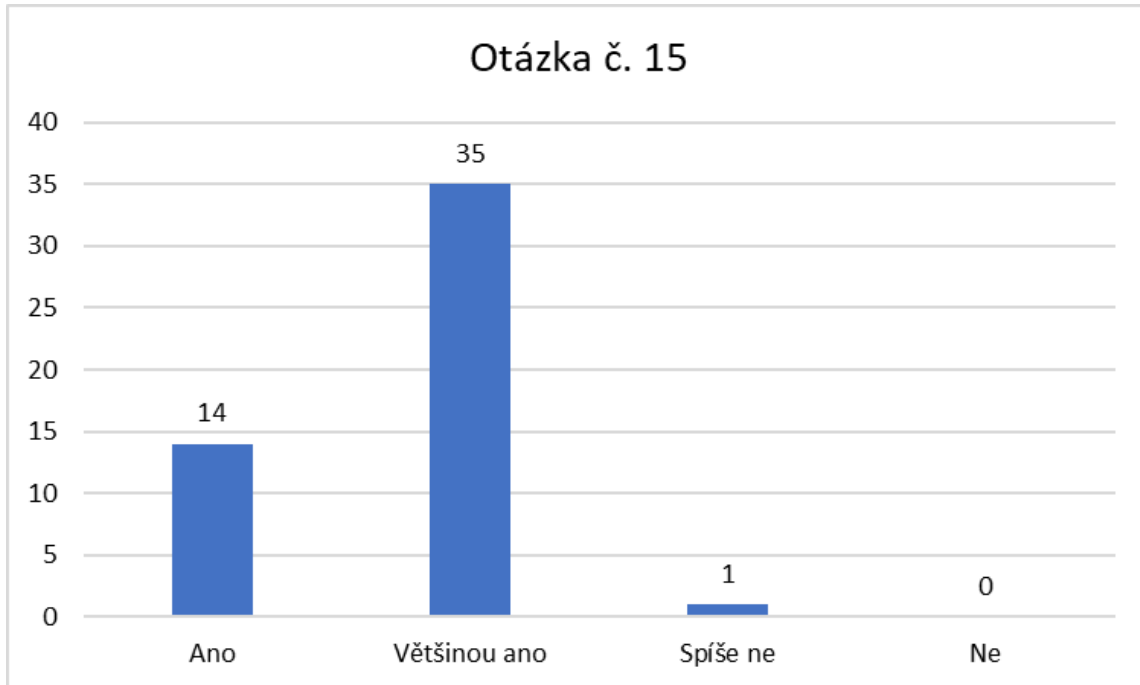
Čtrnáctá otázka se zaměstnanců ptala, kdo se v jejich zařízení nejčastěji zabývá vypracováním krizových scénářů. Respondenti mohli označit jednu nebo více možností, po případně možnost jiná. Respondenti měli na výběr z: pracovník v sociálních službách, klíčový pracovník daného klienta, sociální pracovník, zdravotní sestra, speciální pedagog, vedoucí oddělení, vedení zařízení, rodina/zákonný zástupce klienta, lékař.

V této otázce respondenti nejvíce označovali odpověď **klíčový pracovník v sociálních službách** (označeno 45×) a odpověď **vedoucí oddělení** (označeno 35×). Dále respondenti uváděli odpověď **speciální pedagog** a **sociální pracovník**. Dvakrát byla označena možnost jiná, kde respondenti uvedli odpověď metodik a vychovatel.

- **Otázka č. 15:** Pomáhají Vám vypracované krizové scénáře (plány) při řešení problémového chování klienta?

Graf 14: Vyhodnocení otázky č. 15

Zdroj: Vlastní zpracování (2023)

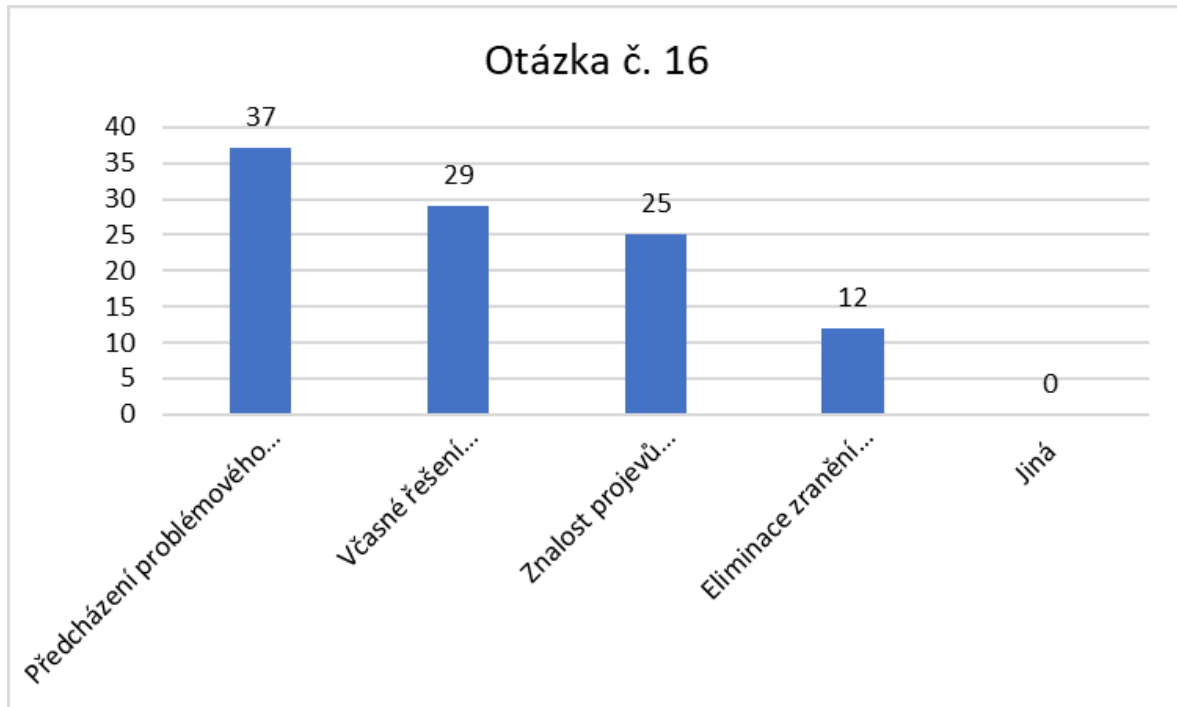


Patnáctá otázka zkoumala, zda zaměstnancům pomáhají vypracované krizové scénáře (plány) při řešení problémového chování. V této otázce odpovědělo 35 respondentů (70 %) **většinou ano**, 14 respondentů (28 %) odpovědělo **ano**, a 1 respondent odpověděl (2 %) **spíše ne**. Nikdo z respondentů nevedl odpověď **ne**.

- **Otázka č. 16:** Jakým způsobem Vám vypracované krizové scénáře (plány) pomáhají?

Graf 15: Vyhodnocení otázky č. 16

Zdroj: Vlastní zpracování (2023)

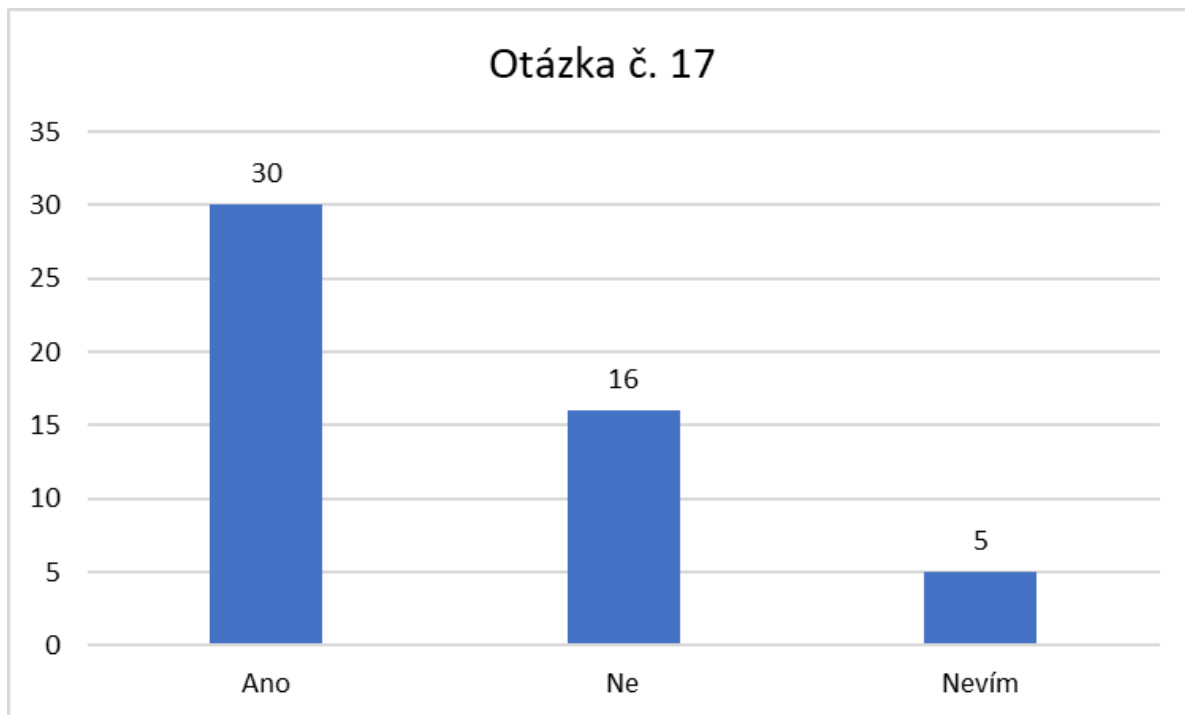


Šestnáctá otázka se ptá respondentů, jakým způsobem jim krizové scénáře (plány) pomáhají. Respondenti mohli označit jednu nebo více možností. Nejvíce respondenti označovali odpověď **předcházení problémového chování klienta (prevence)**, poté **včasné řešení problémového chování** a **znalost projevů problémového chování**, a nejméně označovali odpověď **eliminace zranění klienta/personálu/ostatních klientů**. Nikdo z respondentů neuvědl možnost jiná.

- **Otázka č. 17:** Slyšel/a jste již o novějším pojmenování „chování náročné na péči“, které má nahradit pojmenování „problémové chování“?

Graf 16: Vyhodnocení otázky č. 17

Zdroj: Vlastní zpracování (2023)

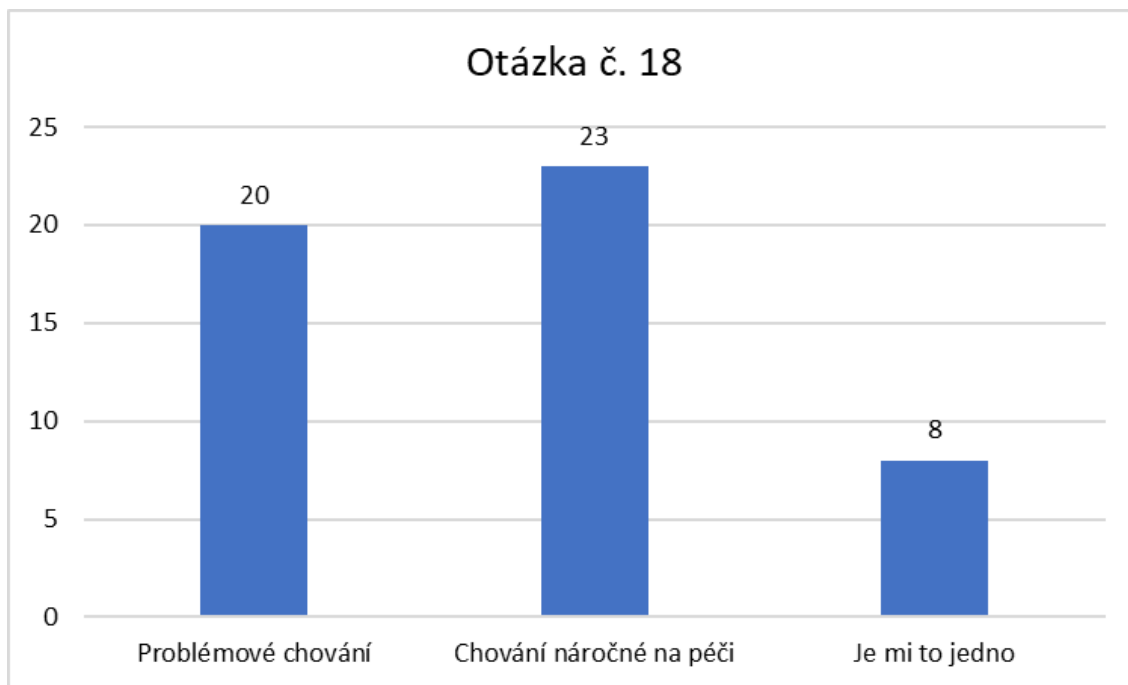


Sedmnáctá otázka se věnuje novému pojmenování „chování náročné na péči“, a zda ho respondenti již slyšeli. V této otázce 30 respondentů (59 %) uvedlo **ano**, 16 respondentů (31 %) uvedlo **ne**, a 5 respondentů (10 %) označili odpověď **nevím**.

- **Otázka č. 18:** Ztotožňujete se s píše s pojmenováním „chování náročné na péči“ nebo s pojmenováním „problémové chování“?

Graf 17:Vyhodnocení otázky č. 18

Zdroj: Vlastní zpracování (2023)



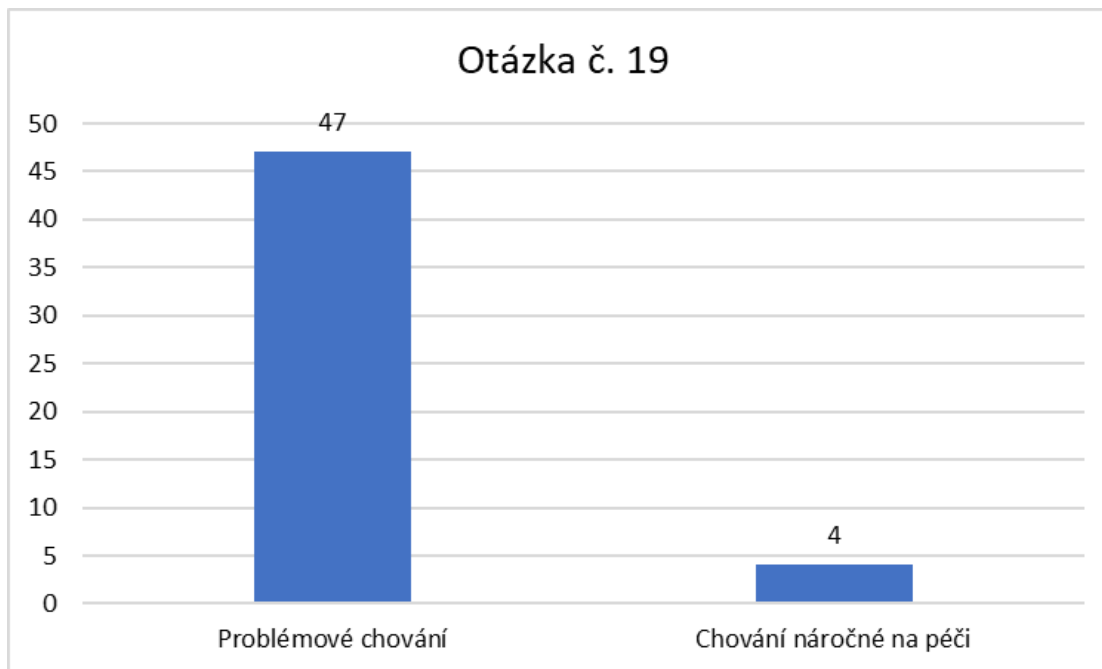
Osmnáctá otázka se ptala, s jakým pojmenováním se respondenti spíše ztotožňují. V této otázce uvedlo 20 respondentů (39 %) **problémové chování**, 23 respondentů (45 %) **chování náročné na péči**, a 8 respondentů (16 %) uvedlo odpověď **je mi to jedno**.



- **Otázka č. 19:** Ve svém zařízení využíváte spíše pojmenování „chování náročné na péči“ nebo pojmenování „problémové chování“?

Graf 18: Vyhodnocení otázky č. 19

Zdroj: Vlastní zpracování (2023)



Poslední otázka se ptala, jaké pojmenování respondenti ve svých zařízeních spíše využívají. Pojmenování **problémové chování** využívá 47 respondentů (92 %) a pojmenování **chování náročné na péči** využívají 4 respondenti (8 %).

## 10 Vyhodnocení průzkumných otázek

V rámci bakalářské práce bylo stanoveno pět průzkumných otázek, které budou v této kapitole vyhodnoceny.

### **PO1: S jakým typem problémového chování osob s mentálním postižením a autismem se zaměstnanci v DOZP nejčastěji setkávají?**

Dle odpovědí u otázky č. 6, kde měli respondenti seřadit formy problémového chování podle četnosti výskytu, bylo zjištěno, že se zaměstnanci DOZP nejčastěji setkávají se sebepoškozujícím chováním, které se projevuje např. kousáním se, štipáním se a boucháním hlavou do zdi. Dále na pomyslném druhém a třetím místě byla agrese vůči jiné osobě a sebestimulační chování.

### **PO2: Jaká příčina problémového chování je dle zaměstnanců DOZP nejčastější?**

Tato průzkumná otázka bude vyhodnocena podle otázky č. 8, kde zaměstnanci DOZP měli označit tři nejčastěji se vyskytující příčiny problémového chování u klientů. Dle zaměstnanců DOZP je nejčastější příčinou vyžadování pozornosti, dále únik a odmítání povinností, vliv prostředí a zdravotní problémy.

### **PO3: Jaké problémové chování zaměstnanci DOZP považují za nejzávažnější a které za nejméně závažné?**

Dle výsledků u odpovědi č. 7, kde zaměstnanci DOZP hodnotili závažnost jednotlivých forem problémového chování, můžeme konstatovat, že jako nejzávažnější chování zaměstnanci DOZP považují agresi vůči jiné osobě a sebepoškozující chování. Oproti tomu za nejméně závažné zaměstnanci DOZP považují výrazné stereotypní chování a rituály, problémy se spánkem a problémy s jídlem. A přes polovinu dotázaných zaměstnanců DOZP nepovažují sebestimulační chování za problémové chování.

### **PO4: Jakým způsobem dle zaměstnanců DOZP problémové chování klienta ovlivňuje samotné zaměstnance a ostatní klienty?**

U této průzkumné otázky budeme vycházet z otázek č. 9, 10, 11, 12. Z dotázaných 51 respondentů si 49 respondentů myslí, že je problémové chování klienta může ovlivnit. Nejvíce respondenti uváděli, že je problémové chování klienta psychicky vyčerpává. Téměř o polovinu méně respondenti označili možnosti fyzické vyčerpání a nedostatek času na ostatní klienty. Dále 50 respondentů si myslí, že problémové chování klienta může ovlivnit ostatní klienty, pouze 1 respondent odpověděl, že ostatní klienty problémové chování jiného klienta neovlivňuje. Respondenti nejčastěji uváděli, že dochází ze strany ostatních klientů k napadení klienta

s problémovým chováním nebo k výskytu jiného problémové chování. Dále uváděli, že ostatní klienti mohou pociťovat strach a nervozitu.

#### **PO5: Kdo se nejčastěji v DOZP zabývá vypracováním krizových scénářů (plánů) klientů?**

U této průzkumné otázky se vycházelo z otázek č. 13 a 14. Nejdříve v dotazníkovém šetření respondenti odpovídali, zda ve svém zařízení mají vypracované krizové scénáře (plány). Zde byla odpověď jednoznačná, protože 100 % respondentů odpovědělo ano, mají ve svém zařízení vypracované krizové scénáře (plány). Dle zaměstnanců DOZP se nejčastěji zabývá vypracováním krizových scénářů (plánů) klíčový pracovník daného klienta nebo vedoucí oddělení. Dále zaměstnanci DOZP zmiňovali například speciálního pedagoga nebo sociálního pracovníka.

## **11 Diskuze**

Výzkumné šetření bylo založeno na názorech a zkušenostech zaměstnanců domovů pro osoby se zdravotním postižením (DOZP). Cílem bakalářské práce bylo zjistit, s jakým typem problémového chování se zaměstnanci DOZP nejčastěji setkávají. Výsledné zjištění bylo vyhodnoceno z odpovědí, které reprezentovaly domněnky a pohled zaměstnanců na danou problematiku. Z tohoto důvodu výsledné zjištění nemůžeme aplikovat celoplošně. Cíl bakalářské práce byl naplněn a bylo zjištěno na základě odpovědí zaměstnanců DOZP, že se zaměstnanci nejčastěji setkávají se sebepoškozujícím chováním.

Dotazníkové šetření nebylo zaměřeno pouze na odpovědi průzkumných otázek, ale autorka bakalářské práce zanesla do dotazníkového šetření další otázky související s daným tématem.

Všichni respondenti uvedli, že se ve svém zařízení setkávají s problémovým chováním. Dle odpovědí se 47 % dotázaných respondentů s problémovým chováním setkává několikrát do týdne, dokonce denně se s problémovým chováním setkává 35 % respondentů. Je to tedy aktuální téma, které ve svých zařízeních zaměstnanci často řeší. Z tohoto důvodu by bylo potřebné, aby zaměstnanci byli v oblasti problémového chování dostatečně proškoleni a znalí, aby dokázali tuto často stresovou situaci řešit v klidu a s co nejmenšími následky.

Problémové chování často nastává z důvodu nepochopení situace nebo z důvodu nemožnosti sdělit své potřeby. Jedinec s poruchou autistického spektra poté reaguje formou problémového chování, protože danou situaci v danou chvíli nedokáže řešit jinak. Z tohoto důvodu je důležité při řešení problémového chování nejdříve zjistit příčinu, proč se jedinec chová právě tímto způsobem. V dotazníkovém šetření respondenti jako nejčastější příčinu uvedli vyžadování

pozornosti. Je možné, že toto může souviset s tím, že respondenti pracují s jedinci, kteří žijí v pobytové sociální službě, kde není taková možnost individuální práce a trávení společného času. I když stále probíhá transformace sociálních služeb, kdy má docházet ke zmenšení počtu klientů na jednoho pracovníka a k transformaci do menších služeb, které mají napodobovat rodinné žití, stále může docházet k problémovému chování právě kvůli vyžadování pozornosti. Transformace sociálních služeb by měla zařídit zlepšení a zkvalitnění života jedinců využívající sociální služby. Samozřejmě nejenom vyžadování pozornosti může být příčinou problémového chování, příčin může být mnoho a často z důvodu absence komunikace je těžké příčinu správně identifikovat. Z důvodu absence nebo nedostatečné komunikace, mohou být příčinou také zdravotní problémy, které nám ten jedinec ale bohužel nemůže sdělit. Intaktní jedinec by ihned při prvních známkách bolesti o svém problému řekl, došel si za lékařem, ale jedinec s poruchou autistického spektra a mentálním postižením nemusí umět nám o své bolesti říct a vůbec nemusí pochopit, co se s jeho tělem děje. Zdravotní problémy byly také jednou z odpovědí, které respondenti označovali.

Stejně tak jako hledání příčin, je důležitá prevence a předcházení problémového chování. K tomu většinou zaměstnanci využívají vytvořené krizové scénáře (plány). V tomto dotazníkovém šetření byla prevence nejčastější označenou odpovědí u otázky, jakým způsobem zaměstnancům pomáhají vytvořené krizové scénáře (plány).

Součástí dotazníkového šetření byly také otázky týkající se pojmenování problémového chování. V současnosti dochází ke změně postojů v pojmenování problémového chování, kdy se opouští od původního názvu, který dával do popředí ten „problém“, ale neřešil daného jedince, na kterého bychom se měli především zaměřit a zajímat se o něho. Proto se začíná používat pojmenování chování náročné na péči. V dotazníkovém šetření 59 % respondentů uvedlo, že již o novém pojmenování slyšelo, a 45 % respondentů se spíše ztotožňuje s pojmenováním chování náročné na péči. I přesto stále 93 % respondentů uvedlo, že ve svém zařízení stále používají pojmenování problémové chování.

## ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla zaměřena na problémové chování u osob s poruchou autistického spektra a mentálním postižením. Tato problematika autorku provázela již od prvního ročníku jejího studia oboru speciální pedagogika a z toho důvodu bylo toto téma především zvoleno.

Bakalářská práce se dělila na dvě části, teoretickou a praktickou část. Teoretická část byla složena ze čtyř kapitol. První a druhá kapitola se zaměřovala na terminologii, symptomatologii, klasifikaci a etiologii mentálního postižení a poruch autistického spektra. Třetí kapitola se zabírala problematikou problémového chování, kde autorka zmiňovala nové pojmenování chování náročné na péči. Dále v této kapitole se autorka zabývala příčinami a formami problémového chování. Poslední kapitola byla věnována strategiím řešení problémového chování a autorka zde popisovala behaviorální terapii. V praktické části nalezneme průběh průzkumného šetření, popis průzkumné metody a průzkumného vzorku, a dále získaná data a jejich vyhodnocení.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, s jakým typem problémového chování se zaměstnanci v domovech pro osoby se zdravotním postižením (DOZP) setkávají nejčastěji. Pro dosažení tohoto cíle bylo provedeno průzkumné šetření. Ke zjištění výsledků bylo využito dotazníkové šetření, kterého se zúčastnilo 73 respondentů. Dotazníkové šetření bylo určeno zaměstnancům domovů pro osoby se zdravotním postižením, kteří pracují s osobami s mentálním postižením a poruchou autistického spektra ve věkové hranici 0–18 let. Cílem dotazníkového šetření bylo dosáhnout cíle bakalářské práce a zodpovězení průzkumných otázek, které autorka předem stanovila.

Cíl bakalářské práce byl naplněn a bylo zjištěno, že nejčastěji vyskytujícím se druhem problémového chování v DOZP je dle zaměstnanců sebepoškozující chování. Dále pomocí průzkumného šetření bylo zjištěno, že nejčastější příčinou je dle zaměstnanců DOZP vyžadování pozornosti, únik a odmítání povinností, vliv prostředí a zdravotní problémy. Také průzkumné šetření ukázalo, že zaměstnanci DOZP považují za nejzávažnější problémové chování agrese vůči jiné osobě a sebepoškozující chování, a za nejméně závažné zaměstnanci DOZP považují výrazné stereotypní chování a rituály, problémy se spánkem a problémy s jídlem. Jedna z průzkumných otázek se ptala, jak zaměstnanec a ostatní klienty ovlivňuje problémové chování jiného klienta. Zde se nejčastěji vyskytovala odpověď, že zaměstnanec to zejména ovlivňuje psychickým vyčerpáním, a u ostatních klientů to nejčastěji vyvolává napadení daného klienta

a výskyt dalšího problémového chování. Poslední průzkumná otázka se zaměřovala na krizové plány a kdo je nejčastěji v DOZP vytváří. Mezi odpověďmi se nejčastěji vyskytoval klíčový pracovník daného klienta a vedoucí oddělení.

Jako přínos bakalářské práce autorka vidí ve využití pro zaměstnance DOZP, kteří by mohli použít získaná data z dotazníkového šetření. Zejména například výsledky nejčastějších příčin problémového chování, na které by se ve svém zařízení mohli zaměstnanci zaměřit.

Téma problémového chování u osob s poruchou autistického spektra a mentálním postižením se stále vyvíjí a hledají se různé strategie a přístupy řešení problémového chování. Tato problematika je náročná, a to hlavně z důvodu, že každý jedinec s touto diagnózou je jedinečný a potřebuje vlastní specifický přístup.

## NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ

Níže uvedená navrhovaná opatření jsou zaměřená na domovy pro osoby se zdravotním postižením a jsou určena osobám, které pracují s osobami s poruchou autistického spektra a mentálním postižením. Navrhovaná opatření mají za cíl snížit výskyt problémového chování u osob s poruchou autistického spektra a mentálním postižením, a tím zlepšit těmto osobám jejich život a postavení ve společnosti.

Celá bakalářská práce je zaměřená na výskyt problémového chování u osob s poruchou autistického spektra a mentálním postižením, které využívají pobytovou službu domov pro osoby se zdravotním postižením. V této sociální službě většinou žije větší počet klientů na jedné domácnosti, kde se o ně stará určitý počet zaměstnanců. Z tohoto důvodu může být důvod výskytu problémového chování jiný než třeba v rodinném zázemí.

Prvním navrhovaným opatřením je dostatečná **informovanost a edukace** zaměstnanců domovů pro osoby se zdravotním postižením. Klíčové při práci s osobami s poruchou autistického spektra a mentálním postižením je znalost této problematiky. Zaměstnanci by měli vědět, jaká je symptomatologie těchto postižení, a jak s touto cílovou skupinou komunikovat, pracovat a jednat. Vedení této sociální služby by mělo dbát na pravidelné edukace a školení zaměstnanců. Znalý a proškolený personál je důležitým faktorem při řešení krizových situací a při snižování výskytu problémového chování.

Další opatření, které autorka navrhuje, je zaměření se na **hledání příčin** výskytu problémového chování u osob s poruchou autistického spektra a mentálním postižením. Problémové chování má z největší pravděpodobnosti vždy svoji příčinu a důvod. Jedinec, který se projevuje problémovým chováním nám chce svým chováním něco sdělit. Zaměstnanci by se při výskytu problémového chování měli zaměřit na události a faktory, které se odehrály před vypuknutím problémového chování. V případě pravidelného výskytu poté zaměstnanci mohou vypozerovat spouštěče, které vyvolávají u jedinců problémové chování, a těmto spouštěčům se do budoucna vyhnout.

S hledáním příčin souvisí také **nastavení správné komunikace** klientů. Častou příčinou problémového chování je neporozumění situace nebo neschopnost komunikace. Zaměstnanci by se měli snažit u každého klienta nastavit funkční komunikaci podle individuálních potřeb, schopností a dovedností. Klienti mohou využívat alternativní nebo augmentativní komunikaci ve

formě vizualizace (obrázky, gesta, piktogramy), strukturalizace (denní, týdenní režimy, procesuální schémata) aj. Komunikace by měla být nastavená tak, aby klient zvládal sdělovat, ale zároveň i přijímat informace, potřeby a přání.

I když se jedná o pobytovou sociální službu, kde na jedné domácnosti mají zaměstnanci na starost více klientů, je potřeba co nejvíce praktikovat ke klientům **individuální přístup**. Každý klient je jiný a jedinečný, má jiné potřeby a přání, odlišnou formu komunikace, a odlišnou diagnózu a symptomatologii. V této sociální službě se využívají **individuální plány**, kde jsou sepsány důležité informace o každém klientovi, podle kterých by se zaměstnanci měli řídit. Bohužel v této sociální službě nejde zajistit takový individuální přístup a tolik individuální péče jako například v rodinném zázemí, a tak problémové chování může nastat i z důvodu vyžadování pozornosti (viz získaná data z dotazníkového šetření). V souvislosti s problémovým chováním jsou využívány také **krizové plány**, kde zaměstnanci naleznou projevy problémového chování, nejčastější spouštěče, prevenci a řešení problémového chování.

Autorka bakalářské práce dále považuje za důležitý faktor **prostředí**, ve kterém klienti žijí. Prostředí by mělo být uzpůsobené potřebám klientům tak, aby se tam cítili dobře, a nevyvolávalo to v nich nepříjemné pocity a reakce. Jedná se například o estetiku a rozložení prostorů, které by nemělo být matoucí. Prostory mohou být označené obrázky, například pokoje mohou být označené fotografiemi, aby klienti věděli, kde mají svůj pokoj. Mělo by se dbát i na barevnost prostorů, aby barvy stěn a nábytku nebyly příliš křiklavé. Důležitá je i bezpečnost, aby v případě agresivity nedošlo ke zranění, takže některé pokoje mohou být zaopatřeny měkkým obložením.

Autorka si myslí, že je důležitá i **atmosféra a klima prostředí**, ve kterém klienti žijí. Když se klienti budou cítit bezpečně a příjemně, výskyt problémového chování se může snížit. Důležité při práci s touto cílovou skupinou je empatie a porozumění. Každá krizová situace je náročná (psychicky a někdy i fyzicky), je ale podstatné, aby zaměstnanci zachovali klid a snažili se problémové chování vyřešit s co nejmenšími následky. K psychické pohodě klientů napomáhá stálost prostředí a znalost průběhu a harmonogramu dne. Klíčové je dle autorky ustálený personál, který se nemění, protože jedinci s poruchou autistického spektra nemají rádi změny, a na nové tváře si mohou zvykat dlouho a těžko. K zaznamenání průběhu dne mohou zaměstnanci využívat denní a týdenní režimy, aby klienti věděli, co je bude a nebude čekat. Tím se výskyt problémového chování může také snížit.



S psychickou pohodou klientům mohou pomoci různé **terapie**. Využívají se například snoezelen, zooterapie, bazální stimulace, arteterapie aj.

V neposlední řadě si autorka myslí, že je důležitá také **psychohygienu zaměstnanců** domovů pro osoby se zdravotním postižením. To že zaměstnanci nebudou v dobrém psychickém rozpoložení, nebo dokonce někdo ze zaměstnanců bude procházet vyhořením, se může podepsat i právě na psychickém stavu klientů, kteří poté mohou být v nepohodě a tato skutečnost se projeví problémovým chováním.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ

- ARNOLDOVÁ, A. 2016. *Sociální péče 2. díl*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5148-1.
- BAZALOVÁ, B., 2017. *Autismus v edukační praxi*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-262-1195-2.
- BENDOVÁ, P., aj., 2015. *Základy speciální pedagogiky nejen pro speciální pedagogy*. Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové. ISBN 978-80-7435-422-9.
- ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K., 2007. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-319-2.
- ČERNÁ, M., a kol., 2015. *Česká psychopedie: Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Univerzita Karlova. ISBN 978-80-246-3071-7.
- DĚTI ÚPLŇKU, 2023. Podpora pozitivního chování (Positive Behaviour Support). In: *Děti úplňku* [online]. [vid 15. 10. 2023]. Dostupné z: <https://detiuplnku.cz/cs/pbs/>
- DUDOVÁ, I., MOHAPLOVÁ M., 2016. Poruchy autistického spektra – 1. díl. *Pediatric pro praxi* [online], roč. 17, č. 3, s. 151-153 [vid. 15. 2. 2023]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2016/03/05.pdf>
- EMERSON, E., 2008. *Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-390-1.
- FISCHER, S., aj., 2014. *Speciální pedagogika: Edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-792-7.
- GAVORA, P., 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-79-6.
- JŮN, H., 2010. *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-590-5.
- JŮN, H., 2021. *Když běžné postupy selhávají: Jak hledat reálná řešení složitých situací v sociálních službách*. Praha: Pasparta. ISBN 978-80-88429-05-0.
- KROUPOVÁ, K., a kol., 2016. *Slovník speciálněpedagogické terminologie: vybrané pojmy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5264-8.
- KUBIŠOVÁ, S., LOVASOVÁ, H., a kol., eds., 2012. *Sborník výukových materiálů a studijních zdrojů ke vzdělávání dětí a žáků s poruchou autistického spektra a těžkým kombinovaným postižením*. Kroměříž.
- MKN-10, 2023a. *Pervazivní vývojové poruchy* [online]. [vid 15. 2. 2023]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F84>

- MKN-10, 2023b. *Mentální retardace* [online]. [vid 15. 2. 2023]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F70-F79>
- NÁRODNÍ PEDAGOGICKÝ INSTITUT, 2023a. Popis poruch autistického spektra. In: *Metodický portál RVP* [online]. [vid 15. 2. 2023]. Dostupné z: <https://digifolio.rvp.cz/view/view.php?id=12736>
- PASTIERIKOVÁ, L., 2012. Základy psychopedie. In: LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Základy speciální pedagogiky*. Olomouc, s. 7–24. ISBN 978-80-244-3092-8.
- RICHMAN, S., 2015. *Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0984-3.
- SLOWÍK, J., 2016. *Speciální pedagogika*. 2. přepr. a aktual. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0095-8.
- SPMPČR, 2020. Zvládání náročného chování člověka s mentálním postižením. In: *Prevence, podpora, plánování* [online]. [vid 19. 2. 2023]. Dostupné z: <https://propecujici.org/priprava-na-krizove-situace/zvladani-narocneho-chovani-cloveka-s-mentalnim-postizenim/>
- ŠIŠKA, J., 2022a. Dítě s mentálním postižením. In: *Šance dětem* [online] 13. 4. 2012 [vid. 8. 2. 2023]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/dite-s-mentalnim-postizenim>
- ŠIŠKA, J., 2022b. Klasifikace mentálního postižení a podpora dítěte. In: *Šance dětem* [online] 13. 4. 2012 [vid. 8. 2. 2023]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/klasifikace-mentalniho-postizeni-podpora-ditete>
- ŠPORCLOVÁ, V., 2018. *Autismus od A do Z*. Praha: Pasparta. ISBN 978-80-88163-98-5.
- ŠPORCLOVÁ, V., 2023. Co jsou poruchy autistického spektra. In: *Šance dětem* [online] 26. 6. 2012 [vid. 15. 2. 2023]. Dostupné z: <https://sffancedetem.cz/co-jsou-poruchy-autistickeho-spektra#diagnostika-pas>
- ŠVANCAROVÁ, I., 2011. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 4. přepr. vyd. Praha: Portál. ISBN: 978-80-7367-889-0.
- THOROVÁ, K., 2016. *Poruchy autistického spektra*. 3. rozš. a přepr. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0768-9.
- VALENTA, M., MICHALÍK J., LEČBYCH, M., kol., 2018. *Mentální postižení*. 2. přepr. a aktual. vyd. Praha: Grda. ISBN 978-80-271-0378-2.
- ŽAMPACHOVÁ, Z., ČADILOVÁ V., a kol., 2015. *Katalog podpůrných opatření: dílčí část: pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu poruchy autistického spektra nebo vybraných*

*psychických onemocnění*. [online]. Olomouc: Univerzita Palackého. [vid. 15. 2. 2023]. ISBN 978-80-244-4689-9. Dostupné z: <http://katalogpo.upol.cz/wp-content/uploads/katalog-pas.pdf>

ŽAMPACHOVÁ, Z., ČADILOVÁ, V, a kol., 2012a. *Metodika práce asistenta pedagoga se žákem s poruchami autistického spektra*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-3377-6.

ŽAMPACHOVÁ, Z., ČADILOVÁ, V., a kol., 2012b. *Metodika práce se žákem s poruchami autistického spektra*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-3309-7.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha A – Dotazník

## **PŘÍLOHA A – Dotazník**

Dobrý den,

jsem studentkou bakalářského studia na Technické univerzitě v Liberci oboru Speciální pedagogika. Ve své bakalářské práci se věnuji problémovému chování osob s mentálním postižením a autismem. Mým cílem je zjistit, s jakým typem problémového chování osob s mentálním postižením a autismem se zaměstnanci v domovech pro osoby se zdravotním postižením nejčastěji setkávají.

Chtěla bych Vás požádat o vyplnění mého dotazníku k bakalářské práci. Vyplnění Vám zabere zhruba 15 minut.

Dotazník je anonymní.

Děkuji za Vaše odpovědi a Váš čas.

1) Typ zařízení, ve kterém pracujete:

- a) DOZP (domov pro osoby se zdravotním postižením)
- b) DZR (domov se zvláštním režimem)
- c) Jiné:

2) Věková kategorie cílové skupiny, s kterou pracujete:

- a) 0–18 let
- b) 18-64 let
- c) Nad 65 let

3) Jak dlouho v domově pro osoby se zdravotním postižením pracujete?

- a) Méně než rok
- b) 1-5 let
- c) 6-10 let
- d) 10 let a více

4) Setkáváte se v zařízení, ve kterém pracujete u některého klienta s problémovým chováním?

- a) Ano
- b) Ne

5) S problémovým chováním u svých klientů se setkáváte:

- a) Denně
- b) Několikrát do týdne
- c) Maximálně jednou týdně

- d) Několikrát do měsíce
- e) Maximálně jednou měsíčně
- f) Nárazově
- g) Vůbec

6) Seřad'te druhy problémového chování, s kterými se setkáváte dle četnosti výskytu (1 – nejvíce se s ním setkávám, 9 – skoro se s ním neseťkávám):

- Sebepoškozující chování (bouchání hlavou do zdi, kousání, štípání, vytrhávání vlasů)
- Agrese vůči jiné osobě
- Agrese vůči věcem (ničení majetku, ...)
- Verbální agrese
- Výrazné stereotypní chování a rituály
- Sebestimulační chování (třepetání a mávání rukama, kolébání, chůze po špičkách)
- Problémy se spánkem
- Problémy s jídlem
- Problémy se sexuálním chováním

7) Označ'te odpovědi podle toho, jak si myslíte, že je problémové chování závažné

0 – nepovažuji za problémové chování, 1 – nejméně závažné, 2 – závažné 3 – velmi závažné

- Sebepoškozující chování (bouchání hlavou do zdi, kousání, štípání, vytrhávání vlasů)
- Agrese vůči jiné osobě
- Agrese vůči věcem (ničení majetku, ...)
- Verbální agrese
- Výrazné stereotypní chování a rituály
- Sebestimulační chování (třepetání a mávání rukama, kolébání, chůze po špičkách, ...)
- Problémy se spánkem
- Problémy s jídlem
- Problémy se sexuálním chováním

8) Jaké příčiny problémového chování se ve vašem zařízení vyskytují (označ'te 3 odpovědi, o kterých si myslíte, že jsou ve vašem zařízení nejčastější):

- a) Nenaplnění základních lidských potřeb (fyziologické potřeby – hlad, žízeň...)
- b) Zdravotní problémy
- c) Vliv prostředí (neznámé prostředí, nepříjemné prostředí – teplota, osvětlení, hluk)

- d) Překročení frustrační tolerance
- e) Vyžadování pozornosti
- f) Únik a odmítání povinností
- g) Osobnost pracovníka v sociálních službách
- h) Jiné:

9) Myslíte si, že Vás (personál) může problémové chování klientů ovlivnit (psychické vyčerpání, fyzické vyčerpání, ...)?

- a) Ano
- b) Ne

10) Jak Vás (personál) ovlivňuje problémové chování klientů?

- a) Psychické vyčerpání
- b) Fyzické vyčerpání
- c) Nedostatek času na klienty
- d) Jiné:

11) Myslíte si, že problémové chování klienta může ovlivnit chování ostatních klientů?

- a) Ano
- b) Ne

12) Jakým způsobem problémové chování klienta může ovlivnit chování ostatních klientů?

- a) Strach
- b) Nervozita
- c) Napadení daného klienta
- d) Výskyt jiného problémového chování
- e) Zranění
- f) Jiné

13) Máte ve vašem zařízení vypracované krizové scénáře (plány) pro jednotlivé klienty?

- a) Ano
- b) Ne

14) Kdo se ve vašem zařízení nejčastěji zabývá vypracováním krizových scénářů (plánů)?  
(můžete zaškrtnout i více možností)

- a) Pracovník v sociálních službách
- b) Klíčový pracovník daného klienta



- c) Sociální pracovník
- d) Zdravotní sestra
- e) Vedoucí (oddělení, směny)
- f) Vedení zařízení
- g) Rodina, zákonný zástupce klienta
- h) Lékař
- i) Jiné:

15) Pomáhají Vám vypracované krizové scénáře (plány) při řešení problémového chování klientů?

- a) Ano
- b) Většinou ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

16) Jakým způsobem Vám vypracované krizové scénáře (plány) pomáhají?

- a) Znalost projevů problémového chování klienta
- b) Předcházení problémového chování klientů (prevence)
- c) Včasné řešení problémového chování
- d) Eliminace zranění klienta/personálu/ostatních klientů
- e) Jiné

17) Už jste slyšel/a o novém pojmenování problémového chování – chování náročné na péči?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

18) Ztotožňujete se více s názvem problémové chování nebo s názvem chování náročné na péči?

- a) Problémové chování
- b) Chování náročné na péči
- c) Je mi to jedno

19) Ve svém zařízení využíváte spíše název problémové chování nebo název chování náročné na péči?

- a) Problémové chování
- b) Chování náročné na péči