

**Univerzita Palackého v Olomouci**

**Filozofická fakulta**

Katedra sociologie a andragogiky

**MAPOVÁNÍ VÝSKYTU MOŽNÝCH PROJEVŮ  
AGRESIVITY U OSOB S MENTÁLNÍM  
POSTIŽENÍM**

**MAPPING OF POSSIBLE MANIFESTATIONS OF  
AGGRESSION IN PEOPLE WITH INTELLECTUAL  
DISABILITIES**

Bakalářská diplomová práce

Mgr. Marta Gottliebová

Vedoucí bakalářské diplomové práce: PhDr. Pavel Kliment, Ph.D.

Olomouc 2013

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou použitou literaturu a ostatní zdroje.

V Olomouci dne 25. června 2013

Děkuji vedoucímu bakalářské diplomové práce panu PhDr. Pavlovi Klimentovi Ph.D. za poskytnutí odborných připomínek, materiálů, rad a jeho obětavý přístup. Dále děkuji vedoucím Domova Horizont Kyjov za spolupráci.

## OBSAH

ÚVOD .....	6
1 TEORETICKÉ VYMEZENÍ MENTÁLNÍ RETARDACE .....	8
1.1 Definice a pojem mentální retardace .....	8
1.2 Klasifikace mentální retardace .....	8
1.3 Etiologie mentální retardace .....	11
1.4 Diagnostika mentální retardace .....	12
1.5 Mentální retardace a demence.....	13
1.6 Stručná charakteristika syndromů souvisejících s mentální retardací ....	15
1.6.1 Downův syndrom .....	15
1.6.2 Syndrom fragilního x chromozomu .....	15
1.6.3 Angelmanův syndrom .....	15
1.6.4 Praderův –Wiliho syndrom .....	16
1.6.5 De Lange syndrom .....	16
1.6.6 Epilepsie .....	16
1.6.7 Syndrom Smith –Magenis .....	17
2 AGRESE .....	18
2.1 Teoretické vymezení pojmů agrese, agresivní chování, agresivita.....	18
2.2 Teoretické přístupy k agresi.....	20
2.2.1 Vrozená agrese.....	20
2.2.2 Hypotéza frustrace a agrese.....	20
2.2.3 Agrese jako naučené chování.....	21
2.2.4 Faktory prostředí v agresi.....	22
2.2.5 Integrativní pohled na agresi.....	23
2.3 Druhy a znaky agrese .....	24
2.4 Příčiny vzniku agresivního chování .....	25
3 DOMOV HORIZONT KYJOV .....	31
3.1 Poslání, cíle, zásady organizace .....	31
3.2 Uskutečněné kroky vedoucí ke zlepšení kvality sociální služby v Domově Horizont .....	32

3.3. Současná nabídka terapeutických a aktivizačních činností Domova Horizont .....	35
3.3.1 Pracovní terapie uživatelů Domova Horizont .....	35
3.3.2 Kroužky, sportovní a volnočasové aktivity uživatelů .....	35
3.3.3 Terapie a vzdělávání v Domově Horizont .....	36
4 MAPOVÁNÍ VÝSKYTU PROJEVŮ AGRESE U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V DOMOVĚ HORIZONT KYJOV .....	38
4.1 Cíl šetření a mapovaná kritéria, mapovaný vzorek, metoda .....	38
4.2 Zpracování získaných informací z domova A .....	43
4.3 Zpracování získaných informací z domova C .....	46
4.4 Zpracování získaných informací z domova D .....	52
4.5 Celkové výsledky pozorování .....	57
4.6 Návrh na zlepšení kvality sociální služby .....	60
ZÁVĚR .....	64
SEZNAM LITERATURY A ZDROJŮ .....	65
PŘÍLOHY .....	67
Příloha č.1 Vzor záznamového archu .....	67
Příloha č.2 – Případová studie .....	72
Příloha č.3 – Případová studie .....	74
Příloha č.4 – Případová studie .....	75
Příloha č. 5 – Návrh speciálně vytvořené komunikační knihy pro uživatele Domova Horizont .....	76
ANOTACE .....	77
ANOTATION.....	78
ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	

## ÚVOD

O lidech s mentálním postižením se traduje mnoho mýtů a polopravd. Jedním z mýtů je, že mentálně postižení jsou agresivní.

Téma bakalářské diplomové práce jsem si zvolila z prostředí svého zaměstnání. Pracuji v Domově pro osoby se zdravotním postižením. Cílovou skupinou Domova jsou muži s mentálním postižením. Žije zde 230 uživatelů. Pracuji na pozici vedoucí aktivizačních a terapeutických činností. Při své praxi se setkávám denně s velkým počtem našich uživatelů, se kterými řeším nejrůznější problémy, ale sdílím i nejrůznější radosti. Bakalářskou práci jsem zaměřila na zmapování výskytu projevů agrese u lidí s mentálním postižením, kteří žijí v Domově Horizont Kyjov. Kladu si otázku: „Vyskytuje se agrese u uživatelů Domova Horizont, jaká je její četnost a příčiny?“ Cílem práce je zmapovat výskyt projevů agrese na základě stanovených kategorií a jejich indikátorů u klientů Domova Horizont. V návaznosti na uvedené se pokusím zjistit jejich četnost a příčiny, které by mohly vyvolávat nežádoucí projevy, a v případě možného zjištěného výskytu těchto projevů navrhnout opatření ze strany poskytovatele sociální služby, které povede ke zlepšení kvality života uživatelů. Práce je rozdělena do dvou částí. První část práce uvádí čtenáře na teoretické rovině do pojmů mentální retardace, agrese a představuje pobytovou službu Domova Horizont Kyjov. Dělí se do několika kapitol. První definuje mentální retardaci, popisuje příčiny vzniku mentální retardace, zabývá se klasifikací mentální retardace, vysvětluje rozdíl mezi mentální retardací a demencí, popisuje syndromy, které se mohou vyskytovat s mentální retardací. Druhá se zabývá agresí, agresivitou, agresivním chováním, druhy agrese a příčinami, které mohou agresi vyvolávat. Třetí kapitola seznamuje s Domovem Horizont Kyjov. Druhá část práce mapuje výskyt agrese dle stanovených kategorií a jejich indikátorů. Na základě metody pozorování a písemného záznamu zjišťuji výskyt projevů agrese u vzorku třiceti uživatelů Domova Horizont v průběhu tří měsíců, protože mapovat projevy agrese u každého uživatele by bylo náročné pro pozorovatele. Doba tří měsíců je dostatečně dlouhá pro zaznamenávání údajů vzhledem k velkému počtu klientů v zařízení a také pracovní vytíženosti zapisovatelů. Oslovila jsem vedoucí

domova s tím, že potřebuji zmapovat možný výskyt projevů agrese u klientů, protože žádné mapování v domově ještě neprobíhalo. Po vzájemné diskusi s vedoucími domovů jsme vybrali tři skupiny po deseti klientech, u kterých byl předpoklad výskytu agrese. Zmapuji projevy agrese, které se ve sledovaném období vyskytly. V případě zjištěného výskytu mapovaných projevů se budu zabývat návrhy a zlepšeními vůči klientům ze strany poskytovatele sociální služby.

# 1 TEORETICKÉ VYMEZENÍ MENTÁLNÍ RETARDACE

## 1.1 Definice a pojem mentální retardace

V odborné literatuře existuje celá řada definic mentální retardace. Čadilová, Jůn, Thorová a kol. uvádí: „mentální retardace není duševní nemocí, nýbrž komplexní vývojovou poruchou rozumových schopností. U člověka s mentální retardací se mohou vyskytnout všechny typy psychických poruch, s nimiž se setkáváme i u lidí bez mentální retardace.“<sup>1</sup> Vágnerová definuje mentální retardaci jako: „souhrnné označení vrozeného defektu rozumových schopností. Postižení definuje jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje, přestože byl jedinec přijatelným způsobem stimulován.“<sup>2</sup> Švarcová definuje mentální retardaci jako: „trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku. Mentální postižení není nemoc, je to trvalý stav, způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku.“<sup>3</sup> Piepeková definuje mentální retardaci jako: „stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností, které v sobě zahrnují schopnost myslet, schopnost učit se a schopnost přizpůsobovat se svému okolí.“<sup>4</sup>

Když se pokusím shrnout všechny definice mentální retardace dohromady, dá se konstatovat, že mentální retardace je v podstatě snížení rozumových schopností jedince, snížení jeho schopnosti adaptace v prostředí, snížení schopnosti myslet, učit se. Postižení je trvalé.

## 1.2 Klasifikace mentální retardace

10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí klasifikuje mentální retardaci do šesti základních kategorií: F70 lehká mentální retardace, F71 středně těžká

---

<sup>1</sup> ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. A KOL. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007, s. 55.

<sup>2</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání. Praha: Portál, 2003, s. 146.

<sup>3</sup> ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3. vydání Praha: Portál, 2006, s. 29.

<sup>4</sup> PIEPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998, s. 171.



mentální retardace, F72 těžká mentální retardace, F73 hluboká mentální retardace, F78 jiná mentální retardace, F79 neurčená mentální retardace.<sup>5</sup>

**F70 Lehká mentální retardace** (dříve debilita) - IQ 50-69, což odpovídá mentálnímu věku 9-12 let.<sup>6</sup> Do této kategorie dle Mezinárodní klasifikace nemocí patří: lehká slabomyslnost (oligofrenie), lehká mentální subnormalita, debilita.<sup>7</sup> Lidé s lehkou mentální retardací jsou schopni používat řeč v každodenním životě. Většina z nich je schopna dosáhnout úplné nezávislosti v základních oblastech života (jídlo, mytí, oblékání hygienické návyky, péče o domácnost).<sup>8</sup> Švarcová dále poukazuje na školní problémy. Jedná se zejména o problémy v oblasti čtení a psaní.<sup>9</sup> Čadilová, Jůn, Thorová a kol. uvádí, že lehká mentální retardace se vyskytuje u 80 procent mentálně postižených.<sup>10</sup>

**F71 Středně těžká mentální retardace** (dříve označovaná jako imbecilita), IQ 35-49, což odpovídá mentálnímu věku 6-9 let<sup>11</sup>. Patří sem: střední mentální subnormalita, střední slabomyslnost (oligofrenie), imbecilita.<sup>12</sup> Objevují se problémy v oblasti chápání a užívání řeči. Komunikace u některých klientů je velmi jednoduchá nebo žádná, i když mohou někteří z nich porozumět jednoduchým instrukcím.<sup>13</sup> Lidé se středně těžkou mentální retardací nejsou dle Čadilové, Jůna, Thorové a kol. schopni samostatného života bez asistence pracovníka. Jsou schopni uplatnit manuální dovednosti například v chráněných dílnách.<sup>14</sup>

---

<sup>5</sup> *Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a chování.* 1. vydání. Praha: ÚZIS ČR, 1992, s. 162.

<sup>6</sup> *Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. Duševní poruchy a chování.* 1. vydání. Praha: ÚZIS ČR, 1992, s. 162.

<sup>7</sup> *Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. Duševní poruchy a chování.* 1. vydání. Praha: ÚZIS ČR 1992, s. 162.

<sup>8</sup> ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace.* 3. vydání. Praha: Portál, 2006, s. 33 -34.

<sup>9</sup> ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace.* 3. vydání. Praha: Portál, 2006, s. 33 -34.

<sup>10</sup> ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. A KOL. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem.* 1. vydání. Praha: Portál, 2007, s. 27.

<sup>11</sup> *Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a chování.* 1. vydání. Praha: ÚZIS ČR, 1992, s. 162.

<sup>12</sup> *Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a chování.* 1. vydání. Praha: ÚZIS ČR, 1992, s. 162.

<sup>13</sup> ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace.* 3. vydání. Praha: Portál, 2006, s. 35.

<sup>14</sup> ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace.* 3. vydání. Praha: Portál, 2006, s. 35.

**F72 Těžká mentální retardace** (dříve oligofrenie), IQ 20 – 34, u dospělých odpovídá mentálnímu věku 3-6 let.<sup>15</sup> Patří sem: těžká mentální subnormalita, těžká slabomyslnost (oligofrenie), idioimbecilita.<sup>16</sup>

Pro tento stupeň postižení je charakteristická porucha motoriky, omezená je komunikace verbální i neverbální.<sup>17</sup> Valenta a Müller hovoří ještě o velmi častých poruchách chování v podobě stereotypních pohybů (hry s fekáliemi, piky, sebepoškozování, afekty, agrese).<sup>18</sup>

**F73 Hluboká mentální retardace** (dříve idiocie), IQ nižší než 20, odpovídá mentálnímu věku pod tři roky.<sup>19</sup> Patří sem: těžká mentální subnormalita, hluboká slabomyslnost, (oligofrenie), idiocie.<sup>20</sup>

Pro tento stupeň postižení je charakteristické výrazné omezení v pohybu, neverbální komunikace, inkontinence. Postižená osoba vyžaduje stálou pomoc a asistenci pracovníka.<sup>21</sup>

#### **F78 Jiná mentální retardace**

Švarcová uvádí: „Tato kategorie se používá, když je stanovení mentální retardace pomocí obvyklých metod zvláště nesnadné pro přidružené senzorické, somatické postižení (u nevidomých, neslyšících, nemluvicích).“<sup>22</sup>

#### **F79 Neurčená mentální retardace**

Patří sem: deficit NS, subnormalita NS, slabomyslnost (oligofrenie) NS.<sup>23</sup> Tato kategorie se používá v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale není

---

<sup>15</sup> *Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a chování.* 1. vydání. Praha: ÚZIS ČR, 1992, s. 162.

<sup>16</sup> *Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a chování.* 1. vydání. Praha: ÚZIS ČR, 1992, s. 162.

<sup>17</sup> ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. A KOL. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem.* 1. vydání. Praha: Portál, 2007, s. 27.

<sup>18</sup> VALENTA, M. MÜLLER, O. *Psychopedie.* 1. vydání. Praha: Parta, 2003, s. 45.

<sup>19</sup> *Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a chování.* 1. vydání. Praha: ÚZIS ČR 1992, s. 162.

<sup>20</sup> *Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a chování.* 1. vydání. Praha: ÚZIS ČR, 1992, s. 162.

<sup>21</sup> ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace.* 3. vydání. Praha: Portál, 2006, s. 36.

<sup>22</sup> ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace.* 3. vydání. Praha: Portál, 2006, s. 36.

<sup>23</sup> *Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a chování.* 1. vydání. Praha: ÚZIS ČR, 1992, s. 162.

dostatek informací, aby bylo možno řadit člověka do jedné ze shora uvedených kategorií.<sup>24</sup>

V odborné literatuře se můžeme setkat s pojmy **oligofrenie a pseudooligofrenie**.

Oligofrenie je dříve používaný termín pro označení mentální retardace a znamená primární mentální postižení vrozené či získané do dvou let věku.<sup>25</sup>

Pseudooligofrenie je stav, kdy existují jisté příznaky, které budí u postiženého zdání mentální retardace, ke snížení rozumových schopností ale nedošlo. Za možné příčiny jsou uváděna: patologická prostředí (nedostatek výchovných podnětů, patří sem zanedbávané děti, vlčí děti, děti vychovávané v ústavních zařízeních), smyslové poruchy, nesprávné výchovné působení.<sup>26</sup>

### 1.3 Etiologie mentální retardace

Na vzniku mentální retardace se nepodílí pouze jedna příčina, ale celý komplex příčin. Existuje celá řada klasifikací příčin mentální retardace. Například Valenta a Müller rozlišují příčiny mentální retardace:

#### 1. Prenatální příčiny (od početí do narození dítěte)<sup>27</sup>

- vlivy dědičné, genetické příčiny,
- environmentální faktory a onemocnění matky v době těhotenství (zarděnky, kongenitální syfilis, toxoplazmóza, otrava embrya olovem, ozáření dělohy, alkoholismus, nedostatečná výživa matky). Na vznik mentální retardace může mít vliv i nedostatek plodové vody (oligohydromion), vrozené vady lebky a mozku (mikrocefalie, hydrocefalie), deprivace (silně nechtěné dítě).<sup>28</sup>

#### 2. Perinatální příčiny (těsně před, během a po porodu)<sup>29</sup>

- asfyxie při porodu (nedostatek kyslíku)
- mechanické poškození mozku (klešťový porod)
- těžká novorozenecká žloutenka

#### 3. Postnatální příčiny (období krátce po narození)<sup>30</sup>

---

<sup>24</sup> ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3. vydání. Praha: Portál, 2006, s. 36.

<sup>25</sup> VALENTA, M. MÜLLER, O. *Psychopedie*. 1. vydání. Praha: Parta, 2003, s. 15.

<sup>26</sup> KLIMENT, P. *Speciální psychopatologie*. 1. vydání. Olomouc:UP 2002, s. 77.

<sup>27</sup> VALENTA, M. MÜLLER, O. *Psychopedie*. 1. vydání. Praha: Parta, 2003, s. 51-54.

<sup>28</sup> VALENTA, M. MÜLLER, O. *Psychopedie*. 1. vydání. Praha: Parta, 2003, s. 51-54.

<sup>29</sup> VALENTA, M. MÜLLER, O. *Psychopedie*. 1. vydání. Praha: Parta, 2003, s. 51-54.

- záněty mozku: klíšťová encefalitida (zánět mozkové tkáně), meningitida (zánět mozkových blan), meningoencefalitida (zánětlivé postižení blan a mozku současně)<sup>31</sup>
- mozkové nádory
- úrazy hlavy
- nemoci končící demencí

Valenta a Müller tvrdí, že věda při objasnění příčin mentální retardace vykonala veliký díl práce, ale nejsme schopni se dopátrat příčin přibližně u třetiny osob s mentální retardací.<sup>32</sup>

#### 1.4 Diagnostika mentální retardace

Čadilová, Jůn, Thorová a kol. uvádí: „člověk u něhož je diagnostikována mentální retardace, musí splňovat tři kritéria.“<sup>33</sup>

1. Úroveň rozumových schopností ( IQ – intelektový kvocient, VQ – vývojový kvocient) je pod úrovní 70 bodů.<sup>34</sup>
2. Výskyt problémů v přizpůsobení se nárokům běžného života. V předškolním věku se jedná o komunikační, senzomotorické a sebeobslužné dovednosti. Ve školním věku dochází k selhávání ve školních dovednostech a v dospělosti je omezena nebo znemožněna schopnost samostatného života.<sup>35</sup>
3. Porucha je vrozená a je přítomna již od dětství. Při správné diagnóze dochází ke zlepšení pouze v rámci základního handicapu.<sup>36</sup>

---

<sup>30</sup> VALENTA, M. MÜLLER, O. *Psychopedie*. 1. vydání. Praha: Parta, s.r.o. 2003, s. 51-54

<sup>31</sup> VALENTA, M. MÜLLER, O. *Psychopedie*. 1. vydání. Praha: Parta, s.r.o. 2003, s. 51-54

<sup>32</sup> VALENTA, M. MÜLLER, O. *Psychopedie*. 1. vydání. Praha: Parta, s.r.o. 2003, s. 14.

<sup>33</sup> ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. A KOL. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vydání. Praha: Portál 2007, s. 26.

<sup>34</sup> ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. A KOL. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vydání. Praha: Portál 2007, s. 26.

<sup>35</sup> ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. A KOL. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vydání. Praha: Portál 2007, s. 26

<sup>36</sup> ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. A KOL. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vydání. Praha: Portál 2007, s. 27.

Mentálně postižení jsou jednou z nejpočetnějších skupin mezi postiženými. Absolutní počet mentálně postižených není v naší populaci znám. Švarcová uvádí, že na základě kvalifikovaných odhadů v současné době jsou mentální retardací postižena asi 3% občanů, z nichž největší počet - téměř 2,6 % - připadá na postižené lehkou mentální retardací.<sup>37</sup>

## 1.5 Mentální retardace a demence

Mentální retardace je postižení vrozené na rozdíl od demence, která je získaným handicapem rozumových schopností. Vágnerová definuje demenci jako: „syndrom, jehož nejvýznamnějším projevem je úbytek komplexu kognitivních funkcí, především inteligence a paměti.“<sup>38</sup>

Demenci lze diagnostikovat až po druhém roce života. Demence se může vyskytovat i u lidí s mentálním postižením. Mezi typické symptomy demence u lidí s mentální retardací řadí Čadilová, Jůn, Thorová a kol. následující projevy: nesoustředěnost, neklid, vznětlivost, neúčelné, rychle se měnící, bezcílné jednání, neschopnost přizpůsobit se běžným požadavkům, epizody afektivních výbuchů a agresivity.<sup>39</sup> Mezi obecná diagnostická kritéria demence Vágnerová řadí úbytek paměťových funkcí, úbytek kognitivních funkcí, poruchy vnímání, poruchy řeči, poruchy emotivity, poruchy motivace, poruchy spánku, apraxie.<sup>40</sup>

Vágnerová rozlišuje tři typy demencí:

### 1. Atroficko – degenerativní demence ( Alzheimerova choroba)<sup>41</sup>

Je to nejčastější typ demence. Rozlišuje se podle časového počátku onemocnění na dva typy, a to s časným začátkem vzniku do 65 let věku a typ s pozdní dobou vzniku nad 65 let. Alzheimerova demence se vyvíjí pozvolna, jednotlivé příznaky se objevují postupně a nenápadně. Příznaky se projevují ve změnách osobnosti a

---

<sup>37</sup> ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3. vydání. Praha: Portál, 2006, s. 39.

<sup>38</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání. Praha: Portál, 2002, s. 137.

<sup>39</sup> ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. A KOL. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vydání. Praha: Portál 2007, s. 52.

<sup>40</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání. Praha: Portál, 2002, s. 137-138.

<sup>41</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání. Praha: Portál, 2002, s. 139.

nápadnosti v chování, zhoršují se všechny kognitivní funkce (porucha paměti, zapomnětlivost, poruchy soustředění). Nemocní zapomínají vypnout vařič, ukládají věci nesmyslným způsobem například do ledničky. K dalším příznakům patří ztráta schopnosti orientovat se v čase a v prostoru, ztráta schopnosti logicky uvažovat, ztráta schopnosti porozumět verbálnímu sdělení, změny nálady.<sup>42</sup>

## 2. Ischemicko - vaskulární demence

Je druhou formou demence. Její příčinou je patologie mozkových cév, mozkové é infarkty. Nemoc se začíná objevovat po šedesátém roce života. V počátku onemocnění se projevují změny v oblasti paměťových funkcí. Tento typ demence má stupňovitý průběh. Typickým projevem je emoční labilita, zvýšená dráždivost, sklon k úzkostnému a depresivnímu ladění k plačtivosti. Mohou se dále objevit poruchy korových funkcí, jako je afázie, apraxie, gnostické poruchy. Nejnápadnějším projevem nemoci je zdůraznění některých osobnostních rysů například podezřívavost, lakota, žárlivost. K degradaci osobnosti dochází až v pozdních stádiích onemocnění.<sup>43</sup>

## 3. Symptomatické, sekundární demence

Jedná se o demence vyvolané jinými příčinami (například infekčním onemocněním, úrazem, otravou).<sup>44</sup>

Lidé postižení demencí nejsou schopni přijatelně zvládat běžné sociální role. Standardní nároky jsou pro ně náročné, ztrácejí orientaci v čase, prostoru, lidech, nepoznávají blízké a nevědí, kde jsou.<sup>45</sup>

V zaměstnání jsem měla možnost seznámit se blíže s uživatelem, který trpěl demencí. Musím souhlasit s autoritami, že práce s klientem, trpícím demencí, vyžaduje značný klid a trpělivost od personálu a je značně náročná. Vzhledem k přibývajícimu věku uživatelů Domova Horizont je třeba počítat s možným

---

<sup>42</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání. Praha: Portál, 2002, s. 139 - 142.

<sup>43</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání. Praha: Portál, 2002, s. 139 - 142.

<sup>44</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání. Praha: Portál, 2002, s. 139.

<sup>45</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání. Praha: Portál, 2002, s. 143.

přibývajícím výskytem demencí a připravit pracovníky na tento stav například formou vzdělávacích seminářů věnujících se problematice demencí u osob s mentální retardací.

## **1.6 Stručná charakteristika syndromů souvisejících s mentální retardací**

### **1.6.1 Downův syndrom**

Downův syndrom je genetická porucha, jejímž výsledkem je mentální retardace a specifické fyzické rysy.<sup>46</sup> Downův syndrom vzniká následkem nadpočetné části 21. chromozomu. Riziko výrazně vzrůstá s věkem matky. Švarcová uvádí, že průměrná hodnota IQ odpovídá úrovni střední mentální retardace. Děti, které jsou vychovávány v rodině, vykazují obecně vyšší úroveň intelektových schopností než děti vychovávané v ústavech.<sup>47</sup> Čadilová, Jůn, Thorová a kol. uvádí typické chování u předškolních dětí a školních dětí s Downovým syndromem: separační úzkost, strach z cizích lidí, nesoustředěnost, snížená reaktivita na pokyny, opakující se stereotypní pohyby, skřípání zuby, nervozita, grimasy, vydávání radostných zvuků, třepání a mávání rukama.<sup>48</sup>

### **1.6.2 Syndrom fragilního x chromozomu**

Jedná se o genetickou poruchu, jejímž důsledkem mohou být mírné poruchy učení, těžká mentální retardace a autismus. Lidé se syndromem fragilního chromozomu mají větší tendenci se vyhýbat kontaktu a fyzickým dotekům, chovají se přátelsky, společensky, při podávání ruky jí radostně potřásají, ale zároveň se celým tělem odvracejí.<sup>49</sup>

### **1.6.3 Alge-manův syndrom**

Porucha je způsobena odchylkou na 15 chromozomu. Mezi základní projevy patří těžká mentální retardace, absence řeči nebo obvykle jedno až čtyři slova.

---

<sup>46</sup> ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. A KOL. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007, s. 31.

<sup>47</sup> ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3. vydání. Praha: Portál, 2006, s. 145.

<sup>48</sup> ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. A KOL. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007, s. 36.

<sup>49</sup> ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. A KOL. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007, s. 39.

Porozumění řeči a neverbální komunikace je na lepší úrovni. Chůze může být lehce narušena, objevuje se chození po špičkách, nahýbání se dopředu, až po těžce strnulou chůzi připomínající robota a třes.<sup>50</sup>

#### **1.6.4 Praderův - Williho syndrom**

Je to genetická porucha, jejíž výskyt je podmíněn anomálií ve specifické části 15 chromozomu. Klinickými příznaky jsou snížený svalový tonus, malý vzrůst, nedostatečný pohlavní vývoj, chronický pocit hladu, který vede k nadměrné konzumaci potravin. Mentální schopnosti se pohybují v oblasti lehké nebo středně těžké mentální retardace.<sup>51</sup>

#### **1.6.5 De lange syndrom**

De lange syndrom je patrný již v novorozenecké populaci. Vyznačuje se mikrocefalií a specifickými rysy v obličeji. Patrná bývá nízká vlasová čára, husté a srůstající obočí, dlouhé řasy, krátký nos a úzké rty. Mohou se dále objevovat srůsty prstů, těžké deformity končetin. Ve většině případů je přítomna mentální retardace. Většina lidí s De lange syndromem nemá schopnost verbální komunikace. Sebezraňování se projevuje při pocitu nepohodlí, frustraci a úzkosti.<sup>52</sup>

#### **1.6.6 Epilepsie**

Epilepsie je porucha postihující mozek, která se projevuje různými typy záchvatů a bývá doprovázena přechodnými poruchami vědomí. V období mimo záchvaty se epilepsie může projevovat poruchami nálady, rozmrzelostí, depresivitou, změnami v chování (agresivitou, ulpívavostí), změnami emotivity, ztrátou zájmů. U lidí s mentálním postižením či poruchami autistického spektra se epilepsie vyskytuje často.<sup>53</sup>

---

<sup>50</sup> ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. A KOL. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007, s. 47.

<sup>51</sup> ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. A KOL. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007, s. 47.

<sup>52</sup> ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. A KOL. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007, s. 50.

<sup>53</sup> ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. A KOL. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007, s. 51.



Z praxe mohu potvrdit, že někteří z našich klientů trpí epilepsií. Pracovníci z dlouholeté praxe s klienty dovedou na základě změn chování uživatele předvídat blížící se epileptický záchvat a tím eliminovat rizika epilepsie.

### **1.6.7 Syndrom Smith – Magenis**

Genetická porucha, která se vyznačuje specifickým vzorcem fyzických rysů a projevů v chování. Příčinou je chybějící část 17 chromozomu. Se syndromem se pojí mentální retardace. Přítomny bývají poruchy spánku s převráceným režimem, opožděný vývoj řeči, hyperaktivita, sebezraňující bouchání hlavou, kousání nehtů a rukou, vyštípnutí kůže, nehtů na nohách i rukách, nutkavé škrábání oděrek, záchvaty vzteku. Tito lidé po pozornosti a sociální interakci, kladně reagují na sociální odměny.<sup>54</sup>

Je třeba mít na paměti, že ne vždy je problémové chování vyvoláváno jen neuspokojenými potřebami, prostředím, kolektivním soužitím, ale je také spojeno se syndromy, které s mentální retardací souvisí. Souhlasím s autory, že správné stanovení diagnózy je velmi důležité pro další práci s klienty a jejich přístupem k nim. Přesná, správná diagnóza by pomohla řadě pracovníků v sociálních službách i zdravotnickým pracovníkům. Pracovníci v sociálních službách, kteří denně pracují s klienty, nemají přístup do zdravotnické dokumentace. Se zdravotní dokumentací může pracovat pouze lékař a zdravotnický personál. Zdravotnický personál by měl seznámit nezdravotnické pracovníky srozumitelným způsobem s riziky souvisejícími se syndromy mentální retardace, aby nedocházelo k subjektivnímu a nesprávnému vyhodnocování agrese.

---

<sup>54</sup> ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. A KOL. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007, s. 51.

## 2 AGRESE

### 2.1 Teoretické vymezení pojmů agrese, agresivní chování, agresivita

Tato kapitola vysvětluje základní rozdíly v terminologii pojmů termíny agrese, agresivní chování a agresivita. V odborné literatuře se lze setkat s řadou definic vymežujících pojem agrese.

Výrost, Slaměník definují agresi jako: „chování, které cíleně směřuje ke způsobení negativních důsledků jiné osobě s úmyslem poškodit ji.“<sup>55</sup> Nejdůležitějším znakem agrese je její cílevědomý charakter a úmysl, se kterým agresor záměrně ubližuje jiné osobě.<sup>56</sup>

Definice agrese se vztahuje na chování, ale prakticky ji lze definovat i jako událost nebo čin.<sup>57</sup> Například Hartl, Hartlová definují agresi jako: „útočné či výbojné jednání, projev nepřátelství vůči určitému objektu, úmyslný útok na překážku, osobu, předmět stojící v cestě k uspokojení potřeby (reakce na frustraci).“<sup>58</sup> Agresivní chování definuje Vágnerová jako: „porušení sociálních norem, omezující práva a narušující integritu živých i neživých objektů. Je obvykle prostředkem, jak dosáhnout uspokojení, kterému stojí v cestě překážky.“<sup>59</sup>

Jůn uvádí Emersonovu definici problémového chování takto: „problémové chování je takové chování, které se svou intenzitou, frekvencí nebo dobou trvání natolik odlišuje od běžné společenské normy, že může vážně ohrozit fyzické bezpečí dané osoby nebo druhých.“<sup>60</sup>

Výrost a Slaměník definují agresivitu jako: „vyjadřování, projevování tendence chovat se agresivně.“<sup>61</sup> V tomto vymezení je agresivita tendencí záměrně ubližovat. Lze ji považovat za rys osobnosti. Výrost, Slaměník soudí, že

<sup>55</sup> VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada, 2008, s. 267.

<sup>56</sup> VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada, 2008, s. 267.

<sup>57</sup> VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada, 2008, s. 268.

<sup>58</sup> HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000, s. 23.

<sup>59</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání. Praha: Portál, 2002, s. 266.

<sup>60</sup> JŮN, H. *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: Portál, 2010, s. 16.

<sup>61</sup> VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada, 2008, s. 268.

Berkowitz ji charakterizuje jako stálou připravenost chovat se agresivně v různých situacích.<sup>62</sup>

Používání termínu agresivita v širším slova smyslu se prolíná nebo zaměňuje s asertivitou, kdy se jí označuje sebeprosazování při dosahování svých cílů, anebo tendence získat sociální dominanci, kontrolu nad chováním a názory jiných.<sup>63</sup>

Velmi často se ve stejných souvislostech používá i termín hostilita. I když jsou si termíny velmi blízké, je možné agresii, agresivitu a hostilitu poměrně zřetelně významově odlišit. Zatímco agrese i agresivita vedou ke konkrétnímu ublížení (ubližování), hostilita je obecným nepřátelským postojem vůči lidem, který se nemusí projevit ubližováním jiné osobě. Hostilita jedince se projevuje tím, že nemá rád jinou osobu či osoby, negativně se o nich vyjadřuje, přeje jim neúspěch, nemoc či smrt. Hostilita se často uvozuje jako příčina agrese nebo jako jedna z jejích příčin. Ale nemusí tomu tak být vždy. Hostilita se nemusí projevit v agresivním chování, stejně tak jako příčina agrese může být něco jiného než hostilita. Analogicky se odlišuje hostilita a agresivita, i zde je kritériem ubližování. Hostilita může být součástí (pozadím) agresivity, ale nemusí nabýt charakter agresivity.<sup>64</sup>

Jiným případem je násilí. Již delší dobu se používá prakticky jako synonymum agrese, zejména s agresí v konkrétních oblastech společenských vztahů (domácí násilí, násilí v práci atd.). V této podobě je z terminologického hlediska pojem násilí spíše nadbytečný. I proto mnohé autority v této oblasti prosazují chápání násilí jako jisté formy agrese, fyzické agrese s těžkými důsledky. Takže každé násilí je agrese, ale ne každá agrese je násilí.<sup>65</sup>

Podobně jako ve vztahu k některým dalším pojmům je agrese základním pojmem pro označení záměrného ubližování nebo obtěžování. Agrese není jen násilí, ale i záměrné způsobování jakýchkoliv negativních důsledků pro vyhlídnutou oběť.<sup>66</sup>

---

<sup>62</sup> VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada, 2008, s. 268.

<sup>63</sup> VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada, 2008, s. 268.

<sup>64</sup> VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada, 2008, s. 268.

<sup>65</sup> VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada, 2008, s. 268.

<sup>66</sup> VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada, 2008, s. 268.

## 2.2 Teoretické přístupy k agresi

V této kapitole se budu věnovat teoretickým přístupům zabývajících se příčinou vzniku agrese. Atkinsonová a kol. uvádí: „dvě nejvýznamnější teorie sociálního chování vycházejí ze dvou zcela odlišných předpokladů o podstatě agrese.

1. Freudova psychoanalytická teorie považuje agresi za pud.
2. Teorie sociálního učení za naučenou odpověď.

Výzkum agrese pomáhá při hodnocení těchto teorií.<sup>67</sup>

### 2.2.1 Vrozená agrese

Známá též jako instinkt, jako pud.

Hayesová uvádí, že K. Lorenz formuloval názor: „agrese je důsledkem vrozených, genetických faktorů, které vyvolávají automatické nepřátelské reakce namířené proti druhým“.<sup>68</sup> Na základě výsledků etnologického výzkumu ptáků a ryb se domnívá, že agresivní energie se v jedinci hromadí, dokud se nestane něco, co „spustí“ její uvolnění. Spouštěcí signál je většinou druhově specifický.<sup>69</sup>

Výrost uvádí, že Lorenzovo vysvětlení agrese prostřednictvím instinktů je příkladem využití tzv. hydraulického modelu, původně rozpracovaného S. Freudem a dalšími autory v rámci psychodynamických přístupů. Podle nich se energie, která žene lidské chování, postupně hromadí, dokud není uvolněna určitým způsobem.<sup>70</sup>

Chování agrese jako instinktu se v současnosti považuje již za překonané. Současné však tato teorie poskytuje přinejmenším námět k vysvětlení spontánní agrese.<sup>71</sup>

### 2.2.2 Hypotéza frustrace a agrese

Hayesová popisuje, že J. Dollard a jeho kolegové formulovali svoji teorii o vztahu frustrace a agrese jednoznačně: „frustrace vždy vede k agresivnímu chování.“<sup>72</sup>

---

<sup>67</sup> ATKINSONOVÁ, R.L., ATKINSON, R.C., SMITH, E.E., BEM, D.J., NOLEN-HOEKSEMA, S. *Psychologie*. 1. vydání. Praha: Victoria Publishing, 1995, s. 451-452.

<sup>68</sup> HAYESOVÁ, N. *Základy sociální psychologie*. 6. vydání. Praha: Portál, 2011, s. 116.

<sup>69</sup> HAYESOVÁ, N. *Základy sociální psychologie*. 6. vydání. Praha: Portál, 2011, s. 116.

<sup>70</sup> VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada, 2008, s. 270.

<sup>71</sup> VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada, 2008, s. 270.

<sup>72</sup> HAYESOVÁ, N. *Základy sociální psychologie*. 6. vydání. Praha: Portál 2011, s. 118.

Atkinsonová a kol. ve své knize uvádí, že celé znění můžeme formulovat takto: „Vždy když je zmařeno úsilí člověka dosáhnou jakéhokoliv cíle, dojde k vyvolání agresivního pudu, který motivuje chování směřující k poškození překážky (osoby nebo objektu), která vyvolává frustraci.“<sup>73</sup>

Tato hypotéza o vztahu frustrace a agrese měla a má své zastánce i odpůrce. Existují dvě úskalí tohoto předpokladu: zaprvé - obvyklou příčinou agrese je frustrace, zadruhé - agrese má vlastnosti základního pudu.<sup>74</sup>

Hayesová píše: „tato hypotéza frustrace a agrese nemůže vysvětlit všechny formy lidské agrese, ale je užitečným nástrojem pro vysvětlení mnoha jevů, jako je například relativně nižší výskyt domácího násilí v rodinách s vysokým příjmem, kde můžeme předpokládat nižší hladinu každodenního stresu.“<sup>75</sup>

### **2.2.3 Agrese jako naučené chování – teorie sociálního učení**

Hayesová uvádí, že Bandura předpokládá, že agrese je naučená: „lidé se chovají agresivně, protože se naučili, že se jim to vyplatí. Mohli se to naučit napodobováním v dětství nebo v adolescenci, na základě vlastní zkušenosti nebo prostě pozorováním druhých. Když někdo jedná agresivně a přitom zjistí, že jeho chování je nějakým způsobem posíleno třeba tím, že dostane to, co chtěl, bude pravděpodobně příště jednat agresivně znovu.“<sup>76</sup>

Výrost vysvětluje, že Bandurovy výzkumy potvrdily, že významným zdrojem utváření repertoáru chování je učení od dospělých. Z toho, co se děti naučí od dospělých, je většina získána prostřednictvím pozorování a imitace. V těchto případech je důležité, aby dítě vidělo konání dospělého a jeho výsledky. Pozorovaná osoba se nazývá model. Do paměti se kóduje představa chování modelu. Podstatné je, aby vzorec chování byl zakódovaný v paměti pro pozdější využití, když se k tomu vyskytne vhodná příležitost. Důležitou úlohu při učení agresivnímu chování sehrávají jeho důsledky.<sup>77</sup>

---

<sup>73</sup> ATKINSONOVÁ, R.L., ATKINSON, R.C., SMITH, E.E., BEM, D.J., NOLEN-HOEKSEMA, S. *Psychologie*. 1. vydání. Praha: Victoria Publishing, 1995, s. 452.

<sup>74</sup> ATKINSONOVÁ, R.L., ATKINSON, R.C., SMITH, E.E., BEM, D.J., NOLEN-HOEKSEMA, S. *Psychologie*. 1. vydání. Praha: Victoria Publishing, 1995, s. 452.

<sup>75</sup> HAYESOVÁ, N. *Základy sociální psychologie*. 6. vydání. Praha: Portál, 2011, s. 118.

<sup>76</sup> HAYESOVÁ, N. *Základy sociální psychologie*. 6. vydání. Praha: Portál, 2011, s. 119.

<sup>77</sup> VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada, 2008, s. 270.

Hayesová uvádí, že Bandura se domnívá: „na frustraci lze reagovat nejrůznějším způsobem, protože lidé se učí i jiné než jen agresivní reakce.“<sup>78</sup> Někteří reagují na frustraci tím, že se uklidňují alkoholem nebo drogami, zatímco jiní se snaží racionalizovat svoji frustraci a zbavit se jí tak, že si ji nějak vysvětlí. Další se mohou snažit ze situace uniknout nebo ještě úporněji usilovat o její vyřešení. Každou z těchto reakcí je možno se naučit místo agresivního chování.<sup>79</sup>

Bandurův model naznačuje, že příklady chování, které vidíme kolem sebe, hrají důležitou úlohu v řízení vlastního chování a v učení se alternativním formám jednání. Je-li tomu tak, nabývá na významu otázka násilí v televizi, filmu a ve video hrách. Doposud se vedou spory o to, zda násilí v televizi, filmu nebo počítačových hrách má skutečně takový význam. Značné množství výzkumů ukazuje, že je to velmi pravděpodobné.<sup>80</sup>

#### **2.2.4 Faktory prostředí v agresii.**

Mnoho studií zjišťovalo, jak mohou faktory prostředí snižovat či zvyšovat agresivitu. Například Donnerstein a Wilson ukázali, že lidé se častěji stávají agresivními v hlučném než v tichém prostředí. Důležité bylo, do jaké míry mohli nebo si mysleli, že mohou kontrolovat výši hluku. Když si mysleli, že mohou úroveň hluku ovlivnit, byl pro ně hluk méně stresující a reagovali na něj méně agresivně.<sup>81</sup>

V roce 1975 ukázal Baron a Bell, že lidé častěji reagují agresivně, když je horko, než když je chladno. Výzkumníci uvádí, že horko může být faktorem přispívajícím k agresivitě. Domnívají se, že k nepokojům a fyzickým útokům dochází častěji za dlouhých horkých večerů v centrech měst.<sup>82</sup>

Aiello, Nicosia a Thompson zjistili, že děti a adolescenti se častěji chovají agresivně a soutěživě, pokud byli předtím po krátkou dobu v přeplněných, prostorově stísněných podmínkách. V jiných studiích výzkumníci zjistili podobný

---

<sup>78</sup> HAYESOVÁ, N. *Základy sociální psychologie*. 6. vydání. Praha: Portál 2011, s. 119.

<sup>79</sup> HAYESOVÁ, N. *Základy sociální psychologie*. 6. vydání. Praha: Portál 2011, s. 119.

<sup>80</sup> HAYESOVÁ, N. *Základy sociální psychologie*. 6. vydání. Praha: Portál, 2011, s. 119.

<sup>81</sup> HAYESOVÁ, N. *Základy sociální psychologie*. 6. vydání. Praha: Portál, 2011, s. 120.

<sup>82</sup> HAYESOVÁ, N. *Základy sociální psychologie*. 6. vydání. Praha: Portál, 2011, s. 120.

jev u dospělých, a proto předpokládají, že přítomnost v davu lidí může být významným faktorem agrese.<sup>83</sup>

### 2.2.5 Integrativní pohled na agresi

Od jisté doby se vědci zaměřili více na komptabilitu než na rivalitu různých aspektů agrese. Komptabilitou se zde myslí využití základních myšlenek některých teorií agrese jako vysvětlení dílčích otázek. Na této bázi prezentoval relativně ucelený pohled na agresi R. G. Geen. Ještě více se tento přístup ke starším teoriím odráží v obecném modelu agrese C. Andersona a jeho spolupracovníků.<sup>84</sup>

Z hlediska klasifikace proměnných, které vedou k agresi nebo působí na agresivní chování, vychází integrativní pohledy z předpokladu, že k agresi dochází především tehdy, když je určitým podnětům vystavená osoba, která je určitým způsobem naladěná, respektive má určité predispozice konat agresivně.<sup>85</sup>

Je třeba si všimnout, že vždy je největší publicita věnována tvrzením, které uvádí, že lidé, kteří jednají agresivně, se nějak „odlišují“ od ostatních. A i když pro tyto teorie není více důkazů než pro jiné, jsou společensky mnohem „pohodlnější“, protože nenutí zbytek společnosti podniknout proti agresi nějaké vážné míněné kroky.<sup>86</sup>

Hayesová říká: „Agrese však představuje složitý problém, na němž se podílejí nejen jednotlivci, ale také skupiny a mocenské struktury, ke kterým patříme. Pokusy o pochopení agrese odděleně od společnosti, ve které se odehrává, jsou naivní. Společenské faktory zřejmě hrají v agresi velkou roli.“<sup>87</sup>

---

<sup>83</sup> HAYESOVÁ, N. *Základy sociální psychologie*. 6. vydání. Praha: Portál, 2011, s. 120.

<sup>84</sup> VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada, 2008, s. 273.

<sup>85</sup> VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada, 2008, s. 273.

<sup>86</sup> HAYESOVÁ, N. *Základy sociální psychologie*. 6. vydání. Praha: Portál, 2011, s. 121.

<sup>87</sup> HAYESOVÁ, N. *Základy sociální psychologie*. 6. vydání. Praha: Portál, 2011, s. 121.

## 2.3 Druhy a znaky agrese

Agrese může nabývat různých podob, může mít různé příčiny i různé psychologické pozadí. Výrost, Slaměník rozlišují agresi ze dvou hledisek:<sup>88</sup>

1) Z hlediska formy (způsob, technika ubližování)

- Fyzická agrese přímá (políček, cloumání)<sup>89</sup>

- Fyzická agrese nepřímá (např. ničení majetku náležejícímu objektu agrese)<sup>90</sup>

- Verbální agrese přímá (nadávky, osočování, zesměšňování)<sup>91</sup>

- Verbální agrese nepřímá (pomluvy, hostilní poznámky, žerty)<sup>92</sup>

2) Z hlediska povahy a kontextů příčin

- Afektivní agrese (zlostná, impulsivní, emocionální)

Afektivní agrese souvisí s hostilitou a zlostí. Vyvolává ji působení averzního podnětu. Afektivní reakce není plánována. Afektivním činem se naplňuje smysl reakce na averzní podnět.

- Instrumentální agrese

Instrumentální agrese je vedlejší produkt dosahování jiných neagresivních cílů. Příkladem instrumentální agrese jsou například míčové hry. Soupeř ve snaze zvítězit neváhá zranit soupeře. Při instrumentální agresi člověk nejedná pod vlivem zlosti.

- Tyranizování, obtěžování, šikanování

Tyranizování obvykle není vyvolané zlostí. Typickým pro tuto agresi je nerovnost v postavení či síle tyranizátora a oběti.

---

<sup>88</sup> VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada, 2008, s. 268.

<sup>89</sup> VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada, 2008, s. 268.

<sup>90</sup> ČERMÁK, I. *Lidská agrese a její souvislosti*. 1. vydání. Ždár nad Sázavou: Fakta, 1999, s. 11-13.

<sup>91</sup> ČERMÁK, I. *Lidská agrese a její souvislosti*. 1. vydání. Ždár nad Sázavou: Fakta, 1999, s. 11-13.

<sup>92</sup> ČERMÁK, I. *Lidská agrese a její souvislosti*. 1. vydání. Ždár nad Sázavou: Fakta 1999, s. 11-13.



Znaky agrese

Čermák uvádí, že Russel G. Geen vymezuje tři znaky agrese:<sup>93</sup>

1. Agrese zahrnuje udílení škodlivých stimulů jedním organismem druhému.
2. Škodlivé stimuly jsou udíleny se záměrem poškodit oběť.
3. Agresor očekává, že škodlivé stimuly budou mít svůj efekt.

Důraz je kladen na záměrnost jednání.

Na základě načerpaných teoretických znalostí jsem vybrala sedm kategorií agrese, které jsem se rozhodla mapovat. Jedná se o kategorie, které se již v našem domově vyskytly. Konkrétně jde o fyzickou agresi, ať už přímou, či nepřímou, verbální agresi a sebepoškozování.

## **2.4 Příčiny vzniku agresivního chování**

Výrost, Slaměník dělí příčiny a faktory agresivního chování následovně:<sup>94</sup>

### **1. Situační faktory**

Podněty, které vyvolávají stav nepohody. Může se jednat například o frustraci, bolest, nepohodu, špatnou náladu, stres, bolest, vysoké teploty, fyzický útok, psychický útok.

### **2. Biologické faktory**

Určité oblasti mozku mají sklon k agresivnímu jednání. Wagnerová uvádí, „že člověk má vrozené dispozice k agresivnímu jednání. Sklon k agresivnímu chování se rozvíjí učním, není tedy jen závislý na dědičnosti.“<sup>95</sup> Dalším biologickým faktorem je podíl látek v krevním séru (nízký obsah cukru, hormon testosteron, serotonin), které mohou zvyšovat agresivitu.

### **3. Osobní faktory agrese**

Zvýšená aktivační úroveň zvyšuje agresi například působením hluku při práci, práce při vysokých teplotách, cvičení.

---

<sup>93</sup> ČERMÁK, I. *Lidská agrese a její souvislosti*. 1. vydání. Žďár nad Sázavou: Fakta, 1999, s. 13.

<sup>94</sup> VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008, s. 274-280.

<sup>95</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání. Praha: Portál, 2002, s. 267.

#### 4. Faktory ovlivňující inhibici (utlumení) agresivního chování

Jedná se o faktory, které působí tlumivě vůči agresi, ale za jistých okolností k utlumení agresivního chování nedochází. K nejznámějším faktorům, které působí na schopnost jedince kontrolovat své chování patří alkohol a jiné drogy. Nejvíce pozornosti se věnuje jevu označovanému jako deindividualizace. Deindividualizace je prožívání relativní anonymity.

#### 5. Faktory sociálního prostředí

Výskyt a podobu agresivního chování ve významné míře ovlivňuje sociální prostředí. Rozhodující úloha je zde přisuzována rodině, škole případně pracovnímu prostředí a projevům agrese v tomto prostředí.

Z širšího hlediska, makro úrovně, se velká pozornost zaměřuje na mediální násilí, v televizi, na internetu a ve video hrách, které snižuje citlivost vůči násilí v běžném životě. Je předmětem napodobování.

Čadilová, Jůn, Thorová a kol. soudí, že agresivní chování u lidí s mentální retardací má vnější a vnitřní faktory.<sup>96</sup>

##### 1. Organické a funkční poškození mozku – vnitřní faktor

Spočívá v nedostatečné myšlenkové kontrole vlastních emocí.

##### 2. Prostedí, ve kterém uživatel žije – vnější faktor

Tento faktor zahrnuje nepohodlnost prostředí (teplo, světlo, oděv, nábytek) a zmatečnost (příliš velké skupiny, nadbytek volného času), klient nedostatečně chápe, co se od něho očekává.

Dalším spouštěčem problémového chování mohou být pravidla daná velikostí zařízení, přístupem k jídlu v pouze učeném časovém horizontu.<sup>97</sup>

Je důležité si uvědomit, že člověk s mentálním postižením má stejná práva i povinnosti jako lidé bez postižení, má právo na rovné důstojné podmínky k životu, stejné fyziologické potřeby (bezpečí jistoty, soukromí, úcty, respektu,

---

<sup>96</sup> ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. A KOL. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007, s. 107.

<sup>97</sup> ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. A KOL. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007, s. 107.

seberealizace) jako ostatní lidé. Čadilová, Jůn, Thorová a kol. uvádí: „čím má klient větší možnost naplnit své základní potřeby sám, tím se u něj pravděpodobnost výskytu problémového chování snižuje.“<sup>98</sup> S tvrzením autorky nelze nic jiného než souhlasit, protože mentálně postižení lidé mají stejné potřeby. Wagnerová uvádí: „čím je člověk závažněji mentálně postižený, tím je v uspokojování svých potřeb závislejší na okolí. Na druhé straně mají lidé s mentálním postižením tendenci uspokojovat svoje potřeby neodkladně a bez zábran.“<sup>99</sup> Z praxe mohu potvrdit, že uživatelé jsou odkázáni na asistenci pracovníků. Pokud pracovník včas nedokáže rozpoznat tu správnou potřebu, může se dostavit právě problémové chování a klient může reagovat nepřiměřeně a to ani ne z důvodu, že by byl agresivní, ale že se zkrátka potřebuje jen napít a pracovník to nedokáže rozpoznat.

Jsem si vědoma, že velký problém je zejména u špatně komunikujících nebo nekomunikujících klientů. Pracovník se pouze domýšlí, co klient požaduje, co ho bolí, co ho trápí, co by chtěl. Právě zde bych viděla zkvalitnění sociální služby v našem Domově různými způsoby alternativních komunikací a proškolením personálu.

V neposlední řadě je nutné mít na zřeteli, že i přes veškerou snahu personálu však u některých klientů k problémovému chování bude docházet, protože problémové chování může primárně plynout z handicapu uživatele (Leschův-Nýhanův syndrom – každý muž s tímto syndromem bude agresivní), protože se nemusí vždy podařit správně rozpoznat nenaplněné potřeby uživatelů a i když nenaplněné potřeby známe, nemusí se nám je z objektivních důvodů podařit naplnit.<sup>100</sup>

Čadilová, Jůn, Thorová a kol. uvádí, že životy lidí s mentálním postižením jsou napěchovány závažnými stresujícími událostmi, které mají na ně negativní dopad. Mezi časté řadí: necitlivé separace od blízkých lidí, ztráty důvěrných vazeb, omezování či odpírání základních lidských práv (např. nemožnost připravit si

---

<sup>98</sup> ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. A KOL. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007, s. 107.

<sup>99</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání. Praha: Portál, 2002, s. 154

<sup>100</sup> ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. A KOL. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007, s. 107.

jídlo, nebo dle vlastní potřeby opustit prostor, nedostatek soukromí, neustálé změny životních zvyklostí, nejasnost a nepředvídatelnost toho, co se děje kolem, zkušenosti s infantilizací, nedostatek přátel, špatné sebepojetí, traumatizující zkušenosti se zneužíváním, týráním.<sup>101</sup> S autorkou nelze nic jiného než souhlasit. Opravdu při velkém kolektivním soužití uživatelé nemají možnost si dělat sami, co opravdu chtějí, protože se musí neustále přizpůsobovat chodu zařízení. Často je jim nabízena nejrůznější aktivizační činnost, o kterou nemají zájem, nemají vždy možnost se najíst, když dostanou chuť na jídlo, popřípadě si něco uvařit. Když se zamyslím nad životem uživatelů v zařízení, určitě to klienti nemají vůbec jednoduché.

Čadilová, Jůn, Thorová a kol. dále poukazuje, že se v praxi často vyskytuje chyba, že se k problematickému chování přistupuje jako k přirozenému znaku mentální retardace. Nikdo se však nezabývá funkční analýzou chování, analýzou prostředí, v němž dotyčný žije, a není provedeno důkladné psychiatrické vyšetření. Následkem tohoto selhání bývá vytvořen léčebný plán. Pokud se u klienta vyskytuje agrese nebo jiné problematické chování, zvýší se medikace a bludný kruh se opakuje.<sup>102</sup>

Čadilová, Jůn, Thorová a kol. soudí, že i při hledání vysvětlení příčin agresivního či jinak problematického chování je nutné prozkoumat, zda se za ním neskrývají somatické problémy klienta, vedlejší účinky předepsaných léků, dysfunkčnost prostředí, v němž dochází k deprivaci některých základních potřeb klienta, neschopnost komunikovat své potřeby společensky přijatelným způsobem, symptom konkrétní psychické poruchy. V některých případech není psychická porucha přímo příčinou agresivního chování, ale ovlivňuje ho pouze nepřímo.<sup>103</sup>

---

<sup>101</sup> ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. A KOL. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007, s. 55-56.

<sup>102</sup> ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. A KOL. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007, s. 57.

<sup>103</sup> ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. A KOL. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007, s. 57.

Čadilová, Jůn, Thorová a kol. rovněž rozepisují naplňování základních fyziologických potřeb takto:<sup>104</sup>

1. fyziologické potřeby jsou naplněny, pokud se klient může najíst a napít nejen v předem určený čas, ale i ve chvíli kdy má hlad, žízeň nebo na něco chuť. Může usnout ve chvíli, kdy je unaven a není v pracovním procesu.<sup>105</sup> V našem domově uživatelé mají možnost výběru stravy, ale samozřejmě je určeno časové rozpětí možností výdeje stravy. Je to způsobeno provozem organizace. Pokud má uživatel v našem zařízení na něco chuť, může si jídlo připravit v kroužcích vaření nebo dle dohody s pracovníkem. U uživatelů s vyšší mírou podpory je možnost individuální přípravy jídla omezenější a to z důvodu těžkého postižení. Uživatelé mají možnost odpočinku a relaxace v průběhu celého dne.

2. Potřeba bezpečí, jistoty a soukromí je naplněna, pokud klient ví, kdy, kde, s kým a co má dělat, může kdykoliv opustit skupinu, má volný přístup k předmětům, které mu pocity jistoty navozují. Ví, že personál se chová předvídatelně, dělá to, co říká, nedává plané sliby, které nelze splnit.<sup>106</sup> V našem domově mnoha uživatelům chybí přesná strukturace a vizualizace denních činností, protože část našich klientů má problémy s komunikací. Někteří uživatelé již používají alternativní komunikaci a dovedou se dorozumívat s pracovníky pomocí obrázků, fotek, piktogramů. Samostatný pohyb využívá třicet uživatelů, kteří mohou opustit zařízení po dohodě s pracovníkem dle jejich momentální potřeby. Ostatní mají volný pohyb po areálu. U uživatelů s vyšší mírou podpory je nutná asistence pracovníka.

3. Potřeba někam patřit, být milován je u klienta naplněna ve chvíli, kdy personál vstupuje s klientem do sociálního kontaktu i v situacích, kdy mu nedává pokyny, neklade požadavky (společné pití kávy, společná cigareta aj.), personál dává klientovi, který není smířen s pobytem v zařízení, najevo své porozumění v jeho tíživé situaci, hledá řešení. Pokud řešení není, nesnaží se ho přesvědčovat o

---

<sup>104</sup> ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. A KOL. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007, s. 106

<sup>105</sup> ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. A KOL. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007, s. 106.

<sup>106</sup> ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. A KOL. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007, s. 106.

ideálnosti stávající situace.<sup>107</sup> Pracovník sociální péče by měl být především profesionál, který by měl mít partnerský přístup ke klientovi. Za základ práce s klientem osobně považují respektování jeho lidské důstojnosti, jeho přání a potřeb a snažit se co nejvíce vžít do uživatelské situace a být mu ochoten nápomocí.

#### 4. Potřeba úcty a respektu

Tato potřeba je naplněna pokud personál jedná s klientem společensky, vhodně s ohledem na jeho fyzický věk, nezhlcuje a nezesměšňuje jeho prožívání, touhy, požadavky, připomínky, stížnosti a přání, i když jsou nereálná.<sup>108</sup>

#### 5. Potřeba seberealizace

Potřeba seberealizace je naplněna, když se klient může rozhodnout úměrně svým aktuálním možnostem a schopnostem o tom, kdy se nají, půjde spát, vstane, bude se bavit s ostatními, odloží určitou aktivitu, může někoho ovládat.<sup>109</sup> S autorkou souhlasím, nicméně ve velkých kolektivech nemohou být primárně uspokojeny všechny potřeby, byť se o to personál snaží ze všech sil.

Určitě každému z nás by se lépe žilo a bydlelo v malé skupině se soukromím.

A právě ve velkém kolektivním soužití se mohou vyskytovat projevy agrese. Ne zrovna, že by musel být klient zrovna agresivní, ale na klienta působí řada faktorů, které mohou agresi vyvolat, a pracovník je není schopen včas identifikovat a správně vyhodnotit.

Je třeba si uvědomit, že někteří z našich klientů vzhledem k mentálnímu postižení nejsou schopni přesně vyjádřit své pocity, přání, nálady a jeho nespokojenost vede k projevům agrese. Jeví se mi velmi vhodné vylepšit neverbální komunikaci s klienty.

---

<sup>107</sup> ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. A KOL. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007, s. 106.

<sup>108</sup> ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. A KOL. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vydání. Praha: Portál 2007, s. 106.

<sup>109</sup> ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. A KOL. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007, s. 106.

### **3 DOMOV HORIZONT KYJOV**

Ve své práci zachycují výskyt projevů agrese a zároveň sledují příčiny tohoto chování u klientů Domova Horizont Kyjov. Proto považují za důležité, na tomto místě představit prostředí Domova Horizont.

#### **3.1 Poslání, cíle, zásady Domova Horizont**

Domov Horizont poskytuje pobytovou sociální službu osobám se zdravotním postižením. Zřizovatelem je Jihomoravský kraj. Cílovou skupinou jsou lidé s mentálním postižením a mentálním postižením v kombinaci s postižením tělesným.<sup>110</sup>

Posláním domova Horizont je poskytování přiměřené míry celodenní podpory a péče chlapcům a mužům od tří let s mentálním postižením v kombinaci s postižením tělesným, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Tato podpora a péče je poskytována v závislosti na jejich individuálních potřebách a přáních s ohledem na respektování práv a zachování lidské důstojnosti. Služba usiluje o co největší možné zachování a rozvoj soběstačnosti a podporuje osamostatňování uživatelů vzhledem k jejich možnostem, čímž se snaží snižovat závislost na službě. Hlavním cílem je zapojení do běžného života společnosti, využívání veřejných služeb a institucí a podporovat jejich sociální začlenění.<sup>111</sup>

V domově žije 230 uživatelů, mužů, a pracuje 180 zaměstnanců. Do mov Horizont není koedukované zařízení, ale prioritním rozvojovým cílem naší organizace od roku 2014 je přijímání žádosti žen o umístění do zařízení. S tímto krokem souvisí také drobná rekonstrukce jednoho z domovů, kde by ženy mohly bydlet. Uživatelé jsou rozděleni do 23 skupin. Jsou rozděleni na skupiny výchovné a skupiny s převahou ošetrovatelské péče. Polovina našich klientů je

---

<sup>110</sup> Výroční zpráva Domova Horizont dostupná z <http://www.horizontkyjov.cz/dokumenty/Vyrocn%C3%AD%20zprava%202011.pdf>

<sup>111</sup> Výroční zpráva Domova Horizont dostupná z <http://www.horizontkyjov.cz/dokumenty/Vyrocn%C3%AD%20zprava%202011.pdf>

imobilních s převahou ošetrovatelské péče. Domov Horizont neposkytuje sociální službu lidem bez mentálního postižení, s poruchami autistického spektra, závislým na návykových látkách a zatím ženám.<sup>112</sup>

Služba poskytovaná Domovem Horizont je založena na dodržování následujících zásad: zachování lidské důstojnosti, dodržování etické kodexu zaměstnance všemi pracovníky, zásada podpory uživatele v samostatnosti v individuálním rozvoji, respektování lidských práv, podpora uživatele k sociálnímu začlenění, respektování rozhodování uživatele. Poskytování sociální služby se řídí vnitřními předpisy, které jsou v souladu s legislativními normami ČR.<sup>113</sup>

Domov Horizont je umístěn v okrajové části Kyjova a je největším zařízením v Jihomoravském kraji poskytujícím sociální službu mentálně postiženým lidem. Domov tvoří komplex čtyř starších budov označovaných jako Domov A, Domov B, Domov C a Domov D. V roce 2010 bylo otevřeno v půdní vestavbě nově vybudované Podporované bydlení pro deset uživatelů, které je tréninkové a má být přípravou na přechod z rezidenčních služeb do přirozeného prostředí. Exteriér Domova tvoří velká zahrada, fotbalové hřiště, venkovní bazén, ohniště, víceúčelový tenisový kurt a doskočiště.

### **3.2 Uskutečněné kroky vedoucí ke zlepšení poskytované sociální služby v Domově Horizont Kyjov**

V roce 2006 vstoupil v platnost zákon č.108/2006 Sb. o sociálních službách a s ním vstoupily v platnost také Standardy kvality sociálních služeb. Domov Horizont se neustále snaží zlepšovat kvalitu poskytované služby tak, aby se uživatelé cítili jako doma, protože někteří z nich zde žijí již od svého raného dětství. Důraz je kladen na respektování práv uživatelů, jejich potřeb a přání. Mezi základní lidská práva patří osobní svoboda a svoboda pohybu, právo na ochranu soukromí, právo na důstojné zacházení, právo na práci a odměnu, právo na vzdělání, atd. Právě lidé s mentálním postižením jsou z hlediska možného

---

<sup>112</sup> Výroční zpráva Domova Horizont dostupná z <http://www.horizontkyjov.cz/dokumenty/Vyrocnni%zprava%202011.pdf>

<sup>113</sup> Veřejný závazek Domova Horizont dostupný z <http://www.horizontkyjov.cz/dokumenty/verejny%20zavazek.html>



porušování práv rizikovou skupinou. Změny, které postupně v zařízení probíhaly, byly zpočátku mezi pracovníky nepopulární, ale byly akceptovány, a společnými silami je budována kvalitní sociální služba. Nejprve došlo k odstranění mříží z oken a klecových lůžek. V rámci Individuálního plánování dochází k velkému posunu. Každý uživatel Domova Horizont má svůj Individuální plán. Do něho plánu společně se svým klíčovým pracovníkem plánuje své cíle a přání, které s pracovníkem realizuje. Individuální plán se skládá ze čtyř částí: osobního profilu, formuláře pro stanovení osobního cíle, rizikové situace, vykonávané činnosti. Individuální plánování v průběhu sociální služby je krok, který vede k individuálnímu přístupu k uživateli. Již dvacet našich uživatelů využívá samostatný pohyb ve městě a další uživatelé se připravují a učí, jak se orientovat ve městě, seznamují se s pravidly silničního provozu. Samostatný pohyb uživatelů je velkým posunem ve zkvalitňování jejich života. Uživatelé ve městě mohou navštěvovat nejrůznější kulturní, společenské a sportovní akce. Samostatně navštěvují knihovnu, cukrárnu, obchody. V tomto vidím obrovský posun, protože uživatel se neváže na pracovníka a na ostatní klienty, nemusí se přizpůsobovat režimu skupiny. Stačí pouze, když se pracovník a uživatel dohodnou na času odchodu a příchodu do zařízení.

V Domově Horizont připadají na jednoho klíčového pracovníka dva až tři uživatelé. Pracovník chodí s uživateli nakupovat ošacení, plní společně individuální potřeby a pracuje opravdu s uživateli na principu partnerství a přátelství. Velkým přínosem pro naše uživatele je působení dobrovolníků v organizaci. S dobrovolníky Domov Horizont spolupracuje od roku 2009. Ti doprovází naše uživatele na nejrůznější akce ve městě nebo jen vyplňují volný čas našim klientům.

V roce 2010 proběhla velká investiční akce, při níž bylo vybudováno tzv. Podporovaného bydlení v areálu Domova. Výstavba byla financována z peněz operačního programu ROP NUTS2 Jihovýchod, zřizovatele a organizace. Došlo k vybudování bydlení pro 10 uživatelů, kteří se v rámci podporovaného bydlení připravují na přechod z rezidenčních sociálních služeb do přirozeného prostředí. Bydlí ve dvouložkových pokojích s kompletním zázemím. Na Podporovaném

bydlení se učí samostatnosti, sami si již připravují snídaně a večeře, učí se vařit, perou a žehlí si sami prádlo, nakupují, hospodaří s finančními prostředky, učí se používat mobilní telefon, nacvičují samostatné brání léků, vyřizují si úřední záležitosti na úřadech. Podařilo se již uskutečnit přechod tří uživatelů z Podporovaného bydlení do bytu ve městě Kyjově. V letošním roce v dubnu se podařilo pronajmout druhý byt ve městě Kyjově, kam se přestěhovali další dva uživatelé. Uživatelé žijící ve městě dochází na terapie do Domova Horizont. Bohužel se zatím nedaří uživatelům najít práci, protože oblasti Hodonínska a Kyjovska patří k oblastem s vysokou mírou nezaměstnanosti. Dalším krokem vedoucí k optimalizaci služeb bylo vybudování muzikoterapie a dvou terapeutických dílen (kreativní a multifunkční), zooterapie a senzomotorické místnosti pro těžce postižené uživatele. Nyní se zařízení zaměřuje na zkvalitňování stravování a stolování uživatelů. Byla rozšířena možnost výběru snídaní a obědů a nyní probíhá v Domově program Bon appetit, který učí pracovníky zlepšit úroveň stravování a stolování uživatelům. Uživatelé na jednotlivých domovech bydlí v jedno, dvou a tří a více lůžkových pokojích (max. šestilůžkové). Každý pokoj je již standardně vybaven nábytkem, uživatel si má možnost pokoj vyzdobit vlastními výrobky, kresbami, fotografiemi apod. V domově není dovolena výzdoba, která má pornografický, rasistický, vulgární charakter. Přesto musím konstatovat, že uživatelů je na jednotlivých domovech mnoho a kolektivní soužití nemusí být pro každého příjemné. Musí se spolu domluvit na mnoha věcech, musí respektovat jeden druhého a také se samozřejmě podřídit chodu, provozu a velikosti zařízení.

Součástí rozvojového plánu naší organizace je eliminovat velkou koncentraci uživatelů na Domově A vybudováním půdní vestavby pokud budou samozřejmě k dispozici finanční prostředky. V dubnu 2013 bylo naše zařízení zařazeno do projektu transformace MPSV.

### **3.3 Současné aktivizační a terapeutické činnosti Domova Horizont**

#### **3.3.1 Pracovní terapie uživatelů Domova Horizont**

Uživatelé Domova Horizont mají možnost v rámci terapií navštěvovat devět terapeutických dílen. Jedná se o dílnu dřevařskou, košíkářskou, multifunkční, kreativní, dvě keramické dílny, dílnu sedaček, dílnu tkalcovskou a dílnu drobných dárků. Terapie v dílnách patří k velmi oblíbeným činnostem uživatelů. V terapiích se prostřídává kolem sta našich uživatelů. Jedná se o činnost zcela dobrovolnou. Pracovní terapie probíhá pod vedením pracovních instruktorů. V dílnách se uživatelé učí manuálními dovednostem. Učí se pracovat s pedigem, z lipového dřeva vysekávají dekorativní předměty do zahrady, učí se pracovat s přímočarou pilkou, dlátkem, kladívkem atd. Ve výtvarných dílnách se seznamují s novými výtvarnými technikami, jako jsou například koláže, frotáže, kašírování. Výrobky z dílen jsou vystavovány a nabízeny k prodeji při nejrůznějších výstavách či prodejních akcích široké veřejnosti. Každý výrobek pocházející z dílen je originál tvořený rukama a srdcem. Někteří z uživatelů se zaměřili na výrobu zahradní keramiky, která zdobí prostory celého areálu. K pracovní terapii patří v Domově Horizont práce na zahradě a úklid celého areálu a péče o hospodářská zvířata. V roce 2012 se na základě velkého přání uživatelů vybudovala zooterapie. Život jim zpestřují dvě ovečky a dvě kamerunské kozičky. Dva z uživatelů dostávají za péči o zvířata finanční odměnu.

#### **3.3.2 Kroužky, sportovní a volnočasové aktivity v Domově Horizont**

Domov nabízí řadu volnočasových aktivit, které vedou pracovníci sociální péče. Z nabídky se jedná o kroužek pohybový, taneční, hudební, vaření, počítačový, vyšívání, sportovní, jóga a relaxační cvičení. K velmi oblíbené aktivitě patří kroužek taneční, který navštěvuje třicet šest uživatelů. Výborná je spolupráce s dobrovolnicemi Domova Horizont, které do tanečního kroužku docházejí. Taneční kroužek prezentuje své dovednosti při nejrůznějších příležitostech ve městě Kyjově i mimo Kyjov.

Řada našich uživatelů má ráda sport. V Domově funguje sportovní klub Slovácko, jehož uživatelé jsou členy Českého hnutí speciální olympiády. Ze sportů se věnují

fotbalu, tenisu, plavání, stolnímu tenisu, bocce, přehazované a různě přizpůsobeným sportům pro mentálně postižené sportovce.

V rámci sportovních aktivit pořádá Domov Horizont každý rok sportovní turnaj ve stolním tenise a utkání ve fotbale. Těchto sportovních klání se účastní kamarádi našich klientů z podobných zařízení, například z Břežan, Štemberka, Hodonína, Nezamyslic, Víceměřic, Křižanova. V rámci Českého hnutí speciální olympiády uživatelé reprezentují Domov Horizont na lyžařských závodech ve Studnici na Vysočině, turnaji ve stolním tenise ve Dvoře Králové nad Labem. K oblíbeným sportovním aktivitám patří jízda na kole na cyklostezce a bowling ve městě. Někteří z našich klientů jsou horlivými fanoušky Komety Brno a účastní se jako diváci jejich hokejových utkání. Uživatelé mají k dispozici dvě tělocvičny a posilovnu.

Pro rodiče a širokou veřejnost připravujeme každý rok „Letní Den“ a „Předvánoční posezení“. Jedná se o společenské akce s dlouholetou tradicí Domova, které se konají vždy poslední květnovou nedělí a vždy poslední listopadovou nedělí. Na tyto akce přijíždí rodiče, opatrovníci, sponzoři, dobrovolníci a veřejnost. Návštěvníci těchto akcí si mohou prohlédnout celý Domov Horizont, seznámit se s pracovní terapeutickou činností uživatelů a podívat se na připravený program uživatelů, obohacený uměleckým vystoupením a doplněný zábavnou diskotékou s DJ. V průběhu celého roku jezdí naši klienti na plavání do aquaparku do Uherského Hradiště, navštěvují solnou jeskyni v Kyjově, jezdí na rekreačně rehabilitační pobyty, víkendové pobyty, tábory a do Itálie.

### **3.3.3 Terapie a vzdělávání v Domově Horizont**

V Domově Horizont uživatelé mohou navštěvovat speciální terapie. Ty jsou vedeny proškolenými pracovníky sociální péče.

Uživatelé se mohou účastnit muzikoterapie, canisterapie, autogenního tréninku a v letošním roce nově senzomotorické a prenatální terapie, která je určena těžce postiženým uživatelům. Muzikoterapie je zážitková, skupinová terapie, která probíhá ve speciálně vytvořené místnosti a na základě programu. Muzikoterapie je velmi oblíbenou terapií našich uživatelů, probíhá každý den po 4 hodinách a prostřídají se v ní denně dvacet čtyři uživatelé.

Canisterapii zajišťuje občanské sdružení Piafa z Vyškova. Pracovnice z občanského sdružení dojíždějí za našimi uživateli jedenkrát za čtrnáct dní. Canisterapie probíhá individuálně i skupinově.

V letošním roce 2013 se podařilo vybudovat senzomotorickou místnost, a tím rozšířit nabídku terapií o senzomotorickou a prenatální terapii pro těžce postižené uživatele. Jedná se o individuální terapii, jejímž cílem je zkvalitnění života těžce postiženým uživatelům. Senzomotorická místnost je speciálně vytvořené prostředí, ve kterém panuje pocit důvěry, bezpečí mezi klientem a pracovníkem.

Vzdělávání uživatelů v Domově Horizont, kteří mají povinnost plnit školní docházku, zajišťuje Mateřská a Základní škola Za humny v Kyjově. Škola je součástí areálu Domova Horizont a navštěvuje ji dvacet našich uživatelů ve dvou rehabilitačních třídách a jedné třídě pomocné. Mateřská a Základní škola Za humny zajišťuje pro naše uživatele kurz k doplnění vzdělání, který navštěvuje 22 uživatelů. Pro zájemce o vzdělávání z řad klientů je k dispozici „večerní škola“, která je vedena pedagogickými pracovníky Domova Horizont. Večerní škola probíhá v odpoledních hodinách tři dny v týdnu po třech skupinkách. Celkem navštěvuje „večerní školu“ čtyřicet sedm našich klientů. Ti si ve „večerní škole“ opakují získané znalosti z oblasti čtení a počítání. Učí se poznávat hodiny, bankovky, mince, hospodařit s penězi. V letošním roce se zařízení zapojilo do projektu GOS II. JMK 2013 v rámci programu Bon Appetit v rozšířeném programu dramaterapie do dramaterapeutického kurzu. Odborníci z oblasti dramaterapie dojíždí do zařízení a seznamují naše uživatele a pracovníky s dramaterapií. Vedení Domova Horizont plánuje rozšíření terapií i o dramaterapii.

## **4 MAPOVÁNÍ VÝSKYTU PROJEVŮ AGRESE U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V DOMOVĚ HORIZONT**

### **4.1 Cíl šetření, kategorie a kritéria agrese, mapovaný vzorek, metoda**

Cílem šetření v Domově Horizont bylo zmapování projevů agrese na základě stanovených kategorií a jejich indikátorů u tří skupin uživatelů. Dílčím cílem bylo zjistit četnost výskytu jednotlivých indikátorů a příčinu agrese. Hlavní důvod, proč jsem se rozhodla zmapovat výskyt projevů agrese, byl ten, že v organizaci žádné cílené mapování zatím nebylo uskutečněno.

Vzorek šetření:

Domov Horizont disponuje celkem čtyřmi domovy A, B, C, D. Na domovech A a D jsou uživatelé rozděleni do skupin s menší mírou podpory, dříve označovaných jako výchovné skupiny a skupin s vyšší mírou podpory dříve označovaných jako skupiny ošetřovné. Domov C disponuje skupinami uživatelů s menší mírou podpory. Domov B je domov s převahou ošetřovatelské péče a je určen imobilním uživatelům s těžkým mentálním postižením.

Pro šetření jsem zvolila domovy A, C, D, na kterých se vyskytují právě skupiny s menší mírou podpory a uživatelé s lehkou a středně těžkou mentální retardací. Tito klienti jsou více samostatní, účastní se řady terapií, aktivit, potřebují menší podporu ze strany pracovníků, dovedou částečně komunikovat alespoň na úrovni jednoduchých výrazů. Někteří z uživatelů využívají možnosti samostatného pohybu ve městě nebo v areálu domova.

V každé skupině s menší mírou podpory je vždy deset uživatelů. Počet je daný uspořádáním domovů a počtem personálního obsazení na jednotlivé skupiny. Mapovaná skupina s menší mírou podpory z jednotlivého domova byla zvolena na základě studia záznamů dokumentace a záznamů o agresi, kterých bylo zaznamenáno nejvíce na skupině z ostatních skupin s menší mírou podpory na vybraných domovech za minulý rok 2012.

Na domově A jsou uživatelé rozděleni do 7 skupin, z toho 4 skupiny jsou uživatelé s převahou ošetrovatelské péče, dvě jsou s menší mírou podpory a jednu tvoří uživatelé do osmnácti let. V domově jsem zvolila skupinu A3 s menší mírou podpory. Vycházela jsem z dokumentace přímé péče a počtu záznamů o agresi.

Domov C tvoří celkem čtyři skupiny s menší mírou podpory. Vybrala jsem skupinu C8 na základě dokumentace přímé péče a počtu záznamů o agresi.

Domov D tvoří celkem 5 skupin, z toho 3 skupiny jsou s převahou ošetrovatelské péče a dvě skupiny jsou s menší mírou podpory. Vybrala jsem skupinu s menší mírou podpory D10 na základě dokumentace přímé péče a počtu záznamů o agresi.

Při studiu záznamů písemné dokumentace mne zaujaly tři případy, které popisují agresivní chování klientů. Případy uvádím v příloze č.2, č.3, č.4.

Metoda mapování: Zvolenou metodou bylo pozorování a zaznamenání projevů agrese na záznamový arch. Zaznamenání prováděly vedoucí domovů A, C a D.

Vzor záznamového archu je součástí přílohy č.1.

Délka mapování byla 3 měsíce - od března do května 2013, což je doba dostatečně přiměřená pro zaznamenání údajů vzhledem k velikosti zařízení o celkovém počtu 230 klientů a vzhledem k pracovnímu vytížení vedoucích domovů.

Veškeré zaznamenané údaje jsou zcela anonymní, nikde nejsou uvedena jména klientů ani jejich osobní údaje.

Otázka: Vyskytuje se agrese u vybraných skupin klientů dle stanovených kategorií? Jestliže se agrese vyskytuje, potom které ze stanovených kategorií a jednotlivých indikátorů se vyskytují, jaká je jejich četnost a jaké jsou příčiny agrese?

Mapování projevů agrese bylo rozděleno do 7 kategorií, které byly dále podrobněji specifikovány do jednotlivých kritérií, indikátorů, u kterých jsem zjišťovala četnost ve sledovaném období, a podnět, který vedl k projevu agrese.

## Popis kategorií a jejich kritérií

### A) Fyzická agrese (přímá) směrem k personálu v zařízení

#### Kritéria:

1. Kopnutí do těla
2. Kousání do těla
3. Plivání
4. Tahání za vlasy
5. Škrábání
6. Úder do těla
7. Ostatní (konkrétně specifikujte)

### B) Fyzická agrese (přímá) směrem k uživatelům v zařízení

#### Kritéria:

1. Kopnutí do těla
2. Kousání do těla
3. Plivání
4. Tahání za vlasy
5. Škrábání
6. Úder do těla
7. Ostatní (konkrétně specifikujte)

### C) Fyzická agrese (přímá) směrem k personálu mimo zařízení

#### Kritéria:

1. Kopnutí do těla
2. Kousání do těla
3. Plivání
4. Tahání za vlasy
5. Škrábání
6. Úder do těla
7. Ostatní (konkrétně specifikujte)



D) Fyzická agrese (přímá) směrem k uživatelům mimo zařízení

Kritéria:

1. Kopnutí do těla
2. Kousání do těla
3. Plivání
4. Tahání za vlasy
5. Škrábání
6. Úder do těla
7. Ostatní (konkrétně specifikujte)

E). Fyzická agrese nepřímá

Kritéria:

1. Poškození vlastního majetku uživatelem
2. Poškození majetku uživatelem ostatním uživatelům
3. Poškození majetku organizace uživatelem
4. Poškození majetku uživatelem na veřejnosti
5. Ostatní (konkrétně specifikujte)

F) Verbální agrese (nadávky)

Kritéria:

1. Nadávky ze strany uživatele k personálu v zařízení
2. Nadávky ze strany uživatele k personálu mimo zařízení
3. Nadávky ze strany uživatele k uživatelům v zařízení
4. Nadávky ze strany uživatele k uživatelům mimo zařízení
5. Nadávky ze strany uživatele na veřejnosti
6. Křik ze strany uživatele k personálu v zařízení
7. Křik ze strany uživatele k personálu mimo zařízení
8. Křik ze strany uživatele k uživatelům v zařízení
9. Křik ze strany uživatele k uživatelům mimo zařízení
10. Křik ze strany uživatele na veřejnosti
11. Ostatní (konkrétně specifikujte)

## G) Sebeпоškozování vlastní osoby

Kritéria:

1. Bouchání hlavou o stěnu
2. Okusování nehtů
3. Používání nejrůznějších předmětů k sebeпоškození
4. Poškozování ostatních částí těla (ruce, nohy, tělo)
5. Ostatní (popište, jaké konkrétně)

Získaná data jsem zpracovala nejdříve podle jednotlivých domovů. Nejprve jsem zjistila, která z kategorií agrese se vyskytovala v průběhu sledovaného období, poté jsem zjistila četnost podle jednotlivých kritérií, indikátorů. Dále jsem zjišťovala podněty, které vyvolaly agresi, a nakonec jsem zpracovala přehled projevů agrese celkově.

## 4.2 Zpracování získaných informací z domova A (skupina A3)

Délka mapování možných projevů agrese: 3 měsíce (březen – květen 2013)

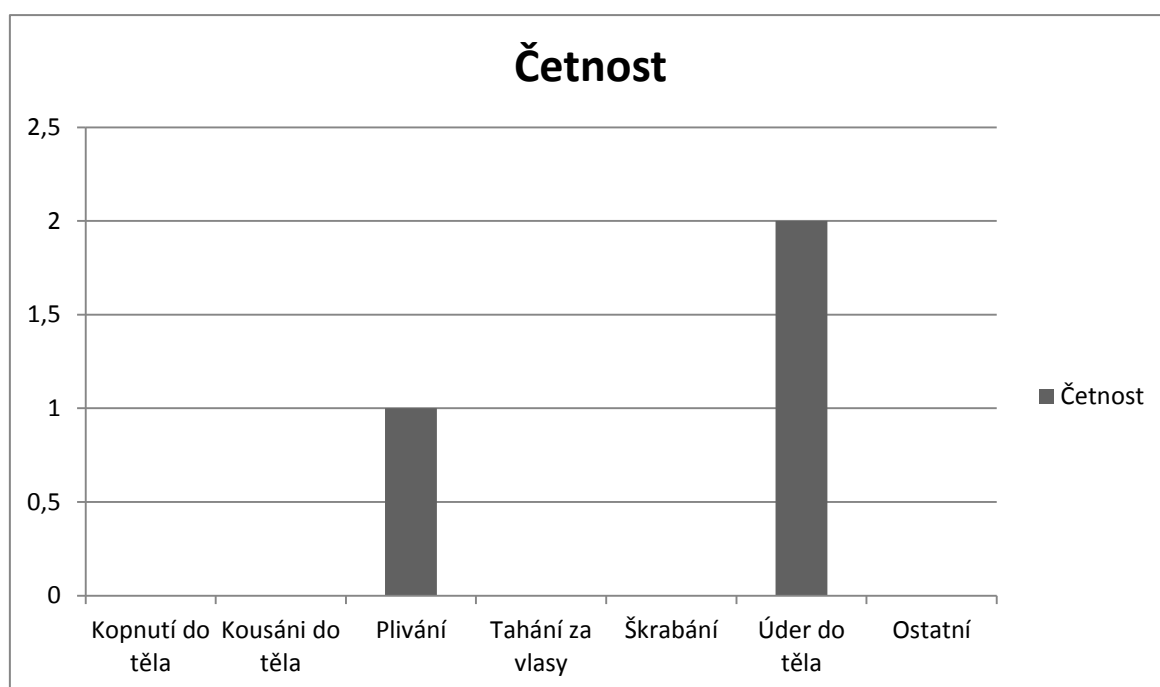
### A) Fyzická agrese (přímá) směrem k personálu v zařízení

Nebyla ve sledovaném období zaznamenána

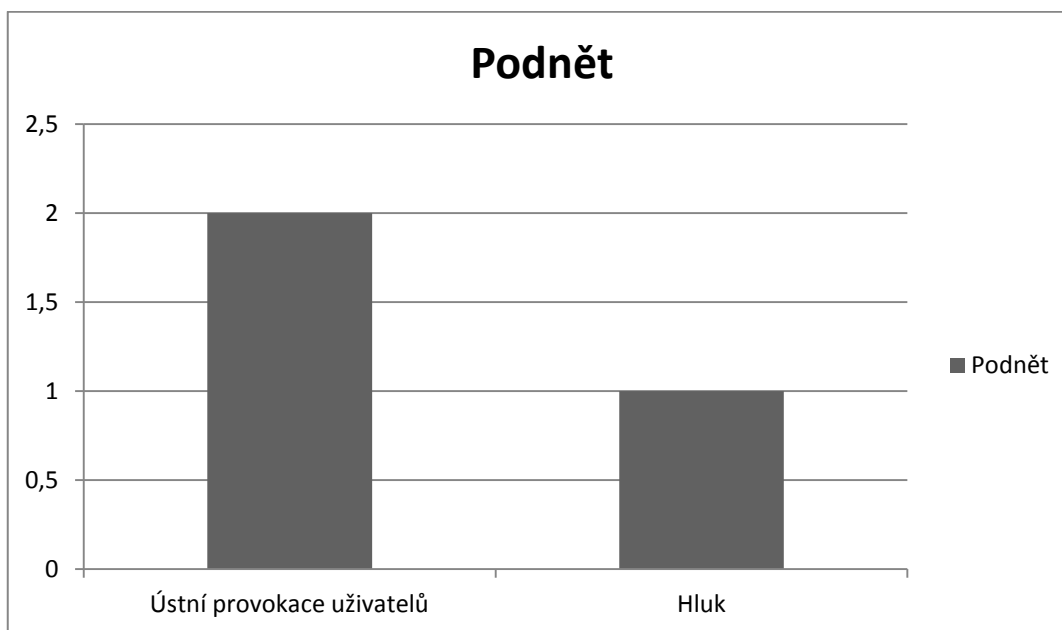
### B) Fyzická agrese (přímá) – uživatele vůči ostatním uživatelům v zařízení

Kritérium	Četnost
č.6 Úder do těla	2
č.3 Plivání	1

Podnět	Četnost
Ústní provokace uživatelů	2
Hluk	1



Fyzická agrese přímá vůči uživatelům – domov A – dle kritéria



Fyzická agrese přímá vůči uživatelům – domov A – dle podnětu

**C) Fyzická agrese (přímá) směrem k personálu mimo zařízení**

Nebyla ve sledovaném období zaznamenána

**D) Fyzická agrese (přímá) směrem k uživatelům mimo zařízení**

Nebyla ve sledovaném období zaznamenána

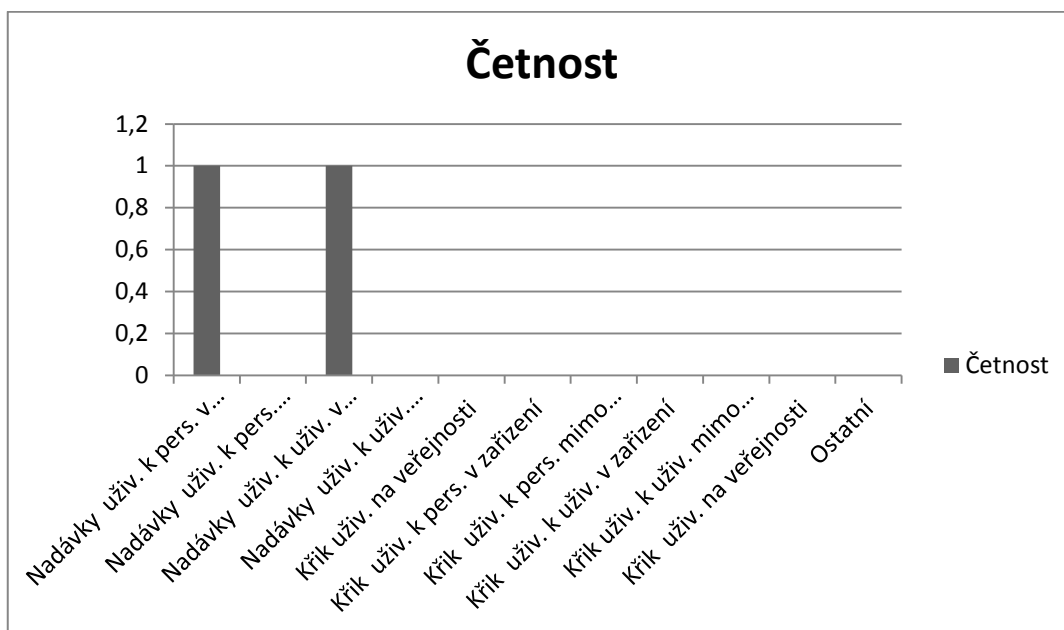
**E) Fyzická agrese nepřímá**

Nebyla ve sledovaném období zaznamenána

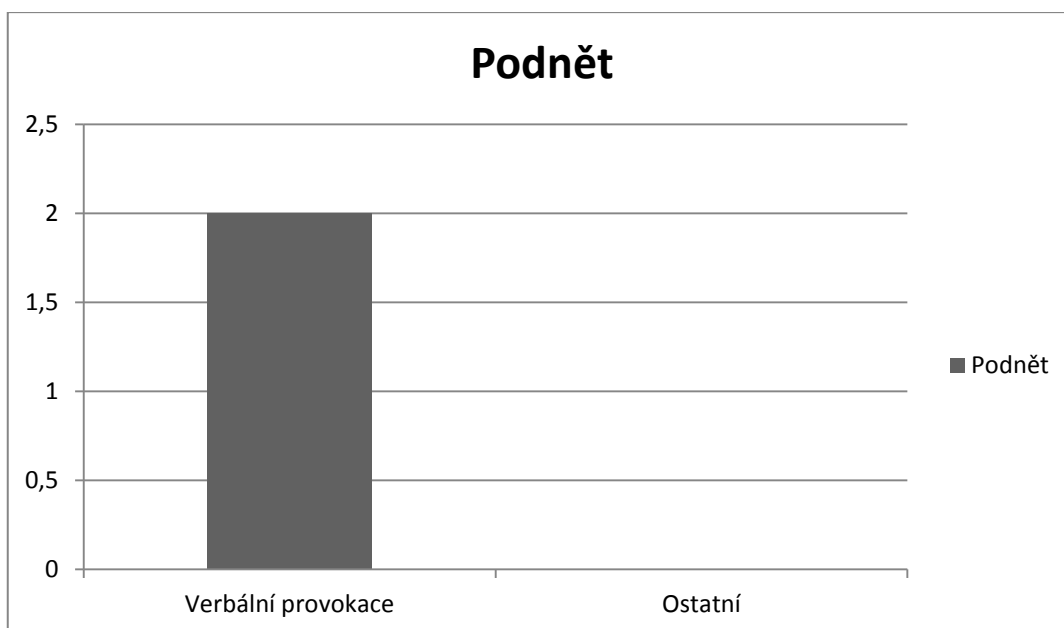
**F) Verbální agrese**

Kritérium	Četnost
č.1 Nadávky ze strany uživatele k personálu v zařízení	1
č.3 Nadávky ze strany uživatele k uživatelům v zařízení	1

Podnět	Četnost
Ústní provokace uživatelů	2



Verbální agrese – domov A – dle kritéria



Verbální agrese – domov A – dle podnětu

### G) Sebepoškozování vlastní osoby

Nebyla ve sledovaném období zaznamenána

### 4.3 Zpracování získaných informací domov C (skupina C8)

Délka mapování možných projevů agrese: 3 měsíce (březen – květen 2013)

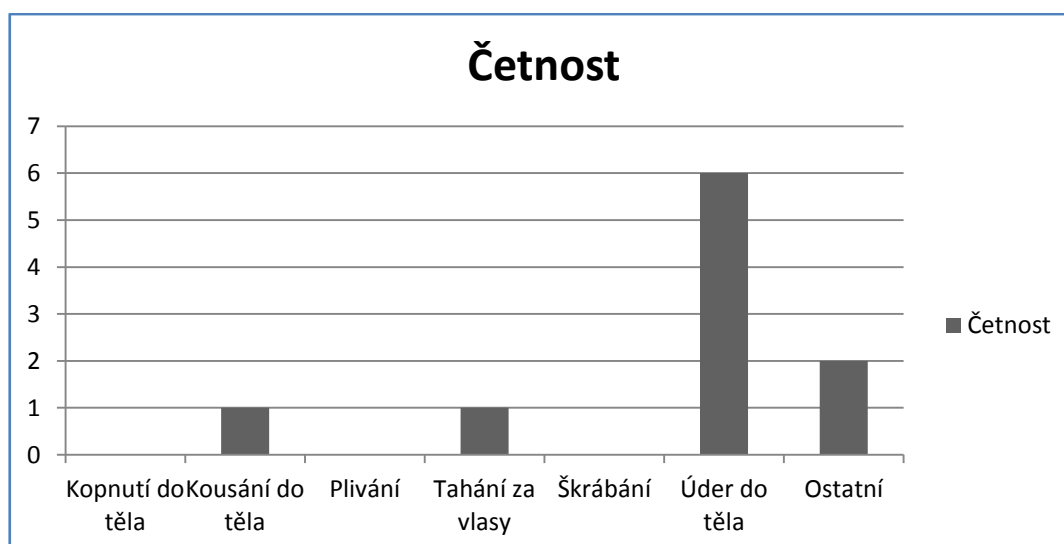
#### A) Fyzická agrese (přímá) směrem k personálu v zařízení

Nebyla ve sledovaném období zaznamenána

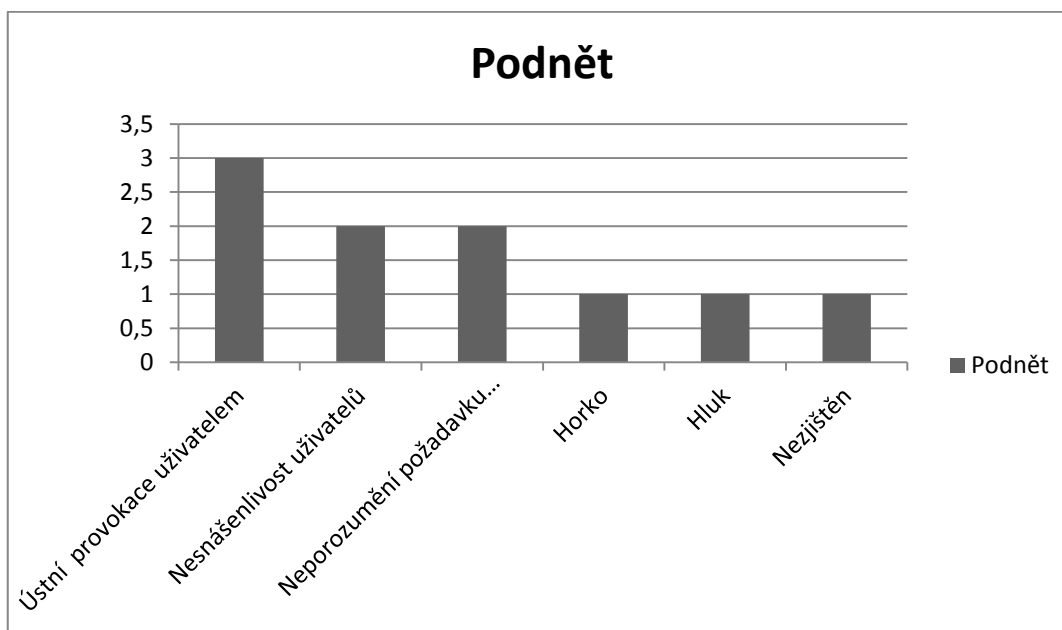
#### B) Fyzická agrese (přímá) – uživatele vůči ostatním uživatelům v zařízení

Kritérium	Četnost
č.6 Úder do těla	6
č.2 Kousání do těla	1
č.4 Tahání za vlasy	1
č.7 Ostatní	2

Podnět	Četnost
Ústní provokace uživatelem	3
Nesnášenlivost uživatelů	2
Neporozumění požadavku klienta	2
Horko	1
Hluk	1
Nezjištěn	1



Fyzická agrese přímá vůči uživatelům – domov C – dle kritéria



Fyzická agrese přímá vůči uživatelům – domov C –dle podnětu

**C) Fyzická agrese (přímá) směrem k personálu mimo zařízení**

Nebyla ve sledovaném období zaznamenána

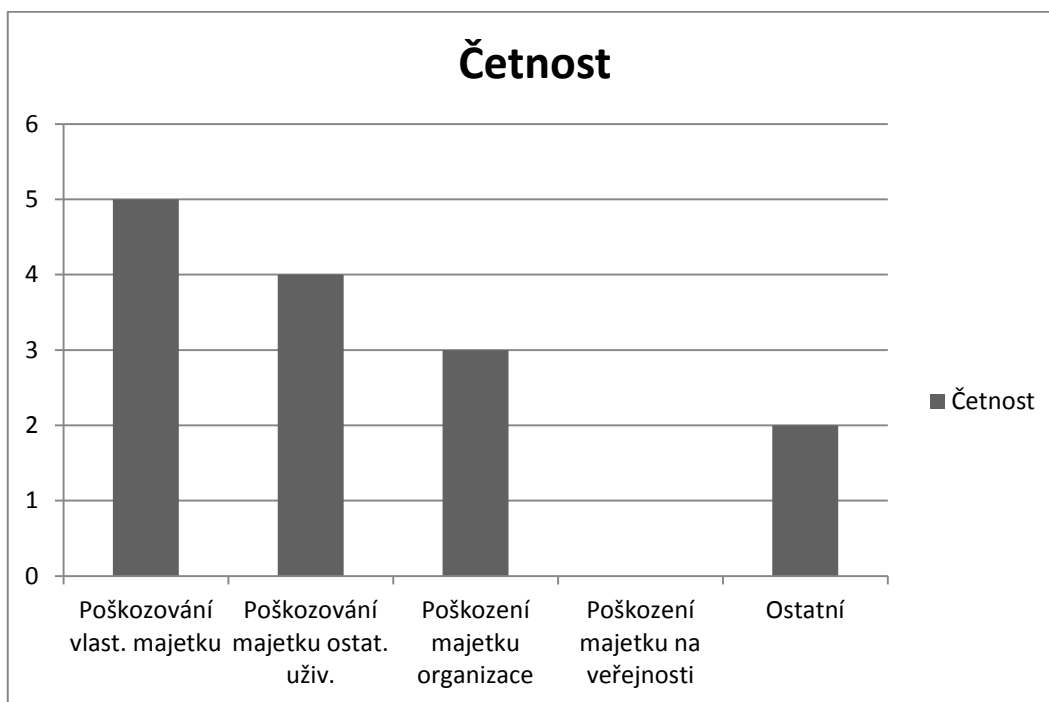
**D) Fyzická agrese (přímá) směrem k uživatelům mimo zařízení**

Nebyla ve sledovaném období zaznamenána

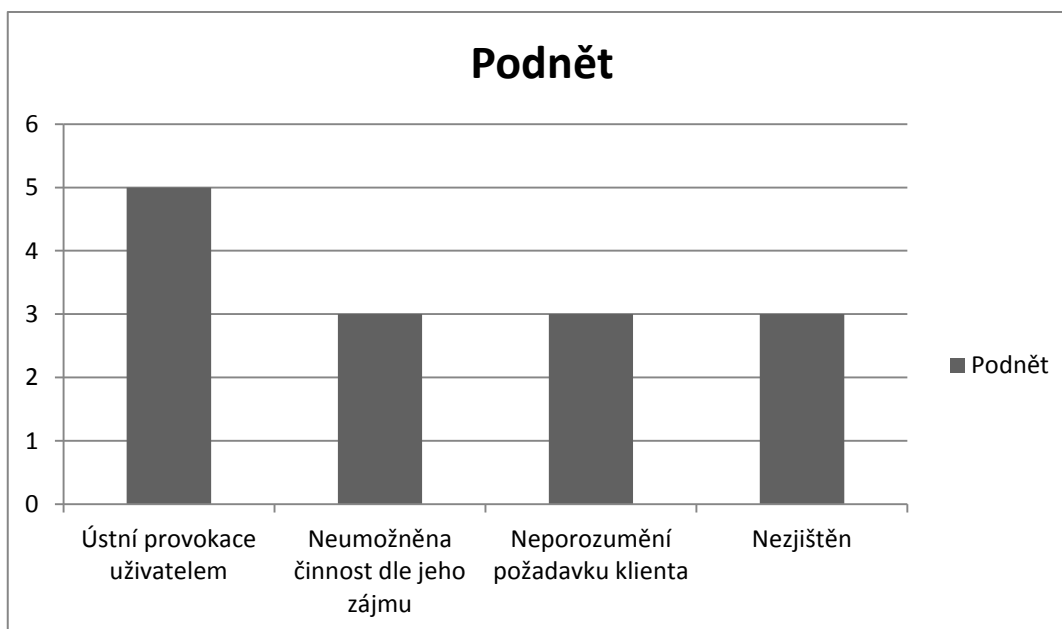
**E) Fyzická agrese (nepřímá)**

Kritérium	Četnost
č.1 Poškození vlastního majetku uživ.	5
č.2 Poškození majetku ostat. uživ.	4
č.3 Poškození majetku organizace	3
č.5 Ostatní	2

Podnět	Četnost
Ústní provokace uživatelem	5
Neumožněna činnost dle jeho zájmu	3
Nepochopení požadavku klienta	3
Nejistota	3



Fyzická agrese nepřímá – domov C – dle kritéria



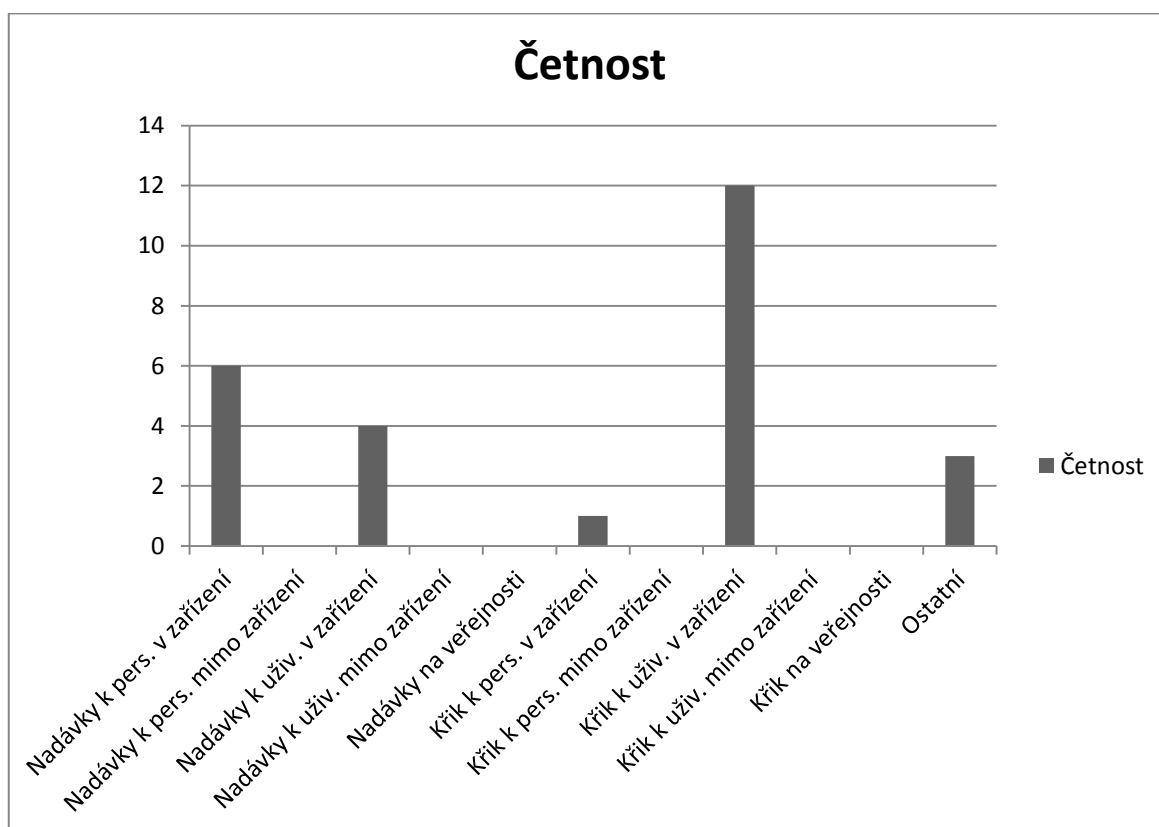
Fyzická agrese nepřímá - domov C – dle podnětu



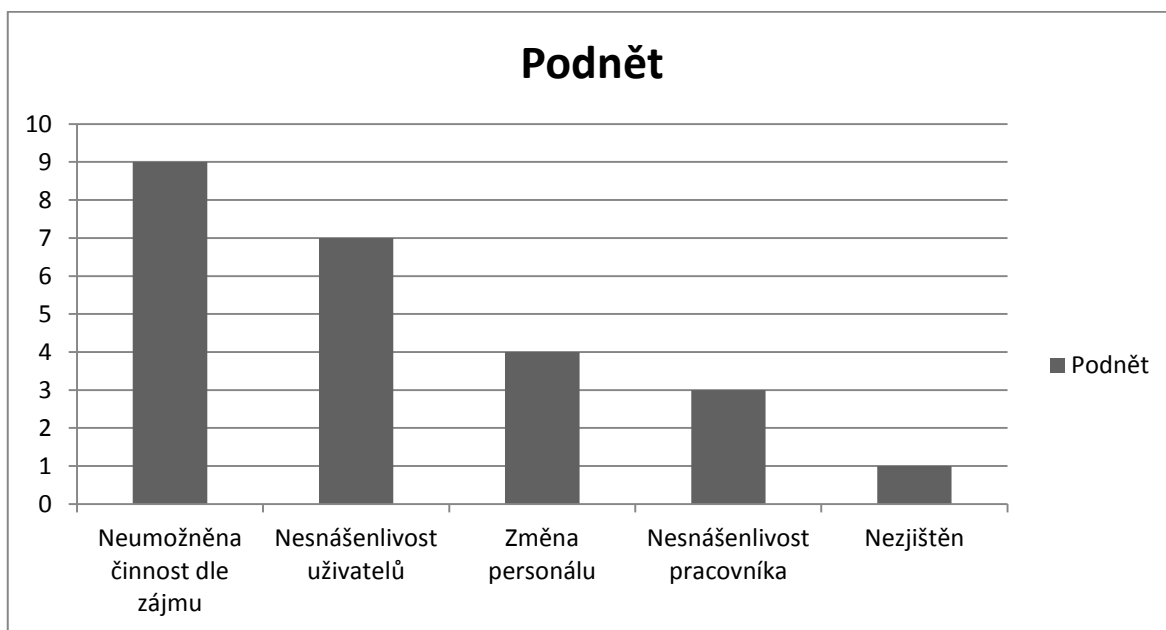
## F) Verbální agrese

Kritérium	Četnost
č.1 Nadávky ze strany uživatele k personálu v zařízení	5
č.3 Nadávky ze strany uživatele k uživatelům v zařízení	4
č.8 Křik ze strany uživatele k uživatelům v zařízení	12
č.11 Ostatní	3

Podnět	Četnost
Neumožněna činnost dle zájmu	9
Nesnášenlivost uživatelů	7
Změna personálu	4
Nesnášenlivost pracovníka	3
Nezjištěn	1



Verbální agrese – domov C – dle kritéria

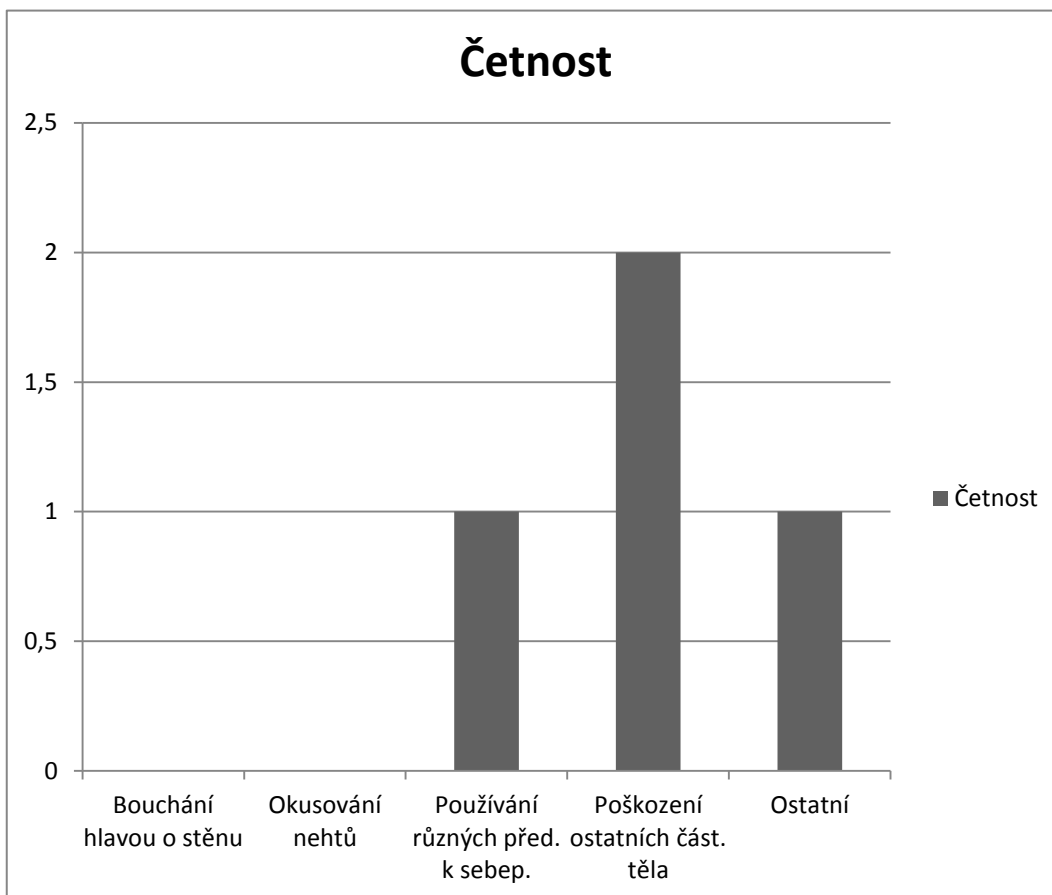


Verbální agrese – domov C – dle podnětu

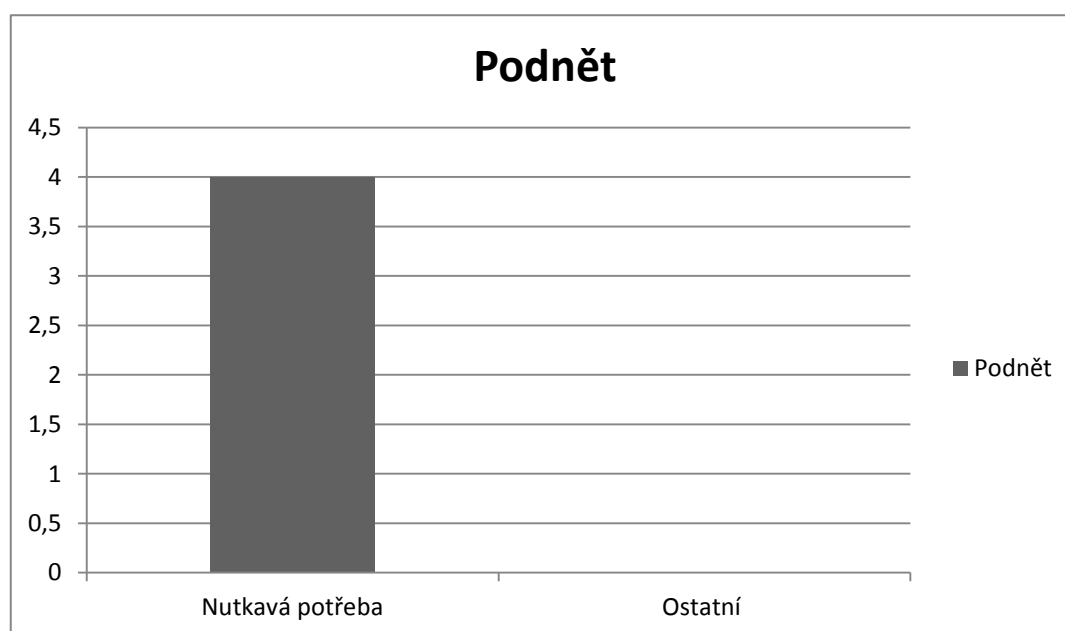
### G. Sebepoškození vlastní osoby

Kritérium	Četnost
č. 4 Poškození ostatních částí těla.	2
č. 3 Používání nejrůznějších předmětů k sebepoškození	1
č. 5 Ostatní	1

Podnět	Četnost
Nutková potřeba uspokojení	4



Sebeпоškozování vlastní osoby – domov C – dle kritéria



Sebeпоškozování vlastní osoby - - domov C – dle podnětu

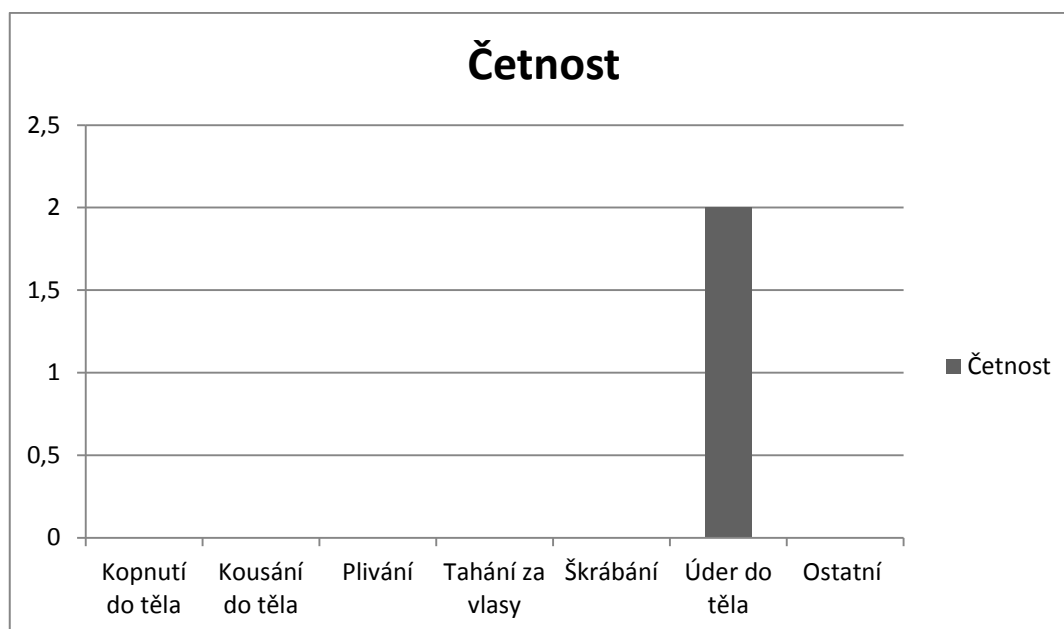
#### 4.4 Zpracování získaných informací Domov D (skupina D10)

Délka mapování možných projevů agrese: 3 měsíce (březen – květen 2013)

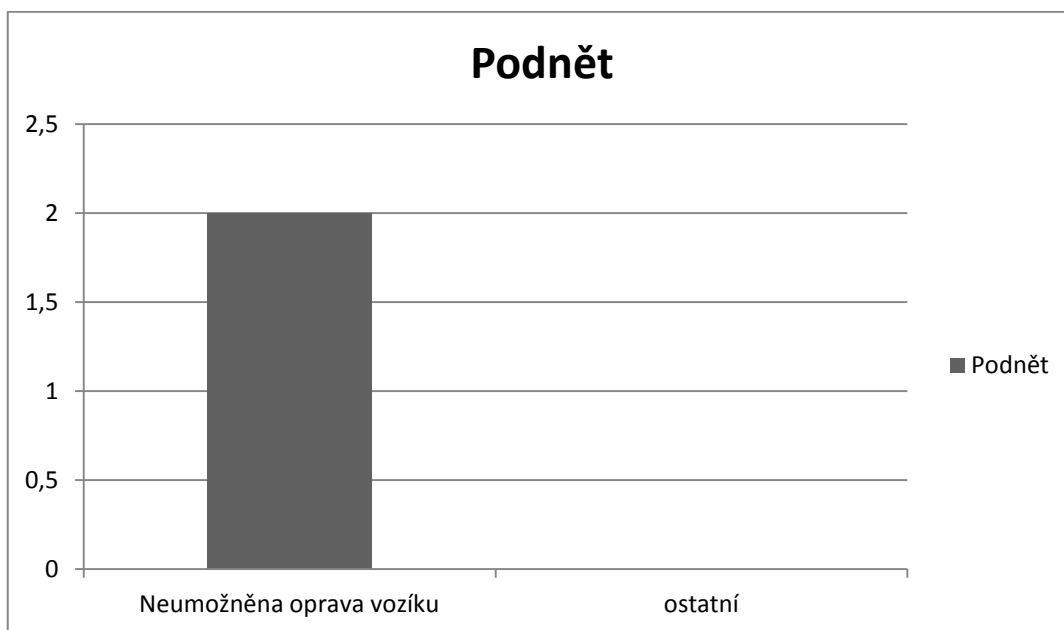
##### A) Fyzická agrese (přímá) směrem k personálu v zařízení

Kritérium	Četnost
č. 6 Úder do těla.	2

Podnět	Četnost
Neumožněna činnost dle zájmu	2



Fyzická agrese (přímá) směrem k personálu – domov D – dle kritéria

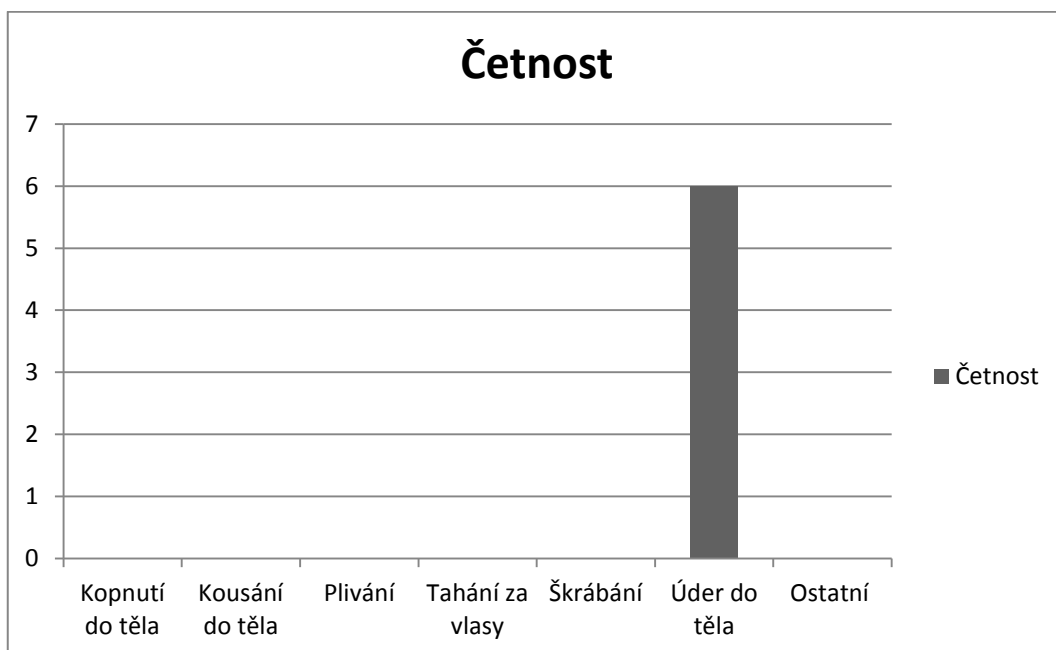


Fyzická agrese (přímá) směrem k personálu – domov D – dle podnětu

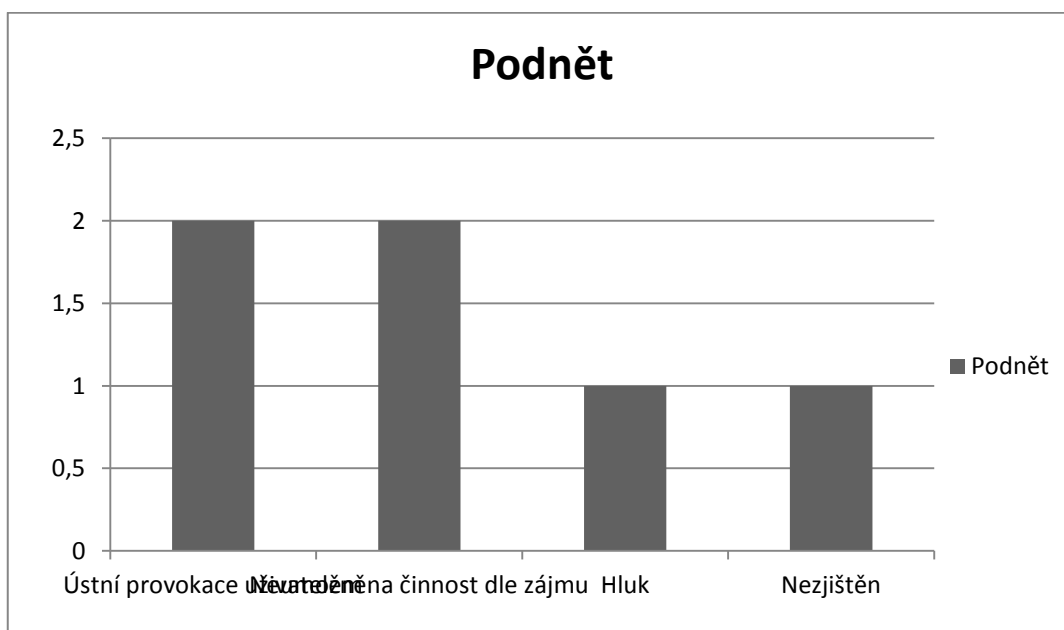
#### B) Fyzická agrese (přímá) – uživatelé vůči ostatním uživatelům v zařízení

Kritérium	Četnost
č. 6 Úder do těla.	6

Podnět	Četnost
Ústní provokace uživatelem	2
Neumožněna činnost dle zájmu	2
Hluk	1
Nezjištěn	1



Fyzická agrese přímá vůči uživatelům – domov D – dle kriteria



Fyzická agrese přímá vůči uživatelům – domov D – dle podnětu

**C) Fyzická agrese (přímá) směrem k personálu mimo zařízení**

Nebyla ve sledovaném období zaznamenána

**D) Fyzická agrese (přímá) směrem k uživatelům mimo zařízení**

Nebyla ve sledovaném období zaznamenána

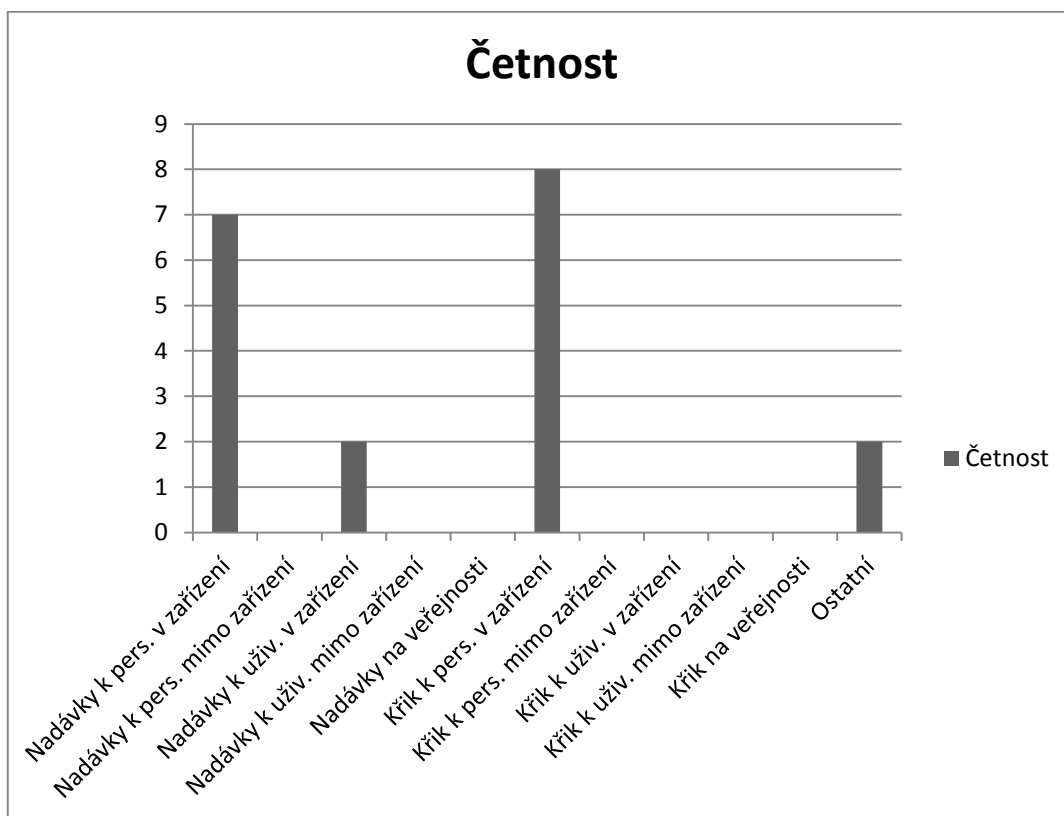
**E) Fyzická agrese nepřímá**

Nebyla ve sledovaném období zaznamenána

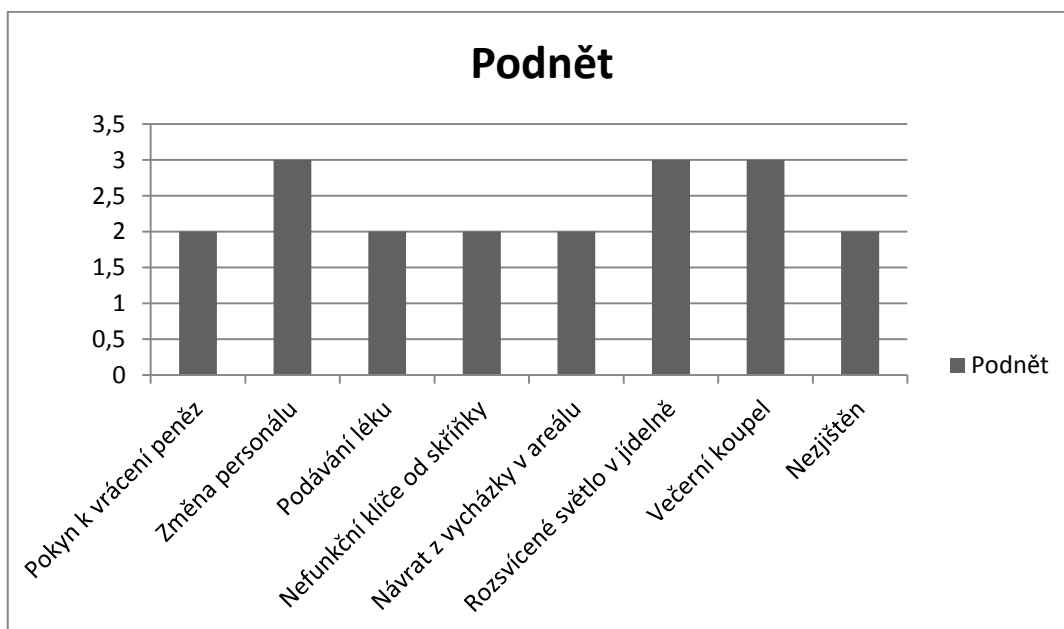
**F) Verbální agrese**

<b>Kritérium</b>	<b>Četnost</b>
č. 1 Nadávky ze strany uživatele k personálu v zařízení	7
č. 3 Nadávky ze strany uživatele k uživatelům v zařízení	2
č. 6 Křik ze strany uživatele k personálu v zařízení	8
č. 11 Ostatní	2

<b>Podnět</b>	<b>Četnost</b>
Pokyn k vrácení peněz	2
Změna personálu	3
Podávání léku	2
Nefunkční klíče od skříňky	2
Návrat z vycházky v areálu	2
Rozsvícené světlo v jídelně	3
Večerní koupel	3
Nezjištěn	2



Verbální agrese – domov D – dle kritéria



Verbální agrese – domov D – dle podnětu

### G) Sebepoškozování vlastní osoby

Nebyla ve sledovaném období zaznamenána



#### 4.5 Celkové výsledky pozorování

Odpověď na otázku:

Ano, k projevům agrese došlo u všech tří vybraných skupin uživatelů A3, C8, D10. U skupiny C8 z domova C byl zaznamenán větší výskyt projevů agrese než na ostatních domovech A, D, a to z důvodu odchodu velmi oblíbené a zkušené pracovnice do důchodu a příchodu nového pracovníka, který neměl takové zkušenosti s klienty, a také z důvodů psychických problémů klienta, který musel být hospitalizován v psychiatrické léčebně.

K projevům agrese ale již nedošlo ve všech stanovených kategoriích.

<b>Kategorie</b>	<b>Četnost</b>
Fyzická agrese (přímá) směrem k personálu v zařízení	2
Fyzická agrese (přímá) směrem k uživatelům mimo zařízení	19
Fyzická agrese (přímá) směrem k personálu mimo zařízení	0
Fyzická agrese (přímá) směrem k uživatelům mimo zařízení	0
Fyzická agrese (nepřímá)	14
Verbální agrese	45
Sebepoškozování vlastní osoby	4

<b>Podnět</b>	<b>Četnost</b>
Neumožněna činnost dle zájmu	16
Ústní provokace uživatelů	14
Hluk	3
Nesnášenlivost uživatelů	9
Neporozumění požadavku klienta	5
Horko	1
Změna personálu	7
Nesnášenlivost pracovníka	3
Pokyn k vrácení peněz	2
Podávání léku	2
Nefunkční klíče od skříňky	2
Návrat z vycházky v areálu	2
Rozsvícené světlo v jídelně	3
Večerní koupel	3
Nutková potřeba, uspokojení	4
Nezjištěn	8

Když porovnáme celkové výsledky za zkoumaný vzorek 30 klientů domova Horizont je vidět, že k projevům agrese vůbec nedochází mimo jeho areál.

Uvnitř domova byla již agrese zaznamenána.

Nyní uvádím výsledky za jednotlivé kategorie, sečtené podle jednotlivých kritérií, podnětů a příčin, které vedly k projevům agrese, za celý vzorek tří sledovaných výchovných skupin, u kterých došlo k nějakému projevu agrese.

#### A) Fyzická agrese (přímá) směrem k personálu v zařízení

Kritérium	Četnost
č. 6 Úder do těla	2

Podnět	Četnost
Neumožněna činnost dle zájmu	2

#### B) Fyzická agrese (přímá) – uživatele vůči ostatním uživatelům v zařízení

Kritérium	Četnost
č. 6 Úder do těla	14
č. 2 Kousání do těla	1
č. 3 Plivání	1
č. 4 Tahání za vlasy	1
č. 7 Tahání za vlasy	2

Podnět	Četnost
Ústní provokace uživatelů	7
Hluk	3
Nesnášenlivost uživatelů	2
Neporozumění požadavku klienta	2
Horko	1
Neumožněna činnost dle zájmu	2
Nezjištěn	2

#### E) Fyzická agrese (nepřímá)

Kritérium	Četnost
č. 1 Poškození vlastního majetku uživ.	5
č. 2 Poškození majetku ostat. uživ.	4
č. 3 Poškození majetku organizace	3

č. 5 Ostatní	2
--------------	---

<b>Podnět</b>	<b>Četnost</b>
Ústní provokace uživatelem	5
Neumožněna činnost dle jeho zájmu	3
Neporozumění požadavku klienta	3
Nezjištěn	3

#### **F) Verbální agrese**

<b>Kritérium</b>	<b>Četnost</b>
č. 1 Nadávky ze strany uživatele k personálu v zařízení	13
č. 3 Nadávky ze strany uživatele k uživatelům v zařízení	7
č. 6 Křik ze strany uživatele k personálu v zařízení	8
č. 8 Křik ze strany uživatele k personálu v zařízení	12
č. 11 Ostatní	5

<b>Podnět</b>	<b>Četnost</b>
Ústní provokace uživatelů	2
Neumožněna činnost dle zájmu	9
Nesnášenlivost uživatelů	7
Změna personálu	7
Nesnášenlivost pracovníka	3
Pokyn k vrácení peněz	2
Podávání léku	2
Nefunkční klíče od skříňky	2
Návrat z vycházky v areálu	2
Rozsvícené světlo v jídelně	3
Večerní koupel	3
Nezjištěn	3

#### **G) Sebepoškozování vlastní osoby**

<b>Kritérium</b>	<b>Četnost</b>
č. 4 Poškozování ostatních částí těla (ruce, nohy, tělo)	2
č. 3 Používání nejrůznějších předmětů k sebepoškození	1
č. 5 Ostatní	1

<b>Podnět</b>	<b>Četnost</b>
Nutková potřeba, uspokojení	4

Interpretace výsledků:

Nejčastějším projevem mapovaných projevů je verbální agrese, a to zejména nadávání a křik k personálu zařízení a poté nadávání a křik vůči ostatním uživatelům. Jako další se objevila fyzická agrese vůči klientům, nejčastěji se jednalo o úder do těla.

Další veličinu, kterou jsem sledovala, byl podnět vyvolávající agresi. Ve většině případů se podařilo zjistit podnět vedoucí k agresi, ale v několika málo případech jsem spolu se zapisovatelkami i přes veškeré pátrání a zjišťování nemohla vždy zjistit jednoznačnou příčinu projevů agrese. Pokud se jednalo o konkrétně zjištěné podněty, vyskytly se nejčastěji následující: neumožnění činnosti dle zájmu, ústní provokace mezi uživateli navzájem a nesnášenlivost uživatelů. Domnívám se, že je to dáno životem v kolektivu, kde se musí uživatelé podrobit nějakému řádu či přání většiny. Dalším velkým nedostatkem je, že naši pracovníci nemají ještě zcela zažitou neverbální komunikaci s uživateli, což vede k nepochopení klienta ze strany zaměstnanců našeho Domova.

#### **4.6 Návrh na zlepšení poskytované služby v oblasti projevů agrese**

V případě výskytu agrese je důležité ze strany personálu postupovat jednotným postupem, aby nedocházelo k subjektivnímu vyhodnocování projevů agrese. Včas rozpoznat časné známky neklidu uživatele, které by mohly směřovat k agresi, a tím předejít rizikovému chování. Zcela zásadní je především individuální přístup ke klientovi, dále je nutné vycházet ze zdravotního stavu a zkušeností celého pracovního týmu a již dlouhodobě vyzorovaných projevů uživatele. Pracovník by měl umět správně uživateli naslouchat a porozumět jeho potřebám, a tak minimalizovat projevy agrese vůči sobě a okolí. V případě výskytu agrese je vhodné odstranit provokující podněty, například světlo, nadměrný hluk, obtěžování jiným klientem. Za vhodné považuji aplikovat individuální přístup ke klientovi formou nabídky jeho oblíbených činností (procházka, oblíbený předmět,

jídlo, pití, relaxační koupel, televize a další). Pörtner uvádí zásady pro každodenní praxi pracovníků s klienty : (umět naslouchat lidem s mentálním postižením, brát je vážně, vycházet z normální situace, nepodléhat předsudkům, povzbuzovat, podporovat svébytnost, poskytovat přehledné možnosti volby, podávat jasné informace, být konkrétní, nalézat společnou řeč se svým protějškem).<sup>114</sup> Pracovníci by se měli zaměřit na realizaci fyziologických potřeb uživatelů.

Velký problém vidím v organizaci u klientů, kteří mají problémy v dorozumívání. Pracovník nedokáže správně rozpoznat skutečná přání a potřeby klienta. U uživatelů Domova Horizont je potřebné zavést systém alternativní nebo augmentativní komunikace, které nahrazují verbální komunikaci (znaková řeč, systémy založené na obrázcích). Bondi, Frost uvádí, že pokud nejsme schopni komunikovat potřeby, cítíme se všichni velmi frustrovaní, nemůžeme mít věci, které chceme, a cítíme-li se frustrovaní, děláme věci, které nejsou příjemné jiným ani nám.<sup>115</sup> Bondi, Frost rozlišují dva základní typy symbolů alternativní a augmentativní komunikace: 1. bez pomůcek a 2. s pomůckami. Symboly bez pomůcek zahrnují gesta, řeč těla, manuální znaky. Symboly s pomůckami jsou například komunikační knihy, skutečné předměty, fotografie, symboly ve formě perokresby.<sup>116</sup> Navrhuji, aby každý uživatel Domova Horizont, který má problémy s komunikací, měl zpracovaný způsob komunikace např. ve formě reálných předmětů, fotografií, obrázků, piktogramů. Důraz kladu především na individuální přístup ke každému klientovi, protože není možné všem nastavit stejný komunikační systém, ale dle jeho potřeb a porozumění symbolům.

Během mapování projevů agrese jsem se zaměřila na případ nekomunikujícího uživatele a jeho projev agrese z důvodu nepochopení.

Uživatel pan L. prodělal operaci tracheostomie. Před operací rozuměl jednoduchým větám, pokynům pracovníka, sám při komunikaci používal pouze

---

<sup>114</sup> PÖRTNER, M. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. 1. vydání. Praha: Portál, 2009. s 39.

<sup>115</sup> BONDI, A., FROST L. *Vizuální komunikační strategie v autismu*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007, s. 31.

<sup>116</sup> BONDI, A., FROST L. *Vizuální komunikační strategie v autismu*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007, s. 50 -57.

jednotlivá slova. Kdo ho neznal, špatně mu rozuměl, ale zkušený pracovník již dokázal odhadnout, co pan L. požaduje. Já osobně jsem panu L. nerozuměla, nevěděla jsem na, co se mě ptá. Pracovník mně musel vždy dovyprávět, co se od mne požaduje. Po prodělané operaci uživatel nemluví, ale rozumí mluvenému slovu. V současné době nedokáže říci pracovníkovi, že má např. hlad, žízeň, bolest, chuť apod. Pokud pracovník správně nedokáže na základě neverbální komunikace rozpoznat, co klient požaduje, je klient neklidný a ničí předměty v pokoji. Pro pana L. jsem navrhla komunikační knihu, kterou jsem společně s pracovníci zavedla do praxe.

Komunikační knihu tvoří pákový pořadač, ve kterém je umístěno 10 tvrdých listů papírů. Každý list je tematicky zaměřen do každodenních oblastí života: hygiena, oblečení, podstatná jména, potraviny, oblíbené předměty, oblíbené činnosti, barvy, zvířata, zdraví, výlety. Na jednotlivých listech jsou ve sloupcích nalepeny na suchém zipu laminované obrázky, fotky, kterým uživatel rozumí. Komunikace mezi pracovníkem, cizí osobou a uživatelem funguje na základě komunikační knihy velmi dobře. Pokud uživatel chce sdělit pracovníkovi například, že má chuť na kávu, přijde s komunikační knihou a ukazuje mu obrázek kávy. Někdy jen uživatel sejme obrázek ze suchého zipu a přinese s požadavkem pracovníkovi. Ten uživateli zajistí jeho potřebu, a tím eliminuje nespokojenost uživatele. Kniha se velmi osvědčila v podpoře komunikace nejen v zařízení, ale i mimo ně. Klient přijde do obchodu a ukáže na fotografii požadované zboží. Jako příklad dobré praxe se osvědčilo, aby i pracovník měl u sebe obrázky, fotografie, aby i on mohl sdělovat informace za pomoci obrázků a podpořit mluvené slovo, protože komunikace je obousměrný proces. Pan L. má ve svém pokoji vizuálně nastavený režim dne. Režim dne vizualizuje za pomoci obrázků panu L., co ho čeká konkrétní den (hygiena, snídaně, činnosti, návštěva lékaře, oběd). V jeho případě se podařilo eliminovat projevy agrese nastavením správné komunikace.

V příloze č.5 je ukázka vytvořené komunikační knihy pro pana L.

Za další problém považuji kolektivní soužití velkého množství klientů pohromadě. Tento problém se podařilo eliminovat tím, že se organizace zapojila do projektu transformace MPSV ČR. Hlavním cílem transformace je rozšíření pronájmu bytů

ve městě Kyjově a jeho okolí i pro uživatele s vyšší mírou podpory, čímž dojde k redukci klientů na jednotlivých skupinách a část uživatelů se přesune do bytů do města.

## ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se snažila zachytit a zmapovat projevy agrese na vybraném vzorku klientů Domova Horizont Kyjov. Vybraný vzorek tvořily tři skupiny s menší mírou podpory po deseti klientech z domova A, C a D. V úvodu práce jsem si položila otázku: „vyskytují se projevy agrese u vybrané skupiny uživatelů našeho domova, jaká je její četnost a příčiny?“ Odpověď zní: Ano, projevy agrese se vyskytují. Agresi jsem si rozdělila do sedmi kategorií a ke každé kategorii stanovila kritéria, podle nichž kategorii mapovala. Zkoumala jsem četnost a podněty, které mohou agresi u našich klientů vyvolat. Zde jsem dospěla k závěru, že k projevům agrese vůbec nedochází mimo areál Domova Horizont. V areálu zařízení však k agresi již dochází. Nejčastěji se jedná o verbální agresi, to jsou nadávky a křik vůči personálu a ostatním klientům. Rovněž dochází k fyzickému napadení ostatních klientů, zde se jedná zejména o úder do těla. Je třeba si uvědomit, že život ve skupině klade vysoké nároky na uživatele s mentálním postižením, kteří se musí přizpůsobovat velkému kolektivnímu soužití a být odkázáni na asistenci pracovníků. Každý z uživatelů si musí nalézt správnou pozici v kolektivu a přizpůsobit se kolektivnímu soužití. Člověk s mentálním postižením má stejná práva, svobody jako občan bez postižení. Občané bez postižení mají možnost rozhodnout se, co budou dělat, jak budou trávit volný čas, kdy budou jíst, co si uvaří apod. Jedná se o běžné denní situace, které nám připadají zcela samozřejmé, a nějak si je neuvědomujeme. Ale lidé, kteří žijí ve velkém kolektivu, tolik rozhodovacích možností nemají, byť se o to sociální služba snaží. Vždyť kdo z nás, když by musel žít v tak obrovském kolektivu lidí, by nebyl někdy podrážděný, nervózní či agresivní. Domov Horizont se zapojil do procesu transformace pobytových služeb MPSV ČR. Hlavním cílem transformace je redukování počtu uživatelů na jednotlivých domech a nabídka možnosti bydlení v pronajatých bytech ve městě Kyjově a okolí. Přála bych našim uživatelům, aby se v rámci transformace osamostatnili, mohli si více spolurozhodovat o svém životě jako lidé bez postižení, a tím měli také méně podnětů k projevům agrese.



## LITERATURA

ATKINSONOVÁ RITA L., ATKINSON RICHARD C., SMITH EDWARD E., BEM DARYL J., NOLEN-HOEKSEMA SUSAN. *Psychologie*. 1. vydání. Praha: Victoria Publishing,a.s., 1995. 863 s. ISBN 80-85605-35-X.

BONDI ANDY, FROST LORI. *Vizuální komunikační strategie v autismu*. Praha: Grada 2007. 132 s. ISBN 978-80-247-2053-1.

ČADILOVÁ VĚRA, JŮN HYNEK, THOROVÁ KATEŘINA A KOL. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007. 243 s. ISBN 978-80-7367-319-2.

ČERMÁK IVO. *Lidská agrese a její souvislosti*. 1. vydání. Žďár nad Sázavou: Fakta, 1999. 204 s. ISBN 80-902614-1-8.

EMERSON ERIC. *Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vydání. Praha: Portál, 2008. 166 s. ISBN 978-80-7367-39-1.

HARTL PAVEL, HARTLOVÁ HELENA. *Psychologický slovník*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. 773 s. ISBN 80-7178-303-X.

HAYESOVÁ NICKY. *Základy sociální psychologie*. 6. vydání. Praha: Portál, 2011. 166 s. ISBN 978-80-7367-909-5.

JŮN HYNEK. *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: Portál, 2010. 141 s. ISBN 978-80-7367-590-5.

KLIMENT PAVEL. *Speciální psychopatologie*. 1. vydání UP Olomouc 2002.

MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ 10. REVIZE 1. vydání ÚIZS ČR  
1992. 646 s.

PIPEKOVÁ JARMILA. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998.  
234 s. ISBN 80-85931-65-6.

PÖRTNER MARLIS. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. 1. vydání. Praha: Portál, 2009.  
176 s. ISBN 978-80-7367-582-0.

ŠVARCOVÁ IVA. *Mentální retardace*. 3. vydání. Praha: Portál, 2006. 198 s.  
ISBN 80-7367-060-7.

VÁGNEROVÁ MARIE. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání.  
Praha: Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.

VALENTA MILAN, MÜLLER OLDŘICH. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2003.  
ISBN 80-1320-039-2.

VÝROST JOZEF, SLAMĚNÍK IVAN. *Sociální psychologie*. 2. vydání. Praha:  
Grada, 2008. 404 s. ISBN 978-80-247-1428-8.

## **INTERNETOVÉ ZDROJE**

Veřejný závazek Domova Horizont dostupný z  
<http://www.horizontkyjov.cz/verejny%20zavazek.html>

Výroční zpráva Domova Horizont dostupná z  
<http://www.horizontkyjov.cz/dokumenty/Vyrocní%20zprava%202011.pdf>

## **PŘÍLOHY**

### **Příloha č. 1** Fomulář záznamového archu:

Mapování výskytu možných projevů agresivity u osob s mentálním postižením

Celkový vzorek: 30 uživatelů

Výchovná skupina - 10 uživatelů z Domova A

Výchovná skupina - 10 uživatelů z Domova C

Výchovná skupina - 10 uživatelů z Domova D

Počet záznamových archů: 3

Počet zaznamenávajících: 3

Mapování projevů agresivity je rozděleno do 7 kategorií

- A) Fyzická agrese (přímá) směrem k personálu v zařízení
- B) Fyzická agrese (přímá) směrem k uživatelům v zařízení
- C) Fyzická agrese (přímá) směrem k personálu mimo zařízení
- D) Fyzická agrese (přímá) směrem k uživatelům mimo zařízení
- E) Fyzická agrese nepřímá
- F) Verbální agrese (nadávky)
- G) Sebepoškozování vlastní osoby

Do tabulek, prosím, zaznamenávejte výskyt kritérií, datum a čas výskytu, dobu trvání agresivního projevu, podnět vyvolávající reakci.

### A) Fyzická agrese (přímá) směrem k personálu v zařízení

#### Kritéria:

1. Kopnutí do těla
2. Kousání do těla
3. Plivání
4. Tahání za vlasy
5. Škrábání
6. Úder do těla
7. Ostatní (konkrétně specifikujte)

Kritérium	Datum	Čas,délka trvání	Podnět	Projev

### B) Fyzická agrese (přímá) – uživatele vůči ostatním uživatelům v zařízení

#### Kritéria:

1. Kopnutí do těla
2. Kousání do těla
3. Plivání
4. Tahání za vlasy
5. Škrábání
6. Úder do těla
7. Ostatní (konkrétně specifikujte)

Kritérium	Datum	Čas,délka trvání	Podnět	Projev

**C) Fyzická agrese (přímá) – uživatele mimo zařízení např. ve městě při vycházce, výletě, rekreačním pobytu směrem k personálu**

**Kritéria:**

1. Kopnutí do těla
2. Kousání do těla
3. Plivání
4. Tahání za vlasy
5. Škrábání
6. Úder do těla
7. Ostatní (konkrétně specifikujte)

Kritérium	Datum	Čas, délka, trvání	Podnět	Projev

**D) Fyzická agrese (přímá) – uživatele mimo zařízení např. ve městě, při vycházce, výletě, rekreačním pobytu apod. směrem k ostatním uživatelům**

**Kritéria:**

1. Kopnutí do těla
2. Kousání do těla
3. Plivání
4. Tahání za vlasy
5. Škrábání
6. Úder do těla
7. Ostatní (konkrétně specifikujte)

Kritérium	Datum	Čas, délka, trvání	Podnět	Projev

## E) Fyzická agrese (nepřímá)

### Kritéria

1. Poškození vlastního majetku uživatelem
2. Poškození majetku uživatelem ostatním uživateli
3. Poškození majetku organizace uživatelem
4. Poškození majetku uživatelem na veřejnosti
5. Ostatní (konkrétně specifikujte)

Kritérium	Datum	Čas, délka, trvání	Podnět	Projev

## F) Verbální agrese

### Kritéria:

1. Nadávky ze strany uživatele k personálu v zařízení
2. Nadávky ze strany uživatele k personálu mimo zařízení
3. Nadávky ze strany uživatele k uživatelům v zařízení
4. Nadávky ze strany uživatele k uživatelům mimo zařízení
5. Nadávky ze strany uživatele na veřejnosti
6. Křik ze strany uživatele k personálu v zařízení
7. Křik ze strany uživatele k personálu mimo zařízení
8. Křik ze strany uživatele k uživatelům v zařízení
9. Křik ze strany uživatele k uživatelům mimo zařízení
10. Křik ze strany uživatele na veřejnosti
11. Ostatní (konkrétně specifikujte)

Kritérium	Datum	Čas, délka, trvání	Podnět	Projev

### G) Sebepoškozování vlastní osoby

#### Kritéria:

1. Bouchání hlavou o stěnu
2. Okusování nehtů
3. Používání nejrůznějších předmětů k sebepoškození
4. Poškozování ostatních částí těla (ruce, nohy, tělo)
5. Ostatní (popište, jaké konkrétně)

Kritérium	Datum	Čas, trvání	délka	Podnět	Projev

## Příloha č. 2 – Případová studie

Tato studie popisuje příběh pana X., který žil v kojeneckém ústavu, poté v dětském domově. Od svých šestnácti let do čtyřiceti pěti let byl umístěn v domově pro osoby s mentálním postižením. Z období dětství klienta víme pouze to, že absolvoval zvláštní školu, nevyučil se. Rodiče o něho nejevili žádný zájem, pouze někdy za ním přijela babička. Klient byl umístěn z dětského domova do zařízení pro mentálně postižené z důvodu dříve diagnostikované lehké mentální retardace. Dle informací z dětského domova byl bezproblémový. Klient byl zařazen do výchovné skupiny spolu s dalšími uživateli. Byl soběstačný, dokázal se sám o sebe postarat, uvařit si jednoduché jídlo, pracovat s penězi, potřeboval pouze malý dohled pracovníka, byl zbaven způsobilosti k právním úkonům. Uměl počítat, psát a chodil na samostatné vycházky jednou týdně na dvě hodiny. Uživatel měl neustále problémy se svými spolubydlíci. Pokud nemusel, nevyhledával jejich společnost, osočoval je, slovně napadal, byl introvert. Rád obracel pozornost k pracovníkům. Přítomnost pracovníků mu nevadila, ba naopak byl s nimi spokojený. V jejich přítomnosti byl mluvný, rád udělal, co bylo od něho požadováno. Zajímavé bylo to, že při společenské taneční akci vždy chtěl tančit s pracovníky, a nikdy nechtěl tančit s klientkami. Problémy u uživatele se objevovaly v přítomnosti více klientů, a to zejména když se mu něco nedařilo. Uživatel začal být podrážděný a ničil své věci. Rozbil si rádio, zničil si oblečení a poškozoval své věci. Jednalo se o situace, kdy se vrátil například ze sportovních závodů bez medaile. To, že neměl medaili, považoval za osobní selhání a začal obviňovat své spolubydlíci na skupině, že kvůli nim ji nemá. Věci ostatních neničil. Klient často tvrdil pracovníkům, že mezi mentálně postižené nepatří a že je to pouze omyl. Byl nespokojen se svojí životní situací, opakovaně sděloval, že není hloupý, ale je normální. Na klienty křičel a za své neúspěchy je obviňoval. Pracovníci s uživatelem diskutovali, snažili se mu vysvětlit jeho chování, že je nevhodné a že věci se neničí, protože stojí peníze. Na tyto argumenty klient odpovídal, že má dědictví a má dostatek peněz, aby si mohl koupit nové. Navštěvoval nejrůznější terapie, sportovní akce, pracovní činnosti.



Do těchto aktivit se zapojoval velmi rád, ale jen do okamžiku jeho selhání. V tu chvíli, když se mu nepodařilo udělat výrobek, vztekl se a začal křičet na klienty a poškozovat si svoji věc. Opět za to mohli jeho spolubydlící, kteří způsobili jeho neúspěch.

Dle doporučení odborníků bylo pro klienta vhodným řešením najít bydlení o menším počtu klientů. Ale v minulých letech to nebylo zas tak jednoduché. Případ klienta byl vyřešen po mnoha letech s novou možností přestěhování se do města. Přestěhoval se do jednopokojového bytu, který si koupil z vlastních prostředků. Bydlí zde sám a chodí do práce. Vypomáhá v kuchyni a je velmi spokojený. Uživateli byla také navrácena způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu. Věci neničí, neboť si také uvědomuje, že se musí pro peníze chodit do práce.

Závěrem: agrese se projevovala ničením věcí, v případě že klientovi se něco nepovedlo. Úroveň jeho rozumových schopností byla na vyšší úrovni než u ostatních klientů. Velmi dobře si to uvědomoval, přesto za své neúspěchy osočoval ostatní.

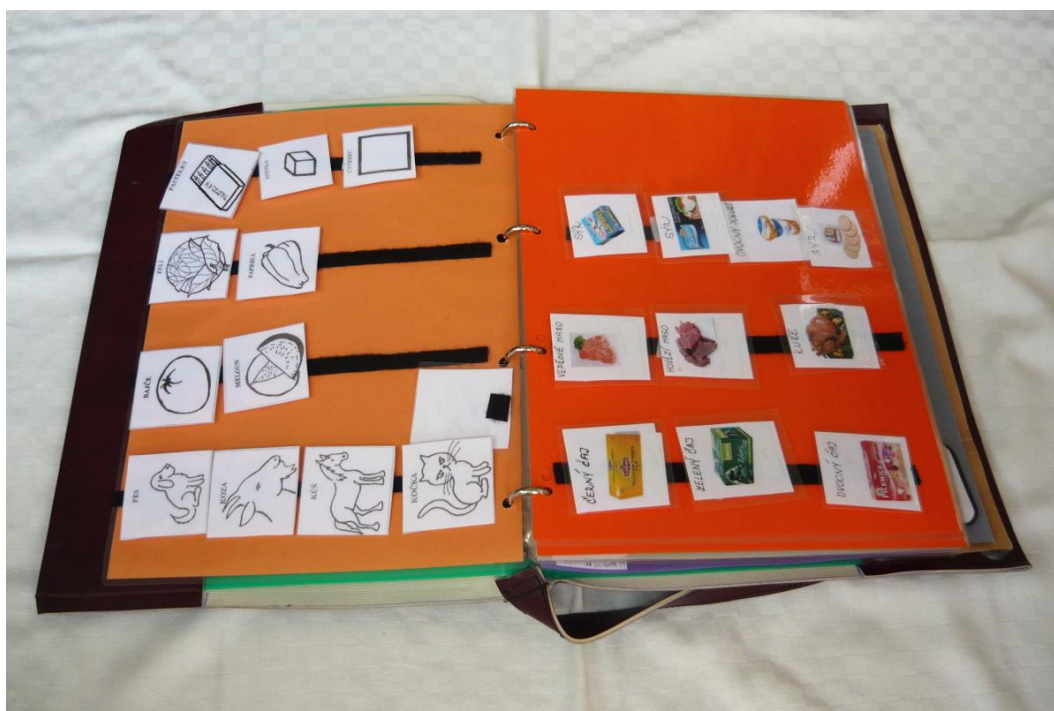
### Příloha č. 3 – Případová studie

Popisuje situaci pána, kterého budu dále v textu označovat pan Jan. Pan Jan si podal žádost o umístění do našeho domova, které poskytuje pobytovou sociální službu lidem s mentálním postižením. Pocházel z vesnice a z nepodmětného prostředí rodiny, ve které žil. Jeho otec byl opakovaně ve výkonu trestu, matka se živila jako uklízečka. Pan Jan měl dvě sestry, se kterými se stýkal a pravidelně je navštěvoval. Absolvoval zvláštní školu, nevyučil se a nikdy nepracoval. Pobíral plný invalidní důchod. Byla u něho diagnostikována lehká mentální retardace bez výrazných poruch chování. Pan Jan si podal žádost o umístění do zařízení a byl přijat. Byl umístěn do výchovné skupiny společně s dalšími třiceti uživateli. Neustále odmítal nabízené činnosti a slovně urážel spolubydlící, které někdy fyzicky napadal. Vedení domova rozhodlo o umístění klienta na samostatnou bytovou jednotku, kde bydleli pouze čtyři uživatelé. Pan Jan byl mohutné postavy a každého zastrašoval svojí silou, dokázal manipulovat s personálem. Uživatel vykouřil čtyřicet cigaret za den a vypil jeden kilogram kávy za týden. Ze zaznamenané dokumentace uvedu několik záznamů, které se udály v průběhu jednoho měsíce. Klient nerespektoval režim oddělení, odmítal nabízené činnosti a spolubydlící označoval vulgárními výroky. Křičel celé dopoledne a vyhrožoval personálu, že kdokoliv na něho sáhne, tak ho zmlátí. Vyhrožoval, že se zabije. Klient neustále chodil na výchovnou skupinu a vyhrožoval uživateli, že mu rozbije hlavu. Od rána je neklidný, sděluje, že mu haraší a nadával personálu. Dále pracovníci vyhrožoval, že se oběsí. Zdemoloval kancelář, poté byl odvezen do psychiatrické léčebny. Pracovník u něj popisuje silné změny nálady. Klient neustále hovoří o tom, že chce z tohoto zařízení pryč. Sděluje, že nechce být mezi „blbci“. Bylo zajímavé, že pokud klient opustil zařízení a navštívil rodinu, byl spokojený a vracel se do zařízení v pohodě. Byla s ním rozvázána smlouva o poskytování sociální služby a klient byl přijat do jiné zařízení z důvodu, že narušoval kolektivní soužití a neustále vyhrožoval a napadal jak personál, tak i uživatele.

#### Příloha č. 4 – Případová studie

Uživatel pan Josef žije v domově od svých deseti let, má pouze bratra, se kterým se stýká. Bratr vykonává panu Josefovi funkci opatrovníka. Navštěvoval zvláštní školu, vyučil se pomocným malířem. Účastnil se řady terapií. Navštěvoval dílnu keramickou, tkalcovskou, chodil do večerní školy, navštěvoval kurz k doplnění vzdělání. Pan Josef měl silnou cukrovku. Musel mít speciálně upravenou stravu a snížený příjem množství jídla. Porce byly menší než u jiných uživatelů a jiná skladba jídelníčku. Několikrát během dne mu musel být aplikován inzulín. Pan Josef napadal slovně personál tím, že mu snědli jídlo a má malé porce. Manipuloval s klienty tak, že mu museli nosit zbytky jídla od obědu, které si schovával mezi oblečení. Vzhledem k svému mentálnímu postižení nedokázal adekvátně rozpoznat zdravotní rizika, která mu hrozila s vysokou hladinou cukru v krvi. Nejvíce mu vadilo, že nemohl jezdit na výlety z důvodu, že mu pracovníci nemohli aplikovat inzulín, který může podat v sociálním zařízení jen zdravotník. Neustále si stěžoval na personál, že má málo jídla, nejezdí na výlety. Jídlo dostával dle diety, která mu byla předepsána lékařem. Ostatní klienti si na něho stěžovali, že je vydírá a slovně na ně útočí. Tato situace byla řešena s lékařem, který nechtěl ze své diety ustoupit a razil si lékařské přesvědčení. V tomto případě se podařilo situaci řešit změnou lékaře a změnou medikace. Uživatel má speciálně sestavenou dietu, má vyšší příjem potravin, které mu nezhoršují cukrovku, má místo několikrát za den píchnutí inzulínu zavedenu inzulínovou pumpu, tudíž není odkázaný pouze na zdravotnický personál. Účastní se řady výletů, sportovní kulturních akcí. Klient je úplně v pohodě, nikoho neosočuje a personál nenapadá.

Příloha č. 5 – Návrh speciálně vytvořené komunikační knihy pro uživatele Domova Horizont



## **ANOTACE**

Příjmení a jméno autora: Mgr. Marta Gottliebová

Název katedry a fakulty: Katedra sociologie a andragogiky FF UP

Název bakalářské diplomové práce: Mapování výskytu možných projevů agresivity u osob s mentálním postižením

Počet znaků: 94732

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 16

Klíčová slova: agrese, agresivita, demence, Domov Horizont, mentální retardace, syndromy spojené s mentální retardací, mapované projevy.

Bakalářská práce se snaží zmapovat výskyt projevů agrese u uživatelů s mentálním postižením v Domově Horizont v Kyjově. První část práce je zaměřena teoreticky, definuje pojem mentální retardace, demence, syndromy související s mentální retardací, dále se zabývá rozdílem mezi agresí a agresivitou a představuje pobytové zařízení sociální služby. Druhá část práce je zaměřena prakticky, vychází z pozorování a zaznamenaných informací v záznamovém archu. Cílem práce bylo zjistit výskyt projevů agrese během tří měsíců u třiceti uživatelů z jednotlivých domovů, kteří jsou ve výchovných skupinách. Dále jsem zjišťovala četnost projevů agrese a příčiny vyvolávající agresi.

## **ANNOTATION**

Name and Surname: Mgr. Marta Gottliebova

Name of department and faculty: Department of Sociology and Adult Education  
FF UP

Title of the thesis: Mapping of possible manifestations aggression in people with intellectual disabilities

Number of characters: 94732

Number of attachments: 5

Number of titles of literature and resources: 16

Keywords: aggression, aggression, dementia, home of the Horizont, mental retardation, syndromes associated with mental retardation, mapped symptoms

Bachelor work aims to map the incidence of aggressive behavior among users with intellectual disabilities in Home Horizont in Kyjov. The first part is theoretical, defines mental retardation, dementia, syndromes associated with mental retardation, is also engaged in aggression and aggressiveness of, as well as a boarding facility. The second part is practically oriented, based on observations and information recorded in the recording sheet. The aim of this work was to determine the incidence of aggressive behavior during the three months and find out inducing stimuli aggression.