UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Lenka Zapletalová

Agrese u lidí s mentálním postižením v domovech pro osoby se zdravotním postižením

Olomouc 2016 vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Kozáková, DiS, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím uvedené literatury v seznamu.

V Olomouci dne 20. dubna 2016 ……

Lenka Zapletalová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Zdeňce Kozákové, DiS, Ph.D. za odborné vedení, cenné připomínky a čas, který mi věnovala při vypracování této diplomové práce.

Dále bych chtěla poděkovat personálu zařízení za laskavý a vstřícný přístup při výzkumném šetření a také mé rodině a blízkým za podporu v době mého studia.

OBSAH

ÚVOD **6**

TEORETICKÁ ČÁST

1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ **9**

1.1 CHARAKTERISTIKA MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ 9

1.2 CETIOLOGIE A MOŽNOSTI PREVENCE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ 12

1.2.1 Prevence vzniku mentálního postižení 13

1.3 KLASIFIKACE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ 14

1.4 MOŽNOSTI PÉČE A PODPORY OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM 18

1.5 SYNDROMY A PORUCHY SPOJENÉ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM 23

1.5.1 Lesh – Nyhanův syndrom 24

1.5.2 Rettův syndrom 24

1.5.3 Cornelia de Lange syndrom 25

1.5.4 Syndrom Smith – Magenis 25

1.5.5 Syndrom Fragilního X-chromozomu 25

1.5.6 Poruchy autistického spektra 26

1.5.7 Pradder – Williho syndrom 26

1.5.8 Downův syndrom 27

1.5.9 Turnerův syndrom 27

2 PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM **29**

2.1 AGRESE, AGRESIVITA U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM 31

2.1.1 Vymezení pojmu agrese 32

2.1.2 Teorie agrese 33

2.1.3 Členění agresivního chování 34

2.1.4 Možné příčiny agrese v domovech pro osoby se zdravotním postižením 36

2.1.5 Syndrom vyhoření 37

2.1.6 Prevence a terapie problémového chování 38

3 METODOLOGIE PRAKTICKÉ ČÁSTI **42**

3.1 CÍL VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ 42

3.1.1 Druh výzkumného šetření 43

3.1.2 Metody výzkumného šetření 43

3.1.3 Vzorek výzkumného šetření 45

3.2 CHARAKTERISTIKA ZAŘÍZENÍ 45
4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ 50
4.1 PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 1 50
4.2 PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 2 57
4.3 PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 3 62
4.4 PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 4 67
4.5 ZÁVĚRY Z VÝZKUMU 72
4.6 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKŮ Z ŠETŘENÍ 77
ZÁVĚR 82
SEZNAM ZKRATEK 84
SEZNAM GRAFŮ 85
SEZNAM TABULEK 85
LITERATURA 86
SEZNAM PŘÍLOH
ANOTACE

ÚVOD

Diplomová práce je věnována specifické skupině osob s lehkou a středně těžkou mentální retardací s poruchami chování a významnými poruchami chování. Obsah práce je konkrétně zaměřen na agresivní chování, jeho projevy a příčiny u jedinců s mentálním postižením žijících v domovech pro osoby se zdravotním postižením.

Agrese u osob s mentálním postižením v domovech pro osoby se zdravotním postižením je téma, které je mi blízké a velmi mě zajímá. Pracuji čtyři roky jako pracovník v sociálních službách v přímé obslužné péči, v Domově pro osoby se zdravotním postižením Javorník, Chvalčov, a za tuto dobu jsem se osobně setkala s projevy problémového chování.

Ne každý člověk může být zcela nezávislý, soběstačný, žijící v samostatné domácnosti a bez jakékoliv pomoci druhé osoby. V České republice je v současné době evidováno asi 300 tisíc lidí s mentálním postižením. Jedná se převážně o jedince, u kterých dochází k zaostávání rozvoje rozumových schopností, projevují se problémy v adaptaci, a v navazování sociálních kontaktů. Tyto projevy ve velké míře vedou k nežádoucímu chování.

Pod pojmem problémové chování se nám vybaví především agrese fyzická, verbální, autoagrese a nerespektování požadavků skupiny. V České republice došlo k výraznému posunu ve službách pro lidi s mentálním postižením a s problémovým chováním v zařízeních sociální péče. Je velmi důležité zaměřit se na přímou práci s klientem, naplňovat jeho potřeby a přání. Je nutno si uvědomit, že problém nemusí být pouze na straně klienta, ale problémové chování může vzniknout také nepochopením klienta nebo nevhodným přístupem k němu. Je důležité změnit přístup k samotné problematice agresivního chování. Obecně lze konstatovat, že je nutné se zaměřit jak na samotného klienta, tak i na přístup a chování personálu, které mohou mít významný vliv na zmírnění agresivního chování.

Pro zefektivnění práce s agresivními klienty je podstatné mít patřičné znalosti o projevech jakékoliv agrese a umět s ní pracovat, tj. agresi předcházet, a pokud již ke konfliktu dojde, tak jej patřičně zvládnout. Své zastoupení pro řešení agrese má také psychofarmakologie, která by ale měla být až druhou volbou.

Ve svém vývoji prošel systém péče o osoby s mentálním postižením několika stádii, od represivního až po současný inkluzivní přístup. Můžeme jej charakterizovat jako začleňování osob s handicapem do běžného života, což vede ke zlepšování kvality života těchto lidí. Kvalita života představuje hledání různých faktorů, které přispívají

k plnohodnotnému a smysluplnému životu. V případech, že se jedná o jedince s mentálním postižením, který se necítí dobře, může dojít k nesouladu požadavků s okolím a tím k následnému agresivnímu chování. Tímto tématem se v současné době zabývá mnoho odborníků, jako např. PhDr. Hynek Jůn, Ph.D., Prof. PhDr. Ivo Čermák, Csc., PaedDr. Věra Čadilová, PhDr. Kateřina Thorová, Ph.D. a Mgr. Katarína Durecová.

Lidé s problémovým chováním, kteří žijí v domovech pro osoby se zdravotním postižením, mají ve většině případů pro své chování společný prvek. Svým chováním se snaží personál ovládat a manipulovat s ním. Pokud se pracovníci chovají podle požadavků klienta, cítí se spokojeně. Je to ale vždy i naopak, pokud se klienti chovají dle představ pracovníků, tak i personál se cítí dobře.

Jak již bylo uvedeno, tématem diplomové práce je agrese u lidí s mentálním postižením v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Pro mne i celý pracovní tým je důležité zajistit klientovi vše, co povede k jeho spokojenosti, a tím se vyhnout jakémukoliv nežádoucímu chování.

Cílem diplomové práce je zjistit, zda se v Domově pro osoby se zdravotním postižením Javorník, Chvalčov, zaměstnanci setkávají s projevy agresivního chování, případně jaké druhy agrese se vyskytují, dále v jakých situacích k agresi dochází, v jakých časových intervalech, a jak personál s těmito projevy pracuje a jak je vnímá. Stěžejním cílem je tyto projevy popsat a vyhodnotit. Diplomová práce je členěna na dvě části, část teoretickou a část praktickou. Teoretická část je rozdělena na dvě kapitoly, ve kterých je popisováno obecné vymezení, etiologie, klasifikace, péče, syndromy spojené s mentální retardací, agrese a agresivita osob s mentálním postižením, její vymezení, teorie, členění, možné příčiny, prevence a terapie. V praktické části je uveden cíl výzkumného šetření, charakteristika zařízení, je popsáno výzkumné šetření a následné vyhodnocení výzkumných vzorků. V rámci kvalitativního výzkumu jsou zpracovány čtyři případové studie, ve kterých je poukázáno na možnosti intervence problémového chování. V závěru jsou zhodnoceny všechny získané informace a poznatky.

TEORETICKÁ ČÁST

1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

„Pojem mentální retardace vychází z latinských slov „mens“ (mysl, duše) a „retardace“ (opozdit, zpomalit), doslovný překlad by tedy zněl „opoždění (zpomalení) mysli.“ (Slowik, 2007, s. 109)

Mentální postižení je definováno jako vývojová porucha integrace psychických funkcí, jež postihuje jedince ve všech složkách jeho osobnosti - duševní, tělesné i sociální. Nejvýraznějším rysem je trvale narušená poznávací schopnost. Švarcová (2006) označuje mentální postižení jako trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo důsledkem poškození mozku. Možnosti výchovy a vzdělávání jsou omezeny v závislosti na stupni postižení.

Nejrozšířenější skupinou mezi osobami se zdravotním postižením je specifická skupina jedinců s mentálním postižením. V historii lidstva byla společnost k těmto lidem bezcitná. Osoby nejen s mentálním postižením, ale jakýmkoliv zdravotním postižením, či omezením, byly vnímány jako zátěž na jejich rodiny. (Wright, 2005)

1.1 CHARAKTERISTIKA MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ

Mentální postižení lze charakterizovat jako neurovývojovou poruchu s výrazně zhoršenou intelektuální a adaptivní funkcí. Postihuje asi 2 – 3 % z celkové populace. 75 – 90 % postižených lidí má lehké mentální postižení, syndromové nebo idiopatické případy tvoří 30 - 50% a čtvrtina případů je způsobena genetickou poruchou. Od roku 2013 mají případy neznámé příčiny vliv na asi 95 milionů lidí. (Wright, 2005)

V současné době existuje již mnoho definic vymezující pojem mentální postižení. Světová zdravotnická organizace (WHO) ve své klasifikaci nemocí uvádí mentální retardaci pod kódem F70 – F79 a je definována jako „s*tav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez, nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami“.* (WHO, 2006 in Slowik, 2007, s. 110)

Vágnerová (2008, s. 289) uvádí, že „M*entální retardace je souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit. Je definováno jako neschopnost dosáhnout*

odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70% normy), přestože postižený jedinec byl přijatelným způsobem výchovně stimulován.“

Pipeková (1998, s. 171) dodává: *„Mentální retardace je stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností, které v sobě zahrnují schopnost myslet, schopnost učit se a schopnost přizpůsobovat se svému okolí. Jde o stav trvalý, vrozený nebo časně získaný, který je třeba odlišovat od defektů získaných po druhém roce života, označovaných jako demence.“*

Švarcová (2006, s. 13) uvádí: „*Za mentálně retardované (postižené) se považují takoví jedinci (děti, mládež i dospělí), u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování*.“

Dolejší (1973, s. 38) uvádí, že *„Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostatcích genetických vloh; na porušeném stavu anatomicko - fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání; na nedostatečném nasycování základních potřeb dítěte vlivem deprivace senzorické; emoční a kulturní; na deficitním učení; na zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace a stresu; na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti.“*

Při charakteristice osobnosti člověka s mentálním postižením musíme brát v potaz, že se jedná o různorodou skupinu lidí. Každý z nich má své charakteristické osobnostní rysy. Přesto se u velké části z nich objevují společné znaky, které pak dále závisí na druhu a hloubce postižení. Jedinci s mentálním postižením jsou postiženi ve složce duševní, tělesné i sociální. Trvale narušená poznávací schopnost je nejvýraznějším rysem, možnost výchovy a vzdělávání jsou v závislosti na stupni postižení omezeny. (Švarcová, 2000)

Typickými jevy jedince s mentálním postižením jsou zvýšená závislost na rodičích, infantilnost osobnosti, pohotovost k úzkosti a neurastenickým[1] reakcím, sugestibilita[2]

[1] Neurastenie je tzv. dráždivá slabost projevující se střádáním podrážděnosti a únavy, bolestmi hlavy, poruchami soustředění, nespavostí, bušením srdce nebo poruchami stolice. Příčinou může být např. nevyřešený konflikt. Neurastenie – chronický únavový syndrom - CFS. *Celostní medicína* [online].[cit. 2016-02-05]. Dostupné z: http://www.celostnimedicina.cz/neurastenie-chronicky-unavovy-syndrom-cfs.htm.

[2] Sugestibilita je tzv. ovlivnitelnost, tendence nechat se přesvědčit, je typická pro osoby s mentální retardací, vlastnost výhodná pro navození a účinnost hypnózy. Vysoká sugestibilita může být rizikovým faktorem. Psychologie a zdraví. *Psychoweb* [online]. [cit. 2016-02-05]. Dostupné z: http://www.psychoweb.cz/slovnik/sugestibilita-suge/

a rigidita[3] chování, opoždění psychosexuálního vývoje, zvýšená potřeba uspokojení a bezpečí, porucha interpersonálních vztahů a komunikace, hyperaktivita nebo hypoaktivita, citová vzrušivost, zpomalená chápavost, ulpívání na detailech, malá srovnávací schopnost, snížená mechanická a logická paměť, těkavá pozornost, porucha celkové pohybové koordinace, pasivita a závislost na zprostředkování informací druhými lidmi. (Valenta, Müller, 2009)

V situacích, kterým nerozumějí, se může objevit agresivita. Mnohem hůře se orientují v okolním prostředí, špatně rozlišují podstatné znaky od nepodstatných a těžko chápou jejich vzájemné vztahy. Dále je nutné vědět, že u mentálního postižení se nejedná pouze o časové opožďování duševního vývoje, ale také o strukturální vývojové změny (Vágnerová, 2004).

Ke stále nevyřešeným otázkám patří spojitost mezi mentálním postižením, snížením kognitivních schopností a poruchami chování, či delikventním nebo sociálně nepřizpůsobivým chováním. Již po staletí se tímto tématem zabývá mnoho odborníků z oblasti pedagogické, psychologické, sociologické i medicínské. Bohužel, u nás je této problematice zatím věnována jen malá pozornost. Vzhledem k dané problematice se jedná o dvě velmi závažná postižení, která se vyskytují v kombinaci s různou intenzitou. Mentální retardace je velmi závažným postižením, které vyžaduje speciální péči a přístup. Poruchy chování tohoto typu jsou také zatím poměrně nejasnou problematikou.

Tato skutečnost vyžaduje odlišné přístupy a definované postupy k jedincům s postižením a je potřeba řešit a navrhnout metody a přístupy práce s konkrétní osobou s postižením. Není možno člověka s kombinací dvou takto závažných postižení „zaškatulkovat“ do jedné či druhé oblasti speciální pedagogiky a následně s ním pracovat jen z hlediska psychopedie nebo jen etopedie. Při onemocnění a postižení mentální retardací v kombinaci s poruchami chování dochází k formování a ovlivňování jedince oběma faktory postižení.

Jedince s mentálním postižením je velmi obtížné z mnoha důvodu charakterizovat jako celek. Tyto osoby, tak jako ostatní lidé se od sebe navzájem odlišují. Důležitým faktorem jsou zvláštnosti zejména v oblasti vnímání, pozornosti, paměti, myšlení, emocí a volních vlastností, na věku a sociálním prostředí, ve kterém žije. Podstatná je také skutečnost,

---

[3] Rigidní jedinec se prosazuje jednáním, dominancí a kontrolou. Je obezřetný, odmítá a zavrhuje. Tento od sebe odstrkuje druhé lidi. Tím, že snižuje druhé, se sám pro sebe stává větším. Zpráva, kterou sděluje, a odpověď, kterou si přeje vyvolat, zní: „Nepřibližujte se!.“ Člověk s rigidní strukturou. *Portál* [online]. [cit. 2016-02-05]. Dostupné z: http://www.portal.cz/scripts/detail.php

že realizace jejich schopností je zásadně náročnější než u lidí bez postižení. (Černá, 2015)

Myšlení jedince s mentálním postižením je nedůsledné, vyznačuje se slabou řídící funkcí a značnou nekritičností, pojmy se tvoří těžkopádně a úsudky jsou nepřesné. Také ***paměť*** osob s mentálním postižením vykazuje určitá specifika, vše nové si osvojují velmi pomalu až po mnohačetném opakování. Naučené rychle zapomínají a pamětní stopy si vybavují nepřesně, vědomosti neumí včas uplatnit v praxi. Ke zvláštnostem paměti osob s mentálním postižením patří také nekvalitní třídění pamětních stop – mají spíše mechanickou paměť. Záměrná ***pozornost*** osob s mentálním postižením vykazuje nízký rozsah sledovaného pole, nestálou a snadnou unavitelnost, sníženou schopnost rozdělit se na více činností. Záměrnou pozornost udrží mnohem kratší dobu než intaktní jedinec, po soustředění musí následovat relaxace. (Kozáková, 2005)

Po stránce ***emoční*** je jedinec s mentálním postižením vybaven menší schopností ovládat se v porovnání s intaktními lidmi. Automaticky tak přenáší kladné emoce na situace, které umí zvládnout, a protože se mnoho situací zvládnout nenaučil, mohou se u něj projevit neurotické[4] nebo psychopatické[5] symptomy. Ve ***volních projevech*** osob s mentálním postižením je patrná zvýšená sugestibilita, citová a volní labilita, impulzivnost, agresivita, ale i úzkost a pasivita. Lidé s mentálním postižením se od svého intaktního vrstevníka také liší ***specifickou aspirací***, je u nich příznačný výkyv na jednu stranu, tj. směrem k podhodnocování se nebo nadhodnocování se. (Valenta, Müller, 2009)

1.2 ETIOLOGIE A MOŽNOSTI PREVENCE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ

Příčiny mentálního postižení jsou velmi různorodé, a to nejen vzhledem k množství možných vlivů ohrožujících zdravý růst plodu (příčiny prenatální), biologických faktorů nebo defektů působících na rozvoj jedince v pozdější době (příčiny perinatální - během porodu a postnatální – po porodu). Velký význam má také dědičnost (příčiny hereditární) a poruchy chromozomální a metabolické. Přes veškeré pokroky biologických věd a možnosti

[4] Neurotické poruchy se projevují pocitem úzkosti a strachu, patří zde také různé fóbie, panické poruchy až depresivní poruchy. Fóbie a úzkostné poruchy. Vitalion [online]. [cit. 2016-02-05]. Dostupné z: http://nemoci.vitalion.cz/fobie-a-uzkostne-poruchy/

[5] Psychopatie se řadí mezi poruchy osobnosti, psychopat si svou poruchu vůbec neuvědomuje a sám není schopen ji zvládnout. U každého jedince se porucha projevuje jinak, u některých osob lze určitou situaci zvládnout lehce, jiní se projevují jako nepřizpůsobivé osoby. Psychopatie a jejich obraz ve světové literatuře. Gyne [online]. [cit. 2016-02-05]. Dostupné z: http://www.gyne.cz/clanky/2008/308cl4.htm

diagnostiky jsou příčiny vzniku mentálního postižení dosud neznámé. (Černá, 2015)

Z toho je zřejmé, že mentální postižení má široký rozsah a dané označení je užíváno u osob se sníženou inteligencí na etiologickém podkladě. (Kozáková, 2005)

Mentální postižení může vzniknout v různých vývojových fázích života jedince. V prenatálním období (od početí po narození) se jedná hlavně o infekce matky v průběhu těhotenství, příčinou může být také špatná výživa, rentgenové ozáření, styk s toxickými látkami, popřípadě úrazy matky. V perinatálním období (těsně před, během a těsně po porodu) může být mentální postižení způsobeno hypoxií (nedostatek kyslíku) plodu, při dlouhotrvajícím nebo z jakéhokoliv důvodu komplikovaném porodu. V postnatálním vývoji (do 2 let života) může být příčinou mentálního postižení u dítěte infekce novorozence, záněty mozku, úrazy, špatná výživa (Pipeková, 2006).

1.2.1 Prevence vzniku mentálního postižení

Prevenci můžeme rozdělit do dvou oblastí, a to na *primární prevenci* a *sekundární prevenci*. Primární prevencí rozumíme takovou činnost, která je zaměřená na zabránění vzniku jakékoli vady, ať už fyzické, psychické, smyslové či intelektové. Sekundární prevence je soubor činností, které omezují rozvinutí vady vedoucí k trvalému postižení jedince.

Rozsah možností prevence vzniku mentálního postižení je velmi široký, a proto nelze určit konkrétní účinná preventivní opatření. Švarcová (2006) popisuje desatero zásad, které zpracovala Mezinárodní liga společností pro mentálně postižené, jejichž dodržováním lze omezit možnosti vzniku mentálního postižení:

DESATERO ZÁSAD K PREVENCI PROTI VZNIKU MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ

1. Žena by měla nejméně tři měsíce před plánovaným početím absolvovat preventivní lékařskou prohlídku.
2. Nastávající matka by měla dodržovat zásady správné životosprávy.
3. V průběhu těhotenství nesmí pít alkoholické nápoje.
4. Zavčas se nechat očkovat proti zarděnkám, žloutence typu B a popřípadě se nechat přeočkovat proti spalničkám.
5. Nekouřit.
6. Navštívit genetickou poradnu, zvláště pokud se v rodině vyskytuje nějaké genetické postižení a pokud je matce více jak 35 let.
7. Neužívat léky, bez předchozí konzultace s lékařem.
8. Vyvarovat se RTG záření.

9. Vyhýbat se infekčním onemocněním.
10. Podstupovat pravidelné kontroly u lékaře (Švarcová, 2006)

Nabízí se celé spektrum možností od primární lékařské péče, přes správnou životosprávu, informovanost o přenosných infekčních onemocněních až po prevenci nehod, způsobených v různém prostředí.

1.3 KLASIFIKACE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ

Čadilová (2007) uvádí, že pokud je u člověka diagnostikováno mentální postižení, musí splňovat tato tři kritéria:

1. Jeho úroveň rozumových schopností (IQ – intelektový kvocient, VQ – vývojový kvocient) je pod úrovní sedmdesáti bodů.

2. Člověk musí mít na dané vývojové úrovni zřetelné problémy v přizpůsobení se nárokům běžného života. V předškolním věku se jedná o komunikaci, senzomotorické a sebeobslužné dovednosti, ve školním věku dochází k selhávání ve školních dovednostech a v dospělosti je omezena či znemožněna schopnost samostatného života.

3. Jedná se o poruchu vrozenou, která je u daného jedince přítomna již od dětství, při správné diagnóze dochází ke zlepšení pouze v rámci základního handicapu.

Stupně mentální retardace

Hloubku mentální retardace lze určit pomocí takzvaného inteligenčního kvocientu (IQ). Inteligenční kvocient vyjadřuje úroveň rozumových schopností. Je uvedeno, že nejméně za 50 % stavu inteligence člověka odpovídají genetické vlivy. V inteligenčních testech, kterými se inteligence dá změřit, jsou uvedeny úkoly, které zvládá většina lidí daného věku s průměrnou inteligencí. Jedinci, kteří tyto úkoly nezvládnou, mají inteligenci nižší a v těchto případech mluvíme o mentální retardaci.

Ke klasifikaci mentální retardace se v naší zemi používá 10. revize mezinárodní statistické klasifikace nemocí (MKN-10, mezinárodní označení ICD-10) vydaná Světovou zdravotnickou organizací (SZO, WHO). Dle ní rozlišujeme druh, stupeň a typ postižení:

Druh postižení:

F 70-79 Mentální retardace

Stupeň postižení:

F 70 Lehká mentální retardace IQ 69 – 50

F 71 Středně těžká mentální retardace IQ 49 – 35

F 72 Těžká mentální retardace IQ 34 – 20

F 73 Hluboká mentální retardace IQ 20 a níže

F 78 Jiná mentální retardace

F 79 Nespecifikovaná mentální retardace

Typ postižení:

- Eretický (nepokojný, dráždivý, astabilní)
- Torpidní (apatický, netečný, strnulý)
- Nevyhraněný (Pipeková, 2006)

Lehká mentální retardace

Lehká mentální retardace (IQ 50 - 69, cca 85 %) je nejvíce rozšířenou formou MR, již v dětském věku bývá vývoj mírně opožděný. I když se děti s lehkou MR naučí mluvit později, přesto si řeč osvojí. Ve škole mívají problémy s učením, avšak zhruba do úrovně 10 - 11 let jsou schopné základní školní dovednosti zvládnout. Většinou tyto děti selhávají v abstraktních předmětech a logických operacích, mohou se objevit výraznější problémy s psaním, čtením, počítáním (dysgrafie, dyslexie, dyskalkulie). Osnovy základní školy nejsou schopné plně zvládnout.

V sebeobsluze jsou lidé s lehkou MR samostatní a v osvojeném prostředí dokážou úspěšně pracovat. Pokud je těmto lidem s lehkou MR poskytnuta podpora v nácviku, jsou schopni samostatně docházet do práce, vykonávat manuálně zručné práce a dokonce samostatně bydlet, s určitou mírou pomoci zvenčí (Thorová, 2007).

Problémy se také mohou vyskytnout v partnerském soužití osob s mentální retardací a při založení rodiny či výchově dítěte. Řešení problémů vyplývajících z manželského života a zajištění všech potřeb fungující rodiny, může být pro jedince s lehkou mentální retardací nepřekonatelnou překážkou. Je třeba zajistit zdravotní péči, finanční poradenství, odpovídající bydlení, přiměřené zaměstnání, apod.

U lidí s lehkou mentální retardací se mohou samozřejmě vyskytovat i další přidružená postižení a zdravotní problémy jako např.: epilepsie, poruchy chování, autismus, somatická onemocnění a mnoho dalších komplikací.

Jak uvádí Thorová (2007, s. 27): *„Na úspěšnost fungování v běžném životě mají vliv i jiné faktory, jako je např. úroveň řečových schopností, přítomnost a závažnost poruchy aktivity a pozornosti (nesoustředěnost, hyperaktivita, hypoaktivita), poruchy chování, epilepsie“.*

Středně těžká mentální retardace

Děti se středně těžkou mentální retardací (IQ 35 - 49, cca 10 %) většinou zvládají v průběhu školní docházky základy trivia (čtení, psaní, počítání), úroveň řeči se mění. V sebeobsluze lidé se středně těžkou MR bývají převážně samostatní, ale občas potřebují podporu a dohled ve složitějších situacích. Oproti lehké MR jsou také značně častější neurologické a fyzické handicapy. Mnoho lidí se středně těžkou MR uplatní své pracovní schopnosti a dovednosti v chráněných dílnách. Nejsou schopni vést samostatný život, potřebují každodenní dohled a asistenci. Mentální věk se pohybuje v rozmezí 4-8 let (Thorová, 2007).

U mnohých osob se středně těžkou MR bývá zároveň diagnostikována porucha autistického spektra, mohou se také vyskytovat i další přidružené poruchy jako například afázie, porucha motorických schopností, epilepsie, pervazivní vývojová porucha[6], aj. Vzhledem k omezení komunikace je diagnostika dalších poruch velmi problematická.

Těžká mentální retardace

Lidé s těžkou mentální retardací (IQ 20 - 35, cca 5 %) mají podobné rysy jako lidé se středně těžkou mentální retardací. Ale u těžké mentální retardace jsou problémy více prohloubeny. Nácvik jednoduchých úkonů je možný ovšem s mnohem delší dobou učení. Hygienické návyky jsou schopni zvládat jen v minimální míře a komunikace je také do značné míry omezena, pokud dojde k jejímu rozvoji, jde spíše o slova bez komunikačního kontextu. Sebeobsluha je možná jen s dopomocí, ale také v omezené míře. Jedinci s těžkým mentálním postižením mají problémy s koordinací pohybů a obratností při běžných činnostech. Vývoj motoriky je značně opožděn. Školní dovednosti v rozsahu trivia nezvládají,

[6] Podle Thorové (2007) se pervazivní vývojové poruchy řadí mezi závažné poruchy mentálního vývoje jedince. V důsledku vrozeného postižení mozkových funkcí, které člověku umožňují komunikaci, sociální interakci, fantazii, kreativitu, dochází k tomu, že nedokáže vyhodnocovat informace stejným způsobem jako osoba stejné věkové úrovně. Valenta popisuje pervazivní vývojovou poruchu jako poruchu, která zcela proniká do osobnosti jedince a výrazně mění jeho chování, možnosti socializace, vzdělání atd. Poukazuje na několik pervazivních poruch, které, jak píše, se vyznačují v některých oblastech různými symptomy (Dětský autismus, Rettův syndrm, Hellerův syndrom, Aspergerův syndrom, Atypický autismus aj.). (Valenta a kol., 2007)

ale při správném vedení a přiměřené motivaci jsou schopni vykonávat jednoduché praktické úkony s dopomocí asistenta.

Nutností je celodenní péče o osoby s těžkou poruchou intelektu. Typické jsou stereotypní pohyby, nonverbální komunikace je ztížena. Emoční a sociální ochuzení vede k nemožnosti zapojení do společenských aktivit. Včasnou péčí v oblasti rehabilitace, výchovy a vzdělání lze dosáhnout vyšší kvality života osob s těžkou mentální retardací.

Hluboká mentální retardace

U osob s hlubokou mentální retardací (IQ < 20, méně než 1 %) je trvalá péče nezbytná. Problémy se vyskytují v oblastech výchovy základních hygienických návyků, základních sebeobslužných činností. Velkým problémem je i komunikace. Schopnost porozumět řeči, a to základním požadavkům či instrukcím je těžce omezena. Nonverbální komunikace je většinou beze smyslu. Jedinci s hlubokou mentální retardací nepoznávají své okolí. Většina osob hluboce mentálně retardovaných má mnoho přidružených poruch. V mnoha případech jsou přítomny pervazivní vývojové poruchy, poruchy mobility, epilepsie, poruchy zrakového a sluchového vnímání. Jedinec je buď zcela imobilní, nebo pohybově velmi omezený. Dalším přidruženým znakem je většinou porucha autistického spektra. (Černá, 2015)

Thorová uvádí (2007, s. 29): „*Při klasickém vývojovém profilu (téměř žádné projevy sociálního chování, žádná neverbální komunikace) a výrazném chování specifickém pro poruchy autistického spektra (typické stereotypní pohyby, sebezraňování, prudká afektivní reakce na změny) je při hluboké mentální retardaci obvykle možné diagnostikovat atypický autismus či jinou pervazivní vývojovou poruchu*.“

Jiná mentální retardace

Stanovení stupně mentálního postižení je nesnadné pro přidružené senzorické, somatické postižení, těžké poruchy chování, pro autismus.

Nespecifikovaná mentální retardace

K nespecifikovaným mentálním retardacím patří prokázané druhy mentální retardace, které pro nedostatek informací nelze zařadit do některé z výše uvedených kategorií. Patří zde mentální retardace nervového systému a mentální abnormalita nervového systému.

1.4 MOŽNOSTI PÉČE A PODPORY OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Jak uvádí Švarcová (2006, s. 65): *„Výchovu a vzdělání lidí s mentálním postižením chápeme jako celoživotní proces.“*. U „zdravých“ lidí chápeme celoživotní vzdělávání jako nutnost ke zdokonalování kvalifikace, schopností a dovedností, ke zvyšování jazykových znalostí a prohlubování vědomostí. U jedinců s mentální retardací je rozvoj kognitivních schopností zpomalen, tudíž je nutné znalosti neustále opakovat a postupně rozvíjet další vědomosti a schopnosti. Snaha je vkládána do obecnějšího poznávání dalších skutečností v okolí osoby s mentální retardací.

Děti s mentálním postižením se mohou vzdělávat v rámci škol hlavního vzdělávacího proudu (běžné typy škol), nebo v rámci speciálního vzdělávání (speciální typy škol). Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami se řídí podle Zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, který byl novelizován ve Sbírce zákonů pod č. 82/2015 Sb., vyhláškou č. 116/2011, o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, která nahradila vyhlášku č. 72/2005, vyhláškou č. 103/2014, o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, nahrazující vyhlášku č. 73/2005. Dále se vzdělávání žáků se speciálními potřebami řídí Zákonem č. 197/2014 Sb., o pedagogických pracovnících, a o změně některých zákonů, který nahradil zákon č. 563/2004 Sb. a Zákonem č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů.
(dostupné z: http://clanky.rvp.cz/clanek/c/s/16243/skolska-legislativa-pece-o-zaky-se-zdravotnim-postizenim.html/, cit. 2016-03-03)

Setkala jsem se se zastaralým názorem některých lidí z „laické“ veřejnosti, že vychovávat či vzdělávat osoby s mentální retardací nemá smysl. Neuvědomují si však, že výchovně vzdělávací proces zbavuje osoby s mentální retardací izolace od okolního prostředí a zpestřuje všední každodennost v ústavech a podobných zařízeních pro osoby s mentální retardací. Je nelidské upírat osobám s mentální retardací právo na uspokojování emocionálních potřeb, pocitu bezpečí, lidských vztahů a stimulaci k dalšímu rozvoji. Pozitivní působení na psychiku osob s mentální retardací je natolik zásadní, že vede ke zlepšení jejich života. (Švarcová, 2006)

V péči o osoby s mentální retardací se nachází stále nové léčebné postupy a pomůcky, které napomáhají k dalšímu rozvoji a zlepšení těžké životní situace. Hledají se také nové

formy alternativní komunikace, které vedou k zefektivnění vzdělávání dětí, mladistvých a dospělých s mentální retardací. Zásadním předpokladem k rozvoji osoby s mentální retardací je odborný tým pracovníků – pedagogů, lékařů, psychologů s odbornou kvalifikací. Trendem poslední doby v péči o děti s mentální retardací je také maximální zapojení rodičů i širšího okruhu rodiny dítěte. Rodiče by se měli podílet na rehabilitaci, stimulaci, výchově a celkové každodenní péči již v raném dětství, co nejdříve od zjištění postižení. I v dospělosti je zapotřebí člověka s mentálním postižením správně motivovat ke svému rozvoji a k podpoře stát se nezávislým na dalších osobách. V životě lidí s mentálním postižením je důležitá výchova, vzdělání a rozvoj osobnosti. Vzdělávací soustava v České republice nabízí pro vzdělání dětí a žáků s mentálním postižením tyto samostatné instituce:

- Mateřská škola speciální
- Základní škola (základní škola praktická) poskytující základní vzdělání
- Základní škola speciální, poskytující základní vzdělání
- Střední škola (praktická škola, odborné učiliště)
  (dostupné z: http://clanky.rvp.cz/clanek/c/s/16243/skolska-legislativa-pece-o-zaky-se-zdravotnim-postizenim.html/, cit. 2016-03-03)

Předškolní vzdělávání

Předškolní vzdělávání dětí s mentálním postižením je založeno na spolupráci rodiny a předškolního zařízení. Předškolní zařízení mohou spadat do resortu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (například mateřské školy), Ministerstva práce a sociálních věcí (například raná péče, denní stacionáře) a neziskového sektoru.

Děti v předškolních zařízeních se vzdělávají podle Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání (RVP PV), podle něhož si mateřské školy vypracovávají svůj školní vzdělávací program.

Povinná školní docházka

Problematika vzdělávání dětí a žáků s mentálním postižením je řešena v Rámcových vzdělávacích programech. Pro žáky s lehkým mentálním postižením byla vypracována příloha Rámcového vzdělávacího programu základního vzdělávání (RVP ZV) – „Příloha upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením“ (RVP ZV LMP), představující východisko pro tvorbu školních vzdělávacích programů v ZŠ praktických, poskytující základní vzdělávání. Pro žáky s těžkým mentálním postižením je samostatný Rámcový vzdělávací

program pro základní školu speciální (RVP ZŠS), poskytující základní vzdělání. Skládá se ze dvou částí:

Díl I. Vzdělávání žáků se středně těžkým mentálním postižením.

Díl II. Vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením (včetně hlubokého mentálního postižení) a souběžným postižením více vadami.,

Školy v souladu s RVP zpracovávají své Školní vzdělávací programy (ŠVP), jejichž obsah může být uspořádán do předmětů či jiných částí učiva, vždy se záměrem vytvořit co nejlepší podmínky pro vzdělávání svěřených žáků.

Střední vzdělávání

Obecně platí, že žáci s mentálním postižením si mohou zvolit k dalšímu studiu jakoukoliv střední školu při splnění dvou podmínek. První je dosažení základního vzdělání (absolvováním základní školy či základní školy praktické) a druhou podmínkou je splnění přijímacího řízení na zvolený typ školy. Přímo pro žáky s mentálním postižením jsou zřízena odborná učiliště a praktické školy.

Tranzitní programy

Jedná se o služby sociální rehabilitace určené pro studenty středních škol, absolventy a lidi v produktivním věku s tělesným a kombinovaným postižením. Pomoc je zaměřena na přechod ze školy do dalšího života, např. do práce, do samostatného bydlení, do dalšího studia apod. Zaměřuje se také na rozvoj samostatnosti a rozvoj zdrojů přirozené podpory, které kolem sebe každý člověk potřebuje. (dostupné z: http://www.tranzitniprogram.cz/, cit. 2016-02-03)

Podpora v oblasti samostatného života a bydlení

Práce má v životě jedince s mentálním postižením důležitý význam, zajišťuje mu samostatnost, určitou ekonomickou nezávislost, ovlivňuje jeho sebevědomí a také zvyšuje životní standart, aniž by nějakým způsobem zasahoval do života své rodiny. (Pipeková, 2006)

Lidem se zdravotním postižením je v České republice poskytována na trhu práce zvýšená ochrana, která je vymezena Zákonem č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti v platném znění a Zákonem č. 262/2006 Sb., zákoník práce v platném znění. Důležitou roli v politice zaměstnávání osob se zdravotním postižením má Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky a Úřady práce. Velký význam v oblasti zaměstnávání mají také nestátní neziskové organizace. (dostupné z: https://portal.mpsv.cz/sz/zamest/zamestnaniosob, cit. 2016-03-03)

Chráněné pracovní místo

Chráněná pracovní místa jsou pracoviště, která zaměstnavatel přizpůsobuje pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením, kde je v průměrném ročním přepočteném počtu zaměstnáno nejméně 60 % těchto zaměstnanců. Tato pracoviště se zabývají různými činnostmi, nejčastěji však výrobou předmětů, které pak prodávají a vydělávají si tak na svoji činnost.

Podporované zaměstnávání

Komplex služeb určených lidem se zdravotním postižením. Cílem je poskytnout takovou podporu, aby si našli a udrželi místo na otevřeném trhu práce za rovných platových podmínek. Podpora je poskytována podle individuálních schopností a potřeb konkrétního člověka.

I v ústavních zařízeních dochází ke zdokonalování v péči o osoby s mentální retardací. Díky humanizačním trendům a integračním postupům je osobám s mentální retardací poskytována celá řada aktivizačních, terapeutických a psychorehabilitačních činností. Vedle státních zařízení existuje celá řada organizací z nestátního sektoru – nadace, občanská sdružení, církevní organizace, kde také dochází ke zkvalitnění péče o osoby se zdravotním postižením. Můžeme jen doufat, že se vývoj v péči o osoby s mentální retardací bude i nadále rozvíjet a přispěje tak k obohacení celkové péče o osoby s mentální retardací. (Jůn, 2010)

V současné době již existuje celá řada sociálních služeb, které pomohou osobám s mentálním postižením vytvořit životní podmínky a prostředí umožňující žít smysluplný život a vést k pocitu štěstí. V diplomové práci jsou uvedeny pobytové, terénní i ambulantní služby, které může klient využít a jsou upraveny Zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, dle novely Zákon č. 254/2014 Sb.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením

V domovech pro osoby se zdravotním postižením se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc druhé osoby (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Tato služba *„poskytuje ubytování, stravu, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, výchovné vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů*

a při obstarávání osobních záležitostí.“ (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 48, odst. 2)

Každý poskytovatel sociálních služeb musí mít vypracovány pravidla tzv. „Standardy kvality“, dle kterých je poskytována služba. Jde o soubor kritérií, jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb. Standardy kvality se od 1. 1. 2007 staly právním závazným předpisem. Znění kritérií Standardů je obsahem přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., provádějícího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

V příloze č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., jsou uvedena některá ustanovení zákona o sociálních službách:

1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb
2. Ochrana práv osob
3. Jednání se zájemcem o sociální službu
4. Smlouva o poskytování sociální služby
5. Individuální plánování průběhu sociální služby
6. Dokumentace o poskytování sociální služby
7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby
8. Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje
9. Personální a organizační zajištění sociální služby
10. Profesní rozvoj zaměstnanců
11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby
12. Informovanost o poskytované sociální službě
13. Prostředí a podmínky
14. Nouzové a havarijní situace
15. Zvyšování kvality sociální služby

„V domovech pro osoby se zdravotním postižením může být vykonávána ústavní výchova nebo předběžné opatření podle zvláštních právních předpisů. Pro výkon ústavní výchovy nebo předběžného opatření v domovech pro osoby se zdravotním postižením platí s ohledem na specifické potřeby osob se zdravotním postižením přiměřeně ustanovení zákona o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních.“ (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 48, odst. 4)

Chráněné bydlení

Tato pobytová služba je poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Podpora samostatného bydlení

Jde o terénní službu poskytovanou osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Týdenní stacionáře

Poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení a osobám s duševním a chronickým onemocněním, jejichž situace vyžaduje pomoc druhé osoby (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Denní stacionáře

Poskytují ambulantní služby lidem, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo věku, lidem s chronickým duševním onemocněním a potřebují pravidelnou pomoc druhé osoby (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

1.5 SYNDROMY A PORUCHY SPOJENÉ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Jak uvádí Emerson (2008), se specifickými syndromy a poruchami, které jsou spojeny s mentálním postižením, byl zachycen větší výskyt určitých forem problémového chování. V diplomové práci jsou syndromy a poruchy spojené s tímto chováním uvedené níže.

Mentální postižení je velmi výraznou skupinou onemocnění, zásadním faktorem pro genetické poradenství je vždy etiologie. Pouze asi u poloviny případů mentálního postižení se podaří zjistit příčinu. *„ U nespecifikované mentální retardace se genetické poradenství řídí empirickými riziky uváděnými v literatuře. Střední a těžká mentální retardace (IQ nižší než 50) se vyskytuje s frekvencí asi 3/1000, lehká mentální retardace (IQ 50 - 70) je asi desetkrát častější (30/1000).“* (Cassidy, 2010)

1.5.1 Lesh – Nyhanův syndrom

Syndrom (LNS) *„je způsoben genetickou poruchou lokalizovanou na chromozomu X, která od narození způsobuje narušení metabolismu kyseliny močové“.* Výskyt LNS je jen u chlapců, ženy jsou přenašečkami. Zásadním projevem je mozková obrna s choreatickými pohyby, mentální retardací a sebezraňováním. Toto chování se převážně projevuje u chlapců mezi druhým a třetím rokem, u některých až v desátém až dvanáctém roku, někteří nejsou sebezraňováním postiženi vůbec. Čím dříve se toto sebepoškozování projeví, tím to bývá závažnější. Jedná se především o kousání se do rtů, vnitřku úst a rukou. Jestliže se nezakročí včas, může u dotyčné osoby dojít ke ztrátě prstů nebo rtů. (Thorová, 2007, s. 48)

Lidé s LNS své problémové chování často zaměřují i vůči ostatním, plivou, fackují, štípou, lžou, nadávají blízkým nebo schválně odpovídají špatně na dotazy. Za toto chování se často stydí, protože nejsou schopni své jednání vůlí ovlivnit. (Thorová, 2007)

1.5.2 Rettův syndrom

Rettův syndrom postihuje ženské pohlaví, 6 - 7 na 100 tisíc dívek. V prenatálním a perinatálním období je vývoj v normálu až do období šestého měsíce věku dítěte, při narození je také normální obvod hlavičky. Mezi 5 – 24 měsícem se růst hlavičky zpomaluje, dochází ke ztrátě již naučených volních pohybů rukou, kdy má dítě pouze kroutivé pohyby, nesnadná je také koordinace pohybů hrudníku a chůze a dochází ke ztrátě sociálních dovedností. Dle Mezinárodní klasifikace nemocí je Rettův syndrom řazen mezi pervazivní vývojové poruchy, avšak toto řazení k poruchám autistického spektra bývá sporné, protože, u starších dívek s Rettovým syndromem se sociální interakce výrazně liší od dívek s autismem. (Pešová, Šamalík, 2006)

Dle Thorové (2007) *„Existují epizody nepřiměřené emoční reaktivity (období plačtivosti, křiku, špatné nálady, strachu až paniky, vzteku včetně agresivních výpadů). Nápadná je emoční labilita, nálady se často střídají i v krátkých intervalech. S postupujícím věkem se dívky stávají vyrovnanějšími. Projevují přiměřeně nelibost, radost, lítost, rozladění, smutek a hněv.“*

1.5.3 Cornelia de Lange syndrom

Syndrom se vyznačuje mikrocefalií a specifickými rysy v obličeji, a to již v novorozeneckém věku. Charakteristickými rysy jsou dlouhé řasy, krátký nos, úzké rty a srůstající obočí, také se mohou objevit srůsty prstů. Jedinci s DLS nejsou schopni verbálně komunikovat, proto jejich způsobem vyjadřování je chůze za ruku a fyzický kontakt s člověkem, od kterého požadují pozornost a uspokojení své potřeby. (Thorová, 2007)

Velmi častým projevem nelibost, úzkosti a frustrace je sebezraňování, které se projevuje trháním vlasů, škrábáním, kousáním, propichováním si kůže nebo lámáním kostí. (Kriegelová, 2008)

1.5.4 Syndrom Smith – Magenis

Jedná se o genetickou poruchu postihující na lidském těle spoustu systémů, vyskytující se v populaci s frekvencí 1:25000. Důsledkem je poškození raménka na chromozomu 17. Charakteristické jsou výrazné rysy obličeje, jako široký čtvercový obličej, hluboce posazené oči, předsunutá dolní čelist, plné tváře a zploštělý nos. Jedinci se SMS jsou malého vzrůstu se zakřivením páteře, jejich hlas je chraplavý, často se objevují oční vady jako myopie (krátkozrakost), strabismus (šilhání), ztráta sluchu a obzvlášť je snížená citlivost na bolest a teplotu. Tito lidé často vyžadují pozornost a sociální interakci, na sociální odměny reagují kladně. Velmi častým projevem poruch chování jsou záchvaty vzteku, poruchy pozornosti, impulzivnost, agrese, úzkostné stavy a sebezraňování jako bušení pěstmi, bití se do hlavy, kousání nehtů a rukou nebo škrábání oděrek.
(dostupné z: http://www.priznaky-projevy.cz/geneticke-nemoci/smith-magenis-syndrom-17p-syndrom-priznaky-projevy-symptomy, cit. 2016-02-03)

1.5.5 Syndrom Fragilního X-chromozomu

Vyskytuje se na druhém místě u narozených dětí hned za Downovým syndromem, jde o mutaci chromozómu X. Postiženi bývají jak chlapci (cca 1 z 1200), tak i děvčata, ale v menší míře. Typickým znakem osoby s tímto syndromem je těžká mentální zaostalost i autismus, častým projevem jsou poruchy chování. Osobitými rysy jsou úzký obličej, dlouhá spodní čelist, velké uši, vysoký hlas a zvětšená varlata.
(dostupné z: http://www.prenatal.cz/Images/Syndrom, cit. 2016-02-03)

Jak uvádí Thorová (2007) lidé s tímto syndromem se chovají shodně s lidmi s autismem. Ve velké míře se vyhýbají očnímu kontaktu a fyzickým dotekům, ale také se dokáží chovat přátelsky. Dokáží rukou radostně potřást, ale přesto se odvrátí celým tělem, mají stereotypní pohyby, často se projevuje echolálie, vyskytuje se narušené neverbální chování, problémy s porozuměním řeči a setříděním informací.

1.5.6 Poruchy autistického spektra

Poruchy autistického spektra (PAS) řadíme mezi pervazivní vývojové poruchy, kdy jde o výrazné narušení všech funkcí vývoje jedince. Charakteristickým rysem je deficit sociální interakce, různorodá úroveň verbálního a kognitivního projevu, častým projevem jsou negativní nálady až depresivní stavy spojené s agresí. Za posledních dvacet let počet jedinců s PAS výrazně narostl, od roku 2013 se uvádí 1 % jak u dětí, tak u dospělých. Mezi poruchy autistického spektra řadíme dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační poruchu a Rettův syndrom. Ohledně těchto poruch existuje velké množství výzkumů genetických i biologických, ale bohužel příčiny nejsou dosud známé. (Mertin, Krejčová, 2013).

1.5.7 Pradder – Williho syndrom

Tento syndrom se projevuje častěji u chlapců než u dívek, patří mezi chromozomální postižení a zároveň je pátým nejčastěji diagnostikovaným syndromem u narozených dětí. Po narození jsou děti hypotonické (nižší svalové napětí) a hypotrofické (nízká porodní váha), kolem 24 měsíce věku dítěte se objevuje hyperfagie (příjem nadměrného množství potravy). V předškolním období dochází u jedince k agresivnímu chování, jsou vzpurní až delikventní, pokud není uspokojena nutkavá potřeba se najíst. Pro jídlo jsou schopní krást, je jim jedno, kde jídlo seženou a v jakém stavu (sní jídlo nechutné a zkažené). Častým projevem jsou zkažené zuby. (Černá, 2015)

Dle Thorové (2007) se problémové chování netýká pouze jídla, ale dochází k sebepoškozování kůže (u 80 % jedinců), ke shromažďování nepotřebných předmětů a stereotypnímu vyjadřování.

1.5.8 Downův syndrom

Jedná se o nejčastější chromozomální abnormalitu (1 na 600 – 800 živých porodů), která se vyskytuje převážně u matek nad 35 let, ale důležitý je také věk otce nad 55 let. Downův syndrom se rozděluje do tří fenotypových skupin – trisomie 21 chromozomu (nejčastější), mozaiku a translokaci chromozomu. Příčiny vzniku jsou dosud neznámé. Charakteristickým rysem jedinců s DS jsou šikmé oči posazené vzhůru, malá hlava, kulatý obličej, malá ústa, velký jazyk, široký nos, krátké prsty na rukou, na dlaních vyskytující se příčná rýha, na noze mezi prvním a druhým prstem mají mezeru, rovné jemné vlasy a malý tělesný vzrůst. 40 – 60 % jedinců trpí srdeční vadou a 60 – 80 % různou sluchovou vadou. (Leifer, 2004)

„Přibližně u 15 % dětí s DS byla stanovena duální diagnóza, což znamená, že k MR je přidružena jiná psychiatrická diagnóza či neurobehaviorální porucha (tj. porucha chování, neurobehavioral disorder).“ (Thorová, 2007, s. 32)

Existují dva protichůdné názory týkající se chování osob s DS. Někdo říká, že jsou to klidné osoby a někdo zase, že jsou to jedinci těžko zvladatelní. Jedním ze způsobů podpory dobrého chování je předvedení dobrého chování a pak jen doufat, že nás napodobí. (Selikowitz, 2008)

Problémové chování se převážně vyskytuje u jedinců s DS v kombinaci s poruchou autistického spektra, které se projevuje sebezraňováním (kousání, bouchání se do hlavy, štípání a škrábání kůže), agresivitou (kopání, bití, tahání za vlasy), destruktivitou (rozbíjením a házením věcí), nepřizpůsobivostí či záchvaty vzteku. (Thorová, 2007)

1.5.9 Turnerův syndrom

Turnerův syndrom je zařazen mezi chromozomální poruchy, které se vyskytují u žen. Poruchy se objevují v oblasti sexuální, nedochází k vývinu pohlavních orgánů a prsů. Charakteristickým znakem je zpomalený růst, proto jsou jedinci malé výšky, na krku mají nápadnou kožní řasu a ve většině případů se objevuje strabismus. Dalším nápadným projevem je opožděný pohybový vývoj, potíže v jemné i hrubé motorice a dysfunkce verbální komunikace. Je prokázáno, že u tohoto syndromu má velký vliv dědičnost. (Černá, 2015)
U tohoto syndromu jde o onemocnění spojené s poruchou na nervově-psychické úrovni, proto se projevují velké odlišnosti v chování. Ženy jsou více plaché, úzkostnější, špatně rozumí nepsaným pravidlům, a proto se mohou dostat do obtížných situací. (dostupné

z: http://www.ulekare.cz/clanek/devcatka-s-turnerovym-syndromem-jsou-spolecenska-3704, cit. 2016-02-03)

2 PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Původní termín „problémové chování“, který byl užíván více jak před deseti lety v Severní Americe pro lidi s těžkými vadami, se nahradil příbuznými termíny jako chování abnormální, odchylné, poruchové, mentálně narušené, dysfunkční a nepřizpůsobivé. Tyto termíny se používaly k popisům nezvyklého chování jedinců s těžkým mentálním postižením. Patří mezi ně agrese, destruktivita, sebepoškozování, stereotypie a další řada neobvyklého chování, které je nepříjemné pro pečovatele a ošetřující personál (např. zvracení jídla, mazání si výkaly na tělo. (Emerson, 2008)

Co je považováno za problémové chování nejen v zařízeních sociální péče:

- agrese a násilí
- ničení majetku
- pokusy o sebepoškozování nebo sebevraždu
- verbální napadení
- výhružky
- pokřikování
- lhaní
- vykonávání tělesných potřeb na veřejnosti
- chování bez sexuálních zábran
- krádeže
- žalování na druhé
- zneužívání návykových látek
- časté vyžadování pozornosti ze strany personálu, lékařů
- plivání
- rozmazávání exkrementů nebo jejich strkání do kapes
- zastrašování
- rozeštvávání zaměstnanců/manipulace
- schování se
- křivé obviňování
- negativismus a apatie
- obtěžování/dotírání (Jůn, 2010)

Termín problémového chování se definuje jako: *„Kulturně abnormální chování takové intenzity, frekvence nebo trvání, že může být vážně ohroženo fyzické bezpečí dané osoby nebo druhých, nebo chování, které může vážně omezit používání běžných komunitních zařízení nebo může vést k tomu, že dané osobě do nich bude odepřen přístup.“* (Emerson, 1995, s. 13)

Tabulka 1 – Možné příčiny problémového chování

VNITŘNÍ	VNĚJŠÍ	MEZILIDSKÉ
Duševní zdraví	***Hluk***	***Poškození smyslového vnímání***
Epilepsie	***Teplota***	***Problémy s komunikací***
Potíže se sluchem či zrakem	***Přelidněnost***	***Nedostatečné oceňování***
Kognitivní schopnosti	***Osvětlení***	***Kultura a víra***
Dieta	***Nedostatečná/přílišná stimulace***	***Postoje, očekávání a zkušenosti***
Tělesné postižení	***Barvy***	***Pozornost***
Vedlejší účinky léků	***Zasedací pořádek***	***Zklamání***
Bolest	***Sterilní prostředí***	***Strach***
Zneužívání návykových látek	***Nepředvídatelné zvuky***	***Naučené chování***
Závislost	***Nedostatečné pochopení personálu***	***Nízké sebevědomí***
Fenotypy	***Nerespektování soukromí***	***Frustrace***
	Osobní prostor	
	Zdroje – peníze, fyzická síla, přístroje	
	Restriktivní/kontrolované prostředí	
	Zneužívání (fyzické, sexuální, emocionální, finanční)	
	Předvídatelnost	

Mnoho druhů problémového chování je reakcí na „problémové“ situace. Je však důležité poznamenat, že problémové chování není synonymem psychiatrické poruchy. Některé psychiatrické poruchy jako např. úzkost nebo mírná deprese neohrožují bezpečí jedince ani jeho okolí. Při jakékoliv odchylce v chování je důležitá strategie podpory, která má podstatné čtyři složky:

Prevence – poskytnutí vhodné pomoci a povzbuzení lidem s těžkým mentálním postižením, aby žili, učili se a pracovali v obohacujícím prostředí, podpora k rozvinutí adaptivního a sociálně vhodného chování.

Včasná detekce a intervence – optimální řešení vyskytujících se problémů je nutné popsat znaky, které jsou součástí selhání v rodinách, domovech a denních stacionářích.

Praktická, emoční a technická podpora – zajistit tuto podporu lidem, kde normálně žijí, učí se a pracují, tráví svůj volný čas. To vyžaduje efektivní přístupy při zvládání krizí.

Vývoj a podpora nových míst, kde by mohli žít, učit se a pracovat – pro některé z klientů tímto dochází ke zlepšení kvality jejich života. Jejich snahou (i mnoho let) by mělo být pochopení toho, že se dá na určité situace reagovat přiměřeným způsobem. (Emerson, 2008)

2.1 AGRESE, AGRESIVITA U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Výskyt problémového chování, tj. ignorování společenských norem, negativismus, agrese, autoagrese, přímo závisí na naplňování základních lidských potřeb. Pokud u člověka nejsou tyto základní potřeby naplňovány, tak pravděpodobně dojde k výskytu konfliktního chování. Agresivní, násilné jednání je často projevem využití účinného prostředku, který vede k dosažení určitého cíle (Vágnerová, 2004).

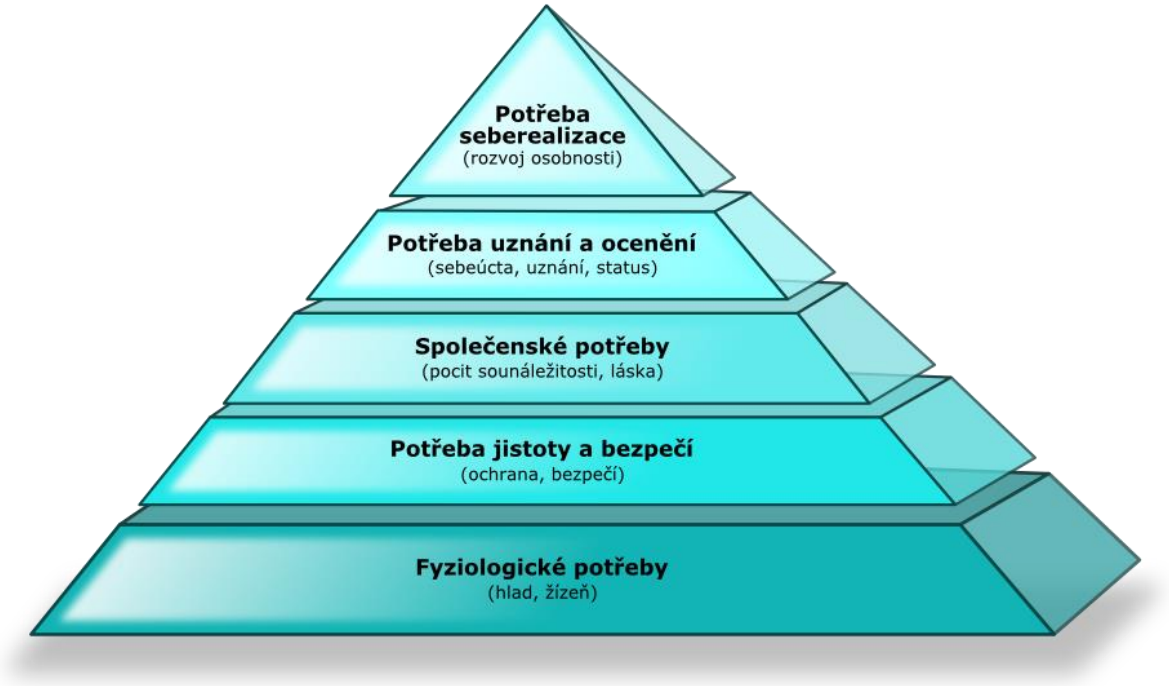
Abraham Harold Maslow (definováno v roce 1943) uvádí, že pokud má člověk uspokojeny základní potřeby (fyziologické), teprve potom se obrací k uspokojení potřeb vyšších. Nedostatek, případně frustrace na nižší úrovni brání k postupu výš. Dle této teorie má člověk pět základních potřeb a tvoří jakousi pomyslnou „pyramidu“.

Motto: *„Čím člověk **může** být, tím také **musí** být. Musí být věrný své přirozenosti… Na této úrovni jsou rozdíly mezi jednotlivci největší“.*

Abraham Maslow

V průběhu života mají tyto potřeby různý význam a často vyžadují, ve vazbě na aktuální vývojovou úroveň i různý způsob uspokojování. Jednotlivé potřeby jsou ve vzájemné interakci, kdy uspokojení jedné z nich může tlumit druhou a opačně. Pokud některá z potřeb není uspokojována v dostatečné míře, dochází ke změně intenzity, tj. změní se způsob jejího uspokojování. (Čadilová, 2007)

Mezi základní lidské potřeby patří:



Obrázek 1 - Maslowova pyramida (dostupné z: http://ografologii.blogspot.cz/2008/04/abraham-maslow-pyramida-potreb.html, cit. 2016-02-03)

2.1.1 Vymezení pojmu agrese

Agrese (z lat. *agressio*, výpad, útok) je v psychologicko – sociologickém pojetí chování, které vědomě a úmyslně ubližuje, násilně omezuje svobodu, poškozuje jiné osoby nebo věci a poškozuje relevantní normy. Důležité je tedy oddělení vhodného, přiměřeného a oprávněného chování od nevhodného, nepřiměřeného a neoprávněného chování, jež rámec chování mezi lidmi překračuje. (Vágnerová, 2004)

Je mnoho otázek, které bychom měli v souvislosti s agresivitou a agresivními lidmi – uživateli sociálních služeb řešit, hledat na ně odpověď, hledat cesty vhodného přístupu. Je to dlouhá cesta a ne každý z nás se dostane zdárně až k jejímu cíli. Ale co bychom měli zvládnout vždy, je pochopit příčiny vzniku agresivního chování a jednání. K tomuto pochopení je důležité, abychom věděli o agresivitě a jejím vzniku alespoň základní informace.

„Agrese – chování, které škodí nějakému cizímu člověku – buď bezprostředně (tělesné zraňování), nebo zprostředkovaně (duševní příkoří). Agrese může být ofenzivní (útok) nebo defenzivní (obrana). Někteří autoři rozlišují mezi agresí konstruktivní (stavebnou) a destruktivní (ničící), což umožňuje další vyjasnění. Boj proti zkorumpované diktatuře – i za použití násilí – je nepochybně agresivní, přesto však může mít naprosto konstruktivní

rysy, zatímco násilně rozšiřovaná rasová nenávist je jen ničící. Na druhé straně však výraz jako konstruktivní nebo oprávněná („přirozená“) agrese znamená nebezpečí zakrývání zásadní obtížnosti konstruktivního užití násilí“. (Schmidbauer, 1994, s. 10).

Stupně agrese

1. agresivní myšlenky
2. verbální agrese
3. agrese proti neživým předmětům
4. napadení osob

Agresivita je přirozenou součástí projevu živého organismu. Může být chápána jako energie v těle člověka, která se může velmi pozitivně využít, pokud je zvládána a pochopena. Je to sklon k útočnému jednání, které se přetváří do různých podob. Agresivita je způsob chování jedince na základě strachu, frustrace, heredity (dědičnosti), opuštění nebo tyranie. Tímto svým jednáním může vyjadřovat svůj stav ohrožení.

„Agresivita – připravenost agresivně reagovat na určité podněty. U různých lidí se projevuje velmi různě a značnou měrou závisí na kulturních vlivech (rozhodující námitka vůči pudové teorii agrese). Existují kultury, v nichž by „normální“ míra agresivity byla pro Evropana znamením vážného duševního onemocnění. Agresivitu lze přibližně určit testem (např. se zkouší, jak často dochází k agresivní reakci na simulované odepření)“. (Schmidbauer, 1994, s. 10).

Při dosahování svých cílů se často agresivita prolíná s asertivitou – sebeprosazováním. Denně se člověk setkává s náročnými problémy a v případě nepříjemných událostí dokáže svou vrozenou agresivitu zvládnout.

Šikanování, tyranizování a obtěžování jsou novými typy agrese, typickým znakem je nerovnost v síle „tyranizátora“ a oběti.

2.1.2 Teorie agrese

Za nejstarší teorii agrese je považována teorie, kterou v roce 1789 formuloval Jeremy Bentham. Věřil, že lidé jsou motivováni hledat potěšení a zamezovat bolesti, a že kriminální jednání spočívá na stejných principech. (Kohoutek, 2002)

Chování každého jedince ve velké míře ovlivňují jeho minulé životní zkušenosti. Sklon k agresivnímu chování se rozvíjí učením, proto není závislý pouze na dědičnosti, ale i na vlivu prostředí. Je nutné brát na vědomí, že agrese je součástí adaptačního mechanismu na vnější podmínky, jež člověka obklopují (Vágnerová, 2004).

Teorie vrozené agrese

Podle Sigmunda Freuda je agrese instinkt smrti obrácený do okolí člověka. Domníval se, že jsou lidé ovládáni instinktem k životu a destruktivním instinktem smrti.

Konrad Lorenz (1950) tvrdil, že je agrese vrozená, jejím uvolněním dochází k očištění jedince, což zvyšuje bezpečnost společnosti.

Jacobs, Brunton a Melville (1956) se zaměřili na chromozomové abnormality. Jejich zjištěním bylo, že v běžné populaci je menší výskyt chromozómu XYY než mezi vězni. Vyhodnotili závěr, že lidé, jež mají chromozómy XYY jsou agresivnější kvůli nadbytečnému chromozómu Y.

Reaktivní teorie agrese

Dle této teorie je agrese reakcí na vnější nebo vnitřní podněty.

John Dollard (1939) předpokládá, že dojde vždy k agresivnímu chování, pokud nejsou splněny určité cíle, které si jedince stanovil, tedy na základě frustrace.

Martin Seligman (1975) pokazuje na to, že frustrace může vést naopak k pasivitě. Upozornil na případ, který nastane při nemožnosti překonání zdroje agrese – zaměření agresivity na jiný objekt.

Albert Bandura (1977) je zastáncem názoru, že člověka mohou frustrující situace motivovat. Důraz klade na funkci osobní zkušenosti v procesu výchovy. Poukázal na to, že velký význam má výchova rodičů, důležité je to, zda agresivní chování bude odměněno nebo potrestáno.

Teorie naučeného chování

Bandura (1976) zdůrazňuje to, že agrese je naučená. Lidé se často chovají agresivně, protože zjistili během svého života, že se jim to nějakým způsobem vyplatí. (Kohoutek, 2002).

2.1.3 Členění agresivního chování

Pro vznik agresivity má člověk důvod, i když nám se může jevit jako nepodstatný a zbytečný. Psychologové člení agresivitu podle různých kritérií:

Agrese vyvolaná podnětem – agresivní chování je v jedinci vyvolané z důvodu vyvolávajícího podnětu.

- ***Agrese zlobná*** – u jedince je agresivní chování vyvoláno frustrací, jež je provázena pocity vzteku, nepřátelství a nenávisti. Tato agrese má pudový původ. Klient poškozuje nebo úplně ničí cílový objekt.
- ***Agrese zástupná*** **–** osoba si vybíjí svůj vztek a hněv např. údery do boxovacího pytle, agrese není zaměřena vůči věcem, lidem a zvířatům.
- ***Agrese vyvolaná strachem*** **–** jedinec si chová agresivně z důvodu strachu o svou osobu nebo osobu jemu blízkou.
- ***Agrese přesunutá*** **–** agrese je spojována s tzv. obrannými mechanismy. Útočník zaměřuje svou agresi proti další osobě, věci nebo zvířeti, který agresi v útočníkovi vyvolal.
- ***Agrese mateřská*** **–** agresivní chování matky při pocitu, že je ohroženo její dítě.
- ***Agrese instrumentální*** **–** není provázena zlostnými emocemi, je to technika, např. u sportovců, je výsledkem učení.
- ***Agrese institucionální*** **–** agresivní chování osob pobývajících v institucích.
- ***Agrese anticipující*** **–** útočník vyvíjí agresi vůči vetřelci na základě hájení vlastního území, životního prostoru nebo teritoria.
- ***Agrese altruistická*** **–** jedinec se chová agresivně z důvodu obrany druhých.

Agrese z hlediska četnosti a závažnosti

Jedinec reaguje agresivně na základě prožité epizody, např. při silném stresu. Je zde zastoupena trvalá pohotovost k agresivnímu chování způsobená např. somatickým vzhledem, psychickým stavem. Agresor pojímá své okolí velmi negativně, jeho jednání dosahuje takové míry a stupně, že jej hodnotíme jako asociální.

Agrese z hlediska jejího zaměření

Agrese se stává prostředkem, jedinec se díky agresi snaží dosáhnout svých potřeb nebo se agrese se stává cílem, kdy jedinec útočí cíleně, protože mu přináší uspokojení jeho agresivní chování.

Agrese z hlediska vztahu ke skupině

K agresivnímu chování může dojít po vyvíjení jednotlivce, avšak k agresivnímu jednání velmi často dochází ve skupině, tzv. skupinová agrese. Jde o zvyšující

se nebezpečnou agresi, kdy se jedinec cítí silný, cítí vzájemnou psychologickou podporu a necítí vlastní odpovědnost (Jůn, 2010).

2.1.4 Možné příčiny agrese v domovech pro osoby se zdravotním postižením

Jak uvádí Vágnerová (2004), sklon k agresivnímu chování je často podmíněn multifaktoriálně, což znamená, že na jedince působí různé vlivy jako vrozené dispozice, aktuální podněty a získané zkušenosti.

Dle Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. jsou domovy pro osoby se zdravotním postižením pobytová zařízení, kde je uživatelům se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení poskytována péče a podpora. Součástí vyhlášky č. 505/2006 Sb. jsou Standardy kvality sociálních služeb, které jsou poskytovatelé sociálních služeb povinni dodržovat. Díky těmto standardům došlo v posledních letech ke zlepšení kvality poskytování služeb. (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Jak Jůn (2010) uvádí, v těchto zařízeních dochází k častým výskytům problémového chování a ne každý zaměstnanec se vždy setká s úspěchem. Důsledky napadení mohou člověka poznamenat na krátkou dobu (pocity viny, ztráta jistoty, že umím jednat s klienty, psychická i fyzická únava) nebo delší dobu (přeceňování hrozícího násilí, nepřiměřený strach z opakovaného napadení). Na každého jedince působí prožitý agresivní útok jinak, vždy záleží na osobnosti zaměstnance, na jeho psychické odolnosti, jeho individualitě a životních zkušenostech. Je důležité o problémech mluvit s kolegy, opakovaně je rozebírat, postupně tak dojde k odreagování emocí spojených s negativním zážitkem. Vhodnou variantou je vytvoření preventivní strategie, kterou by se zabránilo dalším rizikům.

Projevy poruch chování jsou velmi rozmanité a také jejich intenzita může být různá. Pro ostatní mohou být nepochopitelné. Klientovo chování se může jevit jako zlé, může se zdát, že vše „dělá naschvál“. U pracovníků to často vede k negativnímu vztahu k takovéto osobě.

Zaměstnanci v domovech pro osoby se zdravotním postižením se setkávají s klienty, kteří ohrožují nebo dokonce fyzicky napadají druhé osoby, koušou, škrábou, bijí se a často také dochází k verbální agresi, vyhrožují, nadávají a používají vulgarismů. V jiných případech také může klient agresi obracet proti sobě. V této situaci je nutné si uvědomit, že agrese může být pro klienta jediným způsobem, jak může vyjádřit své pocity, zmatek, nepochopení situace, strach z „neznámého“.

Důležitou otázkou je, čím je vlastně problémové chování osob s mentálním postižením spouštěno? Zda je příčinou pouze handicap klienta, nebo může být příčinou služba, která je poskytována v dobré víře. Existují dva základní faktory, které jsou spouštěčem agresivního chování u osob s mentální retardací a s autismem, a to vnitřní faktor a vnější faktor. U vnitřního faktoru jde o organické a funkční poškození mozku, které spočívá v nedostatečné myšlenkové kontrole vlastních emocí, u vnějšího faktoru má vliv prostředí, kde uživatel každodenně žije. Zahrnuje nepohodlnost prostředí, jako např. světlo, teplo, nábytek, oděv uživatelů, zmatečnost, neví jak využít volný čas, příliš velké skupiny uživatelů, klient nechápe, co se od něj očekává, stereotypy zařízení. (Jůn, 2007)

Mezi další faktory, které do značné míry ovlivňující chování člověka, patří hluk, přelidněnost, nedostatečná/přílišná stimulace, barvy, zasedací pořádek, sterilní prostření, nepředvídatelné zvuky, nedostatečné pochopení personálu, nerespektování soukromí, osobní prostor, zdroje (peníze, fyzická síla, přístroje), restriktivní prostředí a zneužívání (fyzické, sexuální, emocionální, finanční).

Jak uvádí Jůn (2007), při agresivním chování uživatelů v domovech pro osoby se zdravotním postižením jsou převážně zastoupeny faktory vnější než faktory vnitřní, a to z důvodu velké kapacity klientů v těchto zařízeních. V těchto velkokapacitních zařízeních existuje spoustu dalších možných spouštěčů agresivního chování. Pro personál je důležité jakýmkoliv incidentům předcházet, než posléze problémové chování řešit. Velká část terapie je věnována prevenci problémového chování, o restriktivních postupech je uvažováno až v poslední řadě. Nejdříve se musíme rozhodnout pro typ terapie, kterou použijeme.

Motto: *„Úlohou personálu je být průvodcem klienta jeho incidentem spíše než původcem incidentu.“*

(Jůn Hynek, 2010)

2.1.5 Syndrom vyhoření

Ne každý člověk má v sobě dispozice k tomu, aby v klientovi viděl mimořádnou osobu, které by poskytnul individuální péči, potřebný čas, nebo mu pomáhal k rozvoji osobnosti. Lidé v pomáhajících profesích se setkávají s celou řadou problémů, zklamání a vyčerpání. Požadavky v zaměstnání se některým pracujícím mohou jevit jako nepřiměřené a nesplnitelné, představující velkou zátěž. Vše může vyústit k úplnému vyčerpání až onemocnění, k tzv. „burnoutu“ - syndromu vyhoření. (Jankovský, 2003)

Popis příznaků syndromu vyhoření v oblasti psychické, fyzické i sociální:

- Dostavuje se pocit celkového vyčerpání, především duševního, emocionálního a dochází ke ztrátě motivace.
- Převažuje pocit frustrace, nejistoty, bezvýchodnosti a beznaděje.
- Objevuje se pocit o vlastní bezcennosti, projevuje se negativismus a cynismus.
- Klesá zájem o témata se související profesí, často až negativní hodnocení dané instituce.
- Přichází sebelítost a intenzivní prožitek nedostatku uznání.
- Na úrovni fyzické dochází ke stavu celkové únavy organismu, apatie a ochablosti, rychlé unavitelnosti, projevují se bolesti hlavy a poruchy spánku, bolesti u srdce, dýchací obtíže, poruchy krevního tlaku, může dojít k závislostem všeho druhu.
- Celkový útlum sociability, nízká empatie a nechuť k vykonávané profesi
- Narůstají konflikty často i kolegy (dostupné z: http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/studie-syndrom-vyhoreni-vybrane-psychologicke-promenne, cit. 2016-02-03)

Pro člověka, kterého postihl syndrom vyhoření je jednou z možností návštěva psychologa, psychiatra nebo další osoby, která se touto rekonvalescencí zabývá. Důležitým předpokladem pro celkové zotavení je, chtít se uzdravit. Zapotřebí je také mnoho trpělivosti a tolerance, protože cesta k celkové pohodě je dlouhodobá. (Rush, 2003)

2.1.6 Prevence a terapie problémového chování

„Není obvyklé, aby problémové chování vždy bylo reakcí na konkrétní situaci. Běžnější je, že se dané chování sice pravděpodobněji vyskytuje v jistých situacích (např. během plnění určitého vzdělávacího úkolu), ale může mít pokaždé rozdílnou intenzitu a četnosti – lidé mají dobré a špatné dny. Nalezení souvislostí, které jsou „odpovědné" za tuto variabilitu a jejich obměny umožňují vyvinout velmi účinné nenásilné přístupy k intervenci, které prakticky odbourají motivační základ problémového chování". (Emerson, 2008, s. 105)

Terapie agresivního chování bývá často dosti složitá a málo efektivní. Prevence, pokud se zaměří na modifikaci postojů široké veřejnosti, bývá účinná. (Vágnerová, 2004)

Emerson (2008) uvádí, že účinky ***behaviorální terapie*** mají vliv na zvyšování ochoty a omezení problémového chování nad neochotou, na plnění úkolů a také možnosti volby.

Je nutné u klienta v rámci prevence změnit spouštěcí mechanismus chování tak, aby vůbec neměl možnost sáhnout k problémovému chování, tj. věnovat mu patřičnou pozornost. Zapotřebí je také učit klienta, že lze v různých situacích použít i sociálně přijatelnějšího chování, než to, kterým na sebe upozorňuje (např. rázné usednutí na zem). Snažíme se, aby klient pochopil, že problémovým chováním se ke svému určitému cíli nedostane a využíváme mechanismů sociálního učení. (Jůn, 2010)

Sociální učení je soubor procesů, kterým se člověk učí žít s ostatními ve společnosti a aktivně se do ní začlenit, komunikovat, přijmout sociální role a v zásadě dodržovat její normy. Mezi základní mechanismy sociálního učení patří napodobování, učení sociálním posilováním (odměna a trest), observační učení (zástupní učení), sociální učení se zdůvodněním a záměrem a učení identifikací, přijímáním nebo zamítáním modelů. (Čáp, Mareš, 2001)

Napodobování probíhá již od raného dětství, kdy si dítě osvojuje chování ve vztahu k jiným lidem. Děti napodobují své nejbližší v komunikaci i projevech emocí. Napodobování je východiskem ze situací, kdy se lidé snaží chovat jako ti druzí, když se dostanou do „nové" problémové situace. (Čáp, Mareš, 2001)

Učení sociálním posilováním - je přirozené, že rodiče své děti odměňují za chování, které odpovídá normám a zvyklostem sociální skupiny, do které patří (odměna a trest). Totéž platí i u dospělých, kdy může být sociální odměnou různá forma pochvaly a sociálním trestem projevy nesouhlasu a vyloučení z určité skupiny lidí. Odměny i tresty mají silné účinky, avšak vždy záleží na individualitě jedince a vzájemném vztahu k jiné osobě. (Čáp, Mareš, 2001)

Při observačním (zástupném učení) není podstatné, aby byl odměněn či potrestán přímo ten klient, na kterého se chce personál zaměřit, pouze stačí, když daný jedinec sleduje případy, kdy byla za určité chování odměněna či potrestána jiná osoba. (Čáp, Mareš, 2001)

Učení identifikací je téměř shodné s učením napodobováním. *„Je to záměrné úsilí o převzetí způsobu modelu chování, se kterým se jedinec identifikuje, ke kterému má silný emoční vztah*". (Čáp, Mareš, 2001, s. 193-194)

Další možností ovlivnění a omezení problémového chování je ***psychofarmakologie.*** Podstatou je znát účinky podávaných léků na chování pacientů, u kterých jsou vytvářeny behaviorální postupy. U osob s těžkou mentální retardací s problémovým chováním je psychofarmakologická intervence nejběžnější formou terapie. Není však možné přesně určit, u kterých osob může podávání neuroleptik úspěšně ovlivnit problémové chování. Dle organizace Cochrane Collaboration (organizace zabývající se účinky terapeutických

postupů), není žádný důkaz, že by používání neuroleptik mělo pozitivní vliv v terapii problémového chování. (Emerson, 2008)

„…je diskutabilní, zda je používání antipsychotické medikace u lidí s mentálním postižením a problémovým chováním etické, mělo by být pod přísnou kontrolou. Přinejmenším by měly být identifikovány spolehlivě změřené a zaznamenané cílové symptomy, jako základ pro rozvahu, zda se přistoupí k experimentální terapeutické antipsychotické medikaci. Pravidelně by měly probíhat i kontroly účinnosti a nepříznivých účinků. Pokud nenastane žádné zlepšení problémového chování, antipsychotická medikace by měla být ukončen.“. (Brylewski&Duggan, 1999, s. 369)

PRAKTICKÁ ČÁST

3 METODOLOGIE PRAKTICKÉ ČÁSTI

Praktická část diplomové práce se zabývá výzkumným šetřením projevů agresivního chování. Po řádném uvážení je stanoven cíl výzkumného šetření, druh výzkumného šetření, metody výzkumného šetření a vzorek výzkumného šetření.

Pro výzkum jsou vybrány čtyři osoby s mentálním postižením žijící v Domově pro osoby se zdravotním postižením Javorník, Chvalčov. U těchto lidí je častým projevem problémové chování. Jsem zaměstnancem tohoto zařízení a s těmito projevy se osobně setkávám nejen já, ale i mé kolegyně. Z tohoto důvodu jsem si předmětné téma zvolila.

3.1 CÍL VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Hlavním cílem diplomové práce je detailně zjistit formou případových studií nejen to, zda se zaměstnanci v zařízení s projevy agresivity ze strany klientů setkávají, ale i situační příčiny této agrese a způsob, jakým je pracovníky vnímána. Dílčím cílem práce je zkoumat, jakými metodami personál problémovému chování předchází a pokud již ke konfliktu došlo, tak jak na situaci reaguje.

Případová studie je jedním z přístupů kvalitativního výzkumu. Je definována obecně jako podrobné studium jednoho nebo více případu. V minulosti byla případová studie, neboli, kazuistika, či studie případu, metodou lékařskou, která rozebírá a popisuje léčebné případy. Později se postupy rozšířily i do ostatních vědeckých oblastí a v současné době se mluví o právnické, psychologické, pedagogické či speciálně pedagogické kazuistice. Obsahuje převážně rodinnou a osobní anamnézu, diagnózu a prognózu, průběh a výsledky intervence (Edelsberger, 2000).

Jak uvádí Vašek (1991, s. 92), na případovou studii (kazuistiku) je ve speciální pedagogice pohlíženo jako na metodu spočívající ve zjišťování všech písemných i jiných materiálů o jedinci s postižením. Jedná se o materiály lékařské, psychologické, sociální, soudní spisy, vysvědčení nebo posudky. Řadí se zde také takzvané *„retrospektivní diagnostiky vážící se ke zvláštnostem psychomotorického vývoje klienta, k překonaným nemocím, rodinnému prostředí, v němž klient vyrůstal.“*

V diplomové práci jsou formou případových studií popisování čtyři klienti, ***Jaroslav***, 36 let, se středně těžkou mentální retardací s významnými poruchami chování, ***Ludmila***, 28 let, s lehkou mentální retardací s významnými poruchami chování, ***Martin***, 28 let, se středně těžkou mentální retardací – hranice LMR s významnými poruchami chování

a ***Anna***, 52 let, s lehkou mentální retardací s poruchami chování. Jsou zde uvedeny postřehy nežádoucího chování a postupy zvládání tohoto chování ze strany personálu.
Diplomovou práci provází zásadní otázky:

- K jakým projevům agresivního a problémového chování u vybraných klientů dochází?
- Jak často se agresivní chování vyskytuje?
- Jakým způsobem personál zařízení agresivní chování klientů zvládá?
- Jakým způsobem je agresi předcházeno?
- Jak je řešeno agresivní chování?

3.1.1 Druh výzkumného šetření

K dosažení cíle výzkumného šetření je zvolen ***kvalitativní výzkum*** zaměřený na detailní studii zdravotního stavu klienta, osobní i rodinnou anamnézu, problémového chování, vlastní pozorování, analýzu a interpretaci. Projevy jakéhokoliv problémového chování se u každého jedince vyskytují individuálně, proto je mým názorem, že pro danou problematiku je tato metoda nejvhodnější.

Jak uvádí Chrástka (2007, s. 32), *„kvalitativně orientované výzkumy vycházejí naproti tomu zejména z fenomenologie, která zdůrazňuje subjektivní aspekty jednání lidí, a tudíž kvalitativně orientované výzkumy připouštějí existenci více realit. Z rozdílných filozofických východisek vyplývají i další rozdíly (cíle výzkumu, přístup badatele apod.).“*

3.1.2 Metody výzkumného šetření

Při výzkumu je použita metoda ***dotazníku*** určeného pro klíčové pracovníky zkoumaných osob. Dotazníkem jsou zjišťována určitá fakta nebo jevy, staticky nebo dynamicky. P. Gavora (2000) vymezuje dotazník jako *„způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí.“* Dotazník je soubor předem připravených a pečlivě kladených otázek, které jsou významně seřazeny, a na které písemně dotazovaná osoba odpovídá.

Pro diplomovou práci je dotazník důležitý pro zjištění informací o klientovi, ale také udává postoje personálu k projednávané tématice, což tvoří převážnou část výzkumu. Tento dotazník je určen pro klíčové pracovníky a obsahuje třináct otevřených otázek týkajících se agrese. Vzor dotazníku je uveden v práci v příloze 2.

Důležitým faktorem v rámci šetření je ***rozhovor*** a vlastní ***pozorování*** uváděných klientů, které je zpracováno v případových studiích. Hendl (2005) uvádí, že u kvalitativních rozhovorů sběr dat tvoří naslouchání vyprávění, kladení otázek a získávání odpovědí. Otázky jsou kladeny formou rozhovorů (nestrukturované a polostrukturované), dotazníků (strukturované rozhovory), škál a testů. Uvedené metody se mohou různě doplňovat nebo kombinovat s jinými. Podstatná je pravdivost odpovědi dotazovaného, a také je důležitý způsob kladení otázek, které musí být jasné, citlivé, neutrální a otevřené. Dotazovaný musí vyjádřit svůj pocit a názor, používá vlastní slova bez jakéhokoliv vnucování odpovědi.

Pro výzkumné šetření diplomové práce jsou použity ***strukturované rozhovory*** s klíčovými pracovníky čtyř zkoumaných klientů. Tyto rozhovory probíhají dle vzoru dotazníku uvedeného v příloze 2 a zároveň je pracovníky poskytnuta zpětná vazba o srozumitelnosti kladených otázek. Rozhovor trvá přibližně třicet minut a probíhá s každým zaměstnancem samostatně na jeho příslušném pracovišti.

Důležitou metodou v kvalitativním výzkumu je pozorování, které je možné charakterizovat jako smyslové vnímání okolního světa. Jde o cílevědomé, soustavné a plánovité vnímání jevů a procesů směřujících k odhalení určitých souvislostí a vztahů zkoumané skutečnosti. Pozorování vědecké, na rozdíl od „laického“ je definováno jako technika získávání dat založená na zaměřeném, systematickém a organizovaném sledování fenoménů a aspektů, jež se zkoumají. Mělo by být přesně organizované, probíhající dle daného plánu, pozorované jevy a procesy musí být jasně registrované. Analýza pozorovaných údajů tvoří závěr procesu pozorování. (Reichel, 2009)

Pro účely diplomové práce je umožněno přímé ***pozorování*** klientů s problémovým chováním, které probíhá po domluvě s personálem v jejich přirozeném prostředí domova. U klienta Jaroslava a klientky Ludmily v samostatném pavilonu, klienta Martina na oddělení permanentní péče a Anny v centrální budově. Toto pozorování je skryté, kdy zkoumaní klienti nevědí o účelu pozorování, a probíhá průběžně v rozmezí osmi měsíců.

V diplomové práci byla použita metoda ***retrospektivní analýzy dat***. Retrospektivní studie z vybraných starších případů sbírají data z dostupných dokumentací. Finanční nenáročnost a vcelku rychlá dostupnost odpovědí na dané otázky je velkou výhodou. Hlavní nevýhodou, která může výsledky studie změnit je nepřesnost nebo chyba v záznamech. (dostupné z https://cs.wikipedia.org/wiki/Anal, cit. 2016-03-03)

Pro vypracování všech případových studií je použit sběr informací ze zdravotní a sociální dokumentace, ze zpráv z psychologických vyšetření, individuálních plánů klientů

a interních záznamů pracovníků. Veškerá dokumentace je vedena pouze písemnou formou, proto jsou výsledky vyhledány fyzicky.

3.1.3 Vzorek výzkumného šetření

Pro realizaci výzkumného šetření v Domově pro osoby se zdravotním postižením Javorník, Chvalčov jsou záměrně zvoleni čtyři klienti, u kterých se agresivní chování projevuje opakovaně, v různých časových intervalech a v různých formách. Jedná se o ženu s lehkou mentální retardací ve věku nad 50 let, ženu s lehkou mentální retardací do 30 let, muže se středně těžkou mentální retardací do 40 let a muže se středně těžkou mentální retardací – hranice LMR do 20 let, znázorněno v tabulce 2.

Zkoumaní uživatelé byli vybráni z celkového počtu 44 klientů s poruchami chování nebo významnými poruchami chování v pásmu lehké a středně těžké mentální retardace. Tito klienti vyžadují individuální a mimořádnou péči ze strany personálu. Častým jevem vyskytující se u těchto osob je agrese *verbální*, *fyzická*, mnohdy se vyskytují i sklony k *autoagresi*. Problémové chování u těchto jedinců má negativní dopad nejen na personál, ale také na ostatní uživatele.

Tabulka 2 – Klienti účastnící se výzkumného šetření

JMÉNO KLIENTA/KY	***DRUH ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ***	***VĚK***	***DOBA POBYTU V ZAŘÍZENÍ***
Jaroslav	***Středně těžká MR - významné poruchy chování***	***36 let***	***20 let***
Ludmila	***Lehká MR – významné poruchy chování***	***28 let***	***11 let***
Martin	***Středně těžká MR – hranice LMR – významné poruchy chování***	***18 let***	***2 roky***
Anna	***Lehká MR – poruchy chování***	***52 let***	***11 let***

3.2 CHARAKTERISTIKA ZAŘÍZENÍ

Domov pro osoby se zdravotním postižením Javorník, Chvalčov se nachází v oblasti Hostýnských hor, poblíž města Bystřice pod Hostýnem. Areál zařízení leží v severní části obce Chvalčov. Objekt je složen ze sedmi pavilonů. Komplex tvoří centrální budova se dvěma odděleními pro klienty s vyšší mírou podpory, zde je také třída Základní školy praktické

a Základní školy Speciální Kroměříž, centrum denních aktivit, dílny pracovních terapií (keramická dílna, tkalcovská dílna, šicí dílna, ateliér, vyšívací dílna), rehabilitace s vodoléčbou, administrativa domova a kuchyně. Nedaleko hlavní budovy stojí čtyři samostatné pavilony určené pro klienty s nižší a střední mírou podpory. Celý objekt je obklopen přilehlou zahradou, kterou klienti využívají k relaxaci a volnočasovým aktivitám. Domov pro osoby se zdravotním postižením Javorník je bezbariérovým zařízením s vybavením přizpůsobeným zdravotnímu postižení klientů, je bez omezení vstupu a začleněn mezi běžnou zástavbu rodinných domů. (Fotografie zařízení jsou součástí Přílohy 1)

Prvopočátky Domova pro osoby se zdravotním postižením Javorník jsou již na Sv. Hostýně, kde sídlil Ústav sociální péče pro mentálně postiženou mládež Hostýn. Budovy zařízení byly původně postaveny pro účely církve, jež zde zajišťovala ubytování poutníkům navštěvujícím poutní místo Hostýn. Objekty byly po znárodnění využívány různými organizacemi a v roce 1963 po rekonstrukcích sloužily mentálně postižené mládeži, o kterou se staraly řádové sestry z kongregace Milosrdných sester svatého kříže. Posléze byly řádové sestry nahrazeny civilními zaměstnanci, jež měli na starost 181 obyvatel. V roce 1986 byl počet obyvatel snížen na 121.

V roce 1989, po změně politického systému v Československu, se zabavené objekty začaly vracet původním majitelům. Snahu o vybudování nových objektů projevil Okresní úřad Kroměříž, který byl zřizovatelem Ústavu sociální péče Hostýn. V roce 1992 začala výstavba nového zařízení v obci Chvalčov a již v květnu 1994 se klienti z Ústavu sociální péče Hostýn, přestěhovali do nového. Domov Javorník se v roce 2004 začlenil pod příspěvkovou organizaci Sociální služby Uherské Hradiště.

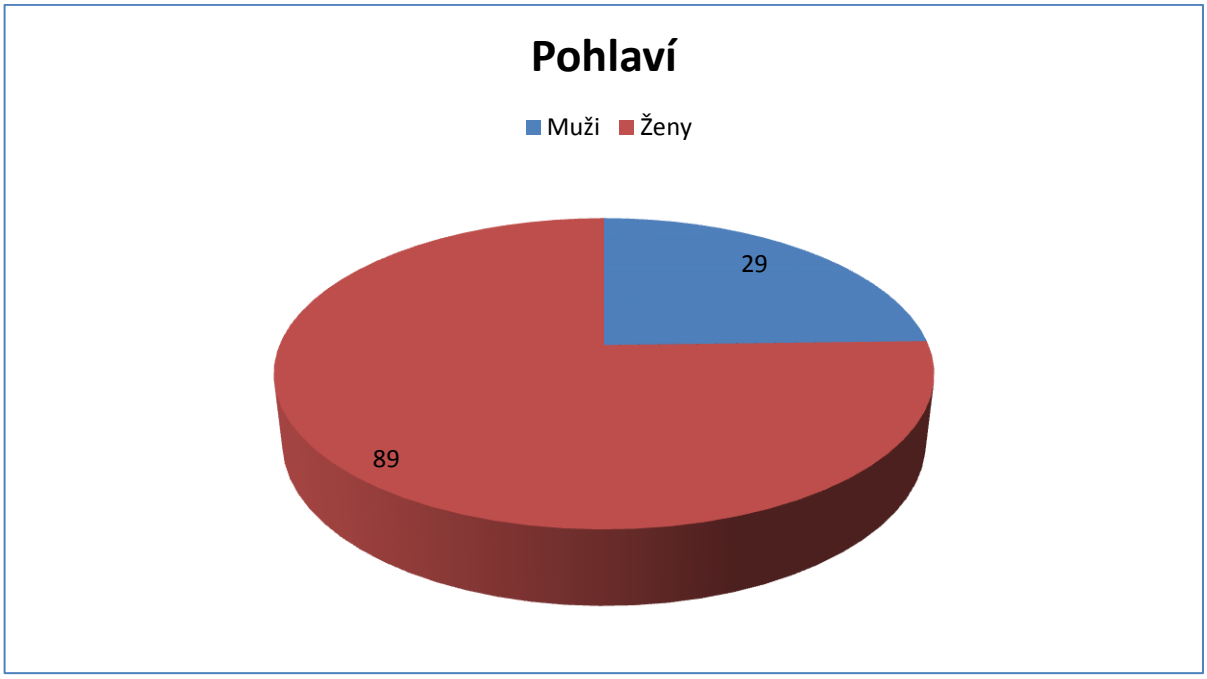
Ubytování je klientům nabízeno v sedmi kategoriích (jednolůžkové, dvoulůžkové a vícelůžkové pokoje) se samostatným nebo společným sociálním zařízením.

Domov pro osoby se zdravotním postižením Javorník Chvalčov je koedukované zařízení pro osoby s mentálním nebo kombinovaným postižením ve věku 19 – 64 let, celková kapacita je 118 klientů (114 osob – celoroční pobyt, 4 osoby – denní stacionář). V současné době je služeb Domova pro osoby se zdravotním postižením Javorník využíváno 118 osobami, z toho 89 ženami a 29 muži, znázorněno v grafu 1. Původní zařízení bylo určeno pouze pro ženy, proto i nyní je jasná převaha žen (vyplynulo z historického vývoje).

Nedílnou součástí Domova pro osoby se zdravotním postižením Javorník je kulturní, sportovní a společenský život, aby klienti mohli v co největší míře využít svůj volný čas. Během celého roku jsou zařízením organizovány pobyty (např. zimní rekreace na horách, letní rekreace na horách i u vody doma i v zahraničí) i turistické vycházky. Klienti se také

účastní speciálních olympiád, sportovních her a společenských akcí. Zařízení také umožňuje zprostředkování canisterapie a hippoterapie.

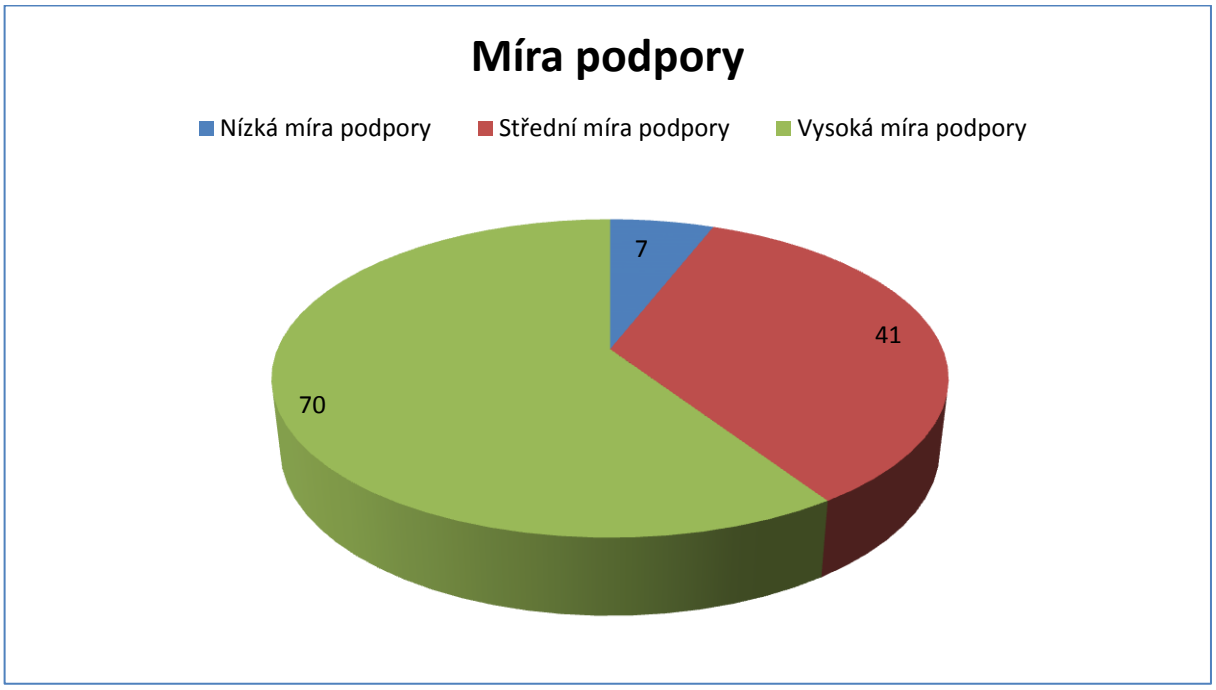
Domov pro osoby se zdravotním postižením Javorník vychází i individuálních přání, potřeb, schopností a možností klienta. Snahou je snížení závislosti klientů na jiných osobách a podpora v samostatném rozhodování a projevu vlastní vůle. Službu poskytuje kvalifikovaný personál 47 pracovníků v sociálních službách, 8 zdravotních sester a 21 pracovníků ostatních. (více na internetových stránkách http://jaryn.nwt.cz/usp/)



Graf 1 – Rozlišení klientů dle pohlaví v DZP Javorník, Chvalčov

V Domově se zdravotním postižením Javorník, Chvalčov je poskytována potřebná míra podpory, což je znázorněno v grafu 2:

Nízká míra podpory – 7 klientů
Střední míra podpory – 41 klientů
Vysoká míra podpory – 70 klientů



Graf 2 – Míra podpory v DZP Javorník, Chvalčov

V zařízení je u **118** klientů převažující diagnózou mentální postižení, z toho:

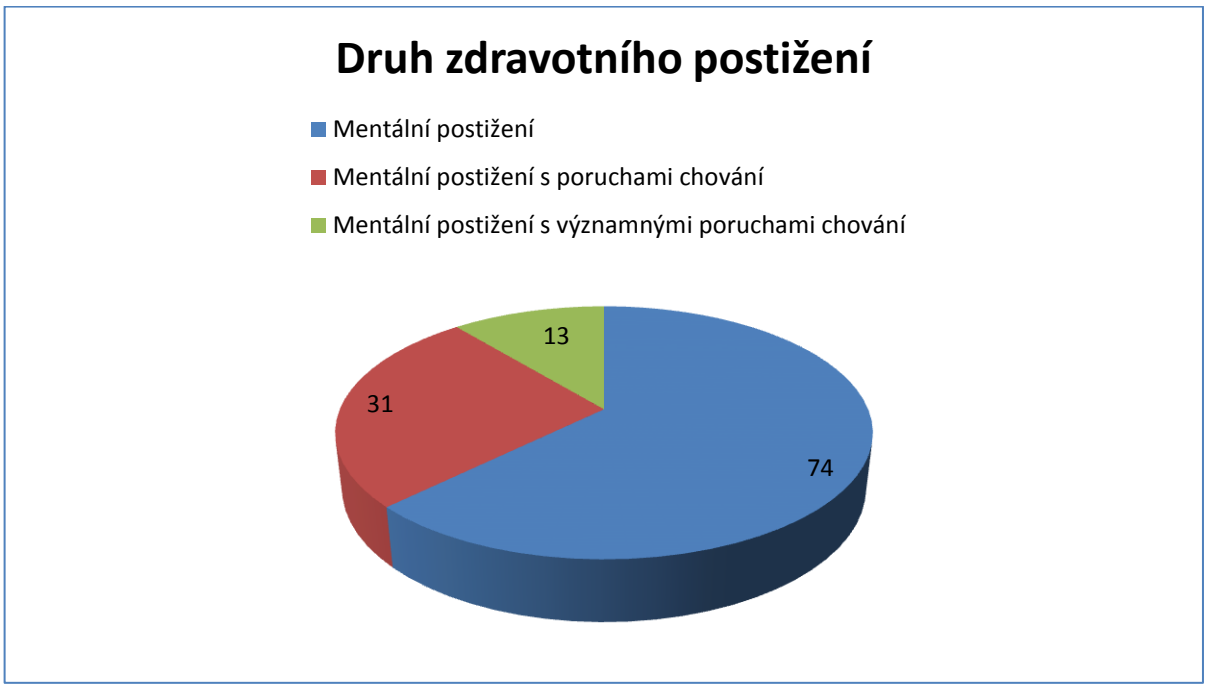
74 klientů *má diagnostikováno* ***mentální postižení***

31 klientů *má diagnostikováno* ***mentální postižení s poruchami chování***

13 klientů *má diagnostikováno* ***mentální postižení s významnými poruchami chování*** (znázorněno v grafu 3)

Z celkového počtu klientů má ***6 klientů zrakové postižení*** a ***26 klientů je imobilních***.

Z celkového počtu 44 klientů s mentálním postižením s poruchami chování nebo významnými poruchami chování byli vybráni 4 klienty patřící do lehké a středně těžké mentální retardace. Jedná se o klienty, kteří vyžadují ze strany personálu mimořádnou a individuální péči a pozornost.



Graf 3 – Druh zdravotního postižení v DZP Javorník, Chvalčov

4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Výzkumné šetření v Domově pro osoby se zdravotním postižením Javorník, Chvalčov probíhalo po dohodě se zaměstnanci od 1. 6. 2015 do 31. 1. 2016. Dotazníky byly klíčovým pracovníkům předány a zadané otázky náležitě vysvětleny. Následně byli požádáni o vyplnění těchto dotazníků, poskytnutí rozhovoru, a o umožnění pozorovat zkoumaného klienta v průběhu dne. Byli také seznámeni s tím, že se jedná o výzkumný materiál, který bude použit do diplomové práce. Zároveň byli ujištěni o zachování anonymity všech zúčastněných. Veškerá jména jsou v diplomové práci pozměněna.

Výsledky jsou prezentovány formou ***případových studií***. Pro diplomovou práci je zvolen výzkum zaměřený na detailní studii zdravotního stavu klienta, na jeho osobní anamnestické údaje a problémové chování. Je sledován jeho vývoj, projevy jeho chování ve školním i domácím prostředí. Dle Švarcové (2006), je v očích „laické“ veřejnosti jedinec s postižením agresivní, plný zloby, vzdělatelný a vychovatelný jen do určitého stupně. Mé zkušenosti jsou však poněkud jiné a ve své praxi se setkávám s jedinci, kteří pod správným vedením, dobrou motivací, dokáží svými nepatrnými pokroky překvapit. K získání potřebných údajů je použita metoda dotazníku pro klíčové pracovníky, rozhovoru, pozorování, významná pro zpracování případových studií je zdravotní a sociální dokumentace, zprávy z psychologických vyšetření, individuální plány a interní záznamy pracovníků.

Z Domova pro osoby se zdravotním postižením Javorník, Chvalčov jsou záměrně vybráni čtyři klienty, kteří mají v diagnóze mentální retardaci v pásmu lehkého až středně těžkého defektu s poruchami chování nebo výraznými poruchami chování. Všechny informace, které zde uvádím, jsou použity pouze pro tuto práci ke studijním účelům.

4.1 PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 1

Klient JAROSLAV

Věk: 36 let

Pohlaví: muž

Vzhled: Jaroslav je muž menší obéznější postavy, nápadného vzhledu, s charakteristickým držením těla a chůzí.

Současná diagnóza a zdravotní stav

Mentální retardace v pásmu středního defektu – makrocephalie na basi vnitřního hydrocephalu
Významné poruchy chování vyžadující pozornost
Tumor varlat
DMO – levostranná hemiparesa
Epileptický syndrom
Obezita

Jaroslav je muž žijící v zařízení domova již od roku 1996. Klient žije ve čtvrtém samostatném pavilonu s dalšími šestnácti klienty. O svůj pokoj se dělí s mužem (37 let) a chlapcem (15 let). Jedná se o osobu s významnými výchovnými problémy. Vzhledem k diagnóze se u něj projevují poruchy chování a stupňují se agresivní výbuchy vůči ostatním klientům. Má tendenci napadat i personál. Po domluvě a upozornění na slušné chování reaguje autoagresí. Dle informací od rodiny klienta je Jaroslav agresivní i doma na své rodiče, kam jezdí v neděli. V roce 2012 mu byl diagnostikován tumor varlat. Podstoupil náročnou operaci s následným ozařováním a chemoterapií. Vše proběhlo v pořádku. V oblasti hygienických návyků je nutný dohled personálu. Jaroslav je samostatný pouze v konzumaci jídla. Při hygieně je nutné dohlédnout na čištění zubů, mytí rukou, obličeje i těla. Je schopný si obléci věci, které mu personál nachystá, avšak častokrát si je obleče naopak. I po několikaleté snaze o nácvik těchto jednoduchých návyků potřebuje nutný dohled druhé osoby. Není schopen si kolem sebe udržet pořádek a čistotu. Klient užívá psychiatrickou medikaci dle ordinace lékaře. Má uznané mimořádné výhody III. stupně, průkaz ZTP/P, je plně invalidní.

Osobní a rodinná anamnéza

Jaroslav je dítě z první gravidity. Nejstarší ze dvou chlapců. Šlo o komplikovaný porod. Dítě mělo slabší sací reflex. V osmi měsících laryngitida, ve dvanácti měsících bronchitida. Nadále opakované katary horních i dolních cest dýchacích. Velice často býval nemocný. Psychomotorický vývoj byl zpožděn v prvním roce, nadále se u něj projevila retardace psychomotorického vývoje ve všech složkách. Od osmého měsíce cvičil na ortopedii, jelikož mu byla zjištěna hypotonie. Se svými rodiči dojížděl do psychiatrické kliniky do Brna. Jaroslav začal chodit až kolem druhého roku života. Projevoval se nápadnou

velikostí hlavičky. V roce 1983 mu byl zjištěn vrozený hydrocephalus s levostrannou hemiparesou, po celou dobu byl sledován na neurologii a psychiatrii. Rodiče se několikrát pokoušeli o zařazení chlapce do mateřské školky, avšak neúspěšně. Soud rozhodl o tom, že pro Jaroslava je vhodný pobyt v zařízení s permanentním dohledem, a pro trvalé poškození psychických funkcí byl zproštěn povinné školní docházky. Od šesti let dojížděl v doprovodu rodičů do týdenního stacionáře Ústavu sociální péče Dřevohostice. Po čtyřech letech nastoupil do Domova se zdravotním postižením Javorník, Chvalčov, kde žije dodnes. V roce 1992 měl epileptický záchvat. Byl hospitalizován na neurologii a psychiatrii v Bohnicích pro poruchu chování s prvky agresivity. Při hospitalizaci spadl ze schodů, při čemž se následně utvořil subdurální hematom, který musel být odoperován. Při vyšetření mu byl zjištěn tumor ledvin. Jaroslav podstoupil nefrektomii na levé straně. Z rodinné anamnézy je zjištěno, že sestra matky zemřela v raném dětství na vývojovou poruchu.

Jaroslav je ve svých 36 letech obézní, neklidný, roztěkaný, s častými ataky vzteku a agrese. Převážně pokud ihned nejsou splněny jeho požadavky. Není schopný samostatné sebeobsluhy. Jelikož je velice neobratný, složitější úkony zvládne pouze s dopomocí druhé osoby, často na to spoléhá, nemá snahu. Není schopný samostatného úsudku. Zcela mu chybí logické myšlení. Jaroslav se projevuje velmi nápadnou zpomalenou chápavostí, jednoduchostí a konkrétností úsudků. Pro své nevhodné chování bývá často napomínán jak personálem, tak spolubydlícími v zařízení. S problémy vyplývajícími z diagnózy není schopen udržet pozornost déle jak dvě minuty. Při pokusu o rozhovor jeho pozornost rapidně klesá, je roztěkaný, většinou na otázku ani neodpoví nebo odpoví „svým dotazem“: *„Cos měla včera na večežu?“* Kontakt se snaží navazovat spontánně, ale jen to, co chce. Mluví ve velmi krátkých větách, které obsahují dvě až tři slova. Číst ani psát neumí, ale i přesto, že se jej to matka snažila naučit. Jeho matka je učitelkou na základní škole, tudíž měla na svého syna vyšší nároky. Přes svou diagnózu neprojevoval sebemenší náznak posunu ve všech oblastech.

Při pokusu o rozhovor slova komolí, avšak jde mu porozumět (personál rozumí, cizí osoba by zřejmě obsah sdělovaného nepochopila). Hygienu neudržuje, na toaletu si zajde, poté se však neutře, ani neumyje ruce, musí být dohled. V noci se pomočuje, téměř každé ráno se musí převlékat ložní prádlo. Při osobní hygieně potřebuje dohled druhé osoby. Není schopný si sám zregulovat teplou a studenou vodu. Zuby si čistí s dopomocí. Ve svém osobním cíli má zařazen nácvik těchto hygienických návyků. Kromě toho se snaží nacvičit přípravu svého jídla, avšak zatím není schopný si namazat chléb máslem. Příbor u oběda rozezná, avšak nepoužívá, jí lžící. Při oblékání potřebuje dopomoc. Nezvládne si zapnout zip, knoflíky, ani zavázat tkaničky. Nechápe princip, veškerou obuv má na suché zipy.

Při výtvarné výchově nakreslí neobratně čtvereček a kolečko. Když je požádán, aby nakreslil strom – namaluje několik kostrbatých koleček. To samé kreslí při postavě, i při jakémkoliv jiném tvaru. Nezvládne jednoduché počty, ani nerozezná písmenka. Potřebuje neustálý dohled druhé osoby.

Problémové chování

Díky své diagnóze a poruchám chování má Jaroslav časté konflikty se svými spolubydlícími a ostatními klienty v zařízení. Poslední dva roky se u Jaroslava stupňuje neklid a objevují se agresivní výbuchy i vůči personálu a lidem mimo areál. Agrese vůči ostatním kolem sebe je jak slovní, tak i fyzická. Myslí si, že všichni musí udělat to, co on si „usmyslí". Jakmile mu není vyhověno, reaguje výbuchem vulgárních slov, s častými náznaky fyzického napadení (bouchání, bití, žduchání atd.). Po napomenutí personálem reaguje jak slovními vulgarismy, tak autoagresí. Začne se kousat do rukou, bouchat do předmětů kolem sebe, křičí, vzteká se a napadá ostatní spolubydlící. Jaroslav je velmi těžce zvladatelný. Nerespektuje doporučení k umírnění svého výbušného chování a prosazuje si jen svůj postoj a své zájmy. Na důsledky nebere ohled. Problémy nastávají již od rána, kdy Jaroslav chodí po pokoji a bere osobní věci spolubydlícím v místnosti. Klientům se to samozřejmě nelíbí a brání se nejdříve oslovením, aby vše vrátil, po neuposlechnutí křikem, mnohdy fyzickým napadením (žduchnutí). Bohužel klient chodí i na pokoje ostatních spolubydlících na stejném patře a schválně je provokuje. Dělá na ně pošklebky a vulgárně jim nadává. Narušuje svým chováním celý chod samostatného pavilonu. Všichni klienti začnou křičet a situace je velmi obtížně zvladatelná. Nerespektuje jak slovní napomenutí, tak zákazy. Utíká z domečku neoblečený, nepřezutý, pokud jej personál upozorní, že se musí obléknout, tak se vzteká a užívá vulgarismů. Nelze jej mít neustále pod dohledem, a tak se stává, že je přistižen v ovocném sadu, jak trhá a konzumuje nezralé ovoce. Nastává další problém, protože má Jaroslav přísnou šetřící dietu. Nechápe, že nemůže konzumovat určité pokrmy. Schválně provokuje tím, že sní, co nemá a v jakékoliv míře. Bohužel má velké zdravotní problémy se žlučníkem, tudíž se mnohdy stane, že je i týden upoután na lůžko pro velké bolesti břicha a zažívací problémy. Jeho intelektové schopnosti nejsou v takovém rozsahu, aby pochopil nevhodnost stravování určitého pokrmu. Jaroslav chodí, vzteká se a kouše do ruky, mnohdy do krve, vulgárně napadá ostatní klienty v areálu, tato situace je velmi těžko zvládatelná. Dožaduje se jen svých zájmů a převážně pouštění dechové hudby v televizi. Jelikož je na samostatném pavilonu dalších 15 klientů, kteří chtějí také sledovat televizi, není mu

vždy vyhověno. Několikrát je mu vysvětlováno, že i ostatní se chtějí dívat na své oblíbené pořady a musí se vystřídat (Jaroslav nemá svou vlastní televizi). Opět se začne vztekat a ubližuje sám sobě kousáním se do ruky. Svůj požadavek opakuje i několikrát za minutu. Jaroslav je podrážděný, neklidný, zhoršuje se jeho chování. Svým jednáním narušuje celý chod samostatného pavilonu. Toto chování bylo řešeno i domluvami vedení zařízení, avšak bez efektu.

Vlastní pozorování

Pro podrobnou studii jsem si vyčlenila několika hodinové pozorování klienta v jeho prostředí. Snažila jsem se vypozorovat vznik či podnět problémového chování, impulzy agresivních výbuchů a nesčetných konfliktů. Jaroslav se ráno probouzí sám, často ve velmi brzkých ranních hodinách, např. ve čtyři hodiny ráno. Od večera má nachystané čisté oblečení na hromádce vedle své postele. První si vysvléká pyžamo, což zvládá bez problémů. Poté správně sahá po spodním prádle, avšak zde již začínají menší problémy. Často si obleče prádlo naruby. S problémy se potýká také při oblékání nohavic od tepláků. Triko zvládne bez větších problémů. Postel nechává bez povšimnutí neustlanou a vyžaduje okamžité uklizení peřin po spolubydlícím v pokoji. Odchází do koupelny na každodenní ranní hygienu. Zuby si vyčistit neumí, je nutné, aby mu druhá osoba nachystala zubní pastu na kartáček a pomohla mu se správnou technikou čištění zubů. Z důvodu své diagnózy je celkově neobratný. Obličej si oplachuje jen otřením hřbetu ruky. První, kam z koupelny směřují jeho kroky, jsou pokoje spolubydlících na stejném patře. Bez dovolení jim bere jejich osobní věci, vulgárně je napadá a bouchá na dveře od pokoje. Všichni se pochopitelně brání a zde již vzniká další impulz konfliktu. Dochází ke slovním střetům. Je nutný zásah personálu, protože často dochází ke stupňování agrese až k fyzickému napadení. Snahou personálu je vždy Jaroslavovi domluvit, aby ostatní nechal na pokoji. Je vždy důležité zdůraznit také to, že věci, které bere, nejsou jeho a musí je vrátit. Jaroslav však nedokáže pochopit princip vlastnictví osobních věcí. Myslí si, že si může brát vše, co vidí. Jeho reakce je však nepřiměřená, začne všechny kolem vulgárně osočovat, kousat se do hřbetu své ruky, dupat a kopat do věcí kolem sebe. I když je na Jaroslava mluveno s klidným hlasem, on ve svém vzteku utíká bez přezutí a neoblečený ven. Je na něj voláno, aby se vrátil, nereaguje a jen nadává. Vždy utíká do hlavní budovy zařízení, kde obchází a otevírá dveře do všech kanceláří a zaměstnance vulgárně napadá. Personál je nucen odejít z pavilonu a vyzvednou Jaroslava z hlavní budovy. Nastává další problém, protože odmítá z hlavní budovy odejít. Je agresivní

slovně i fyzicky. Jediné, co na něj zabírá, je nevšímat si jej, po nějaké době se sám uklidní a přijde. Celé dopoledne „poletuje“ po venku, obchází kanceláře i ostatní samostatné pavilony. Všichni klienti ho vyhazují, v žádném případě nevyhledávají Jaroslavovu přítomnost. Někdy také dochází ke konfliktům u stolu s jídlem. Stačí, aby některý z klientů udělal na Jaroslava pošklebek, a nastává výbuch vulgarismů. Jaroslav je vznětlivý, neustále podrážděný. Často se stává, že spolubydlícím odcizí svačinu. Snahou personálu je všechny uklidnit a odvrátit pozornost na jiné téma. Po jídle neví, že se má jít umýt. Okamžitě opouští domeček a jde na své pochůzky.

Stalo se, že přišel z venku, držel v ruce misku se shnilým ovocem posbíraným v sadě. Chtěl vše sníst. Po upozornění a vysvětlení, že takové ovoce se nekonzumuje, došlo k dalšímu výbuchu agrese. Vzteká se, že je to jeho a já mu to beru. Nepochopí podstatu vysvětlení, že takové ovoce mu způsobí zažívací potíže. Má strach, že mu to bude odebráno a on nebude mít nic. Začne nadávat a kousat se do své ruky až do krve. Kope do věcí kolem sebe. Celý den dochází k častým konfliktům bezi spolubydlícími a několikrát za den utíká ze samostatného pavilonu. I přes domluvy personálu se u něj stupňuje agresivita. Dle mého názoru potřebuje permanentní dohled. Bohužel při počtu 17 klientů to není vždy možné.

Analýza a interpretace případové studie

Jaroslav je muž, 36 let, se středně těžkou mentální retardací s významnými poruchami chování vyžadující pozornost, který není schopný samostatného úsudku, zcela mu chybí logické myšlení, projevuje se zpomalenou chápavostí, jednoduchostí a konkrétností úsudků. Při pokusu o rozhovor jeho pozornost rapidně klesá. V posledních dvou letech se stupňuje neklid a častým projevem je agrese vůči ostatním klientům, personálu a lidem mimo areál. Agrese je *verbální*, kdy používá vulgarismů, *fyzická*, spolubydlící bije, bouchá, různě postrkuje a také *autoagrese*, kdy se kouše do ruky. Jeho chování je evidovánu v záznamu denních hlášení příslušného pavilonu. Jaroslav je velmi těžce zvladatelný, nerespektuje doporučení ze strany personálu k umírnění svého chování, prosazuje pouze své zájmy. Vyžaduje mimořádnou pozornost a tímto problémovým chováním narušuje celý chod pavilonu. Agresivní chování klienta je řešeno domluvou personálu i vedením zařízení, avšak bez požadovaného efektu.

Pro Jaroslava je velmi důležitý řád dne, je zvyklý na svůj režim. Se svou klíčovou pracovnicí sestavují individuální plán, podle kterého se snaží řídit. Individuální plány jsou tvořeny dle osobních možností a schopností klienta. Probíhá formou rozhovoru, podílí

se na něm nepřímo také sociální pracovnice a rodina. Každý měsíc jsou tyto individuální plány hodnoceny. Pokud se nepodaří daného cíle dosáhnout, pokračuje se v něm i nadále. Popřípadě se doplní o další možnosti. Jaroslav má ve svém cíli zmírnění agresivních výbuchů vůči ostatním klientům, personálu, ale i sobě samému. Mezi další cíle je zařazen nácvik hygienických činností a nácvik stravování. Jaroslav nemá zažité hygienické návyky, nevadí mu, že je špinavý, nemá vyčištěné zuby. Velkou snahou personálu je formou nácviků docílit posunu a zlepšení v oblasti hygieny. Každý den je veden ke správné technice čištění ústní dutiny a mytí obličeje a rukou. I touto rutinní činností zaměstná mysl. Snahou je docílení zvýšení sebevědomí klienta. Veškeré nácviky pro částečnou samostatnost klienta jsou velmi zdlouhavé a náročné. Je potřeba jej stále motivovat.

Agresivní výbuchy a konflikty nastávají ve chvíli, kdy Jaroslav zůstává s ostatními klienty sám a bere jim jejich věci. Je nutné dohlédnout na to, aby k těmto situacím vůbec nedocházelo. Je dobré mít jej stále na očích, ale to je velmi obtížné, jelikož je v pavilonu dalších šestnáct klientů a jeden pracovník na směně. Podstatná je motivace k činnosti, která zabaví jeho pozornost a nebude mít potřebu dělat vše „naschvál“. Je potřeba vysvětlit i ostatním klientům, aby mu jeho chování nevraceli a nevšímali si ho. Pokud již dojde ke střetu a výbuchu agrese, hlavně nekřičet. Klidně a srozumitelně mu vysvětlit, že toto se nedělá. Pokud má problém s uklidněním a situace to dovoluje, tak mu pustit dechovou hudbu, kterou má rád.

Při výbuchu vzteku a agresivního chování je vypozorováno, že většinou vyběhne ven, nadává, křičí, je vulgární i na kolemjdoucí, poté se relativně klidný vrátí zpět na domek, ale to také není pravidlem. Důležitým krokem při řešení agresivity Jaroslava je konzultace s neurologem a psychiatrem o případné změně farmakoterapie, jelikož jeho problémové chování je opakováno každodenně. Záměrem personálu je zapojení Jaroslava do ergoterapeutických činností, např. zametání, zalévání květin, hrabání trávy, avšak neúspěšně. Jeho schopnost pozornosti rapidně klesá již po několika minutách a činnost ho přestává bavit. Vyzkoušel několik typů ergoterapie, avšak nejvíce u něj působí muzikoterapie. Jediné, co ho baví, je poslech dechové hudby. Při velkém stresu, či záchvatu vzteku a agrese je někdy možné jej odlákat a namotivovat na tento typ hudby. Pro snadnou unavitelnost by klient měl relaxovat i několikrát denně. Přemíra stresu, strachu a úzkosti u něj způsobuje vnitřní napětí, které může přejít do trvalého stavu. Touto relaxační technikou si Jaroslav navozuje fyzické uvolnění, povolení svalového tonu, které následně působí na uvolnění psychiky.

Dle klíčového pracovníka k agresi u klienta dochází každý den. Jak je uvedeno v dotazníku v Příloze 3, Jaroslav když se vzbudí, chodí ostatním do pokojů a budí je svým chováním. Moc dobře ví, že to nemá dělat. Už tímto vznikají problémy, které přetrvávají celý den. Provokuje ostatní klienty, vulgárně jim nadává. Stejně se chová i k personálu. Spolubydlící si to nechtějí nechat líbit, tak reagují křikem, případně ho bouchnout do zad. Dochází ke vzájemným hádkám, Jaroslav se vzteká, kouše se do ruky a řve. Příčinou agresivního chování také je nevyhovění okamžitému požadavku. Vyžaduje pozornost. Je nutné v případě agrese mluvit klidně, ostatním klientům doporučit, ať si ho nevšímají, nereagují na jeho chování. Je to velmi obtížné a vyčerpávající.

4.2 PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 2

Klientka LUDMILA

Věk: 28 let

Pohlaví: žena

Vzhled: Ludmila je žena střední postavy, přiměřené výživy, s dlouhými hnědými vlasy, často usměvavá, avšak velmi problémová.

Současná diagnóza a zdravotní stav

Lehká mentální retardace
Citová deprivace
Významné poruchy chování vyžadující pozornost
Epileptický syndrom
Ortodontická anomálie
Ekzém

Ludmile je diagnostikována lehká mentální retardace s významnými poruchami chování vyžadující pozornost. Ludmila má omezenou svéprávnost. Je u ní diagnostikován epileptický syndrom (juvenilní myoklonie – záchvaty typu GM) a ortodontická anomálie. Ludmila je samostatná v oblékání, ve stravování nemá žádné omezení. Taktéž je samostatná v pohybu. Chůzi zvládá bez jakýchkoliv omezení. Tato žena je celkově negativistická a úzkostná. Je u ní diagnostikována auditivní halucinace (bludná produkce v pozadí). Většinu času je neklidná, až agresivní vůči spolubydlícím i personálu. Velice často dochází ke stupňování agrese do hranice neúnosnosti. V mezidobí je usměvavá, veselá, pohrává si často se svými vlasy. Může se zdát až stydlivá. Na dotazy odpovídá jednoslovně nebo jen

přikývnutím. Oční kontakt navazuje, avšak uhýbá pohledem. V Domově pro osoby se zdravotním postižením Javorník, Chvalčov žije se svýma dvěma sourozenci. Je velice náladová. Pokud se s nimi nepohodne, vzteká se, nadává, je agresivní jak slovně, tak fyzicky. Dominuje u ní náladovost.

Osobní a rodinná anamnéza

Ludmila se narodila v roce 1988. Jedná se o dítě ze třetí gravidity. Porod byl fyziologický, v termínu, bez komplikací. Porodní váha 3200g/50cm. Dítě se vyvíjelo po narození zcela normálně, dobře spalo, jedlo. Dětské infekční choroby neměla. Pochází z velmi početné rodiny. Má šest sourozenců. Matka je vyučená, otec horník. V raném dětství se objevovalo časté pomočování jak ve dne, tak v noci, mluvit začala velmi pozdě – dyslalie, izolovaná slova. Dle psychologického vyšetření se jednalo o málo motivované rodinné prostředí, o zanedbanou péči ze strany rodičů. S matkou byl proveden instruktážní a psychoterapeutický rozhovor. Ovšem k požadovanému zlepšení nedošlo.

V roce 1999 byla spolu se svými čtyřmi sourozenci přijata do Dětského domova v Liptálu, na základě usnesení Okresního Soudu v Karviné o nařízení předběžného opatření. Nad rodinou byl stanoven přísný dohled. Otec se dostavil na Okresní úřad v Karviné s tím, že má vypovězenou nájemní smlouvu a nemá pro děti zajištěno žádné ubytování. Zažádal o pomoc spočívající v umístění dětí do kolektivního zařízení. Po zařazení dětí do ústavní péče nejevili rodiče sebemenší zájem je navštěvovat. Jediný, kdo s nimi navázal kontakt, byla jejich starší sestra (18 let). Pravidelně je navštěvovala.

Povinnou školní docházku Ludmila zvládala s pomocí. Občas se vyskytovaly výchovné problémy, vztek, agresivní chování. Zvládala učivo pro pomocnou třídu, kam byla zařazena v roce 1995. Byla celkově neposedná, nepozorná. Později se projevily problémy v oblasti jemné motoriky. Čte s chybami, čtenému rozumí jen částečně. Píše čitelně a úhledně, počítá s velkými chybami. Velice zručná je v tvořivých pracích. Ráda vyšívá, maluje a zpívá. Pro svou diagnózu nebyla schopna absolvovat žádný učební obor, ani praktickou školu. V roce 2005 ukončila povinnou školní docházku. Byla jí navrhnuta ústavní péče.

Ludmila žije v Domově pro osoby se zdravotním postižením Javorník, Chvalčov již jedenáct let pro lehkou mentální retardaci s poruchami chování, jejíž intelektové schopnosti odpovídají opožděnému psychomotorického vývoji. Osobnost klientky je velmi chudá na projevy. Není schopna se o sebe sama postarat. Nedovede předvídat nebezpečí a chápat příčiny a následky. Chování Ludmily odpovídá opožděnému psychomotorickému

vývoji, psychické deprivaci v dětství v důsledku špatného sociokulturního zázemí a v důsledku ústavní výchovy.

Problémové chování

Ludmila měla od počátku nástupu do Domova pro osoby se zdravotním postižením Javorník, Chvalčov velké problémy s chováním. Dle mého názoru pochází tato dívka z velmi nepodnětného rodinného prostředí. Myslím si, že je silně emočně zanedbaná. Troufám si říci, až deprimována. Jelikož se s dívkou od dětství nepracovalo a nerozvíjely se všechny sociální a emoční složky osobnosti, má Ludmila velké problémy s chováním. Projevuje se u ní také mentální retardace, která s těmito projevy chování úzce souvisí.

Ludmila bydlí v zařízení v prvním samostatném pavilonu, na pokoji pobývá s dalšími dvěma ženami (43 a 23 let). Komunikace s ní je mnohdy velmi složitá. Vyžaduje velkou míru trpělivosti a schopnost motivovat ji k činnosti či odvrácení pozornosti. Snahou je vypozorovat situace, kdy má Ludmila největší výbuchy vzteku a agrese. Dle mého názoru se jedná také o činnost hormonální disbalance v období mentruace a také před preventivními návštěvami zubaře. Ludmila z ničeho nic nekomunikuje, mlčí a bouchá do předmětů kolem sebe. Zavírá se na pokoji a kope nohama do dveří, nereaguje na slovní upozornění. Požadovaný efekt nemá ani přivolání vedoucí pracovnice. Je vulgární na všechny kolem sebe, fyzicky napadá své spolubydlící, bije je, vytrhává vlasy, kope, štípe a škrábe. V takové situaci je dobré vyklidit místnost a poslat všechny ostatní klienty pryč. Čím více pozornosti Ludmila má, tím více se předvádí a její agrese se stupňuje. Je vypozorováno, že je dobré ji pokud to ovšem jde, nechat o samotě a nevšímat si jí. Přemíra pozornosti k její osobě vyvolává opačný účinek. Ludmila je velmi náladová osobnost, pokud nemá „svůj den“, dává to všem citelně najevo. Většina agresivních výbuchů má podobný podnět.

Vlastní pozorování

Ludmila má ráda spánek. Po sedmé hodině ranní je na samostatném pavilonu čas na postupné vstávání, hygienu a chystání se na snídani a celý den. Všichni obyvatelé „domečku“ mají zažitý režim dne. Avšak Ludmila má se vstáváním velké problémy. V pavilonu bydlí se svými dvěma sourozenci, kteří mají obdobný problém. Není možné je dostat z postele a pak nastává problém se nachystat do terapie. Již při vstávání dokáže být vulgární a agresivní. Je důležité nechat ji, až přijde sama. Po nějaké době přichází, oblečená a upravená, s úsměvem na tváři. Když se obleče, umyje a upraví, je to hezká mladá žena.

Velký problém nastává ve chvíli, kdy má užít své léky. Odmítá jídlo i pití, vzteká se, upozorňuje na sebe. Jelikož bydlí v pavilonu s dalšími šestnácti lidmi, neubrání se narážkám ostatních obyvatel. Ludmila začne být vulgární a vzteklá. Odhodí svůj hrnek i talíř se snídaní a vybíhá pryč do svého pokoje. Na upozornění a domluvy personálu nereaguje. Ve svém pokoji nadává, leží na zemi a nohama bouchá do dveří. Snahou pracovnice je Ludmilu uklidnit, ale bez úspěchu. Tento stav trvá více jak jednu hodinu. Je přivolána také vedoucí pracovnice, aby Ludmile domluvila, ale také bez požadovaného efektu. Je ponechána o samotě, nikdo na ni nemluví a všichni odchází do obytného prostoru. Je vypozorováno, že pokud se Ludmile nedostává pozornosti a na její agresivní výbuchy nikdo nereaguje, zklidní se a nakonec přijde sama. Pláče, že jí to mrzí a slibuje, že už to nikdy neudělá. Své léky pak zapije a odchází do terapie v šicí dílně. Ludmila v dílně stříhá molitan na výrobu polštářů a hadrových želv. Je to monotónní práce, která Ludmilu uklidňuje. Má ráda ruční práce a baví ji to. V jedenáct hodin dopoledne odchází z terapie zpět do svého pavilonu, kde nacvičuje stolování a chystá oběd. Vše probíhá v pořádku, Ludmila je usměvavá a v dobré náladě. V odpoledních hodinách se však dožaduje samostatné vycházky mimo zařízení domova. Když jí není vyhověno, nastává opět výbuch vzteku a agrese. Klientka nemá povoleny samostatné vycházky, probíhají nácviky s klíčovou osobou. Začne házet křesly a plastovými židlemi na terase. Vyrazí dveře pokoje a fyzicky napadá ostatní obyvatele. Toto chování je řešeno domluvou personálu i vedoucí pracovnicí.

Analýza a interpretace případové studie

Ludmila je klientka, 28 let, s lehkou mentální retardací s významnými poruchami chování vyžadující pozornost, je u ní diagnostikována auditivní halucinace (bludná produkce pozadí). Je naprosto samostatná v oblasti hygieny, oblékání, pohybu i stravování. Typickým projevem je náladovost, celkový negativismus a úzkostnost, většinu času je velmi neklidná až agresivní vůči spolubydlícím i personálu. Její problémové chování se projevuje agresí *verbální*, kdy vulgarismy napadá své spolubydlící i personál, také agresí *fyzickou*, kdy bije, kouše, štípe a škrábe ostatní uživatele a likviduje majetek zařízení i spolubydlících, rozbíjí talíře, hrnky, nábytek a vše, co jí zrovna přijde pod ruku. Toto její chování je pro okolí neúnosné a velmi stresující.

U klientky je prvním spouštěčem agrese již ranní vstávání. Jelikož jsou klienti v pavilonu zvyklí vstávat v určitém čase a mají zažité své rituály, dochází u Ludmily k prvním výbuchům vzteku. Samozřejmě při ranním pohybu je vzbuzena, protože bydlí v pokoji

s dalšími dvěma ženami, a začíná se projevovat vulgárně na adresu spolubydlících. Pro tyto ranní nepokoje zanedbává hygienu, zůstává sama v pokoji a odmítá požít léky. Ostatní uživatelé nechtějí být v její přítomnosti. Někdy přijde sama do kuchyně za ostatními již s úsměvem na tváři a někdy její samota trvá déle, je zavřená v pokoji a kope do dveří i několik hodin. Nejlepší variantou je, si jí vůbec nevšímat, protože si svým nevhodným chováním vynucuje pozornost svého okolí, která není vždy možná pro velký počet klientů v pavilonu.

Každý klient v zařízení má svou klíčovou pracovnici, se kterou probírá svá přání, stížnosti, cíle, nácvikovou oblast. Klíčový pracovník klientce zajišťuje také nutné nákupy. Pokud Ludmile nedonese pracovnice to, co by chtěla i přes to, že to bylo řešeno se sociální pracovnicí, jako nevhodné, začne Ludmila hystericky křičet, vulgárně napadat ostatní klienty i personál. Mlátí a ničí věci kolem sebe, hází s křesly a vázami nebo vyráží dveře. V této situaci je dobré poslat všechny spolubydlící a obyvatelé samostatného pavilonu do svých pokojů nebo úplně ven z budovy. Je dobré ji nechat v místnosti samotnou. Je vypozorováno, že nejlepší metodou je Ludmilu dostat do jejího pokoje a nechat ji tak, bez zbytečných pozorovatelů. Nemluvit na ni, dokud se nezklidní a nepřijde sama. Mnohdy se stává, že na pokoji pláče a buší do dveří i několik hodin v kuse. Odmítá léky i jídlo. Na Ludmilu zabírá velmi jemný a citlivý přístup. Klientka také velmi obtížně zvládá změnu situace. Příkladem je preventivní návštěva zubní lékařky. Ludmila v čekárně omdlévá, je velice rozrušená, je nutné na ni neustále mluvit a uklidňovat ji. Pokud je to možné, je zapotřebí doprovodit klientku k zubní lékařce až do ordinace a být s ní, aby měla pocit bezpečí a jistoty. Během každého měsíce dochází u Ludmily k častým výkyvům nálady. Bez příčiny se „nafoukne“ a s nikým nechce komunikovat i několik dní. Odmítá jídlo a léky, které nakonec po domluvě personálu vždy užije. Pravděpodobně si zásadně vyžaduje pozornost personálu. Během svého pobytu v Domově pro osoby se zdravotním postižením Javorník, Chvalčov vyzkoušela mnoho forem ergoterapie. Nejlepší a nejúčinnější terapií je u ní šicí dílna. Je šikovná na ruční práce, při kterých dochází ke zklidnění. Navozuje se při tom pocit uvolnění, zvýšení sebevědomí. Ludmila je až na své nekontrolovatelné výbuchy vzteku usměvavá a snaživá žena. Každá pochvala je Ludmile povzbuzením do další činnosti. Jakoukoliv psychickou zátěž zvládá velmi špatně, proto je nutné, aby pokračovala v ergoterapii a osvojila si některé formy relaxace.

Dle klíčového pracovníka se agresivní chování projevuje asi jedenkrát za týden. Jak je uvedeno v dotazníku v Příloze 4, příčinou agresivního chování jsou vzájemné hádky a provokace se sourozenci, konflikty s ostatními spolubydlícími, menstruační období a snaha

být středem pozornosti. Klientka svou agresi projevuje slovně a fyzicky, kdy napadá ostatní spolubydlící, personál a ničí majetek. Snahou Ludmilu zaměstnat běžnými činnosti je předcházeno agresivnímu chování, které je jinak řešeno domluvou a rozhovorem. Problémové chování přetrvává, její projevy jsou stejné. Klíčová pracovnice se nerada dostává do situace, kdy musí případnou agresi řešit, je to pro ni stresující.

4.3 PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 3

Klient MARTIN

Věk: 18 let

Pohlaví: muž

Vzhled: Vysoký chlapec, střední postavy s krátkými vlasy.

Současná diagnóza a zdravotní stav

Atypický autismus
Porucha aktivity a pozornosti – těžká
Středně těžká mentální retardace – hranice LMR
Významné poruchy chování
Ložisková epilepsie se sekundární generalizací

Martin je muž s hranicí lehké až středně těžké mentální retardace. Projevují se u něj výrazné poruchy aktivity a pozornosti. Má velké problémy v oblasti chování, poslední dobou se u něj stupňuje výrazný neklid a agresivita vůči ostatním obyvatelům i personálu. Je výbušný, vzteklý, křičí, vyhrožuje všem, odmítá léky, je agresivní fyzicky. Neustále vyžaduje pozornost personálu, pro velký počet obyvatel však permanentní péče není možná. Neprojevuje své emoce, jen když má radost „třepetá“ rukama.

Je samostatný v oblasti stravování. Udržuje kolem sebe relativní čistotu, někdy sní vše, jindy nechává jídlo na talíři a po hodině se rozhodne své jídlo dojíst. Je vybíravý, má raději sladké. Martin je velice upovídaný hoch, neustále mluví, vyžaduje pozornost svého okolí. Mluví téměř srozumitelně, avšak není schopen pojmenování různých předmětů. Dožaduje se jen svých potřeb a požadavků. Nesmí se mu nic říkat dopředu, protože je schopný o tom mluvit neustále celý den a vyptávat se na detaily. Někdy používá vulgární slova, i když ví, že je to neslušné. Na nevhodnost vulgarismů dokonce upozorní sám a omluví se. Jelikož není samostatný, orientovat se mimo oddělení potřebuje dohled druhé osoby. Je ochotný pomáhat, ale pozornost udrží jen pár minut a poté jej činnost přestane bavit. Stává

se, že pokud nemá náladu, není ochotný spolupracovat. Chodí rád ven, ale vydrží jen chvíli, poté se chce vrátit zpět. Velmi rád chodí do bazénu, ale taktéž nevydrží dlouho. U Martina je potřeba neustále střídat a nabízet jiné a jiné aktivity. Martin chodí do školy na dvě hodiny denně. Krátkodobá pozornost jej omezuje ve všech činnostech školy. U hry nevydrží, nedokončuje započatou práci. Neumí si hrát s ostatními klienty, ruší je, pak je provokuje nebo napadá. Pro svou diagnózu má typický rys - není schopen si hrát v kolektivu, jen sám. Nemá opravdového kamaráda. Od dětství si hraje spíše s věcmi, jako jsou ovladače, přístroje v domácnosti, než s hračkami. Preferuje předměty s hladkým povrchem. Když je mu věnována pozornost, rád napodobuje pracovní činnosti dospělých – vaření, koupání, pečení. Poslouchá rád hudbu, ale nevydrží u ní. Osobní hygienu dodržuje, je až přehnaně úzkostný v čistotě oblečení. Nesnese jakékoliv i drobné pošpinění či pokapání oděvu. Z tohoto důvodu se velmi často převléká. V běžném denním životě je nesoustředěný, neposedný, roztěkaný, nevydrží na místě, je impulzivní, ruší hry jiných. Nemá zábrany cokoli udělat, proto musí mít neustálý dohled.

Osobní a rodinná anamnéza

Martin je dítě z druhé gravidity. Porod byl fyziologický, spontánní v termínu, záhlavím. Novorozenec byl zdravý, nekřišený. Porodní váha 2800g/49cm. Projevila se u něj novorozenecká žloutenka. Obešla se bez fototerapie. Martin byl kojený do osmého měsíce věku. Psychomotorický vývoj se u něj projevoval v normě. Ve 2,5 letech byla Martinovi diagnostikována poúrazová epilepsie, upadl na hlavu. Matka je vyučená, zdravá, bez zátěže. Otec je vyučený, potvrdila se u něj drogová závislost na pervitinu. Martin má sestru, která je zdravá, bez žádných problémů.

Od čtyř let navštěvoval běžnou mateřskou školku. Zadaptoval se bez viditelných problémů. Avšak projevily se u něj první známky hyperaktivity. Porucha pozornosti se vystupňovala do hranice nezvladatelnosti při běžném režimu, proto byl přeřazen do speciální mateřské školky. Jelikož byl narozen v říjnu, byl mu navrhnut odklad školní docházky. Navštěvoval speciální základní školu, s prospěchem na 1, ovšem s problémovým chováním v rámci ADHD. Od mala má problém navazovat vizuální kontakt, uhýbá pohledem. Řeč rozvíjel pomaleji, dnes mluví srozumitelně, ve větách. V dětství se nerad tulil, vyhýbal se jakémukoli fyzickému kontaktu s cizími lidmi. Povahově je velmi úzkostný při jakýchkoliv změnách prostředí či změnách programu. V zařízení domova je dva roky.

Po adaptaci na prostředí je hodně „odvážný“, musí být neustále usměrňovaný. Aktuální rozumové schopnosti drží globálně v horní polovině pásma středně těžké mentální retardace IQ = 49. Čte jednoduché slabiky, zvládá opis i diktát známých písmen. Během pobytu v zařízení byl několikrát odvezen rychlou záchrannou služnou na psychiatrické oddělení pro afektivní agresivitu. Martin je v péči neurologa, psychiatra a ortopeda.

Problémové chování

Martin je emočně labilní, vznětlivý, roztěkaný muž. Na jakoukoliv zátěž reaguje agresí. Trpí poruchou pozornosti a neustále vyžaduje kontakt s personálem, což vždy není možné z důvodu velkého počtu klientů na oddělení. U činností vydrží jen krátkou chvíli, jedná se pouze o minuty. Nejeví zájem o žádné hračky, spíše ho zajímá elektronika a jiná zařízení domácnosti. U ničeho nevydrží, pokud se nudí, začne provokovat ostatní spolubydlící. Vulgárně napadá slabší jedince, uráží je, strká do nich, shazuje jim věci. Křičí a rozbíjí věci kolem sebe. Několikrát již vyrazil dveře z pantů. Rozbíjí nádobí, hází křeslem. Ohrožuje tak i ostatní obyvatele. Po napomenutí personálem se stav nezlepší, naopak se u něj zvyšuje stupeň agresivity. Začne napadat vulgárně i fyzicky personál. Po odeznění prvního afektu je schopný se uklidnit a diskutovat o situaci. Vždy je po konfliktu s klientem probrán důvod agresivního chování, který však není schopen vysvětlit. Ví, že by se takto lidé chovat neměli, ale v danou chvíli nad tím nepřemýšlí. Po čase je schopný se přijít omluvit. Ovšem za nějaký čas to udělá znovu, i přes to, že je informován o dopadech svého jednání. Martin nemá žádného kamaráda, se kterým by trávil společné chvíle. Ostatní klienti ho nemají rádi. Když si něco „zamane“, jde si tvrdě za svým cílem.

Neposlouchá domluvy ostatních. Koncem roku si sbalil své osobní věci do cestovní tašky a odešel velmi tiše z oddělení pryč. Seděl před samostatným pavilonem a houpal se na houpačce. Chtěl se přestěhovat na samostatný pavilon a vyzkoušet si něco nového. Nebylo možné s ním pohnout. Na domluvu nereagoval, při jakémkoliv pokusu jej odvést reagoval fyzickou agresí. Bylo mu umožněno zůstat na houpačce do odeznění „umanutého“ chování. Po domluvě klíčové pracovnice a vrchní sestry se vrátil zpět na oddělení.

Vlastní pozorování

Tak jako na samostatných pavilonech, tak i na oddělení permanentní péče začíná ráno stejným režimem. Věnovala jsem celý den pozorováním klienta v jeho každodenních činnostech, abych vypozorovala důvody agresivních projevů a impulzy vznětlivého chování.

Martin je samostatný v oblasti péče o svou osobu. Po probuzení je schopný se sám obléci do věcí, které má nachystány. Je natolik šikovný, že si sám ustele svou postel a odchází do koupelny na ranní hygienu. Umí si dát pastu na zubní kartáček a vyčistit si zuby. Je však nutný dohled nad správností a důkladností čištění. Obličej i ruce si zcela sám zvládne umýt bez sebemenších problémů. Od okamžiku probuzení nepřestává mluvit. Neustále se vyptává na stejné informace. Je schopný o jediné věci mluvit hodiny. Mnohdy tím vyrušuje ostatní spolubydlící i personál. Martin chce neustále jezdit domů za svou rodinou. Je to naprosto pochopitelné, avšak nereálné. I přes snahy personálu, vysvětlit mu důvody pobytu v zařízení, je roztěkaný, nechce nic slyšet. Opakováním stejných vět se dostane do fáze, kdy je na hranici agresivního výbuchu. Křičí, vulgárně napadá ostatní spolubydlící i personál, kope do dveří a věcí kolem sebe. I přes napomenutí personálu, aby okamžitě ukončil agresivní výstup, neuposlechne. Je vypozorováno, že nejlepší je nechat jej na pokoji, nemluvit na něj. Po nějaké době se zklidní a sám přijde mezi ostatní. Sám si uvědomuje nevhodnost svého chování vůči klientům i personálu. Ve fázi vzteku však nemyslí rozumně, avšak potom je schopný se omluvit. U snídaně se chová slušně, zvládne se najíst bez pomoci, udržuje kolem sebe čistotu. Má raději sladké pokrmy, nemá rád pomazánky. Je neustále roztěkaný, nervózní, nesoustředěný. Od jídla odbíhá, poté se k němu vrací i několikrát po sobě. Na domluvy nereaguje. Má svůj vnitřní svět, podle kterého se řídí. Po snídani odchází do obytného prostoru. Jeho zájem směřuje k technickým přístrojům, jako jsou ovladače k televizi, rádio, tablet, telefon. Pozornost udrží maximálně pět minut, od práce odbíhá. Je nesoustředěný, nic ho nebaví. Každý den chodí na dvě hodiny do školy. U práce nevydrží, je nutné mu neustále střídat činnosti. Je vždy vybírána práce, která je krátkodobá. U Martina je využívána metoda AAK, pracuje s piktogramy. Ze školy utíká na oddělení, poté jde zase zpět do školy. A tímto způsobem to probíhá celé dvě hodiny. Po obědě si chodí odpočinout na svůj pokoj. Mnohdy usne, avšak někdy jen tak leží a povídá nahlas. Je mu nabídnuta procházku po venku, ale odmítá s tím, že se mu jít nechce. Po chvíli svolí a odchází se na procházku. Po malé chvíli se však chce vrátit zpět a usedá za tablet. Opět povídá o své rodině a o tom, že chce jet domů. Je nutné vysvětlit, z jakého důvodu to není možné. Opět se dostává do stavu roztěkanosti, začíná být vulgární. Veškeré snahy o zklidnění selhávají. Na domluvy nereaguje, je lepší mlčet a nic neříkat. Je ponechán o samotě, protože je vulgární a vzteklý. Nikdo mu nechce vyhovět a celý svět je pro něj nespravedlivý. Po hodině se uklidňuje. Po svačině si vybírá činnosti zaměřené na techniku, hraje si se starými mobilními telefony a ovladači. Jeho nálady se často střídají. Chvíli je vzteklý, chvíli by rád

pomáhal. Díky své diagnóze je velice výbušný, spíše samotář, kterému se neustále střídají výkyvy nálad.

Analýza a interpretace případové studie

Martin je muž, 18 let, se středně těžkou mentální retardací s hranicí lehké mentální retardace, IQ 49, s významnými poruchami chování vyžadující pozornost. Má diagnostikován atypický autismus a epilepsii se sekundární generalizací, je nařízena ústavní výchova. Projevují se u něj poruchy aktivity a pozornosti. Výrazným způsobem se u něj stupňuje neklid a agresivita jak *verbální*, kdy křičí, nadává a užívá vulgarismů vůči svému okolí, tak agrese *fyzická***,** bije své spolubydlící a strká do nich. Několikrát také došlo k fyzickému napadení personálu. Toto nežádoucí chování je uvedeno v interních denních hlášeních příslušného oddělení. Jeho afekty bývají vyvolány, aby na sebe upozornil. Vyžaduje mimořádnou pozornost pracovníků, ostatní uživatelé ho nezajímají.

Klient bydlí na oddělení permanentní péče v hlavní budově, kde je tak jako na samostatných pavilonech zažitý denní režim. Je zcela samostatný, co se týká sebeobsluhy. Sám se dokáže obléci do oděvů, které však musí předem nachystat personál. Nerozeznává domácí a vycházkové oblečení. Sám si dokáže ustlat postel. Je také schopný zvládnout osobní hygienu, vyčistí si zuby, umyje se, avšak nad kvalitou mytí a čistění zubů správnou technikou je nutný dohled. V oblasti stravování nemá žádný problém, v jídle nemá žádné omezení, ale v potravinách je hodně vybíravý. Kolem sebe udržuje pořádek a čistotu. Je až přehnaně čistotný, nesnese na svém oblečení sebemenší ušpinění, v případě nečistoty se okamžitě převléká.

Tak jako u ostatních klientů domova i Martin se svou klíčovou pracovnicí sestavují osobní cíle, kterých se snaží dosáhnout. Cíl je zaměřen na procesuální schéma - práce s lištou, na které jsou komunikační obrázky. Klient pracuje s obrázky jednotlivých úkonů v režimu, podle kterých se snaží řídit a určovat průběh dne. Při dobré náladě se mu tento cíl daří relativně splňovat, někdy však ne. Je velmi upovídaný, neustále mluví, neumí však vyjádřit pojmenování některých situací a předmětů. Dalším cílem je nácvik činností vedoucích k samostatnosti, které musí být jen krátkodobé. Aktivita delší jak pět minut nemá smysl, protože od ní odbíhá a pozornost u něj rapidně klesá. Při nácvikách je nutné s Martinem neustále komunikovat a vysvětlovat mu co se právě děje. Mluví téměř srozumitelně a svou řečí se neustále dožaduje splnění svých okamžitých požadavků, např. *„jedu domů, nebudu tu*.“ Je využívána metoda AAK, pracuje s piktogramy. Díky jeho nesoustředěnosti

a hyperaktivitě je nutné v kratších časových intervalech střídat aktivity a nabízet mu stále nové podněty k uvolnění mysli.

Martin navštěvuje každý den na dvě hodiny školu, ale jeho krátkodobá pozornost ho omezuje ve všech činnostech. Nedokáže být v kolektivu ostatních žáků, ruší je, provokuje a napadá. Snahou personálu je zaměstnávat ho při ergoterapeutických činnostech. Když je mu věnována pozornost, napodobuje pracovní činnosti jako vaření, pečení, koupání.

Martin nemá žádné kamarády, v podstatě celé dny tráví sám či, s personálem a povídá jen o sobě. Ostatní spolubydlící ho nemají v oblibě. Je emočně labilní, vznětlivý a roztěkaný. Není schopen přijmout domluvu, nebo upozornění v případě svých výbuchů vzteku. V poslední době k nim dochází v souvislosti s odjezdy na pobyt ke své rodině. Stává se, že se v určitý okamžik rozhodne odjet ze zařízení k rodině. I když je mu vysvětleno, že to není možné, trvá na svém. Reaguje vulgárně vůči všem okolo a nastupuje také agrese fyzická. Je schopen vyrazit dveře z pantů a napadnout spolubydlící i pracovníka. Během pobytu v zařízení byl již několikrát odvezen záchrannou službou na psychiatrické oddělení nemocnice v Kroměříži pro afektivní agresivitu. Martin je v péči neurologa, psychiatra a ortopeda.

Dle klíčového pracovníka se různé typy agrese projevují asi obden. Jak je uvedeno v dotazníku v Příloze 5, Martin provokuje ostatní klienty, vzteká se, křičí, někdy ubližuje ostatním, vyhrožuje, ničí nábytek, napadl i personál, vulgárně nadává, někdy je zase plačtivý. Je rozrušený po telefonátu s matkou. Když mu není vyhověno, co si přeje, nechce čekat, pak je agresivní. Svou agresí narušuje celé oddělení, klienti jsou pak nervózní, také křičí a je to těžce zvladatelná situace. Je důležité neprobírat s ním rodinu, odvést pozornost, neslibovat aktivity, snažit se ho neustále zapojovat do různých činností. Někdy vznikne agrese i z chování personálu, když má někam jít na vyšetření, je netrpělivý, chce jít hned. Pak je agresivní a je vypozorováno, že se dopředu nesmí nic říkat, ani to, že má jet domů. Nyní trochu ke změně došlo, protože personál v určitých situacích ví, jak agresi předejít nebo ji zmírnit.

4.4 PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 4

Klientka ANNA

Věk: 53 let

Pohlaví: žena

Vzhled: Anna je středně vysoká, silnější postavy, s krátkými hnědými vlasy.

Současná diagnóza a zdravotní stav

Lehká mentální retardace s těžkými poruchami chování
Bipolární afektivní porucha
Psychóza
Sociální zanedbanost

Anna je žena žijící v Domově pro osoby se zdravotním postižením Javorník, Chvalčov dvacet let. Jedná se o osobu s velkými výkyvy nálad. Má také výchovné problémy, které řeší agresí, mnohdy také autoagresí. Anna žila dlouhá léta v samostatné domácnosti se starším druhem (84 let), na nějž pobírala příspěvek na péči. Pro svou diagnózu se u ní projevily stavy, které ohrožovaly ji i své okolí. Přestala se o muže starat, nevycházela z domu, stále jen ležela v posteli. Anna roztrhala všechny své osobní doklady i jiné důležité dokumenty, vyhodila všechno oblečení z domu na ulici. Stravu připravovala ze život ohrožujících materiálů, jako jsou různé chemikálie – krém na boty, čočka, cukr. Po bytě pobíhala nahá se zápalkami a se sekáčkem na maso. Příbuzní starého pána se začali obávat, že je Anna pro okolí velmi nebezpečná a zažádali o přešetření. Sociální odbor ji přestal vyplácet dávky pro neplnění svých povinností. Anna skončila hospitalizována v psychiatrické léčebně.

Po propuštění byla přijata do Domova se zdravotním postižením Javorník, Chvalčov, kde žije již dvacet let. Jedná se o velmi konfliktní osobu, vyžadující si pozornost. Pokud ji není dopřána, jedná afektivně. Anna byla po zlepšení svého zdravotního stavu zařazena do programu „chráněného bydlení“. Je schopna se o sebe postarat s dohledem. Velký problém nastává v době, kdy nemá dohled personálu. Na svém pokoji je schopna si uvařit a vypít i deset káv denně. Poté je nervózní, rozladěná, depresivní, při nezdaru agresivní, vulgární.

V současné době má Anna zažádáno o ukončení služby v zařízení a probíhá jednání u Okresního soudu v Kroměříži. Hlavním důvodem je její současný přítel žijící mimo zařízení, ke kterému se chce nastěhovat.

Osobní a rodinná anamnéza

Anna se narodila v desátém měsíci těhotenství. Jednalo se o třetí graviditu. Porod probíhal bez komplikací. Váha 3,600 g, hlavičkou, nekřišena. Kojena byla tři týdny. Jednalo se o sociálně slabou rodinu. Matka oligofrenní. Psychomotorický vývoj opožděn. Velmi pozdě začala mluvit. V mateřské škole byla spíše pasivní a bylo ji navrhnuto odložení školní

docházky o rok. Její záznamy jsou velmi chudé na anamnestické údaje. První záznam je z roku 1971, kdy byla Anna odeslána na psychologické vyšetření k dětské psycholožce. Ve svých osmi letech velmi špatně komunikovala. Byla zcela pasivní a velice ostýchavá dívka. Projevovala se u ní patlavost a mutistické chování. Dle zjištění psychologa byl její intelekt retardován nejméně o dva roky (hranice slaboduchosti a debility). Všechny složky osobnosti má postiženy rovnoměrně. Byla velice infantilní, neschopna udržet pozornost. Nedokázala si zapamatovat údaje, které jí byly sděleny. Dle dětského psychologa byla Anna apatická, silně introvertní, projevující se submisivním chováním. Navštěvovala zvláštní školu. V roce 1973 byla odeslána na neurologické vyšetření s tím, že špatně našlapuje na levou dolní končetinu. Půl roku nosila řemínky pro luxaci v kyčlích. Neurologický nález svědčil pro lehkou formu diplegie – nejpravděpodobněji jako následek perinatální encephalopatie.

V roce 1977 byla klientka vyšetřena na žádost gynekologa. Lékař zjistil těhotenství v sedmém měsíci. Jednalo se o čtrnáctileté oligofrenní děvče. Klientka byla pro roli matky naprosto sociálně nezralá. Neměla žádnou reálnou představu o výchově dětí. Bylo jí navrhnuto přerušení těhotenství. Ve čtrnácti letech udávala pohlavní styk s devatenáctiletým bratrem. Obávala se trestu a svoji situaci nedovedla řešit. Případ byl předán soudu ke znaleckému posudku a následně bylo zahájeno jednání o umístění klientky mimo rodinu.

V osmnácti letech Anna začala pracovat jako uklízečka v továrně na ohýbaný nábytek TON. Během tohoto zaměstnání byla několikrát gravidní. Prodělala dva spontánní potraty. Jednou byla v bezvědomí. Dle psychiatrického vyšetření se jednalo o ženu silně depresivní. Jelikož v tuto dobu byla v desátém týdnu třetího těhotenství, lékař ji doporučil interrupci se sterilizací. Anna souhlasila a operaci podstoupila. V psychiatrické ambulanci přiznala sluchové halucinace. Postupně se u ní projevoval neklid, emoční labilita, neadekvátní chování, agresivita.

Problémové chování

Anna se s faktem, že pobývá v Domově pro osoby se zdravotním postižením, zřejmě nikdy nesmířila. Několik let pobývala v samostatném pavilonu a nyní žije na hlavní budově zařízení v samostatném bydlení. Pokoj sdílí s jednou ženou. Svou nevoli často projevuje konflikty se spolubydlícími i personálem. Její agrese vůči ostatním je jak slovní, tak i fyzická. Je závislá na kávě, a pokud jí dojde, vyžaduje okamžitý nákup. Při nevyhovění jejího okamžitého požadavku reaguje slovními vulgarismy. Na výzvu k dohodě o termínu nákupu nereaguje, vždy vyhrožuje, že si něco udělá. Komunikace s ní je velmi složitá, vyžaduje

velkou míru trpělivosti a schopnost motivovat ji k jakékoliv činnosti či odvrácení pozornosti. Anna také vyžaduje od své klíčové osoby časté nákupy oblečení. Pokud to není hned, vykonává tělesné potřeby na veřejnosti a močí do postele. Jejím typickým projevem je úporné vyžadování pozornosti od personálu. Pokud se cítí upozaděna, rozbíjí majetek nejen svůj, ale i majetek ostatních klientů a majetek domova. Při otázce, proč demoluje majetek a napadá spolubydlící, neodpovídá, jen křičí a vyhrožuje sebepoškozováním. Agresivní chování Anny vždy naruší chod dne i jiným klientům. Její projevy nevole se projevují nepravidelně, podle nálady, někdy i podle počasí. Pokud je venku chladno a deštivo, trpí Anna depresivními stavy. Je nesoustředěná a negativistická, svými náladami má snahu znechutit i ostatní spolubydlící. K tomu se ještě přidala několikaletá touha opustit zařízení a nastěhovat se ke své sestře, která bydlí se svým přítelem v blízkém městě. K výrazné agresi u Anny také dochází, pokud ji její sestra nepřijede navštívit, tak jak si usmyslí. Demoluje, co jí přijde pod ruku, např. rozbíjí televizi nebo okno, vyvolává hádky s ostatními klienty. Myslí si, že se musí všichni podřídit její momentální náladě. Mým názorem je, že spouštěcím mechanismem rizikového chování u Anny je vždy stejný, a to nevyhovění okamžitému požadavku, nedostatek soukromí, nerespektování dané skupiny a touha žít mimo zařízení.

Vlastní pozorování

K podrobné studii jsem si vyčlenila několikadenní pozorování klientky v jejím prostředí. Snažila jsem se zachytit a popsat její výkyvy nálad a agresivní chování. Od rána má potíže s užíváním léků, je nespokojená a odmítá stravu. Slovní potyčky s ostatními obyvateli přechází až k fyzické agresi, kdy vulgárně nadává, bije je a křičí, že patří na psychiatrickou léčebnu. Projevuje se také její závislost na sestře. Při mnohočetném dotazu, zda ji přijela navštívit sestra, bylo personálem odpovězeno, že ne. Tento fakt Anna nechce slyšet, proto přichází další afekt, kdy jen křičí, nadává a plive po ostatních spolubydlících. Dochází také k likvidaci majetku zařízení, svého i ostatních. Hází hrnky kolem sebe, rozbíjí světlo ve svém pokoji, vyhazuje své věci ze skříně a klíč splachuje do WC, na domluvy nereaguje, tvrdí, že je blázen, jinak by nebyla umístěna do tohoto zařízení. V pozdějších hodinách se neklid stupňuje, je opět vulgární vůči ostatním spolubydlícím, rozbíjí lampu v pobytové části pavilonu a vyhrožuje, že uteče ze zařízení.

Následující den probíhá podobným způsobem, Anna je od rána velmi neklidná, vulgárně nadává ostatním spolubydlícím a bezdůvodně fyzicky napadá bezbrannou klientku. Chce jí vytrhat vlasy a dává ránu pěstí do zad. Po celé dopoledne na všechny křičí, odmítá jít

do terapie ve tkalcovské dílně a vyhrožuje útěkem ze zařízení. V kuchyni rozbíjí několik talířů a při obědě třem klientům shodila oběd ze stolu. Chce napadnout i personál, na domluvu vůbec nereaguje. Když se jí toto nezdaří, útočí na nevidomou spolubydlící, tluče ji do obličeje. Po tomto incidentu utíká do svého pokoje v prvním patře, kde ze vzteku močí a kálí na zem i do postele. Křičí, že chce odjet na „výlet" do psychiatrické léčebny. Po celý den odmítá jídlo a také odmítá užít léky. Vyhazuje z okna magnetofon, veškeré oblečení ze skříně a vše, co má právě po ruce. V afektu utíká do koupelny, kde se vyprazdňuje do vany. Je nutný kontakt s psychiatrem o doporučení úpravy medikace.

Analýza a interpretace případové studie

Anna je žena, 52 let, s lehkou mentální retardací, s těžkými poruchami chování. Je jí diagnostikována bipolární afektivní porucha. Jedná se o osobu s velkými výkyvy nálad. Má také výchovné problémy, které řeší agresí *verbální, fyzickou* i *autoagresí*. Tyto projevy jsou personálem zaznamenávány v interních denních hlášeních. Dlouhá léta žila v samostatné domácnosti, ale postupem času se u ní projevily stavy ohrožující na životě ji i své okolí. Anna byla hospitalizována v psychiatrické léčebně a po propuštění přijata do Domova pro osoby se zdravotním postižením Javorník, Chvalčov. Zde žije již dvacet let, ale s umístěním do toho zařízení se zřejmě nesmířila. S tímto problémem jsou spojeny ve velké míře její afekty a výbuchy vzteku. Klientka je osobou velmi konfliktní, vyžadující pozornost, a pokud se jí tato pozornost nedostává, tak jedná afektivně. V dřívějších letech bydlela ve čtvrtém samostatném pavilonu, nyní žije v centrální budově v „samostatném bydlení". V pokoji je s jednou ženou.

Spolu s klíčovou osobou sestavují individuální plán, dle kterého jsou plněny cíle, požadavky a přání. Pokud není ihned vyhověno, dochází k výbuchům agrese vůči ostatním klientům, ale i personálu. Nezůstává pouze u slovních potyček, kdy hystericky křičí, ale používá i fyzického násilí. Spolubydlící bije, hází po nich různé předměty nebo se sebepoškozuje. Při afektivních stavech rozbíjí věci kolem sebe, majetek svůj i ostatních spolubydlících. Také vykonává tělesné potřeby na veřejnosti, močí a kálí do postele nebo do vany. Je vypozorováno, že v této situaci je nejlepší variantou odchod klientů z její blízkosti. Anna je velmi komplikovaná osoba s častými výbuchy vzteku. Prosazuje jen své požadavky a zájmy, nezajímají ji potřeby jiných lidí. Je nutné na ni mluvit velmi klidným hlasem a její požadavky s ní důkladně rozebrat. Velmi ráda diskutuje o svých záležitostech. Musí mít pocit, že se jí všichni věnují. Trpí citovou závislostí na své sestře.

Pokud ji nepřijede do zařízení navštívit, dochází k výbuchům vzteku a agrese. Je nutné s ní o tom mluvit a vysvětlovat proč ji zřejmě sestra nenavštívila, chce slyšet důvody. Po dlouhou dobu usiluje o odchod ze zařízení. Probíhá nácvik samostatného nakupování, využívání služeb v blízkém okolí a samostatných vycházek. Anna se především zaměřuje na celkové osamostatnění se, vzhledem k současné situaci, kdy je v jednání její odchod ze zařízení. Snahou je vyhovět jejímu přání. Mimo zařízení si našla přítele, se kterým chce sdílet společnou domácnost, chce se k němu přestěhovat.

Dle mého názoru se u Anny projevuje problémové chování z důvodu nevhodného sociální zázemí již v dětství a samozřejmě povahový rys klientky. Dalším důležitým faktorem může být omezení svobody, na kterou byla klientka z dřívější doby zvyklá. Žila s intaktní populací, pracovala a fakt, že je „někde“ zavřená je pro ni nepřijatelný, což je pochopitelné.

Jak uvádí klíčový pracovník, agresivní chování se projevuje nepravidelně, podle nálady a počasí. Při chladném a deštivém počasí má depresivní stavy. V dotazníku, v Příloze 6 je uvedeno, že spouštěčem agresivního chování u Anny je neuspokojení okamžitého požadavku, většinou je to ohledně nákupů. Nic jiného než káva a oblečení ji nezajímá a také nechce být v zařízení. Trvá na okamžitém zakoupení, a pokud tomu tak není, vyhrožuje, na termín nákupu nereaguje, vše rozbíjí, močí a kálí do postele. Je vypozorováno, že se Anně nesmí nic slibovat, na nákupech je nutné se domlouvat na určitý den. Agresivní chování klientky je řešeno v první řadě vždy domluvou, což je mnohdy neúčinné. Nyní bydlí v hlavní budově zařízení v samostatném bydlení se svou kamarádkou a drobné nákupy si již nakupuje sama. Probíhá nácvik osamostatnění se klientky.

V současné době ke zmírnění problémového chování klientky. Hlavním důvodem může být řízení o ukončení pobytu v zařízení domova a současně její nový přítel, který žije samostatně v rodinném domě v blízkém okolí. Anna se k němu chce přestěhovat, těší se na společné soužití.

4.5 ZÁVĚRY Z VÝZKUMU

V uvedených případových studiích je popsán vývoj i současný stav zkoumaných čtyř klientů, dvou žen s lehkou mentální retardací, jednoho muže se středně těžkou mentální retardací a jednoho muže se středně těžkou mentální retardací – hranice LMR, žijících v Domově pro osoby se zdravotním postižením Javorník, Chvalčov. V jednotlivých kazuistikách je popisováno problémové chování daných klientů, výskyt agrese i agresivity jak v době minulé, tak v současnosti. Možné příčiny problémového chování jsou shrnuty

v tabulce 3. Snahou je dosažení daného cíle, tj. zjistit, s jakými projevy agresivity klientů s mentálním postižením se zaměstnanci v zařízení setkávají, případně v časových intervalech a jakým způsobem je zvládají.

Pro ***Jaroslava***, v první případové studii, je velmi podstatný zažitý režim dne. S klíčovou pracovnicí sestavuje individuální plán probíhající formou rozhovoru. Hlavním cílem individuálního plánu u tohoto klienta je dosáhnout v maximálně možné míře zmírnění jeho agrese vůči ostatním klientům, personálu, ale i sobě samému. Dalším cílem, který je pro tohoto uživatele podstatný, je nácvik hygienických činností, jelikož nemá tyto návyky zažité a nácvik při stravování. Snahou personálu je vhodnou motivací klienta dovést k celkovému rozvoji osobnosti, právě i formou těchto nácviků. Veškeré činnosti, které by vedly aspoň k částečné samostatnosti Jaroslava, jsou velmi náročné a zdlouhavé.

Agresivní výbuchy a konflikty nastávají ve chvíli, kdy Jaroslav zůstane s ostatními uživateli o samotě, bere jim věci, dělá na ně pošklebky a provokuje. V této chvíli již dochází k nežádoucímu chování. Používá vulgarismů, křičí, napřahuje ruku k úderu a kouše se do ruky. Je vypozorováno, že při jeho výbuchu vzteku okamžitě opouští pavilon. Ve většině případů vybíhá neoblečený a neobutý, křičí a používá vulgarismy i na kolemjdoucí osoby.

Záměrem personálu je zapojení Jaroslava do ergoterapeutických činností, ale jelikož jeho pozornost během několika minut rapidně klesá, je tato snaha neúspěšná. Je zjištěno, že nejlépe u tohoto klienta na zklidnění působí muzikoterapie. Má rád dechovou hudbu, proto při záchvatech vzteku a agrese je možné jej motivovat na tento hudební žánr. Zmíněná relaxační metoda působí velmi pozitivně na jeho psychiku, ale také ne vždy. Podstatné je Jaroslava motivovat k činnostem, které zabaví jeho mysl a vysvětlit ostatním klientům, aby jej nenapadali v rámci odplaty. Při již vzniklé agresi je zásadní hlavně nekřičet, klidně a srozumitelně vysvětlit nevhodnost chování. Důležitým krokem při řešení agresivity Jaroslava je konzultace s neurologem a psychiatrem o případné změně farmakoterapie.

Možnou příčinou agresivního chování klienta je neuspokojení okamžitých požadavků, nerespektování pravidel dané skupiny, příliš mnoho klientů v pavilonu a potřeba volného pohybu v areálu a všech prostorách zařízení. Uvedené projevy problémového chování nadále přetrvávají a jsou pravděpodobně zapříčiněny jak zdravotním postižením, tak i povahovými rysy klienta.

V případě klientky ***Ludmily***, ve druhé případové studii, dochází velmi často ke konfliktním situacím již od brzkého rána. Není schopná vstát z postele, provést ranní hygienu a přijít ke snídani. Dokáže být velmi vulgární a agresivní vůči ostatním

spolubydlícím, je nutné ji nechat o samotě a nemluvit na ni. Někdy přijde sama a je již upravená. Je celkově negativistická a úzkostná. V samostatném pavilonu mají klienti zažité denní rituály, na kterých lpí a Ludmila jim je ve velké míře narušuje svými výbuchy vzteku. Často odmítá jídlo, užít léky a opět slovně i fyzicky napadá ostatní uživatele. Jedinou možnou metodou zklidnění je nechat ji samotnou a hlavně nereagovat na její nevhodné chování. Je vypozorováno, že pokud se jí nedostává pozornosti při jejím afektu, tak se zklidní. Někdy přichází i s omluvou, když si uvědomí, co se stalo.

Ludmila často s klíčovou pracovnicí diskutuje o svých přáních ohledně nákupů, cílech a nácvikových činnostech. Jejím hlavním cílem je nácvik samostatných vycházek mimo zařízení. K výbuchům agrese dochází v případech, kdy není ihned vyhověno jejímu požadavku, např. když se dožaduje samostatné vycházky do okolí nebo okamžitého zakoupení určitého zboží. Dostavuje se hysterický křik, vulgarismy vůči ostatním klientům i personálu, hází nábytkem a různými věcmi, kope do dveří. V této situaci je nutné obyvatele pavilonu poslat do svých pokojů nebo nejlépe ven z budovy. Nejvhodnější metodou zklidnění je dostat Ludmilu do jejího pokoje a tam ji nechat samotnou bez dalších pozorovatelů. Mnohdy pláče, buší pěstmi do dveří i několik hodin. Snahou personálu je co nejrychlejší zmírnění této situace s ohledem na ostatní obyvatele, kteří jsou značně omezeni ve svých činnostech.

K velkým výkyvům nálad také dochází v období menstruace, kdy přestane komunikovat a bouchá do věcí kolem sebe. V této situaci zabírá velmi citlivý a klidný přístup, Ludmila obtížně zvládá změnu situace. Negativní dopad na chování klientky má také preventivní návštěva zubní lékařky. Musí být neustále uklidňována, omdlévá v čekárně. Pokud je to možné, personál ji doprovází až do ordinace.

U této klientky je vyzkoušeno již mnoho forem ergoterapie, ale nejúčinnější terapií je u ní šicí dílna. Je zde navozen pocit uvolnění a zvýšení sebevědomí. Nejvhodnější motivací pro předcházení problémového chování je pochvala ze strany pracovníků, která je pro ni velkým povzbuzením do další činnosti. Vyžaduje velkou pozornost personálu.

Možnou příčinou problémového chování Ludmily je snaha být středem pozornosti, neshody se spolubydlícími, neuspokojení okamžitému požadavku a hormonální disbalance. Tyto projevy nadále přetrvávají. Dle mého názoru má na toto chování klientky velký vliv období raného dětství, kdy došlo k zanedbání péče ze strany rodičů.

Ve třetí případové studii, klient ***Martin,*** je emočně labilní, vznětlivý a roztěkaný muž, trpící poruchou pozornosti. Bydlí na oddělení permanentní péče, kde má tak jako na samostatných pavilonech zažitý denní režim. Se svou klíčovou pracovnicí sestavuje individuální plán, kde jsou přesně stanovené cíle, kterých se snaží dosáhnout. Hlavním cílem

je procesuální schéma – práce s lištou, na které jsou komunikační obrázky. Je využívána metoda AAK, pracuje s piktogramy. Martin s obrázky pracuje v rámci celého dne, dle momentální nálady se mu tento cíl někdy podaří splnit, někdy ne. Péči o svou osobu Martin zvládá samostatně, obleče si věci, které musí být personálem nachystány. Hygienické návyky zvládá, je však nutný dohled nad kvalitou mytí a čištění zubů. V oblibě má veškeré technické předměty, jako ovladače, telefony nebo tablety, u ničeho jiného nevydrží. Pro jeho nesoustředěnost a hyperaktivitu je nutné střídat krátkodobě různé činnosti a nabízet mu stále nové podměty k uvolnění mysli. Když má dobrou náladu, je vhodné Martina zapojovat do činnosti související s nácvikem samostatnosti. Je vhodné při nácviku neustále komunikovat a udržovat jeho pozornost, což není vždy možné z důvodu velkého počtu klientů. Při jakékoliv sebemenší psychické zátěži, např. pošklebek spolubydlícího nebo okamžité nezakoupení požadované věci, dochází k výbuchům vzteku a agrese. Napadá nejen vulgárně, ale i fyzicky své spolubydlící a personál, hází věcmi kolem sebe a rozbíjí je, vyráží dveře z pantů. V tomto případě je vhodné ostatní klienty odvést do jiné místnosti. Po domluvách personálu se stav nelepší, naopak se agresivita zvyšuje. Když jeho afekt odezní, často přichází s omluvou a svou situaci chce rozebírat. V mnoha případech není schopen své chování vysvětlit a neví, proč k němu vůbec došlo. Pro své problémové chování nemá žádné přátele, veškerý čas tráví sám, proto zřejmě vyžaduje intenzivní pozornost personálu.

K největší agresi dochází v případě, kdy si Martin „zamane“ jet domů za svou rodinou. Je to pochopitelné, ale nereálné. Snahou personálu je vysvětlit mu důvody pobytu v zařízení. Není však schopen vnímat, je roztěkaný a nechce nic slyšet. Začne pořád dokola opakovat stejné věty, křičí, vulgárně napadá všechny kolem a na domluvy nereaguje. Je vypozorováno, že je nejlepší si ho nevšímat a hlavně na něj nemluvit.

Ve třetí případové studii je možnou příčinou agresivního chování klienta neuspokojení okamžitých požadavků, snaha být středem pozornosti, velký počet klientů na oddělení a nedostatečný kontakt s rodinou. Dle klíčové osoby došlo v současné době k mírnému zlepšení projevů agrese.

Klientka ***Anna***, čtvrtá případová studie, je žena s velkými výkyvy nálad, které řeší agresí vůči svému okolí nebo autoagresí. Dlouhá léta žila v samostatné domácnosti se starším druhem, 84. letým, na kterého pobírala příspěvek na péči. Vlivem její diagnózy se u ní projevily stavy ohrožující ji i své okolí na životě. Připravovala stravu ze života ohrožujících materiálů a pobíhala se zápalkami a sekáčkem na maso. Jedná se o velmi konfliktní osobu vyžadující pozornost, a pokud ji nemá, tak se začnou projevovat výbuchy vzteku a agrese.

Anna se s pobytem v zařízení domova asi nikdy nesmířila, svůj nesouhlas projevuje konflikty se spolubydlícími i personálem, což má negativní dopad na ostatní uživatele. Vyžaduje velkou pozornost personálu. Její agrese je jak verbální, tak i fyzická. Často vyžaduje okamžitý nákup kávy nebo oblečení, a pokud jí není ihned vyhověno, začíná používat vůči svému okolí vulgarismů, vykonává tělesné potřeby na veřejnosti, močí do postele, kálí do vany a vyhrožuje sebepoškozováním. Jakákoliv diskuze s ní je velmi složitá, je nutné ji ze strany personálu vhodně motivovat k jakékoliv činnosti pro odvrácení pozornosti, např. odchod do pracovní terapie ve tkalcovské dílně. Její chování vyžaduje velkou míru trpělivosti. Afektivní stavy se projevují dle nálad, negativní dopad na psychiku Anny má špatné počasí, kdy se projevují deprese a také nepřiměřená citová závislost na sestře. Pokud ji sestra nenavštíví, jak ona potřebuje, tak nadává ostatním, křičí, plive a likviduje majetek jak svůj, tak majetek domova. Je vypozorováno pracovníky, že je v tomto okamžiku vhodné ostatní obyvatele odvést z její blízkosti. Tyto konflikty ostatní uživatelé špatně snáší, jsou značně ze strany Anny omezeni ve svých činnostech. Je nutné na ni mluvit velmi klidným hlasem a její požadavky s ní důkladně rozebrat. Velmi ráda mluví o svých záležitostech, musí mít pocit, že jí všichni věnují svou pozornost.

Hlavním cílem Anny je osamostatnění se a odchod ze zařízení. Snahou personálu je vyhovět jejímu přání. Probíhají nácviky samostatného nakupování a používání služeb. Evidentním spouštěčem agresivního chování je nevyhovění okamžitému požadavku, nedostatek soukromí, nerespektování dané skupiny a touha žít samostatně s intaktní populací. Po rozhovoru s klíčovou osobou se v současné době chování Anny zlepšilo, zřejmě díky jejímu novému příteli a zahájením řízení o ukončení pobytu v zařízení.

Tabulka 3 – Možné příčiny problémového chování u zkoumaných klientů

JMÉNO KLIENTA/KY	*MOŽNÉ PŘÍČINY PROBLÉMOVÉHO CHOVÁNÍ*
Jaroslav, 36 let, středně těžká mentální retardace	***Neuspokojení okamžitých požadavků*** ***Nerespektování pravidel dané skupiny*** ***Mnoho klientů v pavilonu*** ***Potřeba volného pohybu v areálu a všech prostorách zařízení***
Ludmila, 28 let, lehká mentální retardace	***Hormonální disbalance*** ***Snaha být středem pozornosti*** ***Neshody se spolubydlícími*** ***Neuspokojení okamžitých požadavků***
Martin, 18 let, středně těžká mentální retardace - hranice lehké mentální retardace	***Neuspokojení okamžitých požadavků*** ***Snaha být středem pozornosti*** ***Velký počet klientů na oddělení*** ***Nedostatečný kontakt s rodinou***
Anna, 52 let, lehká mentální retardace	***Neuspokojení okamžitých požadavků*** ***Nedostatek soukromí*** ***Nerespektování dané skupiny*** ***Touha žít samostatně s intaktní populací*** ***Zanedbání péče ze strany rodičů v dětství***

Ze závěru šetření je zřejmé, že se pracovníci Domova pro osoby se zdravotním postižením Javorník, Chvalčov, se s projevy agresivního chování setkávají velmi často. Převážně se jedná o agresi verbální, fyzickou, ale i o autoagresi. Toto problémové chování se vyskytuje v různých časových intervalech, u některých klientů denně, týdně, dle počasí nebo momentální nálady. Snahou zaměstnanců je v maximální možné míře se tomuto nežádoucímu chování vyhnout, protože je to pro ně velkou psychickou zátěží.

4.6 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKŮ Z ŠETŘENÍ

Z celkového počtu 44 klientů s mentálním postižením s poruchami chování a významnými poruchami chování byli záměrně vybráni čtyři klienti, z toho dvě ženy s lehkou mentální retardací, dále jeden muž se středně těžkou mentální retardací a jeden muž

se středně těžkou mentální retardací na hranici lehké mentální retardace. Jedná se o klienty, kterým je z důvodu častého agresivního chování věnována mimořádná pozornost personálu.

Dotazník je celkově řešen 2 x pro samostatný pavilon, 1 x pro oddělení permanentní péče, 1 x pro samostatné bydlení v centrální budově a je určen pracovníkům v přímé obslužné péči za účelem zjištění, zda se ve své profesi setkávají s agresivním klientem, případně s jakými druhy agrese, v jakých časových intervalech a co je možnou příčinou vzniku.

Otázka č. 1 – Jaká je Vaše pracovní pozice v zařízení? Jste klíčovým pracovníkem zkoumaného klienta?

- Z pohledu pracovní pozice v Domově pro osoby se zdravotním postižením Javorník, Chvalčov se ve všech případech jedná o klíčové pracovníky.

Otázka č. 2 – Jak dlouho pracujete v zařízení?

- Ve většině případů se jedná o pracovníky, kteří pracují v zařízení v rozmezí 19 – 21 let, vyjma pracovníka na druhém samostatném pavilonu, který je v zařízení 10 let a doposud neabsolvoval žádný kurz na téma agrese klientů – viz otázka v dotazníku č. 13.

Otázka č. 3 – Myslíte si, že počet zaměstnanců vzhledem k počtu klientů na Vašem oddělení je dostačující?

- Vyjma oddělení permanentní péče (OPP - na tomto oddělení jsou k dispozici 3 zaměstnanci na směně), bylo obecně konstatováno, že počet zaměstnanců s ohledem na počet umístěných klientů je nedostačující. Podle provedeného průzkumu vychází na 1 zaměstnance cca 16 klientů.

Otázka č. 4 – Jak dlouho je klient/ka v zařízení?

- Vyjma oddělení permanentní péče (OPP – klient je v zařízení 2 roky – jedná se o klienta s řízenou ústavní péčí) se jedná o individuální klienty, kteří jsou v zařízení cca 10 – 20 let.

Otázka č. 5 – K jakému druhu agrese u klienta/ky dochází a jak se projevuje?

- Obecně je všech případech zaznamenána verbální provokace, až fyzická agrese vůči ostatním klientům a personálu, dochází k ničení majetku, a ve dvou případech k sebepoškozování.

Otázka č. 6 – Jak často se agresivní chování projevuje?

- Agrese u zkoumaných jedinců je velmi těžce specifikovatelná. Projevuje se individuálně, a to v rozmezí jak denní, tak týdenní agrese. V některých případech se objevuje také nepravidelná agrese, která může být způsobena aktuální náladou klienta nebo může být způsobena změnou počasí.

Otázka č. 7 – Vysledovali jste, co je příčinou agresivního chování?

- Podle provedeného průzkumu je možné obecně konstatovat, že ve většině případů je příčinou agresivního chování nevyhovění aktuálního požadavku klienta. Další příčinu je možno spatřovat ve vyžadování pozornosti klienta, dále se také jedná o některé druhy závislosti (káva, oblečení), ale někdy také bývá klient rozrušený a agresivní po telefonátu nebo návštěvě příbuzných (rodiče, matka…).

Otázka č. 8 – Jak se vypořádáváte s případy agrese?

- Z pohledu personálu se obecně v těchto případech jedná o velmi nepříjemné, stresující a složitě zvladatelné situace, které výrazným způsobem narušují chod a standardní činnosti jednotlivých oddělení.

Otázka č. 9 – Jakým způsobem agresivnímu chování klienta/ky předcházíte?

- Ve všech případových studiích se personál snaží věnovat klientovi maximální péči, se zřetelem na zapojení klienta do běžných nebo jiných alternativních činností. Další poměrně důležitou zásadou pracovníků je, že se klientovi nemá nic slibovat. Klient se těchto případných slibů tzv. zachytí, a pokud mu není vyhověno, tak se u něj začne projevovat agrese.

Otázka č. 10 – Dochází ke změnám agresivního chování klienta/ky?

- V rámci samostatných pavilonů problémové chování klientů přetrvává a je možno konstatovat, že bez významných změn v chování klienta.

- V oddělení permanentní péče došlo k mírné změně v důsledku zvládání určitých předvídatelných situací a agrese klientů.
- V rámci oddělení samostatného bydlení v centrální budově dochází ke změně agresivního chování klienta v návaznosti na snížení počtu obyvatel v kolektivu a také v rámci motivace osamostatnění klienta.

Otázka č. 11 – Jak je řešeno agresivní chování klienta/ky?

- Agresivní chování klienta/ky je personálem vždy řešeno domluvou a rozhovorem o dané problematice, což je ale ve většině případů neúčinné.
- U klientů na oddělení permanentní péče a na samostatném bydlení v centrální budově se jedná o klienty, kteří byli po určitou dobu hospitalizování na psychiatrické léčebně v Kroměříži. Jeden klient má 1 x / měsíc předepsánu tzv. „neklidovou terapii injekcí".

Otázka č. 12 – Popište další faktory související s agresivním chováním: změna léků, chování personálu či klientů, počasí, zdravotní stav, vyšetření u lékaře…?

- Agresivní stavy u klientů jsou ve většině případů vyvolávány předpokládanými a plánovanými návštěvami u lékaře, ale také jsou klienti do jisté míry ovlivněni počasím a samotnou náladovostí.
- U jedné klientky je také velmi silně vnímáno menstruační období.
- U jednoho klienta jsou jako další faktory spouštějící jeho vlastní agresi někteří spolubydlící, které neustále nějakým způsobem provokuje.

Otázka č. 13 – Absolvovala jste kurz na téma zvládání agresivního chování? Popřípadě bylo agresivní chování řešeno s odborníkem? Chybí Vám více odborných informací?

- Tři ze čtyř dotazovaných pracovníků z předmětného zařízení absolvovali školení na téma „agresivní klient", na kterém bylo řešeno a prezentováno, jakým způsobem je nutno zvládat agresivní klienty. Také zde byly doporučeny postupy a pravidla pro zvládání těchto klientů.

Závěrečný komentář k dotazníku:

Ve všech případech zkoumaných klientů se jedná o velmi individuální postoj a přístup pracovníka ke konkrétnímu klientovi. Každý klient projevující se zvýšenou agresí vůči svému okolí (ostatní klienti, personál…) potřebuje individuální péči a přístup. Proto by bylo velmi

vhodné a žádoucí, aby školení pracovníků těchto zařízení probíhaly častěji, a aby byly více zaměřeny na nejčastější typy agresivního chování klientů.

ZÁVĚR

Diplomová práce byla věnována specifické skupině osob s mentálním postižením a téma bylo zaměřeno konkrétně na agresi těchto jedinců žijících v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Mentální postižení spočívá ve snížení rozumových schopností různého stupně a s tím také souvisí neschopnost přizpůsobit se normám společnosti a naplnit sociální roli, která je očekávána. Lidé s mentálním postižením si ve velké míře svoji odlišnost neuvědomují a přistupují k ostatním lidem způsobem jim vlastním. Někdy může docházet ke slovním konfliktům nebo až k fyzické agresi, a to převážně z důvodu neporozumění. Vývoj společnosti stále více směřuje k toleranci a schopnosti odlišnost akceptovat.

Zřejmě každý z nás chce svůj život prožít šťastně a pohodově, ale ne každému je dopřáno žít samostatně, bez závislosti na druhých. V situacích, kdy se člověk může cítit omezený, nespokojený nebo frustrovaný, může dojít k projevům agresivního chování. Dle mého názoru se každý člověk ve svém životě s agresí setkal. Pro vznik agresivity má člověk důvod, i když nám se může jevit jako nepodstatný a naprosto zbytečný.

Důležité je pohlížet na jedince s mentálním postižením, ale i na ostatní osoby se zdravotním postižením, jako na jedinečné bytosti a nikoliv jako na objekty soucitu nebo případného opovržení. Je nutno vytvořit takové podmínky a prostředí, které povedou k překonání bariér mezi oběma stranami.

Cílem práce bylo zjistit, zda se zaměstnanci v domovech pro osoby se zdravotním postižením s projevy agresivity u jedinců s mentálním postižením setkávají a jakým způsobem je zvládají. Pomocí dotazníků a rozhovorů s personálem, které jim byly předloženy, bylo cílem najít a popsat možné příčiny problémového chování čtyř vybraných klientů žijících v Domově pro osoby se zdravotním postižením Javorník, Chvalčov. Z mého pohledu to byla velmi cenná zkušenost, jelikož se jedná o klienty s významnými poruchami chování, a pracovníky je těmto klientům poskytována mimořádná péče a pozornost.

Pro vyhodnocení výzkumného šetření byl použit kvalitativní výzkum, který je dle mého názoru ke zkoumané problematice vhodnou metodou. Velmi důležitou složkou výzkumu v případě projevů agrese a agresivity je pozorování, které u těchto čtyř zkoumaných klientů bylo uskutečněno. Další metodou byla analýza dostupných dokumentů a rozhovory s klíčovými pracovníky klientů domova.

Problematika agrese v zařízeních sociální péče se jeví jako celospolečenský problém, který je komplexní a nevychází pouze z jediného zdroje. Sklon k agresivnímu chování je často

podmíněn multifaktoriálně, což znamená, že na jedince působí různé vlivy jako vrozené dispozice, aktuální podněty a získané zkušenosti.

Pokud je příčina agrese a agresivity u klientů v domovech se zdravotním postižením zjištěna, je důležité těmto příčinám předcházet a tím následně zamezit dalšímu rizikovému chování. V některých případech, kdy již ke konfliktům dochází, je nutné, aby je personál uměl zvládat. Je na všech pracovnících domovů pro osoby se zdravotním postižením, aby ke každému klientovi bylo přistupováno individuálně. Tím může být vyřešen problém, který trápí jak samotné zaměstnance, tak i klienty zařízení. Pro zvládání agresivních jedinců je také velmi důležitý profesionální přístup personálu. Proto je nutné pro zefektivnění práce s takovými projevy agrese umět pracovat. Vedení domovů pro osoby se zdravotním postižením by tudíž mělo pravidelně zajišťovat vzdělávání svých zaměstnanců nejen formou kurzů na zvládání problémového a agresivního chování klientů, ale také praktickými ukázkami a případně i možnými stážemi v jiných podobných zařízeních.

V praktické části diplomové práce byla také hledána odpověď na to, zda pracovníci Domova pro osoby se zdravotním postižením Javorník, Chvalčov s případnými nebo přímo uváděnými projevy agrese umí pracovat. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že cílem a prioritou zaměstnanců zařízení je v první řadě problémovému chování zamezit. Pokud již ke konfliktu dochází, snaží se s klientem mluvit klidně, nic neslibovat, odvést pozornost jinam a zapojit jej do různých aktivit. Tento nesoulad a problémové chování některých klientů má ale také negativní dopad i na ostatní obyvatele, kteří jsou v bezprostřední blízkosti. Řešení konfliktu je pro každého pracovníka psychicky náročné, a ne každý se s takovou zátěží umí vypořádat. Myslím si, že by bylo vhodné, aby pracovníci v zařízení absolvovali nejen jednorázové, ale i další navazující průběžné školení nebo kurz s problematikou na téma agresivního chování klientů. Absolvování příslušných kurzů nebo školení velmi výrazným způsobem pomůže personálu zvládat vypjaté situace, které jsou vyvolané a způsobené zvýšenou agresivitou některých klientů. Také jsem přesvědčena, že by se tímto způsobem předešlo případnému , často diagnostikovanému, syndromu vyhoření u některých pracovníků v přímé péči.

SEZNAM ZKRATEK

MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
WHO	World Health Organization
MR	Mentální retardace
IQ	Inteligenční kvocient
VQ	Vývojový kvocient
DZP	Domov pro osoby se zdravotním postižením
DS	Downův syndrom
SZO	Světová zdravotnická organizace
RVP	Rámcový vzdělávací program
LNS	Lesh – Nyhanův syndrom
DLS	De Lange syndrom
PAS	Poruchy autistického spektra
LMR	Lehká mentální retardace

SEZNAM GRAFŮ

GRAF 1: ROZLIŠENÍ KLIENTŮ DLE POHLAVÍ V DZP JAVORNÍK, CHVALČOV 47
GRAF 2: MÍRA PODPORY V DZP JAVORNÍK, CHVALČOV 48
GRAF 3: DRUH ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ V DZP JAVORNÍK, CHVALČOV 49

SEZNAM TABULEK

TABULKA 1: MOŽNÉ PŘÍČINY PROBLÉMOVÉHO CHOVÁNÍ 30
TABULKA 2: KLIENTI ÚČASTNÍCÍ SE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ 45
TABULKA 3: MOŽNÉ PŘÍČINY PROBLÉMOVÉHO CHOVÁNÍ U ZKOUMANÝCH OSOB 77

LITERATURA

CASSIDY, Suzanne B a Judith E ALLANSON. *Management of genetic syndromes: the well-intentioned path to harm*. 3rd ed. Hoboken, N. J.: Wiley-Blackwell, c2010. ISBN 04-701-9141-4.

ČADILOVÁ, Věra, Hynek JŮN a Kateřina THOROVÁ. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 243 s. ISBN 978-80-7367-319-2.

ČÁP, Jan. *Psychologie pro učitele*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 655 s. ISBN 80-717-8463-X.

ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015, 222 stran. ISBN 978-80-246-3071-7.

DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha: Avicenum, 1973.

EMERSON, Eric. *Problémové chování u lidí s mentální retardací*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, 166 s. ISBN 978-80-7367-390-1.

HENDL, Jan. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 80-718-4549-3.

CHRÁSKA. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. Vyd. 2. Praha: Triton, 2006, 173 s. ISBN 80-725-4730-5.

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

KOHOUTEK, Rudolf. *Základy užité psychologie*. Brno: CERM, 2002, 544 s. ISBN 80-214-2203-3.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka. *Psychopedie*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, 74 s. ISBN 80-244-0991-7.

KRIEGELOVÁ, Marie. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 174 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2333-4.

LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2004, xxxiii, 952 s. ISBN 80-247-0668-7.

MERTIN, Václav a Lenka KREJČOVÁ. *Výchovné poradenství*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2013, 363 s. ISBN 978-80-7478-356-2.

PEŠOVÁ, Ilona a Miroslav ŠAMALÍK. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. 1. Havlíčkův Brod: Grada, 2006. ISBN 80-247-1216-4.

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998, 234 s. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-859-3165-6.

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Vyd. 1. Brno: MSD, 2006, 208 s. ISBN 80-866-3340-3.

REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.

RUSH, Myron D. *Syndrom vyhoření*. Vyd. 1. Praha: Návrat domů, 2003, 129 s. Moudrost do kapsy. ISBN 80-725-5074-8.

SELIKOWITZ, Mark. *Down syndrome: the facts*. 3rd ed. New York: Oxford University Press, 2008, xiii, 211 p. ISBN 978-019-9232-772.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 160 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1733-3.

SCHMIDBAUER, Wolfgang. *Psychologie: Lexikon základních pojmů*. Vyd. 1 Praha: Naše vojsko, 1994, 203 s. ISBN 80-206-0459-6.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 3., přeprac. Praha: Portál, 2006, 198 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-736-7060-7.

VALENTA, Milan. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014, 269 s. ISBN 978-80-262-0602-6.

VALENTA, Milan. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. Vyd. 4., aktualiz. a rozš. Praha: Parta, 2009, 386 s. ISBN 978-80-7320-137-1.

VALENTA, Milan a Olga KREJČÍŘOVÁ. *Psychopedie: kapitoly z didaktiky mentálně retardovaných*. Vyd. 1. Olomouc: Netopejr, 1997, 193 s. ISBN 80-902-0579-8.

VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 349 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3829-1.

VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. Vyd. 3., aktualiz. a rozš. Praha: Parta, 2007, 386 s. ISBN 978-80-7320-099-2.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychologie handicapu*. Vyd. 2. Praha: Karolinum, 2004, 230 s. ISBN 80-718-4929-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-717-8802-3.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Praha: Portál, 2008, 872 s. ISBN 978-80-7367.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Úvod do vývojové psychopatologie IV.: poruchy adaptace*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2003, 72 s. ISBN 80-708-3766-7.

WRIGHT, Rogers H a Nicholas A CUMMINGS (eds.). *Destructive trends in mental health: the well-intentioned path to harm*. and Hove: Routledge, 2005. ISBN 04-159-5086-4.

Internetové zdroje

Abraham Maslow - Pyramida potřeb. *Grafologie a psychologie* [online]. [cit. 2016-02-03]. Dostupné z: http://ografologii.blogspot.cz/2008/04/abraham-maslow-pyramida-potreb.html

Člověk s rigidní strukturou. *Portál* [online]. [cit. 2016-02-05].
Dostupné z: http://www.portal.cz/scripts/detail.php

Děvčátka s Turnerovým syndromem jsou společenská. *U Lékaře* [online]. [cit. 2016-02-03]. Dostupné z: http://www.ulekare.cz/clanek/devcatka-s-turnerovym-syndromem-jsou-spolecenska-3704

Domov se zdravotním postižením Javorník, Chvalčov. *Jaryn* [online]. [cit. 2016-02-03]. Dostupné z: http://jaryn.nwt.cz/usp/

Fóbie a úzkostné poruchy. *Vitalion* [online]. [cit. 2016-02-05].
Dostupné z: http://nemoci.vitalion.cz/fobie-a-uzkostne-poruchy/

Hledám pomoc. *Šance dětem* [online]. [cit. 2016-02-03].
Dostupné z: http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/

Metodický portál. *RVP* [online]. [cit. 2016-03-03].
Dostupné z: http://clanky.rvp.cz/clanek/c/s/16243/skolska-legislativa-pece-o-zaky-se-zdravotnim-postizenim.html/

Neurastenie - chronický únavový syndrom - CFS. *Celostní medicína* [online]. [cit. 2016-02-05]. Dostupné z: http://www.celostnimedicina.cz/neurastenie-chronicky-unavovy-syndrom-cfs.htm

Psychologie a zdraví. *Psychoweb* [online]. [cit. 2016-02-05].
Dostupné z: http://www.psychoweb.cz/slovnik/sugestibilita-suge/

Psychopatie a jejich obraz ve světové literatuře. *Gyne* [online]. [cit. 2016-02-05].
Dostupné z: http://www.gyne.cz/clanky/2008/308cl4.htm

Smith - Magenis syndrom. *Příznaky a projevy* [online]. [cit. 2016-02-03].
Dostupné z: http://www.priznaky-projevy.cz/geneticke-nemoci/smith-magenis-syndrom-17p-syndrom-priznaky-projevy-symptomy

Syndrom Fragilního X – nejčastější příčina mentální retardace. *Prenatal* [online]. [cit. 2016-02-03]. Dostupné z: http://www.prenatal.cz/Images/Syndrom

Syndrom vyhoření. *Státní zdravotní ústav* [online]. [cit. 2016-02-03].
Dostupné z: http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/studie-syndrom-vyhoreni-vybrane-psychologicke-promenne

Tranzitní programy. *Asistence o.p.s.* [online]. [cit. 2016-02-03].
Dostupné z: http://www.tranzitniprogram.cz/

Zákon o sociálních službách 108/2006. *Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky* [online]. [cit. 2016-02-03].
Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/6195/zakon_108_2006.pdf

Zaměstnávání OZP. *Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky* [online]. [cit. 2016-02-03].
Dostupné z: https://portal.mpsv.cz/sz/zamest/zamestnaniosob

Retrospektivní analýza. *Wikipedie* [online]. [cit. 2016-03-03]
Dostupné z https://cs.wikipedia.org/wiki/Anal

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Fotografie Domova pro osoby se zdravotním postižením Javorník, Chvalčov

Příloha 2: Dotazník pro zaměstnance

Příloha 3: Dotazník k případové studii č. 1

Příloha 4: Dotazník k případové studii č. 2

Příloha 5: Dotazník k případové studii č. 3

Příloha 6: Dotazník k případové studii č. 4

Příloha 1: Fotografie Domova pro osoby se zdravotním postižením Javorník, Chvalčov

Obrázek 2 – centrální budova Domova se zdravotním postižením Javorník, Chvalčov

Obrázek 3 – centrální budova Domova pro osoby se zdravotním postižením Javorník, Chvalčov

Příloha 2: Vzor dotazníku

1. Jaká je vaše pracovní pozice v zařízení? Jste klíčovým pracovníkem zkoumaného klienta?
2. Jak dlouho pracujete v zařízení?
3. Myslíte si, že počet zaměstnanců vzhledem k počtu klientů na Vašem oddělení je dostačující?
4. Jak dlouho je klient/ka v zařízení?
5. K jakému druhu agrese u klienta/ky dochází a jak se projevuje?
6. Jak často se agresivní chování projevuje?
7. Vysledovali jste, co je příčinou agresivního chování?

8. Jak se vypořádáváte s případy agrese?
9. Jakým způsobem agresivnímu chování klienta/ky předcházíte?
10. Dochází ke změnám agresivního chování klienta/ky?
11. Jak je řešeno agresivní chování klienta/ky?
12. Popište další faktory související s agresivním chováním: změna léků, chování personálu či klientů, počasí, zdravotní stav, vyšetření u lékaře…
13. Absolvovala jste kurz na téma zvládání agresivního chování? Popřípadě bylo agresivní chování řešeno s odborníkem? Chybí Vám více odborných informací?

Příloha 3: Dotazník k případové studii č. 1

1. **Jaká je vaše pracovní pozice v zařízení? Jste klíčovým pracovníkem zkoumaného klienta?**
   „Pracovník v sociálních službách. Ano jsem klíčovým pracovníkem.“

2. **Jak dlouho pracujete v zařízení?**
   „19 let.“

3. **Myslíte si, že počet zaměstnanců vzhledem k počtu klientů na Vašem oddělení je dostačující?**
   „Není dostačující, pracovníků je málo. Většinou je jeden zaměstnanec na směně na 16 klientů.“

4. **Jak dlouho je klienta/ka v zařízení?**
   „Klient přijat do zařízení 1. 10. 1996.“

5. **K jakému druhu agrese u klienta/ky dochází a jak se projevuje?**
   „Provokuje ostatní klienty, chodí jim do pokojů, vulgárně jim nadává. Stejně se chová i k personálu. Spolubydlící si to nechtějí nechat líbit, tak reagují křikem, případně ho bouchnou do zad. Dochází ke vzájemným hádkám, Jaroslav se vzteká, kouše se do ruky a řve.“

6. **Jak často se agresivní chování projevuje?**
   „Každý den. Když se vzbudí, chodí ostatním do pokojů a budí je svým chováním. Moc dobře ví, že to nemá dělat. Už tímto vznikají problémy, které přetrvávají celý den.“

7. **Vysledovali jste, co je příčinou agresivního chování?**
   „Stačí, když mu není ihned vyhověno, vyžaduje pozornost.“

8. **Jak se vypořádáváte s případy agrese?**
   „Mluvíme klidně, ostatní klientům doporučujeme, ať si ho nevšímají, nereagují na jeho chování. Je to velmi obtížné a vyčerpávající.“

9. **Jakým způsobem agresivnímu chování klienta/ky předcházíte?**

   „Snažíme se Jaroslava co nejvíce zapojit do denních činností, ale problém je v tom, že u ničeho dlouho nevydrží. Dožaduje se pozornosti i personálu. Pokud to jde, tak se mu plně věnujeme, ale v pavilonu je dalších patnáct klientů. Potřeboval by celý den asistenta jen pro sebe.“

10. **Dochází ke změnám agresivního chování klienta/ky?**

    „Nedošlo k žádné změně, spíše se snažíme spolupracovat s ostatními spolubydlícími na omezení jeho agrese, tj., doporučeno, aby si své pokoje zamykali a na jeho úškleby a vulgarismy nereagovali.“

11. **Jak je řešeno agresivní chování klienta/ky?**

    „Vysvětlujeme, že se takto chovat nemůže. Často zabere, vůbec si ho nevšímat a neodpovídat.“

12. **Popište další faktory související s agresivním chováním: změna léků, chování personálu či klientů, počasí, zdravotní stav, vyšetření u lékaře…**

    „Jaroslav má diagnostikovanou mentální retardaci s poruchami chování.“

13. **Absolvovala jste kurz na téma zvládání agresivního chování? Popřípadě bylo agresivní chování řešeno s odborníkem? Chybí Vám více odborných informací?**

    *„Absolvovala jsem školení přímo v zařízení – Agresivní klient***.“**

Příloha 4: Dotazník k případové studii č. 2

1. **Jaká je vaše pracovní pozice v zařízení? Jste klíčovým pracovníkem zkoumaného klienta?**
   „Pracovník v sociálních službách. Klíčová osoba čtyř klientů.“

2. **Jak dlouho pracujete v zařízení?**
   „ 10 let.“

3. **Myslíte si, že počet zaměstnanců vzhledem k počtu klientů na Vašem oddělení je dostačující?**
   „V každém případě nedostačující.“

4. **Jak dlouho je klienta/ka v zařízení?**
   „10 let.“

5. **K jakému druhu agrese u klienta/ky dochází a jak se projevuje?**
   „Slovní, fyzické, napadá ostatní spolubydlící, personál, ničí majetek.“

6. **Jak často se agresivní chování projevuje?**
   „1 x týdně.“

7. **Vysledovali jste, co je příčinou agresivního chování?**
   „Vzájemné hádky a provokace se sourozenci, konflikty s ostatními spolubydlícími, menstruační období, snaha být středem pozornosti.“

8. **Jak se vypořádáváte s případy agrese?**
   „Nerada se dostávám do situace, kdy musím případnou agresi řešit, je to pro mne stresující.“

9. **Jakým způsobem agresivnímu chování klienta/ky předcházíte?**
   „Snaha zaměstnat běžnými činnostmi.“

10. Dochází ke změnám agresivního chování klienta/ky?

„Problémové chování přetrvává, její projevy jsou stejné.“

11. Jak je řešeno agresivní chování klienta/ky?

„Domluvou a rozhovorem.“

12. Popište další faktory související s agresivním chováním: změna léků, chování personálu či klientů, počasí, zdravotní stav, vyšetření u lékaře…

„Menstruační období, vyšetření u zubaře, gynekologická prohlídka.“

13. Absolvovala jste kurz na téma zvládání agresivního chování? Popřípadě bylo agresivní chování řešeno s odborníkem? Chybí Vám více odborných informací?

„Neabsolvovala.“

Příloha 5: Dotazník k případové studii č. 3

1. **Jaká je vaše pracovní pozice v zařízení? Jste klíčovým pracovníkem zkoumaného klienta?**
   „Zdravotní sestra. Ano jsem klíčovým pracovníkem.“

2. **Jak dlouho pracujete v zařízení?**
   „21 let.“

3. **Myslíte si, že počet zaměstnanců vzhledem k počtu klientů na Vašem oddělení je dostačující?**
   „Ano je dostačující, tři zaměstnanci na směně.“

4. **Jak dlouho je klienta/ka v zařízení?**
   „Klient přijat do zařízení 12. 2. 2014 z domácího prostředí. Má nařízenou ústavní výchovu.“

5. **K jakému druhu agrese u klienta/ky dochází a jak se projevuje?**
   „Provokuje ostatní klienty, vzteká se, křičí, někdy ubližuje ostatním, vyhrožuje, ničí nábytek, napadl i personál, vulgárně nadává, někdy je zase plačtivý.“

6. **Jak často se agresivní chování projevuje?**
   „Různé typy agrese se projevují asi obden.“

7. **Vysledovali jste, co je příčinou agresivního chování?**
   „Někdy je rozrušený po telefonátu s matkou, když mu není ihned vyhověno, co si přeje, tak nechce čekat, pak je agresivní.“

8. **Jak se vypořádáváte s případy agrese?**
   „Narušuje svou agresí celé oddělení, klienti jsou pak nervózní, také křičí, je to velmi těžce zvladatelná situace.“

9. **Jakým způsobem agresivnímu chování klienta/ky předcházíte?**

„Neprobírat s ním rodinu, odvést pozornost, neslibovat nemožné aktivity, snažit se ho neustále zapojovat do různých činností.“

10. Dochází ke změnám agresivního chování klienta/ky?

„Trošku ke změně došlo, protože víme v určitých situacích, jak agresi zmírnit a jak jí předcházet.“

11. Jak je řešeno agresivní chování klienta/ky?

„První vždy domluvou, což je mnohdy neúčinné. Byl hospitalizován v psychiatrické léčebně v Kroměříži, jedenkrát za měsíc má neklidovou aplikaci injekce.“

12. Popište další faktory související s agresivním chováním: změna léků, chování personálu či klientů, počasí, zdravotní stav, vyšetření u lékaře…

„Někdy vznikne agrese i z chování personálu, když má někam jít na vyšetření, je netrpělivý, chce jít hned. Pak je agresivní. Dopředu mu nic neříkáme, ani to, že má jet domů.“

13. Absolvovala jste kurz na téma zvládání agresivního chování? Popřípadě bylo agresivní chování řešeno s odborníkem? Chybí Vám více odborných informací?

„Absolvovala jsem kurz - Agresivní klient. Bylo řešeno jeho chování, zaměstnanci hovořili s psychologem, domluvili jsme si určitá pravidla, jak se k němu chovat. Ráda bych absolvovala opět nějaké kurzy na téma Agresivní klient.“

Příloha 6: Dotazník k případové studii č. 4

1. **Jaká je vaše pracovní pozice v zařízení? Jste klíčovým pracovníkem zkoumaného klienta?**
   „Pracovník v sociálních službách. Ano.“

2. **Jak dlouho pracujete v zařízení?**
   „19 let.“

3. **Myslíte si, že počet zaměstnanců vzhledem k počtu klientů na Vašem oddělení je dostačující?**
   „Není, v samostatném pavilonu je jeden zaměstnance na směně na 16 klientů.“

4. **Jak dlouho je klienta/ka v zařízení?**
   „20 let.“

5. **K jakému druhu agrese u klienta/ky dochází a jak se projevuje?**
   „Slovní napadání, vykonávání tělesných potřeb na veřejnosti, úporné vyžadování pozornosti od personálu, ničení majetku. Agrese se projevuje nepravidelně, podle nálady, např., když jí, hned teď nejdeme koupit kávu. Začne vyhrožovat, na termín nákupu nereaguje a vše rozbíjí, nebo močí a kálí do postele.“

6. **Jak často se agresivní chování projevuje?**
   „Projevuje se nepravidelně, podle nálady a počasí.“

7. **Vysledovali jste, co je příčinou agresivního chování?**
   „Většinou je to ohledně nákupů, nic jiného ji nezajímá než káva a oblečení. Nechce v zařízení být.“

8. **Jak se vypořádáváte s případy agrese?**
   „Vždy agrese naruší chod obyvatel. Pro úspěšné zvládnutí situace musím vynaložit hodně duševní energie. Potom se nemohu plně věnovat ostatním obyvatelům.“
9. **Jakým způsobem agresivnímu chování klienta/ky předcházíte?**

„Nic se nesmí slibovat, na nákupech se domlouváme na určitý den. Nyní bydlí v hlavní budově zařízení v samostatném bydlení se svou kamarádkou, drobné nákupy si již nakupuje sama. Nacvičujeme osamostatnění klientky.“

10. **Dochází ke změnám agresivního chování klienta/ky?**

    „Ano, tím, že je v kolektivu méně obyvatel a motivuje se k samostatnosti.“

11. **Jak je řešeno agresivní chování klienta/ky?**

    „První vždy domluvou, což je mnohdy neúčinné.

12. **Popište další faktory související s agresivním chováním: změna léků, chování personálu či klientů, počasí, zdravotní stav, vyšetření u lékaře…**

    „Při chladném a deštivém počasí má depresivní stavy.“

13. **Absolvovala jste kurz na téma zvládání agresivního chování? Popřípadě bylo agresivní chování řešeno s odborníkem? Chybí Vám více odborných informací?**

    „Absolvovala jsem školení – Agresivní klient.“

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Lenka Zapletalová
Ústav:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Zdeňka Kozáková, Dis, Ph.D.
Rok obhajoby:	2016

Název práce:	Agrese u lidí s mentálním postižením v domovech pro osoby se zdravotním postižením
Název v angličtině:	Aggression in people with intellectual disabilities in homes for people with disabilities
Anotace práce:	Diplomová práce se věnuje projevům agrese u osob s mentálním postižením žijících v Domovech pro osoby se zdravotním postižením. Teoretická část je zaměřena na charakteristiku, etiologii a klasifikaci mentálního postižení, na vymezení pojmů agrese a agresivity u těchto osob, zdroje agresivního chování a možnosti zvládání problémového chování u osob s mentálním postižením v DOZP. V praktické části jsou uvedeny případové studie klientů žijících v Domově pro osoby se zdravotním postižením Javorník Chvalčov. Cílem bylo zmapovat problémové chování lidí s mentálním postižením.
Klíčová slova:	Mentální retardace, etiologie, klasifikace mentální retardace, stupně mentální retardace, syndromy, agrese, agresivita, prevence, terapie, problémové chování.
Abstract:	The thesis is dedicated to expressions of aggression in persons with intellectual disabilities living in Homes for people with disabilities. The theoretical part is focused on the characteristics, etiology and classification of mental disability, the definition of the concepts of aggression and aggressiveness in these individuals, the source of aggressive behavior and the possibility of coping with the challenging behavior for persons

	with mental disabilities in DOZP. In the practical part are presented case studies of clients living in a Home for people with disabilities Javornik Chvalčov. The aim was to map the problem behavior of people with mental disabilities.
Keywords:	Mental retardation, etiology, classification of mental retardation, degree of mental retardation syndromes, aggression, aggression, prevention, therapy, problem behavior
Přílohy vázané v práci:	**Příloha 1:** Fotografie Domova pro osoby se zdravotním postižením Javorník, Chvalčov **Příloha 2:** Dotazník pro zaměstnance **Příloha 3:** Dotazník k případové studii č. 1 **Příloha 4:** Dotazník k případové studii č. 2 **Příloha 5:** Dotazník k případové studii č. 3 **Příloha 6:** Dotazník k případové studii č. 4
Rozsah práce:	90 stran
Jazyk práce:	Český jazyk