

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Agresivní chování osob s mentálním postižením  
v zařízeních sociální péče**

bakalářská práce

Autor práce: Martina Zemanová  
Studijní program: Rehabilitace  
Studijní obor: Rehabilitační a psychosociální péče o postižené děti, dospělé  
a seniory

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Benešová Ph. D.

Datum odevzdání práce: 3. května 2013

## **Abstrakt:**

Agresivnímu chování lidí s mentálním postižením se v České republice věnuje stále málo pozornosti. Od roku 2007 dochází k významnému posunu v poskytování sociálních služeb. Služby se transformují a od restriktivních opatření se postupně přechází k podpůrným a preventivním postupům v přístupu ke klientům. Agresivní chování klientů se dnes chápe tak, že nositelem problémů není sám klient, ale i samotní pracovníci, kteří jsou aktivní součástí vztahu s klientem. Pracovník a klient se společně snaží co nejlépe zvládnout vzájemné soužití.

Ve své bakalářské práci jsem si stanovila za cíl, zjistit, co je podle zaměstnanců vybraného zařízení agrese u lidí s mentálním postižením, jaké jsou její příčiny, možnosti prevence a jak se postupuje při restriktivních opatřeních. Při psaní práce jsem se opírala o dostupnou literaturu a internetové zdroje, které se věnují problematice mentálního postižení, agresivity a možnostem zvládnutí agrese.

Teoretickou část jsem rozdělila do šesti kapitol. První kapitola se věnuje charakteristice mentálního postižení, etiologii, klasifikaci podle MKN-10 a osobnosti člověka s mentálním postižením.

Druhá kapitola obecně popisuje sociální služby podle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách a vymezuje službu Domov pro osoby se zdravotním postižením, která poskytuje podporu lidem s mentálním postižením.

Ve třetí kapitole píše o problémovém chování, hlavně pak o agresi, jejích příčinách, průběhu, zvládnutí, prevenci a možnostech terapií. To je například behaviorální terapie, která se zaměřuje na změnu vnějšího chování klienta a kognitivně-behaviorální terapie, která je zaměřená na změnu myšlení a vnějšího chování klienta.

Čtvrtá kapitola popisuje význam komunikace jako prevence vzniku agrese. Lidé s mentálním postižením se často setkávají ze strany majority s takzvaným nálepkováním, což vytváří bariéry při komunikaci.

V páté kapitole se věnuji vzdělávání pracovníků v sociálních službách, které je ze zákona povinné, a vzdělávání všeobecných sester, které v daném zařízení pracují a jejich povinností je také celoživotně se vzdělávat. Dalším tématem kapitoly je supervize jako pomoc a podpora pracovníkům při práci s lidmi s mentálním postižením a zvládnutí

agresivního chování. Zmiňují se také o metodických postupech, které by měla každá organizace mít vypracované. Posledním tématem páté kapitoly je syndrom vyhoření, který ohrožuje pracovníky v sociálních službách a může se stát příčinou agrese.

V poslední kapitole teoretické části popisují restriktivní opatření, což jsou následné postupy při zvládnání agrese. Omezují pohyb člověka a jsou jasně definovány v zákoně o sociálních službách.

Praktická část je zpracována formou kvalitativního výzkumu, metodou dotazování, využitím techniky polostrukturovaného rozhovoru. Šetření probíhalo v Domově pro osoby se zdravotním postižením v Pístině, kde již patnáct let pracuji na pozici všeobecné sestry. Výzkumný vzorek byli zaměstnanci v přímé péči, kteří zde pracují alespoň pět let. Rozhovory s vybranými respondenty probíhalo od prosince 2012 do února 2013. Cílem výzkumu bylo zjistit, jaké mají zaměstnanci povědomí o příčinách agresivního chování, o prevenci a restrikci. Proto jsem si stanovila tyto výzkumné otázky: Co je podle pracovníků agresivní chování u lidí s mentálním postižením? Znají pracovníci příčiny agrese lidí s mentálním postižením? Jaká je úloha pracovníků v rámci prevence agrese? Znají pracovníci restriktivní opatření a zásady jejich užití? Ze zjištěných poznatků vyplývá, že všichni dotazovaní pracovníci se setkali s agresivním chováním člověka s mentálním postižením a vnímají ho jako problémové. Agresi popsali jako fyzické či slovní napadení druhé osoby nebo majetku. Projev agresivního chování je i autoagrese. Je nějaká možnost, jak agresivnímu chování předejít? Všichni respondenti se shodli na tom, že příčinou agresivního chování lidí s mentálním postižením jsou nenaplněné základní potřeby člověka. Co se týká úlohy pracovníků v prevenci agrese, všichni respondenti si myslí, že důležitou roli hrají terapie, zaměstnání klientů a vhodná komunikace, kterou je třeba individuálně přizpůsobit. Všichni respondenti vnímají jako prevenci i supervizi, která je přínosem v jejich práci. Stejně tak vzdělávání, které je pro ně ze zákona povinné. Co jsou restriktivní opatření? Všichni respondenti odpověděli, že jsou to prostředky, které omezují pohyb člověka. Také prokázali znalost jejich použití. Respondenti se v rozhovoru nezmínili o tom, že tyto opatření se mohou používat jen na dobu nezbytně nutnou. Tento údaj, je ale nutné uvést v zápisu o použití restriktivních opatření, který jak uvedli všichni dotazovaní, vyplnili.

Proto si myslím, že ve své podstatě, tuto informaci znají. Další věc o které se nezmínili, byla informovat samotného klienta o tom, že proti němu bude použito restriktivní opatření. To přisuzuji možnému stresu při rozhovorech na toto téma. Celkově si dovolím tvrdit, že zaměstnanci znají problematiku agresivního chování u lidí s mentálním postižením. Stejně tak ví, co agresi vyvolává, jak jí lze předejít a jaké jsou následné postupy, pokud k agresivnímu chování u klienta dojde. Znají metodické postupy organizace a řídí se jimi.

## **Abstract**

In Czech Republic, there is still paid just a little attention to aggressive behaviour of people with mental disability. There has appeared a significant development of providing social services since 2007. Services are transformed, and they are gradually moving from restrictive measures to support and to preventive procedures focused on the approach to clients. Aggressive behavior of clients is now recognized the way that the problem is not carried just by the client himself, but it is also carried by the staff themselves, because they are an active part of a relation with the client. The worker and the client do their best to deal with mutual co-existence.

In my bachelor thesis I set an objective to find out, what the aggression of people with mental disability is according to the staff of the selected institution, what are its causes like, what are the possibilities of prevention like, and what is the procedure like in case of restrictive measures. When writing my thesis, I was leaning against the available literature and Internet-based sources that were dedicated to mental disability issues, aggression and possibilities of controlling the aggression.

I divided the theoretical part into six chapters. The first chapter examines the characteristics of mental disability, etiology, classification in accordance with ICD-10 and personalities of persons with mental disability.

The second chapter describes social services according to the Law 108/2006 Coll. on social services, and it defines the service Home for People with Health Disabilities, which provides support for people with mental disabilities.

In the third chapter I write about offending behavior, mostly about aggression, its causes, course, control, prevention and possibilities of therapies. This is for example behavioral therapy, which focuses on the change of external behavior of the client and the cognitive-behavioral therapy, which is focused on client's change of thinking and external behavior.

The fourth chapter describes the importance of communication as a prevention of aggression. People with mental disability are often encountered from the side of majority with so-called labelling, which creates barriers in communication.

I dedicate the fifth chapter to the education of staff working in social services, which is mandatory by the law, and to the education of general nurses, which work in the chosen institution, and whose duty is also the lifelong education. Another topic in this chapter is the supervision as the assistance and support for staff working with people with mental disabilities and controlling the aggressive behavior. I also mention methodological procedures, which should be drawn up by every organization. The latter issue in the fifth chapter is the burnout syndrome, which threatens the staff in social services and which may be the cause of aggression.

In the last chapter of the theoretical part I describe restrictive measures, which are follow up procedures when dealing with the aggression. They limit human mobility and they are clearly defined in the law on social services.

The practical part is processed in the form of qualitative research, method of questioning and by using the technique of the semistructured interview. The investigation took place in the Home for People with Disabilities in Pístina, where I have been working in the position of general nurse for fifteen years. The research sample were employees working in the direct care, which had worked there for at least five years. Interviews with selected respondents took place from December 2012 to February 2013. The objective of this research was to find out what awareness the employees had of causes of the aggressive behavior, prevention and restriction. That's why I have set out these research questions: What counts as aggressive behavior in people with mental disabilities according to the staff? Does the staff know the causes of aggression of people with mental disabilities? What is the role of staff in the prevention of aggression? Does the staff know the restrictive measures and principles for their use? The recorded evidence indicates that all responding staff encountered the aggressive behavior of a person with mental disability and they perceived it as offending. They described the aggression as physical or verbal attacks against other person or property. Demonstration of the aggressive behavior is also auto-aggression. Is there any possibility of avoiding the aggressive behavior? All respondents agreed that the cause of aggressive behavior of people with mental disabilities were unfulfilled basic human needs. What concerns the role of the staff in preventing the aggression, all

respondents think, that therapy, employment of clients and the appropriate communication, which shall be adapted individually, play very important role. All respondents perceive the supervision, which is helpful at their work, as a prevention. Similarly, the same is the education, which is mandatory for them by the law. What are the restrictive measures? All respondents answered that they were instruments, which limited human mobility. They also demonstrated knowledge of their use. Respondents did not mention in the interview about the fact, that these measures may be used only for strictly necessary period. It is necessary to indicate this fact in the report on the application of restrictive measures, which, as all respondents had indicated, they filled in. That is why they think that, at its essence, they know this information. Another thing they did not mention was to inform the client himself, that restrictive measures will be used against him. I address this to possible stress during interviews on this subject. Overall, I would say that the staff know the aggressive behavior in people with mental disabilities. Likewise they know what causes aggression, how it can be prevented and what are the follow-up procedures if the aggressive behavior of the client occurs. They know the methodology of the organization and they do follow them.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne (datum)

.....  
(jméno a příjmení)



## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Veronice Benešové, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, za cenné rady a připomínky. Dále děkuji zaměstnancům Domova pro osoby se zdravotním postižením v Pístině za ochotu spolupracovat a všem respondentům, za ochotu odpovídat na mé otázky. Také děkuji mé rodině za podporu při studiu.

## Obsah

Obsah.....	10
ÚVOD.....	11
1. Současný stav.....	13
1.1. Charakteristika mentálního postižení.....	14
1.1.1 Etiologie mentálního postižení.....	14
1.1.2 Klasifikace mentálního postižení.....	15
1.1.3 Osobnost člověka s mentálním postižením.....	17
1.1.4 Psychické zvláštnosti jedince s mentálním postižením .....	18
1.2 Domov pro osoby se zdravotním postižením.....	20
1.3 Problémové chování osob s mentálním postižením.....	22
1.3.1 Agrese, agresivní chování osob s mentálním postižením.....	22
1.3.2 Příčiny vzniku agresivního chování osob s mentálním postižením.....	23
1.3.3 Průběh agresivního chování.....	25
1.3.4 Možnosti zvládnutí agrese u osob s mentálním postižením.....	26
1.3.5 Terapie agresivního chování.....	27
1.3.6 Ucelený terapeutický přístup.....	28
1.4 Komunikace.....	29
1.4.1 Komunikace s lidmi s mentálním postižením.....	29
1.5 Vzdělávání pracovníků v sociálních službách.....	31
1.5.1 Supervize.....	31
1.5.2 Syndrom vyhoření.....	32
1.6 Restriktivní opatření.....	33
2. Cíl práce a výzkumné otázky.....	34
2.1 Cíl práce.....	34
2.2 Výzkumné otázky.....	34
3. Metodologie.....	35
3.1 Technika sběru dat.....	35
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	35
3.3 Proces sběru dat.....	35
3.4 Metodika vyhodnocování dat.....	36
4. Výsledky.....	37
5. Diskuze.....	54
6. Závěr.....	60
7. Seznam použitých zdrojů.....	62
8. Klíčová slova.....	66

## ÚVOD

V současné době a během posledních let došlo v České republice k významnému posunu pobytových služeb lidem s mentálním postižením. Od roku 2007 se sociální služby postupně transformují. Klade se velký důraz na přirozené prostředí klientů, jejich potřeby a naplňování těchto potřeb. Dnes již nenajdeme v domovech pro osoby se zdravotním postižením klecová lůžka, která byla nástrojem při potírání agrese lidí s mentálním postižením. Od restriktivních opatření se přechází k opatřením podpůrným a preventivním. K opatřením, která neporušují osobní svobodu, lidská práva a nesnižují lidskou důstojnost jedince. Důležité je dívat se na klienta jako na jedinečnou osobnost s touhami, přáními, potřebami. Na osobnost žijící v prostředí, které na ni působí a ovlivňuje její chování a život. Novým trendem je použití na prvním místě terapie problémového chování (např. behaviorální terapie, kognitivně-behaviorální terapie).

Problematiku agresivního chování lidí s mentálním postižením v zařízeních sociální péče jsem si vybrala ze dvou důvodů. Prvním z nich je, že již patnáct let pracuji v sociálních službách s lidmi s mentálním postižením, denně s nimi žiji, hovořím a vidím, jak komunikují mezi sebou a s pracovníky v přímé péči. Druhým důvodem jsou diskuze veřejnosti na téma agresivity v sociálních službách. Hovoří se nejen o agresivitě klientů, ale také o nevhodném chování zaměstnanců-profesionálů ke klientům – uživatelům sociálních služeb. Bylo by chybou domnívat se, že příčiny vzniku problémového chování a agresivity plynou jen z chování klientů sociálních služeb. Důležité je chápat tuto problematiku v celku a uvědomit si, že na vzniku agrese mají svůj podíl i zaměstnanci sociálních služeb.

Cílem bakalářské práce je, zjistit, co ví zaměstnanci vybraného zařízení o agresi osob s mentálním postižením, jejich příčinách, o prevenci a restriktivních opatřeních. S ohledem na cíl práce jsem si stanovila tyto výzkumné otázky: Co je podle pracovníků agresivní chování u lidí s mentálním postižením? Znají pracovníci příčiny agrese lidí s mentálním postižením? Jaká je úloha pracovníků v rámci prevence agrese? Znají pracovníci restriktivní opatření a zásady jejich užití?

Výzkum v této oblasti je náročný, protože samotní zaměstnanci nemusí být vstřícní a ochotní mluvit o agresi, jelikož s ní mají osobní zkušenost a prakticky jsou její součástí.

## 1. Současný stav

Lidé, kteří pracují v pomáhajících profesích se často potýkají s terminologickými nejasnostmi, mnohoznačnostmi a etickými problémy, které vyplývají z charakteru mentálního postižení. Jsou nuceni stále upravovat terminologii, protože většina termínů se ve společnosti stává nekorektními, pro své hanlivé zabarvení. To co bylo původně určeno jako „terminus technicus“ se v čase mění na nadávku. Týká se to nově i základního pojmu mentální retardace, který již společnost vnímá jako neúnosný. Stále se hledají nové termíny, aby nahradily ty staré a výsledkem je jistá terminologická neujasněnost. Na jedné straně se mění pojmy pro komunikaci s veřejností, s rodiči dětí s postižením, s médii, které však nemusí být zcela přesné, a na straně druhé se používají pojmy jiné při komunikaci profesionálů jako jsou lékaři, psychologové a speciální pedagogové (Valenta, Michalík, Lečbych, et al., 2012).

Lidé se odjakživa setkávali s osobami s problémovým chováním. Protože tomuto chování nerozuměli, snažili se vysvětlit si ho jako důsledek nějakého mystického prožitku v pozitivním, ale i v negativním slova smyslu. V dnešní západní kultuře jsme se již posunuli v názorech a postojích na problémové chování od mystických výkladů tohoto chování k diagnostice podle Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN-10). Přesto když se setkáme s problémovým chováním, nevíme co dělat, cítíme se bezmocní, jako naši předci (Jůn, 2010).

*„Lidé s problémovým chováním v zařízeních sociálního nebo zdravotnického typu mají velmi často společný jeden prvek svého jednání. Snaží se nás svým chováním ovládat, pokoušejí se personál někam tlačit a stále s ním manipulovat. Pokud se personál chová přesně tak, jak chtějí, jsou tito lidé často spokojeni a cítí se v pohodě. My, tedy personál, však máme úplně stejný cíl. Pokud se naši klienti chovají přesně tak, jak my chceme, jsme také velmi spokojeni a cítíme se v pohodě. Tento zájem tak nemají společný pouze klienti s problémovým chováním, ale spojuje klienty s personálem. Vycházíme tedy ze stejných východisek jako naši klienti, každý však používáme jiné zbraně“ (cit. Jůn, 2010, s.12).*

## 1.1. Charakteristika mentálního postižení

Termín mentální postižení je v současnosti vymezovaný značným množstvím definic. Tyto definice jsou společně zaměřené na celkové snížení intelektových schopností člověka a schopnosti adaptace na sociální prostředí (Valenta, Michalík, Lečbých, 2012).

Lidé s mentálním postižením jsou ti, u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám adaptačních schopností. Přitom hloubka a míra postižení těchto funkcí je individuálně odlišná. Příčinou mentálního postižení je organické poškození mozku, které vzniká v důsledku strukturálního poškození mozkových buněk nebo abnormálního vývoje mozku (Švarcová, 2011). Vlivná autorita v této oblasti transformovaná AAMR (American Association for Mental Retardation) na (AAIDD, 2010) definuje mentální postižení takto: *„Intelektová (rozumová) disabilita (termín nahrazující mentální retardaci) je charakterizována podstatnými omezeními jak v oblasti intelektových funkcí, tak i v oblasti adaptačního chování, jež se demonstrují v každodenních sociálních a praktických dovednostech, přičemž se stav objevuje do 18. roku věku“* (cit. Valenta, Michalík, Lečbých, et al., 2012, s.33).

### 1.1.1 Etiologie mentálního postižení

Příčina vzniku mentálního postižení je poškození centrálního nervového systému jedince. Jde o multifaktoriálně podmíněné postižení, a na jeho vzniku se mohou podílet jak poruchy genetických dispozic, které vedou k narušení rozvoje mozku, tak různé exogenní (vnější) faktory, které poškodí mozek člověka v raném vývoji (Vágnerová, 2008).

Valenta a Müller (2009) hovoří o příčinnách vnitřních či vnějších, o mentálním postižení vrozeném či získaném. O vlivech působících před porodem (prenatálních), působících během porodu a krátce po něm (perinatálních) a působících během života (postnatálních).

Je důležité si uvědomit, že u každého jednotlivce s mentálním postižením nelze jednoznačně určit, jestli jeho postižení bylo způsobeno pouze příčinou biologickou a jakou měrou se na jeho aktuálním stavu podílí faktory sociální. Faktory biologické a sociální se v osobnosti člověka prolínají a základní postižení může být pozitivně, ale i negativně ovlivněno sociálním prostředím podnětným či nepodnětným a životními zkušenostmi (Černá, et al., 2009).

Příčiny prenatalní jsou příčiny vzniklé v období vývoje plodu v těle matky. Řadíme sem geneticky podmíněné poruchy, především metabolické. Vliv mají také specifické genetické poruchy například trizomie 21. chromozomu známá jako Downův syndrom. Narození dítěte s mentálním postižením mohou významně ovlivnit infekční onemocnění matky. To jsou exogenní faktory. Další patogenní činitelé jsou rentgenové záření, nevhodné léky, alkohol, drogy, chemikálie, choroby jako diabetes mellitus, anemie, onemocnění štítné žlázy, nedonošenost plodu (Valenta, Michalík, Lečbych, et al., 2012).

Perinatální příčiny jsou příčiny vzniklé během porodu a krátký čas po něm. Při porodu může vývoj centrální nervové soustavy dítěte poškodit nezvyklá zátěž například nedostatek kyslíku nebo mechanické poškození mozku (Valenta, Michalík, Lečbych, et al., 2012).

Postnatální příčiny jsou příčiny vzniklé po narození dítěte a v průběhu života. Může je způsobit mnoho vlivů, mezi které patří zánět mozku způsobený mikroorganismy, mechanické vlivy – úrazy, krvácení do mozku, mozkové léze při nadorových onemocněních (Valenta, Müller, 2009).

### **1.1.2 Klasifikace mentálního postižení**

Při klasifikaci mentálního postižení se v současné době užívá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě. V České republice je platná od roku 1992. Tato klasifikace dělí mentální postižení do šesti základních kategorií: lehká mentální retardace (postižení), středně těžká mentální retardace (postižení), těžká mentální retardace (postižení), hluboká mentální retardace

(postižení), jiná mentální retardace (postižení), nespecifikovaná mentální retardace (postižení) (Švarcová, 2011).

#### **A. Lehké mentální postižení IQ 50-69, MKN-10 (F70)**

Lidé s lehkým mentálním postižením i v dospělém věku uvažují na úrovni středního školního věku. Jsou schopni respektovat pravidla logiky, ale nejsou schopni abstraktního myšlení a v jejich slovním projevu chybí abstraktní pojmy. Slovní projev je jednodušší, užívají kratších vět. Jsou schopni se učit v případě respektování jejich možností. V životě mohou dosáhnout určité samostatnosti, potřebují pouze dohled a oporu (Vágnerová, 2008).

#### **B. Středně těžké mentální postižení, IQ 35-49, MKN-10 (F71)**

Jedinci se středně těžkým mentálním postižením mají výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči. Stejně tak je opožděna soběstačnost a zručnost. Při kvalifikovaném pedagogickém vedení jsou schopni osvojit základy trivia. V dospělém věku jsou lidé se středně těžkým mentálním postižením schopni vykonávat jednoduchou manuální práci pokud je zajištěn odborný dohled. Samostatný život lidí se středně těžkým mentálním postižením je jen zřídka možný. Jsou schopní navazovat sociální interakce a komunikaci. K jejich mentálnímu postižení se často přidružují tělesná a neurologická onemocnění zejména epilepsie. (Švarcová, 2011).

#### **C. Těžké mentální postižení, IQ 20-34, MKN-10 (F72)**

Jedinci s těžkým mentálním postižením trpí výrazným opožděním psychomotorického vývoje, což je patrné již v předškolním věku. Výrazně a trvale je omezena schopnost sebeobsluhy, verbální vývoj stagnuje, vzácně používají jednotlivá slova. Tento stupeň postižení je kombinován s motorickými poruchami a příznaky celkového poškození centrální nervové soustavy. Těžké mentální postižení často provází poruchy chování v podobě stereotypních pohybů, hry s fekáliemi, sebepoškozování, afektů a agrese (Valenta, Müller, 2009).



#### **D. Hluboké mentální postižení IQ je nižší než 20, MKN-10 (F73)**

Jedinci s tímto stupněm postižení jsou těžce omezeni ve schopnosti porozumět řeči. V nejlepším případě jsou schopni jen rudimentární neverbální komunikace (úsměv, pláč, atp.). Většina osob je výrazně omezená v pohybu nebo je imobilní. Trpí inkontinencí, nejsou schopni pečovat o svou osobu a základní potřeby, potřebují stálou pomoc a dohled. Možnost výchovy a vzdělávání jsou značně omezené. Existují však metodické postupy, kterými lze rozvíjet jejich motoriku, komunikační dovednosti. (Švarcová, 2011).

#### **E. Jiné mentální postižení, MKN-10 (F78)**

Tato kategorie se používá v případě, kdy určení stupně intelektového postižení, je zvláště nesnadné nebo nemožné, z důvodu přidružené sensorického nebo somatického poškození, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvicích, u osob s těžkou poruchou chování, autistů (Švarcová, 2011).

#### **F. Nespecifikované mentální postižení, MKN-10 (F79)**

U jedinců zařazených v této kategorii je prokázáno mentální postižení, ale není k dispozici dostatek informací, aby bylo možno zařadit jedince do některé z výše uvedených kategorií (Švarcová, 2011).

### **1.1.3 Osobnost člověka s mentálním postižením**

Lidé s mentálním postižením tvoří homogenní skupinu, kterou lze globálně charakterizovat. Každý jedinec je svébytná bytost s charakteristickými osobnostními rysy. Přesto se u většiny z nich projevují určité společné znaky, závisující na druhu, rozsahu a hloubce postižení (Švarcová, 2011).

Celkové poškození neuropsychického vývoje lidí s mentálním postižením s sebou nese různé zvláštnosti v jednotlivých oblastech jejich osobnosti. Postižení se dotýká

poznávacích procesů, sféry emocionální a volní. Ovlivněna je adaptabilita, chování jedince a motorika (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

#### **1.1.4 Psychické zvláštnosti jedince s mentálním postižením**

**Vnímání** je proces, kterým člověk poznává své okolí, rozeznává známé a neznámé podněty a situace a na jejich základě se orientuje ve svém prostředí. Vnímání je spojeno s rozeznáváním vnímaných objektů na základě životních zkušeností (Švarcová, 2011). Opožděné a omezené vnímání, které je charakteristické pro lidi s mentálním postižením, má velký vliv na průběh jejich dalšího psychického vývoje. Nezanedbatelný je problém zpomalenosti tempa vnímání a zúžení rozsahu vnímání, což ztěžuje jedinci s mentálním postižením orientaci v novém místě a v neobvyklé situaci (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

**Jazyk** je prostředek poznávání a jeho rozvoj je závislý na interakci vrozených dispozic a kvality stimulace. U jedinců s mentálním postižením se sluchové rozlišování a výslovnost slov a vět vytváří později než u jedinců bez postižení. Zhoršené sluchové vnímání brzdí zdokonalení výslovnosti a nepřesná výslovnost ztěžuje zlepšení kvality sluchových vjemů (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

**Myšlení** je funkcí poznávací. Umožňuje nám poznání zobecnělé, zprostředkované skutečnosti, jeho nástrojem je řeč a podstatou postihování vzájemných vztahů (Valenta, Müller, 2009). Myšlení lidí s mentálním postižením je charakteristické stereotypností, rigiditou a ulpíváním na určitém způsobu řešení (Vágnerová, 2008). Jejich myšlení je zatíženo přílišnou konkrétností, neschopno abstrakce a generalizace, chybami v analýze a syntéze (Valenta, Müller, 2009).

**Paměť** nám umožňuje uchovat informace, je úzce spojena s učením. Díky ní si uchováváme a zobecňujeme minulou zkušenost, získáváme dovednosti a vědomosti. Lidé s mentálním postižením si vše nové osvojují velmi pomalu a po několika opakováních. Osvojené rychle zapomíná a nabyté vědomosti a dovednosti neumí včas

využít v praxi. Příčina toho je především ve vlastnostech nervových procesů (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

#### **A. Zvláštnosti volních vlastností osob s mentálním postižením**

Podle Vágnerové (1999) je **vůle** naučená autoregulační schopnost, která usměrňuje jednání člověka takovým způsobem, který považujeme za účelný a nutný. Není však spojen s dosažením libosti, proto zde emoční regulace nestačí. Lidé s mentálním postižením nejsou dostatečně iniciativní, neumí řídit své jednání tak, aby odpovídalo naplňování vzdálenějšího cíle. Bezprostředně se podřizují vlivům okolní situace a nedokáží tyto vlivy samostatně přepracovat (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007). Specifickým rysem je dysbulie – porucha vůle – nebo abulie – nerozhodnost, nedostatek vůle a neschopnost zahájit činnost (Valenta, Müller, 2009).

#### **B. Zvláštnosti emocionální sféry u osob s mentálním postižením**

**Emocemi** vyjadřujeme svůj vztah ke světu a k sobě samému. Slouží nám k orientaci, regulaci chování, vyvolávají odpovídající reakce, aktivizují nebo tlumí naše jednání (Vágnerová, 2008). Osoby s mentálním postižením jsou ve většině emočně nevyspělé. Neznámé prostředí, lidé, neúměrné úkoly v nich často vyvolávají strach, úzkost a jiné intenzivní reakce až panického rázu. City člověka s mentálním postižením jsou nedostatečně diferencovány. Pociťují buď spokojenost, nebo nespokojenost, jiné odstíny prožívání u něj téměř neexistují. Kromě nedostatečného rozvoje citů u lidí s mentálním postižením pozorujeme jakési patologické citové projevy (Švarcová, 2011).

#### **C. Utváření sebehodnocení osob s mentálním postižením**

**Sebepojetí** je významná součást osobnosti člověka. Tak jak vnímáme svět kolem nás, vnímáme také svůj zevnějšek a své vlastnosti a tyto vjemy organizujeme do určité soustavy představ o sobě (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

Sebepojetí u osob s mentálním postižením je ovlivněno mírou uvažování a omezenou schopností chápat, jaké jsou jejich možnosti. Sebehodnocení bývá nekritické a velmi ovlivněné emočním prožíváním a je jednoznačně vázané na reakci

jiných lidí. Tito lidé pak rozhodnou o tom, v jaké míře bude uspokojena potřeba seberealizace člověka s mentálním postižením (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

**Aspirace** u lidí s mentálním postižením je specifická velkými výkyvy na stranu podhodnocování se (nízká aspirace) či nadhodnocování se (vyšší, nereálná aspirace). Na jedné straně se člověk s mentálním postižením snaží vyhnout úkolům, obavami z nezdaru a selhání. Z těchto pocitů pak pramení nízká aspirace. Na straně druhé jde o plánované jednání, uvažování o svých možnostech, o podmínkách v určité situaci a dochází k nerealistickému sebehodnocení, z kterého vyplývá vysoká aspirace (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

## **1.2 Domov pro osoby se zdravotním postižením**

Sociální služby jsou poskytovány lidem, kteří jsou nějak společensky znevýhodněni. Cílem je zlepšit kvalitu jejich života a v co největší možné míře je začlenit do společnosti. Sociální služby zohledňují jak uživatele služeb, tak jeho rodinu nebo společenství do kterého patří, i zájmy společnosti (Matoušek, et al., 2007).

Důležité změny v oblasti sociálních služeb přinesl zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Do doby jeho přijetí byly sociální služby upravovány legislativou platnou před rokem 1989, jako ústavní péče a pečovatelská služba. Sociální služba je v zákoně o sociálních službách definována jako činnost nebo soubor činností, jimiž se zajišťuje pomoc osobám v nepříznivé sociální situaci (Švarcová, 2011).

Sociální služby se poskytují jako pobytové, ambulantní, terénní. Pobytové služby poskytují ubytování v rámci sociálních služeb. Ambulantní služby jsou sociální služby za kterými osoba dochází. Terénní služby jsou poskytovány v přirozeném prostředí uživatele sociálních služeb. Sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče (např. osobní asistence, pečovatelská služba aj.), služby sociální prevence (např. raná péče, azylové domy aj.) (Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění).

**Domov pro osoby se zdravotním postižením** poskytuje sociální služby lidem, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (Švarcová, 2011).

Sociální služba Domovy pro osoby se zdravotním postižením § 48 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- g) sociálně terapeutické činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění).

Obecným problémem této sociální služby je to, že lidem s větší mírou podpory jsou leckdy poskytovány služby minimální, jen na úrovni základních fyziologických potřeb, kdežto osobám s nižší mírou podpory jsou poskytovány služby nadbytečné, které brzdí jejich osobní rozvoj (Matoušek, et al., 2007).

Klíčovým metodickým materiálem jsou Standardy kvality sociálních služeb. Tento materiál má velký vliv na zkvalitnění sociálních služeb. Smyslem patnácti standardů kvality je umožnit průkazným způsobem posoudit kvalitu poskytované sociální služby (Švarcová, 2011).

### **1.3 Problémové chování osob s mentálním postižením**

Pojem „problémové chování“ nahradil v průběhu posledních let řadu termínů jako jsou abnormální, odchýlné, poruchové, mentálně narušené, dysfunkční a nepřizpůsobivé chování. Výše uvedené termíny se užívaly k popisu neobvyklého chování lidí s těžkým mentálním postižením. Patří mezi ně agrese, destruktivita, sebezraňování, stereotypie, problémové chování škodlivé pro člověka s postižením jako polykání nebezpečných předmětů, problémové chování pro personál v přímé péči například vytrvalý křik, neochota, poruchy spánku, hyperaktivita, nebo problémové chování pro okolí jako je například zvracení jídla, pomazávání těla výkaly (Emerson, 2008).

Emerson (1995) definuje problémové chování 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 omezen přístup“* (cit. podle Emerson, 2008, s. 13.).

Z výše uvedené definice vyplývá, že ten kdo rozhoduje o problémovosti chování, je převážně společenská norma a komunita. Jestliže se v průběhu času bude měnit náhled komunity nebo se změní společenská norma, změní se podle této definice i samotný výskyt problémového chování. Můžeme tedy říci, že problémové chování je chování, které personál vyhodnotí jako problémové (Jůn, 2010).

#### **1.3.1 Agrese, agresivní chování osob s mentálním postižením**

Agrese je jakékoli chování zacílené na druhou osobu a je vedeno s bezprostředním záměrem ublížit. Agresor je přesvědčen, že svým chováním cíl poškodí a oběť je motivována se útoku agresora vyhnout (Koukolík, Drtilová, 2008).

Agresivním chováním obvykle člověk reaguje, když chce dosáhnout uspokojení, a v cestě mu stojí nějaká překážka. Agresivita je stimulována pocitem hněvu a vzteku

spojeným s uvědoměním zátěže. Je zdrojem vlastní jistoty, vede k uspokojení, protože potvrzuje vlastní moc (Vágnerová, 2008).

Konrad Lorenz (1963, in Poněšický, 2010) říká, že agrese není jen reakce na nějaký podnět, ale pudové, znova narůstající vnitřní napětí, které hledá příležitost k vybití.

S pojmem agresivita bývá často spojován pojem hostilita. Hostilita je nepřátelský postoj vůči sobě a okolí s projevy agresivního chování. V případě, že je míra agresivity zdravá, hovoříme o asertivitě. Asertivita je schopnost zdravě se prosadit společensky přijatelným způsobem (Fischer, Škoda, 2009).

A. H. Buss a A. Durkee (1957, in Nakonečný, 1996) popsali formy agresivního chování takto: 1. fyzické násilí – napadnutí, 2. nepřímá agrese – pomluvy, 3. popudlivost – pohotovost k afektivní explozi, 4. negativismus, 5. nevole – nenávisť, podezřívání – projev nepřátelství k druhým, 7. verbální agrese – nadávky.

Agrese může být namířena proti druhé osobě, proti věcem, ale i proti sobě samému, to nazýváme autoagresí (Kalvach, Čeledová, Holmerová, et al.).

Agresivní chování jedinců s mentálním postižením klade vysoké nároky na pomáhající personál v sociálních zařízeních, který je nucen vytvořit si metody pro jeho zvládnutí. Bohužel ne všechny mohou být vhodné pro člověka s mentálním postižením. Reakce personálu vůči agresivnímu jedinci může napáchat více škod na kvalitě života lidí s postižením, než bezprostřední důsledky samotného agresivního chování klienta. Tato reakce zahrnuje nevhodné zacházení, vyloučení nebo systematické zanedbávání (Emerson, 2008).

### **1.3.2 Příčiny vzniku agresivního chování osob s mentálním postižením**

Lidé s mentálním postižením mají nárok na stejná práva jako všichni ostatní lidé naší republiky. Mají právo na naplnění základních životních potřeb, mezi které patří fyziologické potřeby, potřeba bezpečí, jistoty a soukromí, potřeba někam patřit a být milován, potřeba úcty a respektu, potřeba seberealizace.

Fyziologické potřeby jsou naplněny například ve chvíli kdy se klient může najíst, napít v době, kdy má hlad, žízeň a chuť. Nejen v určený čas. Může spát ve chvíli, kdy je unaven a cítí potřebu odpočinku, pokud zrovna není v pracovním procesu.

Potřeba bezpečí, jistoty a soukromí je naplněna, pokud klient ví, kdy, kde, s kým a co má dělat. Může kdykoliv opustit skupinu ostatních (alespoň v rámci upravené místnosti – relaxační kout aj.). Má přístup k předmětům, které u něj vyvolávají příjemný pocit jistoty. Ví, že se může spolehnout na personál, který dělá to co říká. Potřeba někam patřit a být milován je naplněna, když personál nedává pokyny, neklade požadavky a s klientem vstupuje do kontaktu např. při pití kávy. Dává mu najevo porozumění v tíživých životních situacích.

Potřebu úcty a respektu personál naplňuje, když s klientem jedná vhodně s ohledem na fyzický věk klienta. Nezlehčuje a nezesměšňuje jeho citové prožívání, touhy, požadavky, připomínky, stížnosti, přání, ani v případě, že jsou nereálná.

Potřeba seberealizace je naplněna, pokud se klient může rozhodnout v rámci svých možností a schopností o tom kdy půjde spát, kdy se nají, kdy bude vykonávat jiné aktivity.

Ve chvíli, kdy nejsou základní životní potřeby u člověka naplněny, zvyšuje se u něj pravděpodobnost výskytu agresivního chování (Jún, 2007).

Agresivní chování lidí s mentálním postižením má dva spouštěcí faktory. Vnitřní faktor a vnější. Vnitřním faktorem je organické a funkční poškození mozku a spočívá v nedostatečné myšlenkové kontrole vlastních emocí. Tento faktor lze částečně korigovat kognitivně-behaviorální terapií a farmakoterapií. Vnější faktorem je prostředí klienta, ve kterém žije a který zahrnuje nepohodlnost prostředí a zmatečnost. Dalším častým spouštěčem agresivního chování jsou přísně nastavená pravidla zařízení. Tyto pravidla jsou dána velikostí zařízení a velkým počtem klientů. Vnější faktory můžeme ovlivnit kognitivně-behaviorální terapií. Terapie se převážně věnuje prevenci agresivního chování (Jún, 2007).

Na zvýšení rizika vzniku agresivního chování u osob s mentálním postižením se podílejí faktory biologické (např. genetická predispozice, poškození mozku, smyslové či fyzické postižení), nejvíce však sociálně psychologické faktory prostředí,



v němž tento člověk žije. Velice často prostředí neposkytuje optimální podporu lidem, kteří jsou znevýhodněni. Život člověka s mentálním postižením je plný stresujících událostí, které na ně mají stejný negativní dopad, jako by měly na nás. Nejčastěji jsou to necitlivé odloučení od blízkých lidí, ztráta důležitých vazeb, odpírání základních lidských práv, institucionalizace, nedostatek přátel (Durecová, 2007).

Agresivitou se mohou projevovat také psychické poruchy. Nemusejí být nutně příčinnou agrese, ale mohou vytvořit podmínky, při kterých dojde ke změně prožívání jinak neutrální události. Stejný vliv mohou mít i stavy emoční nepohody, úzkost, strach nebo bolest. Nejčastější poruchy, které mohou ovlivňovat vznik agresivního chování jsou afektivní, schizofrenní, neurotické a stresem vyvolané, vyvolané požitím alkoholu, poruchy osobnosti a demence (Durecová, 2007).

### **1.3.3 Průběh agresivního chování**

Při fyzické agresi klienta se personálu vždy nabízejí určité postupy zvládnutí tohoto chování. Důležitým faktorem je uvědomit si, že cílem při incidentu není zvítězit nad klientem, ale incident ustát tak, aby další společné soužití bylo i nadále možné. Průběh agresivního chování je rozdělen do tří fází. Fáze rozčilující, fáze agrese a fáze zklidňující. Ve fázi rozčilující klienta něco popudilo, rozladilo. Dostává se do nepohody, která se projevuje negativním emočním prožíváním. V tuto chvíli klient není fyzicky agresivní. Ve fázi druhé, agresivní, již dochází k fyzickým agresivním projevům (kousání, kopání, mlácení), je ve fyzickém agresivním kontaktu s personálem nebo ostatními lidmi. V poslední fázi zklidňující přestává být klient fyzicky agresivní, ale ještě není emočně klidný. Cílem personálu je, aby se negativní emoční prožívání při fázi rozčilovací neprohlubovalo a nedošlo k fyzické agresi. V případě fyzické agrese je důležité zabránit zranění napadené osoby i klienta, zabránit poškození majetku vysoké hodnoty. Ve zklidňující fázi je cílem personálu zabránit návratu agresivního chování (Jůn, 2010).

### **1.3.4 Možnosti zvládnání agrese u osob s mentálním postižením**

Každá organizace, která se setkává s agresivním chováním uživatelů, by si měla určit postupy, které pomohou toto chování lépe zvládat. Postupy v rámci prevence agresivního chování a postupy v rámci následků agresivního chování (Jún, 2010). V rámci prevence je nutné udělat vše, aby k agresi vůbec nedošlo, snažíme se vždy měnit spouštěcí mechanismy chování, aby u klienta nevzniklo agresivní chování. Měnit vnější faktory tak, aby pro klienta bylo výhodnější zůstat v klidu, i když jeho potřeby nejsou aktuálně z části naplněny. Učit klienta alternativnímu chování (Jún, 2010).

#### **A. Metodické postupy**

Každá organizace má své metodické postupy pro kvalitu poskytované služby. Tyto postupy jsou šité na míru organizaci a zohledňují nároky, které na službu klade zákon o sociálních službách a kritéria standardů kvality definivány vyhláškou (Holková, Gabrysz, 2011). Příkladem je metodický postup „Pravidla pro ochranu práv klientů“. Obsahem těchto pravidel je především popis situací, při kterých může v průběhu poskytování sociální služby dojít k porušení práv klienta a nebo ke střetu zájmů mezi poskytovatelem (většinou konkrétním zaměstnancem) a klientem a způsob řešení. Tento metodický postup slouží zaměstnancům ke stanovení jasných hranic, ve kterých se ve vztahu ke klientům služba pohybuje (Domov Pístina, 2012).

#### **B. Individuální plán klienta**

Plánování zaměřené na osobu je plánování osobní budoucnosti. Na prvním místě jsou vždy potřeby klienta, jeho cíle a plány. Na druhém místě stojí potřeby a plány organizace. V plánování je důležitá týmová práce odborníků a lidí, kteří klienta dobře znají. Plány mohou být krátkodobé, střednědobé i dlouhodobé. Klient se na plánování svého života podílí a je v maximální možné míře zodpovědný za to, za co odpovědný být může (Matoušek, 2011).

### 1.3.5 Terapie agresivního chování

Terapie je vhodný prostředek předcházení agresivního chování. Na začátku se však musíme rozhodnout jaký typ terapie je vhodný použít. Behaviorální terapie se zaměřuje na změnu vnějšího chování klienta. Kognitivně-behaviorální terapie je zaměřená na změnu myšlení a vnějšího chování klienta. Rozhodnutí je závislé na dovednostech klienta. Obě tyto terapie vycházejí z tzv. ABC modelu lidského chování, ale každý směr ji chápe jinak. Možný, Pražko (1999) uvádějí, že *behaviorální terapie vychází z teorie učení a předpokládá, že určité chování je spouštěno faktory, které po něm následují* (cit. Jůn, 2007, s. 109). Spouštěč (A) může být vnitřní nebo vnější. Vnitřní představuje to, co se odehrává v mysli i těle člověka těsně před začátkem agresivního chování. Vnější spouštěč je cokoli, co člověka před konfliktem obklopuje. Aby se konkrétní chování (B) vyskytlo, musí mu předcházet spouštěč (A). Pokud chceme aby se chování (B) opakovalo, musí po něm nastoupit takové následky, které člověku přinesou takové zisky, které ho motivují při stejných spouštěčích používat znovu stejné chování. Kognitivní terapie používá ABC model, který zachycuje posloupnost a návaznost jednotlivých událostí v čase. Na začátku je (A) jako podnět, na konci stojí (C) jako emočně vypjatá nepřiměřená reakce. B je prázdno v mysli klienta. Pokud se mu podaří B vyplnit, spojí A a C. Vyplnění (B) prázdného místa (nalezení myšlenky) je úkolem Kognitivně-behaviorální terapie (Jůn, 2007 in Čadilová, Jůn, Thorová a kol. 2007).

Další formy terapií, které se dají využít jako prevence vzniku agresivního chování jsou například „umělecké terapie“ prováděné například v rámci speciálně pedagogické péče. Arteterapie je součástí psychoterapie, vychází z toho, že výtvarná tvořivost je člověku přirozená. Každý člověk, nadaný i s postižením je schopen tvořit smysluplná díla. Pokud se dobře stimuluje tvořivá atmosféra ve skupině, je potenciál jejího rozvoje a sdílených pocitů téměř neomezený (Campbellová, 1998). Muzikoterapie je cílené využití hudby k dosažení terapeutických cílů. Prostřednictvím muzikoterapie by měl

člověk lépe porozumět sobě samému a svému okolí, pohybovat se v něm volněji a svobodněji (Eschen, 1979 in Zeleiová, 2007).

Canisterapie je další vhodnou terapií, která je realizovaná na základě kontaktu psa a člověka. Vnímat jí lze ve dvou rovinách. Canisterapie jako společenská činnost pro radost, jejímž smyslem je povzbudit klienta a zlepšit mu náladu. Canisterapie jako cílená terapie, která se podílí na léčbě určitého typu postižení (Slezáková, 2012).

### **1.3.6 Ucelený terapeutický přístup**

Základem tohoto přístupu je terapie klienta, personálu i organizace. Pokud se u klienta vyskytne agresivní chování, bývá prvním krokem terapie klienta. Personál se snaží zabránit klientovu chování, motivovat ho ke vhodnému chování a tím problém vyřešit. Změny chování klienta někdy lze dosáhnout změnou postoje personálu. To se nazývá terapie personálu. Aby mohl personál měnit své postoje a zavádět do praxe nové metody, potřebuje podporu organizace. Změnu směrnic, kompetencí, zvýšení počtu personálu. To je terapie organizace. V praxi by měl tento ucelený terapeutický přístup fungovat obráceně. Terapie klienta by měla být až na posledním místě. (Jůn, 2010).

## **1.4 Komunikace**

Slovo komunikace je latinského původu a je blízké našemu výrazu spojování. Spojení vyjadřuje přemísťování lidí a materiálu, ale i zprávy a informace (Křivohlavý, 2008).

Komunikace je specifická forma kontaktu mezi lidmi, a to prostřednictvím předávání a přejímání významů. Souvisí s dalšími formami vzájemného spojení mezi lidmi, jako jsou činnost, vzájemné působení, společenské vztahy (Janoušek, 2008 in Výrost, Slaměník, 2008).

Lidská komunikace má stránku obsahovou a vztahovou. Při komunikaci člověk definuje sám sebe a čeká, že tato definice bude opětována (Matoušek, 2008).

Komunikaci dělíme podle charakteru prostředků a způsobu zprostředkování na verbální a neverbální. Při komunikaci verbální používáme verbálních prostředků – slovních výrazů mluvených či psaných. Při neverbální komunikaci používáme mimoslovní prostředky, jako pohledy gesta doteky, pohyby umístění v prostoru, výrazy ve tváři.

Komunikační dovednosti je souhrn schopností, díky kterým si jasně a přesně vyměňujeme informace, myšlenky, nápady a pocity. Tím získáme potřebné informace potřebné k přežití (Patrick, 2008).

Adekvátní komunikace předpokládá, že na straně jedné je schopnost správně vyjádřit sdělení a na straně druhé je schopnost přijmout sdělení. Proto, aby komunikace byla efektivní musí vzájemná výměna obsahů být nezkreslená, platná a včasná (Řezáč, 1998).

### **1.4.1 Komunikace s lidmi s mentálním postižením**

Lidé s mentálním postižením dobře chápou význam komunikace v jejich životě. Vždy udělají vše pro to, aby se nějak domluvili i v případě, že jejich verbální prostředky

nejsou na takové úrovni. Uvědomují si, že pomocí jazyka komunikují a ovlivňují své okolí (Čadilová, 2007 in Čadilová, Jůn, Thorová, 2007).

Často jsme svědky nedorozumění, která jsou způsobena jen určitou komunikační neobratností, komunikačními šumy. Lidé s mentálním postižením patří do mimořádně rizikové skupiny lidí, kteří mohou mít potíže v interpersonální komunikaci. Problém v komunikaci nemusí vždy být na straně člověka s postižením, ale třeba v použití prostředků k dorozumívání. Obecně můžeme tvrdit, že komunikaci s lidmi s mentálním postižením často ovlivňují negativní stereotypy. Tito lidé bývají vnímáni jako méně schopní, závislí na pomoci druhých, jsou zbytečně stigmatizováni nálepkováním. U mnoha lidí vede komunikace s člověkem s postižením, už podvědomě k nepartnerskému přístupu, čímž se při komunikaci vytvářejí bariéry (Pörtner, 2009). Při komunikaci s lidmi s mentálním postižením mohou pomoci některé zásady. Jednou ze zásad je aktivní a pozorné naslouchání, které je nezbytné, chceme-li dobře pochopit, co člověk s postižením pociťuje, co potřebuje, ale také jak máme zareagovat. Bez naslouchání není možná uspokojivá podpora (Slowík, 2010).

Další zásadou je respektování dorozumívacích možností. Je důležité, přizpůsobit se tempu vnímání člověka s mentálním postižením, projevit trpělivost. V některých případech je nezbytné použít při komunikaci augmentativní nebo alternativní prostředky. Lidé s mentálním postižením často při komunikaci používají specifický neverbální projev například neobvyklou mimiku, narušování osobní a intimní zóny dotýkáním se druhé osoby, přehnaná gestikulace, hlasitá řeč. Přizpůsobit se takové komunikační situaci je další ze zásad, která je do značné míry závislá na našich adaptačních schopnostech. Tyto schopnosti lze cíleně rozvíjet (Slowík, 2010).

Přijímáním druhého jako rovnocenného partnera se jasně vyjadřujeme, že člověka s postižením akceptujeme jako rovnocennou bytost a partnera, že je pro nás především člověkem bez ohledu na jeho odlišnosti nebo omezení. Jasnou zásadou je vždy respektovat fyzický věk člověka s postižením, ač jeho úroveň mentálních schopností a dovedností odpovídá věku mladšímu (Slowík, 2010).

## **1.5 Vzdělávání pracovníků v sociálních službách**

Důležitou součástí personálu sociálních služeb jsou pracovníci v sociálních službách a zdravotničtí pracovníci (Matoušek, 2011). Podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách je zaměstnavatel povinen zabezpečit pracovníku v sociálních službách vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok. Tím si pracovník obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci (zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách). Celoživotní vzdělávání zdravotních sester pracujících v sociálních službách je povinné, prokazuje se na základě kreditního systému (zákon 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání v platném znění).

### **1.5.1 Supervize**

Supervizi definuje Hess (1980) jako čistou mezilidskou interakci, jejímž cílem je, aby se supervizor setkával se supervidovaným, ve snaze zlepšit schopnosti supervidovaného účinně pomáhat lidem (Hawkins, Shohet, 2004).

Havrdová (2003) píše, že supervize je nástroj ke zkvalitnění práce, využívající andragogický přístup k pracovníkovi a může se uplatňovat v několika rovinách. (Marková, 2010). Supervize není určena jen pro supervidovaného, ale má prvořadý význam pro klienty sociálních služeb (Hawkins, Shohet, 2004).

Většina teoretiků připisuje supervizi tři funkce: vzdělávací, podpůrnou a řídicí. Někdy se uvádí ještě funkce čtvrtá: zprostředkování při řešení konfliktů. Supervize má velký význam v předcházení syndromu vyhoření, brání tomu, aby personál sklouzl do rutinního výkonu profesní role, necitlivosti vůči problémům a potřebám klientů (Matoušek, 2008).

### **1.5.2 Syndrom vyhoření**

Syndrom vyhoření neboli burnout syndrom je reakce na mimořádně náročnou práci. Dochází při něm k úplnému vyčerpání fyzických, emočních i duševních sil. Člověk pociťuje stav beznaděje, neví jak dál (Kupka, 2008).

Ve slovníku sociální práce je syndrom vyhoření popsán jako soubor příznaků, který se nejčastěji objevuje u pracovníků pomáhajících profesí, vyplývá z dlouhodobé zátěže, kterou přináší práce s lidmi. Zaměstnanci klesá pracovní motivace, sebevědomí, pracovní výkon se snižuje. Při práci s klienty se pracovník soustředí na disciplínu, dodržování pravidel, na racionalitu. Je zřejmé, že si od klientů drží větší odstup (Matoušek, 2008). Možnou prevencí syndromu vyhoření je optimalizace pracovního života, odprostit se od stresu, umět relaxovat. Hlavní opatření organizace by měla směřovat k zavádění modelů pracovní doby a k podpoře zdraví na pracovišti (Kascha, Korczak, Broich, 2011).



## 1.6 Restriktivní opatření

Následné postupy při zvládnání agrese tedy restriktivní opatření, jsou velice diskutovanou otázkou. Restriktivní opatření, prostředky omezující pohyb, lze rozdělit do tří skupin. Fyzická restrikce – úchopy, hmaty, bezpečné pro klienta i personál. Mechanická restrikce – kurty, izolace, kazajky, klidová místnost. Chemická restrikce – medikace způsobující útlum.

Restriktivní opatření upravuje zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách, §89. Zákon stanovuje podmínky, za kterých je možné omezovací prostředky použít. Jde o situace, kdy dochází k přímému ohrožení klienta nebo jiných fyzických osob. Tato opatření se mohou použít jen na dobu nezbytně nutnou. Použití opatření omezujících pohyb by mělo předcházet neúspěšné použití jiných technik zklidnění klienta. Zákon také jasně říká, v jakém pořadí opatření omezující pohyb mohou být používána. Nejdříve úchopy a hmaty, následuje umístění osoby do klidové místnosti a jako poslední varianta je tlumení léky. O medikaci rozhoduje lékař. Osoba na které je restrikce vykonávána, musí být předem o postupu informována, stejně tak její zákonný zástupce. O restrikci se provádí podrobný záznam (Čadilová, Jůn, Thorová, et al., 2007).

*„Poskytovatel sociálních služeb je povinen poskytovat sociální služby, tak aby metody poskytování těchto služeb předcházely situacím, ve kterých je nezbytné použít opatření omezující pohyb osob“ (cit. §89, Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění).*

## 2. Cíl práce a výzkumné otázky

### 2.1 Cíl práce

Cílem práce bylo zjistit, co ví zaměstnanci vybraného zařízení o agresi osob s mentálním postižením, jejich příčinách, o prevenci a restriktivních opatřeních. Za účelem naplnění tohoto cíle se v praktické části zaměřuji na to, co je podle zaměstnanců agresivní chování, jaké jsou možné příčiny, jaká je úloha prevence a zásad použití restriktivních opatření a jestli jsou výše uvedené postupy, které jsem popsala v teoretické části, v praxi používané.

### 2.2 Výzkumné otázky

Švaříček, Šed'ová a kol. (2007, s. 69) píší: „*Výzkumné otázky tvoří jádro každého výzkumného projektu. Plní dvě základní funkce: pomáhají zaostřit výzkum tak, aby poskytl výsledky v souladu se stanovenými cíli, a ukazují také cestu, jak výzkum vést. Výzkumné otázky musí být v souladu se stanovenými cíli i výzkumným problémem*“.

S ohledem na cíl práce jsem si stanovila tyto otázky:

- **Co je podle pracovníků agresivní chování u lidí s mentálním postižením?**
- **Znají pracovníci příčiny agrese lidí s mentálním postižením?**
- **Jaká je úloha pracovníků v rámci prevence agrese?**
- **Znají pracovníci restriktivní opatření a zásady jejich užití?**

## **3. Metodologie**

### **3.1 Technika sběru dat**

Práce byla zpracována formou kvalitativního výzkumu, metodou dotazování, využitím techniky polostrukturovaného rozhovoru. Šetření bylo prováděno v Domově pro osoby se zdravotním postižením v Pístině s vybranými zaměstnanci v přímé péči.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor pro zkoumání tvořili zaměstnanci Domova pro osoby se zdravotním postižením v Pístině (dále jen Domov Pístina). Při cíleném výběru jsem se zaměřila na pracovníky kteří pracují v přímé péči více než pět let. Výzkumný vzorek tvoří šest žen a všechny mají zkušenost s prací s lidmi s mentálním postižením právě z tohoto zařízení. Tři z nich pracují na pozici pracovníka sociálních služeb, další tři pracují na pozici všeobecné sestry. Výzkum probíhal od prosince 2012 do února 2013.

Domov Pístina poskytuje sociální službu ženám od osmnácti let, horní hranice věku není určena. Pracovníků sociálních služeb v přímé péči zde pracuje třicet jedna, z toho jsou tři muži. Pro můj výzkum však nesplňovali podmínky. Pracují v přímé péči méně než pět let.

### **3.3 Proces sběru dat**

Před samotným výzkumem jsem nejdříve zkontaktovala vedoucího Domova Pístina a informovala jej o provedení výzkumu se zaměstnanci. Po té jsem si s jednotlivými zaměstnanci domluvila individuální schůzky, na kterých proběhly rozhovory. Všechny

rozhovory probíhaly na pracovišti a všichni respondenti s rozhovory souhlasili. Každému dotazovanému zaměstnanci jsem vysvětlila, že všechny rozhovory budou prezentovány v mé bakalářské práci, ale budou anonymní. Po té jsem pokládala předem připravené otázky, které měly objasnit, zda se respondenti orientují v problematice agrese u lidí s mentálním postižením. Většině respondentů nevyhovovala metoda zaznamenávání rozhovorů na diktafon, proto jsem rozhovory průběžně doslovně zaznamenávala tužkou do záznamového archu. Respondenti odpovídali samostatně, jen v některých případech jsem položila doplňující otázku a to jen k dovysvětlení zadané otázky. V některých případech respondenti nechtěli v rozhovoru uvádět příklady, toto jsem respektovala. Rozhovory byly provedeny anonymně, proto v bakalářské práci neuvádím jména respondentů. Zachovávám jejich pracovní pozice a délku praxe.

### **3.4 Metodika vyhodnocování dat**

Záznamy rozhovorů byly průběžně zaznamenávány tužkou na záznamový arch podle jednotlivých zkoumaných okruhů. Po té jsem jednotlivé rozhovory přepsala do elektronické podoby, označila jsem důležité informace, které jsem pak rozdělila do tabulek, kódovala a vyhodnocovala. Hendl (2005) uvádí, že kódování odhaluje v datech určitá témata. Tato témata mají vztah k položeným výzkumným otázkám, k přečtené literatuře, nebo jde o nové myšlenky, ke kterým výzkumník proniká. V této fázi získáváme seznam témat, který výzkumníkovi pomáhá vidět problematiku v celku a stimuluje ho při hledání dalších témat. Výzkumník seznam postupně rozděljuje, organizuje a kombinuje v další analýze.

## 4. Výsledky

T – tazatel (výzkumník)

R – respondent

Tučně vyznačená slova - okódované důležité informace

Rozhovor 1:

Zdravot sestra, V Domově Pístina je zaměstnaná 10 let.

T: „Jak byste charakterizovala problémové chování a myslíte si, že agrese je součástí problémového chování?“

R: „*Je to chování, které obtěžuje okolí v zařízení i mimo něj. Myslím si, že agrese je součástí, protože obtěžuje okolí.*“

T: „Co vy považujete za agresi?“

R: „*Za agresi považuji slovní napadení, fyzické napadení, ničení zařízení nebo věci kolem sebe.*“

T: „Co může agresivní chování vyvolat? Jaká je příčina?“

R: „*Může to být špatná nálada, vyprovokování druhou osobou. Nebo nějaká neuspokojená potřeba. Nebo klientka chce dělat něco jiného, než je v plánu. Někdy stačí, když je oběd, který nejí. Z mé zkušenosti je příčinou třeba, že klientka nejede domů k rodině. Taky stačí na chodbě potkat osobu, kterou klientka nemá ráda.*“

T: „Setkala jste se ve své praxi s agresi u klienta? Mohla byste uvést příklad?“

R: „*Ano, byla jsem svědkem toho, když klientka fyzicky napadla druhou kvůli cigaretám. Osočovala jí z toho, že jí cigarety ukradla.*“

T: „Jsou nějaké možnosti prevence agrese u klientů?“

R: „*No, můžou to být různé zájmové činnosti. Práce. Někaké terapie. Ale když už je klientka nervózní a předpokládáš, že by mohlo dojít k nějakému incidentu, tak je nejlepší odpoutat její pozornost od problému. Můžeš si s ní popovídat, ukázat zájem. Nejdůležitější je umět naslouchat a udělat si čas.*“

T: „Dá se ovlivnit průběh agrese a jak?“

R: „*Ano, dá se, například, když vidím, že se klientka špatně vyspala a je bez nálady, tak přehodnotím plán dne, ale vlastně i komunikaci. Snažím se jí více věnovat, naslouchat jí. A zase odpoutat pozornost od problému, aby se nerozjela.*“

T: „Provádí se tady v Domově nějaké terapie s klienty?“

R: „*V zařízení se dělají terapie. Klientky pracují v prádelně, na ranči, v kuchyni. Taky vyrábějí různé výrobky z pedigu, šijí, vaří.*“

T: „Účastníte se supervize a vnímáte ji jako určitou prevenci agrese?“

R: „*Supervize jsem se účastnila asi třikrát, teď už ne. Protože mi to nic nedalo, ani jednou jsme nic nevyřešily. Jako prevence agrese? Asi ano, nezávislá osoba poskytne ten vhled do problému, poradí, jak máš reagovat a postupovat.*“

T: „Jaký má komunikace vliv na agresi?“

R: „*Záleží na tom s kým komunikuješ a jak. Je třeba používat správná slova, mimiku, postoje, klienta nezesměšňovat. Správnou komunikací můžeš agresi předejít a špatnou jí vyvoláš.*“

T: „Řídíte se nějakými zásadami při komunikaci s klienty a dal vám někdo informace jak komunikovat?“

R: „*Komunikujeme slovně, piktogramy, nebo si klientka ukáže, co chce. Používám jednoduché věty. Individuální přístup. Někjaké informace máme z různých školení.*“

T: „Myslíte si, že má vzdělávání pracovníků význam na prevenci agrese a jaký?“

R: „*Význam má. Na školeních získáváme informace a předáváme si zkušenosti s kolegy z jiných zařízení. Pak to můžeme použít při naší práci.*“

T: „Co jsou podle vás restriktivní opatření a jaký zákon je upravuje?“

R: „*Je to omezení člověka v pohybu. Je chemická, to jsou zklidňující léky. Pak mechanická, což jsou třeba kurty. A fyzická a to jsou úchopy. A jsou v zákonu 108 z roku 2006, myslím.*“

T: „Použila jste někdy restriktivní opatření a jak jste postupovala?“

R: „*Nikdy jsem osobně restrikci nepoužila, jen jsem zavolala rychlou a lékař aplikoval zklidňující lék. Provedla jsem o tom zápis, informovala jsem opatrovníka i vedoucího. Potom byla ta klientka převezena do psychiatrické léčebny.*“

T: „Učil vás někdo, jak jednat s klientem při agresi?“

R: „V rámci organizace jsem se zúčastnila **školení doktora Jůna o agresivním chování uživatelů sociálních služeb. Tam jsme nějaké informace získali.**“

T: „Má vaše organizace rozpracovanou metodiku pro práci s klientem a víte, kde ji najdete?“

R: „Metodiku máme rozpracovanou **ve spisovně** v počítači.“

Tabulka 1 – rozhovor 1 - důležité poznatky - kódy

Agresivní chování	- obtěžuje okolí, projevuje se slovním a fyzickým napadením nebo ničením majetku	násilí
Příčiny agrese	- neuspokojená potřeba, provokace druhé osoby	potřeby, jiná osoba
Zkušenost s agresí	- s agresí klienta se setkala - agrese klient+klient	útok
Prevence	- je zaměstnání a zájmové činnosti, terapie, vhodná komunikace, individuální přístup, umění naslouchat - z krátkodobého pohledu je důležité odpoutat pozornost od problému, vhodná komunikace, změnit přístup pracovníka - supervizi vnímá jako prevenci, i když jí nic nedala - vzdělávání je přínosem pro praxi, zdroje informací jsou školení	alternativy, blízkost, podpora, informace
Restriktivní opatření a jejich použití	- Omezují pohyb, zákon 108/2006 - Nepoužila, volala lékaře, který aplikoval medikaci, postupovala podle předpisů	znalost, prostředek

Rozhovor 2:

Zdravotní sestra, v Domově Pístina je zaměstnaná 15 let.

T: „Jak byste charakterizovala problémové chování a myslíte si, že agrese je součástí problémového chování?“

R: „*Toto chování se vymyká normě a podle mě agrese patří do problémového chování, asi proto, že se neslučuje se společenskými normami.*“

T: „Co vy považujete za agresi?“

R: „*No, agrese je nežádoucí chování, které se projevuje násilím vůči okolí nebo proti sobě samému. Je slovní nebo fyzická. Jsou to nadávky, urážky, facka, třeba napadení pěstmi, kousání. Také sebepoškozování a ničení zařízení.*“

T: „Co může agresivní chování vyvolat?“

R: „*Příčinou může být cokoliv. Obecně může vzniknout z neuspokojení potřeby. Řeknu příklady z praxe: nedostatek cigaret a kávy, třeba bolest, také problémy se spolubydlicí, změna jídelníčku. Také porušení daných rituálů.*“

T: „Setkala jste se ve své praxi s agresi u klienta? Mohla byste uvést příklad?“

R: „*Byla jsem u toho, když klientka demolovala vybavení domácnosti. Dokonce z toho byla zlomená ruka u kolegyně. Tak se setkáváme s automutilací.*“

T: „Jsou nějaké možnosti prevence agrese u klientů?“

R: „*Řekla bych zaměstnání, nějaká náplň dne. Hlavně jí to musí bavit. Dál, vyvarovat se situacím, které by vyvolaly agresi. Myslím si, že se s klienty musí mluvit o jejich problémech, zajímat se. Pokud má klientka přidružené psychiatrické onemocnění, je prevence i užívání léků.*“

T: „Dá se ovlivnit průběh agrese a jak?“

R: „*Tak třeba odvedením pozornosti k jiné činnosti. Docela účinné je nabídnout kafe a u něj si popovídat. Když už ale zuří, tak je nutné odstranit nebezpečné předměty z dosahu a zvládnout to tak, aby nikdo neutrpěl újmu na zdraví, třeba i tím, že vyhovíte tomu požadavku, který rozjel tu agresi.*“

T: „Provádí se tady v Domově nějaké terapie s klienty?“

R: „*V rámci domova se provádí terapie formou prací na ranči, v kuchyni, v prádelně. Na ranči se klientky starají o zvířata, zahradu a sad. Také vyrábějí dekorace na vánoce a tak. Provádí se arteterapie a canisterapie.*“

T: „Účastníte se supervize a vnímáte ji jako určitou prevenci agrese?“:



R: „Supervize jsem se **účastnila**, ale protože naše skupina měla pocit, že jí to **nic nedává**, tak jsme ji ukončily. Mě supervize hodně **pomohla**. Tým si sedne, zamyslí se nad příčinou a pak nad prevencí a pak vymyslí **postupy a metodiky**. Takže si myslím, že je to určitý druh prevence.“

T: „Jaký má komunikace vliv na agresi?“

R: „**Nevhodným slovním projevem nebo gesty**, lehce agresi u klienta rozjedeme.“

T: „Řídíte se nějakými zásadami při komunikaci s klienty a dal vám někdo informace jak komunikovat?“

R: „**Já s klienty komunikuji jako s partnery**, dodržuji etický kodex, který obsahuje práva klientů. Jinak se dorozumíváme třeba pomocí piktogramů. K těm informacím, absolvovali jsme **kurz s doktorem Jünem**, máme také **informace od zaměstnavatele**, jako ochrana práv klientů, metodiky, individuální plány.“

T: „Myslíte si, že má vzdělávání pracovníků význam na prevenci agrese a jaký?“

R: „**Určitě má**, když zaměstnanci budou mít **dost informací**, budou **líp zvládat** agresivitu klienta. Také jí úspěšně předcházet.“

T: „Co jsou podle vás restriktivní opatření a jaký zákon je upravuje?“

R: „**Je to omezení pohybu klienta**, buď fyzicky nebo medikací. Upravuje to zákon **108/2006**.“

T: „Použila jste někdy restriktivní opatření a jak jste postupovala?“

R: „**Sundala jsem klientku z okna**, ze kterého chtěla skočit. Nejdříve jsem jí domlouvala, nabízela jsem jí sušenky a kafe. Když to nezabralo, tak jsem jí **úchopem stáhla do místnosti**. Vše jsem zapsala **podle předpisů** a informovala jsem opatrovníka a vedoucího Domova.“

T: „Učil vás někdo, jak jednat s klientem při agresi? Kde získáváte informace?“

R: „**Byla jsem na semináři doktora Jüna o agresivním klientovi**. Pak máme k dispozici **individuální plán klienta**. Taky jsem získala cenné rady od **starších kolegyně**.“

T: „Má vaše organizace rozpracovanou metodiku pro práci s klientem a víte, kde ji najdete?“

R: „**Je ve spisovně a řídí se zákonem 108**.“

Tabulka 2 – rozhovor 2 – důležité poznatky - kódy

Agresivní chování	- vymyká se normě, projevuje se slovním nebo fyzickým násilím vůči sobě, ostatním nebo majetku	násilí
Příčiny agrese	- myslí, si že cokoliv, neuspokojené potřeby, problémy se spolubydlicí	potřeby, jiná osoba
Zkušenost s agresí	- s agresí klienta se setkala - agrese klient+zařízení domácnosti	útok
Prevence	- Preferuje zaměstnání, vyvarovat se situacím, které vyvolávají agresi, komunikace s klientem jako s partnerem, chronické užívání léků, různé terapie - z krátkodobého pohledu je to odvedení pozornosti od problému, vyhovět požadavku, vhodná komunikace - supervize jí pomohla při tvorbě metodik a postupů - vzdělávání přináší informace pro praxi, zdroje informací jsou kurzy, zaměstnavatel	alternativy, podpora, informace
Restriktivní opatření a jejich použití	- Omezují pohyb, zákon 108/2006 - Použila hmaty, postupovala podle předpisů	znalost, zázrak

### Rozhovor 3

Zdravotní sestra v Domově Pístina pracuje 6 let

T: „Jak byste charakterizovala problémové chování a myslíte si, že agrese je součástí problémového chování?“

R: „*Problémové chování je chování, které se neslučuje se společenskými normami. Patří sem i agrese.*“

T: „Co vy považujete za agresi?“

R: „*U našich klientů bývá agrese směřována na ostatní klienty nebo zaměstnance. Také na vybavení domova. Jinak je to napadení buď slovní jako vulgarismy, křik, nebo fyzické. V našem zařízení se setkáváme i s autoagresí.*“

T: „Co může agresivní chování vyvolat?“

R: „*Řekla bych citová deprivace a frustrace z nenaplněných potřeb. U našich klientek to je třeba nedostatek kávy, cigaret, zdravotní potíže, změna rituálu. Někdy je na vině i nevhodný přístup personálu.*“

T: „Setkala jste se ve své praxi s agresí u klienta? Mohla byste uvést příklad?“

R: „*Setkávala jsem se poměrně často s autoagresí klientky s autismem, bouchala se pěstmi do obličeje tak, že byla samá podlitina. Už v Domově není. Jindy jsem zažila demolici zařízení u jiné klientky. Dokonce mě slovně napadla klientka se schizofrenií, protože měla pocit, že jí dávám jiné léky a chci jí tím zabít.*“

T: „Jsou nějaké možnosti prevence agrese u klientů?“

R: „*Prevence jsou vlastně různé terapie. Myslím třeba arteterapie, muzikoterapie, terapie prací a jiné. Vhodně přistupovat ke klientům, nezesměšňovat je. Pak taky uspokojit jejich potřeby.*“

T: „Dá se ovlivnit průběh agrese a jak?“

R: „*Někdy ano, většinou v tom počátku agrese. Prostě odpoutáním pozornosti od problému, čímkoliv.*“

T: „Provádí se tady v Domově nějaké terapie s klienty?“

R: „*Ano, dělá se tu canisterapie, muzikoterapie, pracovní terapie.*“

T: „Účastníte se supervize a vnímáte ji jako určitou prevenci agrese?“

R: „*Supervize u nás probíhala, ale nebyly jsme spokojené, tak jsme se dohodly a zrušily jsme jí. Jinak je supervize dobrá, přináší vhled do problému a všichni se podílejí na řešení. Přináší porozumění dané situace. No a to vše se pak aplikuje do praxe.*“

T: „Jaký má komunikace vliv na agresi?“

R: „*Musím se umět s klientem domluvit. Když mluvím pro něj nesrozumitelně, tak mi nerozumí a těžko se na něčem domluvíme. Z toho může vzniknout konflikt.*“

T: „Řídíte se nějakými zásadami při komunikaci s klienty a dal vám někdo informace jak komunikovat?“

R: „*S těmi, co rozumí, mluvím jasně, srozumitelně, jednoduše a přesvědčuji se, jestli mi rozumí. Také používám piktogramy a znakovou řeč. Pravidla komunikace máme ve spisovně a účastnila jsem se školení o problémovém chování.*“

T: „Myslíte si, že má vzdělávání pracovníků význam na prevenci agrese a jaký?“

R: „*Proškolený pracovník ví, jak předejít situaci, která agresi způsobí. A taky ví, jak postupovat při agresi.*“

T: „Co jsou podle vás restriktivní opatření a jaký zákon je upravuje?“

R: „*Je to omezení svobodného pohybu klienta. Fyzické úchopy, místnost bezpečného pobytu, medikace dle ordinace lékaře. A je to zákon 108 z roku 2006.*“

T: „Použila jste někdy restriktivní opatření a jak jste postupovala?“

R: „*Použila jsem fyzické úchopy, když jsem zabraňovala klientce skočit z okna. Nejdříve jsem jí přemlouvala, ale to nebylo moc platný. Pak jsem provedla zápis o restrikci a informovala vedoucího a opatrovníka.*“

T: „Učil vás někdo, jak jednat s klientem při agresi?“

R: „*U nás proběhla dvě školení s doktorem Jünem. Ale jinak ne.*“

T: „Má vaše organizace rozpracovanou metodiku pro práci s klientem a víte, kde ji najdete?“

R: „*Ano, máme vypracovanou metodiku na postup při použití restrikcí a je umístěna ve spisovně našeho zařízení.*“

Tabulka 3 – rozhovor 3 – zásadní poznatky- kódy

Agresivní chování	- neslučuje se se společenskými normami, projevuje se slovním a fyzickým napadením okolí, sebe samého a ničením zařízení	násilí
Příčiny agrese	- nenaplnění potřeb, nevhodný přístup personálu	potřeby, jiná osoba

Zkušenost s agresí	- s agresí se setkala - agrese klient+personál, klient+zařízení, klient+sobě	útok
Prevence	- preferuje terapie, důstojně a vhodně komunikovat, maximálně uspokojit potřeby - Z krátkodobého pohledu odpoutat pozornost od problému - Supervize jí přináší vhled do problému, pomáhá jí v praxi - vzdělávání je užitečné, nové vědomosti pomáhají v praxi	alternativy, blízkost, podpora, informace
Restriktivní opatření a jejich použití	- omezují pohyb, zákon 108/2006 - použila hmaty, postupovala podle předpisů	znalost, zárok

#### Rozhovor 4

Pracovník sociálních služeb, v Domově Pístina pracuje 14 let

T: „Jak byste charakterizovala problémové chování a myslíte si, že agrese je součástí problémového chování?“

R: „*Myslím si, že je to chování, které způsobuje problémy, je jiné než to normální, agrese je rozhodně problémové chování.*“

T: „Co vy považujete za agresí?“

R: „*Je to chování, kterým člověk nějakým způsobem omezuje nebo poškozuje jiné lidi, sám sebe nebo věci. Tyto ataky můžou být fyzické i slovní. Například nadávání, napadení, vyhrožování, ničení věcí.*“

T: „Co může agresivní chování vyvolat?“

R: „*Myslím si, že je to individuální. Někdo občas potřebuje upustit ventil. Podnětem může být frustrace, okolní prostředí, režim, nebo naopak volnost.*“

T: „Setkala jste se ve své praxi s agresí u klienta? Mohla byste uvést příklad?“

R: „*Ano, zkušenost mám s nadávkami, výhrůžkami i s fyzickým napadením. Zažila jsem všechno i útok na kolegyni, ničení zařízení.*“

T: „Jsou nějaké možnosti prevence agrese u klientů?“

R: „**Správná komunikace**. Vhodně s klientkou mluvit. Držet se individuálního plánu a metodik. No a **terapie**, u nás probíhá například canisterapie.“

T: „Dá se ovlivnit průběh agrese a jak?“

R: „Ano, někdy se dá. **Vhodnou komunikací**, což je na každém z nás, ke každému klientovi **musíš přistupovat jinak. Metodickými postupy**.“

T: „Provádí se tady v Domově nějaké terapie s klienty?“

R: „Snažíme se klientky zaměstnávat a motivovat. Chodí do dílny, kde se balí čaje, pracují na zahradě a ranči. Vyrábí různé výrobky.“

T: „Účastníte se supervize a vnímáte ji jako určitou prevenci agrese? Proč?“

R: „Ano. Supervizor pomáhá řešit se zaměstnanci tento problém, vlastně jim **ukazuje cestu**, kterou se mají dát při řešení agrese. Vymýšlejí se postupy.“

T: „Jaký má komunikace vliv na agresi?“

R: „Velký, když někdo **nerozumí** tobě nebo ty jemu a **nemůžete se domluvit**, pak to řešíte třeba nějakým agresivním projevem.“

T: „Řídíte se nějakými zásadami při komunikaci s klienty a dal vám někdo informace jak komunikovat?“

R: „No, snažím se, aby mi klient rozuměl. Jsem pro **individuální přístup**, individuální plán a pro postupy podle metodiky. Povinně se **vzděláváme** a jezdíme na dobré praxe, dál máme vypracované **metodiky a individuální plány**.“

T: „Myslíte si, že má vzdělávání pracovníků význam na prevenci agrese a jaký?“

R: „Tak vzděláváme se povinně na seminářích. Myslím si, že si tím rozšiřujeme schopnosti, které se nám **hodí pro práci**.“

T: „Co jsou podle vás restriktivní opatření a jaký zákon je upravuje?“

R: „Je to **omezení člověka**, a to fyzické, mechanické a chemické. Provádějí se k odvrácení nebezpečí za přísných pravidel, která jsou v tom zákonu **108**.“

T: „Použila jste někdy restriktivní opatření a jak jste postupovala?“

R: „Ano, použila jsem **úchopy** a postupovala podle pravidel. **Od nejmírnějších prostředků až po ty uchopy**. Vše jsem zapsala, tak jak se má.“

T: „Učil vás někdo, jak jednat s klientem při agresi?“

R: „Máme **metodický postupy**, podle kterých postupujeme. Pak jsme byli na **školení o problémovém chování**.“

T: „Má vaše organizace rozpracovanou metodiku pro práci s klientem a víte, kde ji najdete?“

R: „*Ano, ve spisovně.*“

Tabulka 4 – rozhovor 4 – důležité poznatky

Agresivní chování	- způsobuje problémy, omezuje nebo poškozuje jiné lidi, sama sebe a věci	násilí
Příčiny agrese	- je to individuální, například frustrace režim zařízení.	potřeby, jiná osoba
Zkušenost s agresí	- zkušenost má s agresí slovní i fyzickou	útok
Prevence	- preferuje vhodnou komunikaci, individuální přístup, terapie, podpora zájmů, metodické postupy - supervize jí ukazuje cestu - vzdělávání je pro ni důležité a pomáhá jí v práci.	alternativy, budoucnost, blízkost, podpora, informace
Restriktivní opatření a jejich použití	- omezení člověka, zákon 108 - použila úchopy, postupovala podle pravidel	znalost, zákrok

Respondent 5

Pracovník sociálních služeb, v Domově Pístina pracuje 7 let

T: „Jak byste charakterizovala problémové chování a myslíte si, že agrese je součástí problémového chování?“

R: „*Problémové chování je chování, které **obtěžuje** ostatní klientky a obecně všechny. **Agrese je jedno z mnoha.***“

T: „Co vy považujete za agresi?“

R: „*Agrese je **slovní a fyzické napadení, prostě nespokojené a násilné chování.***“

T: „Co může agresivní chování vyvolat?“

R: „***Lhostejnost okolí, špatná nálada klientky i personálu. Nedostatek kávy a cigaret.***“

T: Setkala jste se ve své praxi s agresí u klienta? Mohla byste uvést příklad?“

R: „Setkala jsem se s **fyzickým útokem** od klientky vůči ostatním klientkám. Vlastně i se **slovním**.“

T: „Jsou nějaké možnosti prevence agrese u klientů?“

R: „**Předejít té situaci**, která agresi spouští. Když klienta znáš, tak to většinou odhadneš. Jet podle **individuálního plánu**. **Práce. Podporovat klienty v zájmech**.“

T: „Dá se ovlivnit průběh agrese a jak?“

R: „Průběh se dá ovlivnit jen do té doby, než klient nad sebou ztratí kontrolu. Pak to můžeš ovlivnit tím, že **odvedeš jeho pozornost od problému**, nebo mu nabídneš něco, co má rád.“

T: „Provádí se tady v Domově nějaké terapie s klienty?“

R: „Tady v zařízení probíhá **canistersapie**, různá výtvarná činnost. Klientky pracují na ranči a v kuchyni, balí čaje pro firmu, to asi není úplně terapie, ale mají práci, která je baví.“

T: „Účastníte se supervize a vnímáte ji jako určitou prevenci agrese?“

R: „Určitě je to **prevence**, na základě supervize můžeš sestavit metodiku, individuální plán a to ti **pomůže při komunikaci s klientem**. Supervizi máme pravidelně.“

T: „Jaký má komunikace vliv na agresi?“

R: „Je dobré **vědět, jak** s klientem komunikovat, aby se agresi předešlo a taky jak s ním mluvit, když už agrese probíhá a musíme zmírnit její následky. To je u každého jiný. **Hodně záleží i na mimice a stylu**, jak s ním mluvíš, je třeba se **přizpůsobit** člověku a situaci.“

T: „Řídíte se nějakými zásadami při komunikaci s klienty a dal vám někdo informace jak komunikovat?“

R: „Já pracuji na domácnosti s velkou mírou podpory a komunikace s klientkami je složitá. Hodně používáme **individuální komunikační slovník**. Máme ho zpracovaný na každou klientku zvlášť v individuálním plánu. Piktogramy se nám moc neosvědčily. Raději sledujeme a reagujeme na **spokojenost nebo nespokojenost** klientek. Zúčastnila jsem se **školení o alternativní komunikaci**, a jak už jsem říkala používáme individuální plány a tak.“

T: „Myslíte si, že má vzdělávání pracovníků význam na prevenci agrese a jaký?“



R: „Má, pro mě ano, získala jsem hodně **důležitých informací**, které využívám v práci a netýká se to jen agrese.“

T: „Co jsou podle vás restriktivní opatření a jaký zákon je upravuje?“

R: „Jsou to různé úchopy, **omezení pohybu**, místnost určená ke zklidnění klienta. Myslím si, že to upravuje **zákon 108**.“

T: „Použila jste někdy restriktivní opatření a jak jste postupovala?“

R: „Já jsem **držela klientku za ruce**, když se mlátila do obličeje. **Zapsala jsem to a volala jsem opatrovníkovi a vedoucímu**.“

T: „Učil vás někdo, jak jednat s klientem při agresi?“

R: „Byla jsem na pár školeních v Praze o lidech s autismem. Tady jsem byla na **školení doktora Jůna o zvládnání problémového chování**.“

T: „Má vaše organizace rozpracovanou metodiku pro práci s klientem a víte, kde ji najdete?“

R: „**Metodika je rozpracovaná ve spisovně v počítači**.“

Tabulka 5 – rozhovor 5 – důležité poznatky - kódy

Agresivní chování	- obtěžuje ostatní, projevuje se slovním, fyzickým násilným chováním vůči ostatním i sobě	násilí
Příčiny agrese	- lhostejnost okolí, špatná nálada klienta i personálu, nespokojení potřeb	Potřeby, jiná osoba
Zkušenost s agresí	- zkušenost má se slovním i fyzickým napadením Klient+klient	útok
Prevence	- preferuje předejít situaci, která agresi spouští, individuální plán, zaměstnání, podpora v zájmech, přizpůsobit komunikaci	alternativy, budoucnost, podpora,

	- z krátkodobého hlediska odpoutat pozornost od problému, nabídnout alternativu - supervize jí pomáhá v komunikaci - vzdělání je zdroj informací, které používá v praxi	informace
Restriktivní opatření a jejich použití	- omezení pohybu, zákon 108 - použila úchopy, postupovala podle pravidel	znalost, zákrok

Respondent 6

Pracovník sociálních služeb, v Domově pístina pracuje 7 let

T: „Jak byste charakterizovala problémové chování a myslíte si, že agrese je součástí problémového chování?“

R: „*Podle mě je problémové chování všechno, co se **odlišuje od normálu**, třeba i negativismus a agrese **patří** do problémového chování.*“

T: „Co vy považujete za agresi?“

R: „**Chování**, při kterém se **ubližuje druhým nebo sobě**. Je to **křik, nadávky, hádky, souboje, ničení majetku**.“

T: „Co může agresivní chování vyvolat?“

R: „*Agresi může způsobit závist, bolest, únava, strach. Někomu vadí hluk. Často agresi vyvolá **nepochopení člověka okolím, pocit nespravedlnosti**. Příčina může být i **diagnóza**.*“

T: „Setkala jste se ve své praxi s agresi u klienta? Mohla byste uvést příklad?“

R: „*Ano a často. Uvedu příklad. Klientka se nechce mýt, když jí domlouváš, **fyzicky napadne pracovníky**. Ta samá klientka **nedovolí svým spolubydlícím pouštět televizi, mlátí je holí**. Když jí nechutná jídlo, tak **vulgárně nadává i kuchařkám**.*“

T: „Jsou nějaké možnosti prevence agrese u klientů?“

R: „*Hlavně to je nějaká **činnost, myslím zaměstnání**. Nebo různé **terapie**. Můžou se **upravit pravidla pro klienty s tímto problémovým chováním**. Také **být vždy po ruce**.*“

T: „Dá se ovlivnit průběh agrese a jak?“

R: „**Dát prostor** k vybití agrese. Pokud už je klient rozjetý, tak mu nic nevymlouvat, ale třeba **splnit jeho požadavky**, když je to možný a **snažit se, aby se nikomu nic nestalo**. Když je to na počátku, tak mu **navrhnout činnost, která se mu zamlouvá nebo kafe**.“

T: „Provádí se tady v Domově nějaké terapie s klienty?“

R: „*Provádí se tu terapie jako arteterapie, muzikoterapie, canisterapie. Terapie prací na ranči, v zahradě. Šijí, pletou třeba ponožky, ale jenom ty které to umí a které to baví.*“

T: „Účastníte se supervize a vnímáte ji jako určitou prevenci agrese?“

R: „*Ano. **Pomáhá nám**, když si nevíme rady, konkrétně třeba s tou agresi, ale ona vlastně **pomůže pak i klientům** k lepšímu životu.*“

T: „Jaký má komunikace vliv na agresi?“

R: „*Z vlastní zkušenosti vím, že **stačí se jen na klientku jinak podívat**, ani nemusíte nic říct, a je to. **Důležité není jen to, co říkáte, ale také, jak to říkáte.***“

T: „Řídíte se nějakými zásadami při komunikaci s klienty a dal vám někdo informace jak komunikovat?“

R: „*Komunikuji podle zvyklostí a **podle toho jak kterou klientku znám**. Dál pracujeme s individuálním plánem a **komunikačním slovníkem**. Byla jsem na školení doktora Jůna na téma **problémové chování**.*“

T: „Myslíte si, že má vzdělávání pracovníků význam na prevenci agrese a jaký?“

R: „*Myslím si, že nové **poznatky nás obohacují**. A pak si **lépe poradíme**. Jak s prevencí tak i se zvládnutím agresivity.*“

T: „Co jsou podle vás restriktivní opatření a jaký zákon je upravuje?“

R: „*To jsou opatření, která **omezují vůli a pohyb člověka**. Zákon je to **108 z roku 2006**.*“

T: „Použila jste někdy restriktivní opatření a jak jste postupovala?“

R: „*Zabraňovala jsem klientce skočit z okna. Chvilí jsem jí vysvětlovala a vymlouvala jí to, **pak jsem ji prostě chytla za ruce a stahla dolů**. Vyplňovala jsem ty **tiskopisy**, kde se musí podepsat svědci, **volala jsem otci klientky a vedoucímu.***“

T: „Učil vás někdo, jak jednat s klientem při agresi?“

R: „Dobrá byla **přednáška** doktora Jůna, hlavně proto, že byla z praxe. Pro mě byla **nejužitečnější**.“

T: „Má vaše organizace rozpracovanou metodiku pro práci s klientem a víte, kde ji najdete?“

R: „Myslím, že je máme v tištěné formě na naší **pracovně** a pak v elektronické podobě ve **spisovně**.“

Tabulka 6 – rozhovor 6 – důležité poznatky- kódy

Agresivní chování	- odlišuje se od normálu, projevuje se slovním a fyzickým napadením ostatních nebo sama sebe	násilí
Příčiny agrese	- neuspokojené potřeby, nepochopení, diagnóza	potřeby, jiná osoba
Zkušenost s agresí	- zkušenost má s fyzickým i slovním útokem, klient+klient, klient+pracovník, klient+majetek	útok
Prevence	- preferuje zaměstnání, terapie, úprava pravidel, být k dispozici, přizpůsobit komunikaci - z krátkodobého hlediska dát prostor, splnit požadavky, nabídnout jinou činnost - supervize jí pomáhá a tím i klientům - vzdělání pro ní má význam v praxi	alternativy, blízkost, podpora, informace
Restriktivní opatření a jejich použití	- omezují vůli a pohyb člověka, zákon 108/2006 - použila úchop, postupovala podle pravidel	znalost, zákrok

## 5. Diskuze

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala problematikou agresivního chování lidí s mentálním postižením v sociálních zařízeních, konkrétně v sociální službě Domov pro osoby se zdravotním postižením Pístina (dále jen Domov). K uživatelům této sociální služby je zde přistupováno bez předsudků, negativního hodnocení a diskriminace tak, aby mohli co v největší míře žít samostatně, podle svých představ a mohli své dovednosti využívat i mimo Domov. Klient, jeho zájmy, potřeby práva a důstojnost jsou vždy stavěny do středu zájmu. Je zřejmé, že se zde upřednostňuje na osobu zaměřený přístup. Jak píše Pörtner (2009), na osobu zaměřený přístup bere člověka vážně v jeho osobité jedinečnosti, s ohledem na jeho přirozené prostředí. Během výzkumu jsem zjišťovala, co je pro pracovníky v přímé péči agrese a co považují za příčinu agrese. Jaká je jejich role v prevenci nebo v následných krocích jako jsou restriktivní opatření.

Zjištěné informace jsem porovnávala s poznatky z teoretické části.

Agrese je problémové chování, o kterém Emerson (2008) píše jako o kulturně abnormálním chování. Čermák (1999) popisuje projevy agrese jako přímé fyzické napadení, nebo přímé slovní napadení. Nepřímá fyzická agrese je ničení majetku, nepřímá slovní agrese jsou pomluvy. V rámci výzkumu všichni respondenti popsali agresi jako problémové chování, které se vymyká společenské normě a nějakým způsobem obtěžuje okolí. Všichni dotazovaní uvedli, že se projevuje slovním nebo fyzickým napadením proti druhým osobám, nebo ničení majetku. 2. 3. 4. a 5. respondent řekl, že projevem agrese je i sebepoškození. Stejně tak autoři (Kalvach, Holmerová, Zavazalová, et al. 2011) uvádějí, že agrese může být namířena i proti vlastní osobě.

Z rozhovorů vyplynulo, že všichni respondenti znají projevy agrese a vnímají agresivní chování jako problémové a neslučitelné se společenskými normami.

Další otázka se týkala příčin vzniku agrese u lidí s mentálním postižením. Tito lidé mají stejná práva jako ostatní lidé. Mají právo na naplnění základních životních potřeb (Jůn, 2007). Všichni respondenti se shodli na tom, že agresi může vyvolat nenaplnění

potřeb člověka. Respondent 1, 3 a 5 si myslí, že příčinou může být lhostejnost okolí, nevhodný přístup personálu nebo provokace druhé osoby. Jůn (2007) říká, že potřebu úcty a respektu personál naplňuje, když s klientem jedná vhodně s ohledem na fyzický věk klienta. Nezlehčuje a nezesměšňuje jeho citové prožívání, touhy, požadavky, připomínky, stížnosti, přání, i v případě, že jsou nereálná. Ze zkušenosti 1. respondenta, může agresi vyvolat i to, že klient nejede domů k rodině nebo špatné jídlo, to uvádí i respondent 2. Respondent 6 považuje za příčinu agrese nepochopení člověka okolím, pocit nespravedlnosti i diagnózu. Durceová (2007) píše, že na vzniku agrese lidí s mentálním postižením se podílejí faktory biologické (genetika, poškození mozku, smyslové či fyzické postižení), ale nejvíce psychologické faktory prostředí, ve kterém člověk žije. Nejčastěji to je ztráta důležitých vazeb, odloučení od blízkých lidí, odpírání základních lidských práv, institucionalizace, nedostatek přátel a jiné.

Ze získaných odpovědí mohu vyhodnotit, že všichni respondenti za příčinu agrese považují nenaplněné základní potřeby člověka, jako jsou fyziologické potřeby, potřeba bezpečí, jistoty a soukromí, potřeba někam patřit, být milován, potřeba respektu a seberealizace.

Jedna z otázek v rozhovoru se týkala zkušenosti respondentů s agresí ze strany klienta. Respondent 1 se setkal s agresí klienta namířenou proti druhému klientovi kvůli krádeži cigaret. Respondent 2 se setkal s agresí směřovanou proti majetku zařízení, při které došlo ke zranění pracovníka. Respondent 3 se setkal s autoagresí u klientky s autismem, která se bouchala pěstmi do obličeje tak, že byla samá podlitina. Zažila i demolici zařízení a slovní napadení od klientky. Respondenti 4 a 5 mají zkušenost se všemi formami agrese, ale nechtěli uvádět příklady. Respondent 6 uvádí příklad, kdy klientka se nechce mýt a fyzicky napadá pracovníka, své spolubydlící mlátí holí, když jí nechutná, vulgárně nadává kuchařkám.

Ze získaných odpovědí jasně vyplývá, že všichni respondenti mají zkušenost s agresivním chováním klientů.

Proto, aby k agresi vůbec nedošlo, je důležité měnit spouštěcí mechanismy chování. Měnit vnější faktory tak, aby pro klienta bylo výhodnější zůstat v klidu. (Jůn, 2010). Respondent 1 preferuje individuální přístup, za důležité považuje umět naslouchat.

Při komunikaci s lidmi s mentálním postižením je jednou ze zásad aktivní a pozorné naslouchání, které je nezbytné, chceme-li dobře pochopit, co člověk s postižením pociťuje, co potřebuje, ale také jak máme zareagovat. Bez naslouchání není možná uspokojivá podpora (Slowík, 2010). Respondent 2 a 5 říkají, že možností je vyvarovat se situacím, které agresi vyvolávají. Myslí si, že je důležité s klienty mluvit a zajímat se o ně. Jůn (2010) píše, že změny chování klienta někdy lze dosáhnout změnou postoje personálu. To se nazývá terapie personálu. Podle 2. respondenta je prevencí i užívání léků, pokud má klientka psychiatrické onemocnění. 3. respondent nezesměšňuje klienty a snaží se naplnit jejich potřeby. Respondent 4 si myslí, že je důležitý individuální přístup ke klientům. Preferuje metodické postupy. 5. respondent vidí prevenci v práci podle individuálního plánu. Respondent 6 si myslí, že prevence agrese spočívá v úpravě pravidel pro klienty s agresivním chováním. Všichni respondenti si myslí, že účinnou prevencí jsou terapie nebo nějaké zájmové činnosti, při kterých se klienti seberealizují. Všichni respondenti se shodli i na tom, že prevencí agresivity je i vhodná komunikace s klientem. Řezáč (1998) říká, že proto aby byla komunikace efektivní, musí být vzájemná výměna obsahů nezkreslená, platná a včasná. Všichni respondenti si myslí, že účinnou prevencí je také práce, nějaké zaměstnání klientů. Práce je základní lidská potřeba, která musí být naplňována, jinak může vést k frustraci. Práce je znakem dospělosti a samostatnosti člověka bez ohledu na to, zda jde o člověka zdravého nebo se zdravotním postižením (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

Zásadou při komunikaci s lidmi s mentálním postižením je respektování dorozumívacích možností. Je důležité, přizpůsobit se tempu vnímání člověka s mentálním postižením, projevit trpělivost (Slowík, 2010). Respondent 1 při komunikaci používá jednoduché věty. 2. respondent jedná s klienty jako s partnery. 3. respondent mluví s klienty, jasně, srozumitelně a přesvědčuje se, jestli jim rozumí. 4. respondent volí individuální přístup podle individuálního plánu a metodik, snaží se, aby klient rozuměl. 5. respondent používá individuální komunikační slovník, který je šitý na míru každé klientce. Také se řídí pozorováním spokojenosti nebo nespokojenosti klientek. 6. respondent používá komunikační slovník a využívá vlastních znalostí klientek, kterým se přizpůsobí. Respondenti 1, 2, 3 uvedli, že používají ke komunikaci



i piktogramy. Respondent 3 používá i znakovou řeč. V některých případech je nezbytné použít při komunikaci augmentativní nebo alternativní prostředky (Slowík, 2010).

Další otázka v rozhovoru byla zaměřena na možnosti ovlivnění průběhu agrese. Při fyzické agresi klienta se personálu vždy nabízejí určité postupy zvládnutí tohoto chování. Důležitým faktorem je uvědomit si, že cílem při incidentu není zvítězit nad klientem, ale incident ustát tak, aby další společné soužití bylo i nadále možné (Jůn, 2010). Podle respondentů 1, 2, 3, 5 a 6 je nejlepší odpoutat pozornost od problému a to v počáteční fázi agrese. 1. respondent také přehodnotí svůj přístup ke klientce. 5. respondent nabídne klientce něco, co má ráda. 4. respondent volí vhodnou komunikaci, přizpůsobenou jednotlivci. Ve fázi, kdy se již agresivní chování plně rozvinulo se 2. a 6. respondent snaží vyhovět požadavku, pokud je to možné a snaží se ochránit všechny účastníky. Jak uvádí i Jůn (2010), cílem pracovníků je, aby se negativní emoční prožívání při fázi rozčilovací neprohlubovalo a nedošlo k fyzické agresi. V případě fyzické agrese je důležité zabránit zranění napadené osoby i klienta, zabránit poškození majetku vysoké hodnoty. Ve zklidňující fázi je cílem personálu zabránit návratu agresivního chování.

Vzdělávání pracovníků v sociálních službách a zdravotních sester je ze zákona povinné. Všichni respondenti se povinně vzdělávají a vzdělávání považují za užitečné, získané znalosti jim pomáhají při práci. Informace získávají prostřednictvím školení a kurzů. Respondent 2, 4 získává informace prostřednictvím metodických postupů a individuálních plánů klientů.

Supervize je čistá mezilidská interakce, jejímž cílem je, aby se supervizor setkával se supervidovaným, ve snaze zlepšit schopnosti supervidovaného účinně pomáhat lidem (Hawkins, Shohet, 2004). Respondenti 1, 2 a 3 se supervize již neúčastní proto, že jejich skupině v ničem nepomohla. Přesto považují supervizi za prostředek, který může pomoci při řešení agresivity, díky poskytnutí vhledu druhé osoby. Respondent 2 ještě uvádí, že supervize mu pomohla při tvorbě metodik a postupů. Respondenti 4, 5 a 6 se supervize účastní a považují ji za užitečnou pomoc při řešení agresivního chování. 4. respondent ji vnímá jako cestu, kterou se má vydat při řešení agrese. 5. respondent říká, že mu pomáhá při komunikaci s klientem. 6. respondent říká, že supervize vlastně

pomáhá i klientům. Hawkins a Shohet (2004) také píší, že supervize není určena jen pro supervidovaného, ale má prvořadý význam pro klienty sociálních služeb.

Restriktivní opatření jsou prostředky omezující pohyb při zvládnání agrese klienta. Jejich použití by mělo následovat až po neúspěšném použití jiných technik zklidnění klienta (Čadilová, Jůn, Thorová, et al., 2007). Všichni respondenti, kromě respondenta 1, použili ve své praxi restriktivní opatření. Respondenti 2, 3 a 6 použili hmaty, když zabraňovali klientce skoku z okna. 4. respondent použil hmaty, ale nechce uvádět v jakém případě se tak stalo. 5. respondent použil úchopy, když se klientka sebepoškozovala. Respondent 1 při agresi klientky volal lékaře, který aplikoval tlumící léky. Všichni respondenti, kromě respondenta 4, který o tom nechtěl mluvit, nejdříve volili mírnější techniky zklidnění klienta než přistoupili k hmatům a úchopům. Po zákroku vyplnili tiskopis o použití restriktivních opatřeních, informovali zákonného zástupce a vedoucího Domova. Všichni respondenti také uvedli, že restrikce a jejich použití upravuje zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Z uvedených odpovědí vyplývá, že respondenti vědí, za jakých podmínek se restriktivní opatření používají a jak se při nich postupuje. Nikdo z respondentů nevedl, že by informoval samotného klienta o restrikci, která na něm bude provedena. Osoba na které je restrikce vykonávána, musí být předem o postupu informována, stejně tak její zákonný zástupce. O restrikci se provádí podrobný záznam (Čadilová, Jůn, Thorová, et al., 2007).

Co je podle pracovníků agresivní chování u lidí s mentálním postižením? Pracovníci ví, že agresivní chování je slovní nebo fyzické napadení druhé osoby, ničení majetku nebo sebepoškozování. Znají pracovníci příčiny agrese lidí s mentálním postižením? Z výzkumu je patrné, že pracovníci považují za hlavní příčinu agrese nenaplněné potřeby člověka. Jaká je úloha pracovníků v rámci prevence agrese? Z vyhodnocených odpovědí je jasné, že pracovníci si uvědomují svoji roli ve vztahu klient-pracovník. Ví, že individuálním přístupem ke klientům, vhodnou komunikací a získáváním nových dovedností a vědomostí mohou předejít agresivnímu chování nebo zmírnit jeho průběh. Znají pracovníci restriktivní opatření a zásady jejich užití?

Pracovníci znají opatření omezující pohyb i zásady jejich použití. Ví, kde najdou metodické postupy organizace, kde je jejich použití popsáno.

Domov Pístina prochází procesem transformace. Jejím cílem je vybudovat chráněné koedukované bydlení pro lidi s mentálním a kombinovaným postižením. Samostatné bydlení klientům umožní ve větší míře naplňovat životní potřeby, rozvíjet schopnosti a dovednosti, žít kvalitní život. Myslím si, že tím se omezí výskyt agresivního chování klientů.

## 6. Závěr

Bakalářská práce se zabývala problematikou agresivního chování osob s mentálním postižením v zařízeních sociální péče, konkrétně v Domově pro osoby se zdravotním postižením Pístina. Na základě zjištěných poznatků vyplývá, že všichni dotazovaní pracovníci sociálních služeb se ve své praxi setkali s agresivním chováním člověka s mentálním postižením, které vnímají jako problémové. Co je tedy podle pracovníků přímé péče agresivní chování? Respondenti popsali agresi jako fyzické či slovní napadení vůči druhé osobě nebo majetku. Čtyři respondenti uvedli, že projev agresivního chování je i autoagrese. Jaké jsou příčiny agrese u klientů? Všichni respondenti se shodli na tom, že příčinou agresivního chování lidí s mentálním postižením jsou nenaplněné základní potřeby člověka. Respondenti uváděli jako příčinu agrese například lhostejnost okolí, nevhodný přístup personálu nebo provokace druhé osoby. Agresi může vyvolat i to, že klient nejede domů k rodině, nebo nepochopení člověka okolím, nedostatek kávy, cigaret. Co se týká úlohy pracovníků v prevenci agrese, všichni respondenti si myslí, že důležitou roli hrají terapie, zaměstnání klientů a vhodná komunikace, kterou je třeba individuálně přizpůsobit, třeba i za pomoci individuálního plánu klienta a metodických postupů. Všichni respondenti vnímají jako prevenci i supervizi, která je přínosem v jejich práci. Stejně tak vzdělávání, které je pro ně ze zákona povinné. Zajímavý byl názor 1., 2. a 3. respondenta. Supervizi vnímají jako možnou prevenci agrese, ale sami se již supervize neúčastní, protože jim nic nedala. Tito respondenti pracují na pozici všeobecné sestry. V tomto ohledu bych pracovníkům navrhovala zkusit změnit supervizora a ne hned supervizi odmítnout jako nepotřebnou. Je docela možné, že supervizor nevyhovoval potřebám supervidovaných. Znájí zaměstnanci restriktivní opatření a jejich užití? Znalost těchto opatření a jejich použití prokázali všichni respondenti. Kromě 1. respondenta je všichni ve své praxi alespoň jednou použili. Podle získaných informací postupovali všichni podle pravidel použití restriktivních opatření, která jsou popsána v teoretické části. Respondenti se v rozhovoru nezmínili o tom, že tato opatření se mohou používat jen na dobu nezbytně nutnou. Tento údaj je ale nutné uvést v zápisu o použití restriktivních opatření, který, jak uvedli všichni dotazovaní, vyplnili. Proto si myslím, že ve své podstatě tuto

informaci znají a řídí se jí. Další věc o které se nezmínili, byla informovat samotného klienta o tom, že proti němu bude použito restriktivní opatření a jaké. Pro klienta je toto důležité sdělení, na jehož základě se rozhoduje o svém dalším jednání. Doporučila bych zaměstnancům, zamyslet se nad tím, jestli klienta opravdu informují o tom, jaké další postupy budou proti němu použity.

Celkově si dovolím tvrdit, že pracovníci Domova Pístina se v problematice agrese lidí s mentálním postižením orientují. Znají příčiny vzniku agrese a na jejich základech se snaží vhodným přístupem agresí předejít nebo ji co nejlépe zvládnout. Tato práce může pomoci orientovat se pracovníkům v problematice agresivního chování lidí s mentálním postižením. Může být návodem, jak s klienty sociální služby komunikovat, jaké vhodné prostředky při práci s klienty používat, aby kvalita jejich života byla co nejlepší. Tím se snižuje riziko vzniku agresivního chování lidí s mentálním postižením.

## 7. Seznam použitých zdrojů

### Monografie

1. BARTOŇOVÁ, M., B. BAZALOVÁ a J. PIPEKOVÁ, 2007. *Psychopedie*. 2. vyd. Brno: Padio. 150 s. ISBN 978-80-7315-161-4.
2. CAMPBELLOVÁ, J., 2000. *Techniky arteterapie*. 2. vyd. Praha: Portál. 199 s. ISBN 80-7178-428-1.
3. ČADILOVÁ, V., H. JŮN a K. THOROVÁ et al., 2007. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. 1. vyd. Praha: Portál. 248 s. ISBN 978-80-7367-319-2.
4. ČERNÁ, M., 2008. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 222 s. ISBN 978-80-246-1565-3.
5. DURCEOVÁ, K., 2007. Problémové chování u lidí s mentální retardací a psychické poruchy. In: V., ČADILOVÁ, H. JŮN, K. THOROVÁ et al. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vyd. Praha: Portál. 248 s. ISBN 978-80-7367-319-2.
6. EMERSON, E., 2008. *Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vyd. Praha: Portál. 168 s. ISBN 978-80-7367-390-1.
7. FISCHER, S., J. ŠKODA, 2009. *Sociální patologie*. 1. vyd. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-2781-3.
8. HAWKINS, P., R. SHONET, 2004. *Supervize v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál. 202 s. ISBN 80-7178-715-9.
9. HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum*. 1. vyd. Praha: Portál. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
10. JŮN, H., 2010. *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál. 144 s. ISBN 978-80-7367-590-5.
11. KALVACH, Z., L. ČELEDOVÁ, a I. HOLMEROVÁ, a H. ZAVAZALOVÁ, a P. WIJA, et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.

12. KOUKOLÍK, J., J. DRTILOVÁ, 2008. *Vzpouora deprivantů: nestvůry, nástroje, obrana*. Nové, přepracované vyd. Praha: Galén. 327 s. ISBN 978-80-7262-410 - 2.
13. KŘIVOHLAVÝ, J., 2008. *Konflikty mezi lidmi*. 2. vyd. Praha: Portál. 192 s. ISBN 978-80-7367-407-6.
14. MATOUŠEK, O., et al., 2011. *Sociální služby*. 2. rozšířené vyd. Praha: Portál. 200 s. ISBN 978-80-262-0041-3.
15. MATOUŠEK, O., 2008. *Slovník sociální práce*. 2. přepracované vyd. Praha: Portál. 272 s. ISBN 978-80-7367-368-0.
16. MATOUŠEK, O., J. KOLÁČKOVÁ a P. KODYMOVÁ, 2010. *Sociální práce v praxi*. 2. vyd. Praha: Portál. 352 s. ISBN 978-80-7367-818-0.
17. NAKONEČNÝ, M., 1996. *Motivace lidského chování*. 1. vyd. Praha: Academia. 270 s. ISBN 80-200-0592-7.
18. PONĚŠICKÝ, J., 2010. *Agrese, násilí a psychologie moci*. 2. vyd. Praha: Triton. 176 s. ISBN 978-80-7387-378-3.
19. PÖRTNER, M., 2009. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. 1. vyd. Praha: Portál. 176 s. ISBN 978-80-7367-582-0.
20. ŘEZÁČ, J., 1998. *Sociální psychologie*. 1 vyd. Brno: Padio. 268 s. ISBN 80-85931-48-6.
21. SLEZÁKOVÁ, L., et al., 2012. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3601-3.
22. SLOWÍK, J., 2010. *Komunikace s lidmi s postižením*. 2. vyd. Praha: Portál. 160 s. ISBN 978-80-7367-691-9.
23. ŠVARCOVÁ, I., 2011. *Mentální retardace*. 2. vyd. Praha: Portál. 224 s. ISBN 978-80-7367-889-0
24. ŠVAŘÍČEK, R., K. ŠEĐOVÁ, et al., 2007 *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

25. VALENTA, M., J. MICHALÍK a M. LEČBYCH, et al., 2012. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. 1. vyd. Praha: Grada. 352 s. ISBN 978-80-247-3829-1.
26. VALENTA, M., O. MÜLLER, 2009. *Psychopedie*. 4. vyd. Praha: Parta. 366 s. ISBN 978-80-7320-137-1.
27. VÁGNEROVÁ, M., 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
28. VÝROST, J., I. SLAMĚNÍK, 2008. *Sociální psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada. 416 s. ISBN 978-80-247-1428-8.
29. ZELEIOVÁ, J., 2007. *Muzikoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál. 256 s. ISBN 978-80-7367-237-9.

#### **Elektronické zdroje:**

1. INSTAND. *Manuál pro metodiky v sociálních službách*. [online]. [cit. 28-03-2013]. Dostupné z: [http://www.instand.cz/dokumenty/manual-pro-metodiky\\_201109291341206.pdf](http://www.instand.cz/dokumenty/manual-pro-metodiky_201109291341206.pdf).
2. KUPKA, M. Paliativní péče a riziko syndromu vyhoření. In: *E-psychologie*. [online]. 2008, roč. 2, č. 1, s. 23–35 [cit. 21-02-2013]. Dostupné z: <http://e-psycholog.eu/pdf/kupka-ps.pdf>. ISSN 1802-8853.
3. MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. [online]. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1. Dostupné z : [http://www.google.cz/booksid=rVjhx164D0sC&printsec=frontcover&hl=cs&so/urce=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://www.google.cz/booksid=rVjhx164D0sC&printsec=frontcover&hl=cs&so/urce=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false).

#### **Legislativa:**

1. ČESKO. *Zákon 108/2006 Sb.* o sociálních službách, v platném znění.
2. ČESKO. *Zákon 96/2004 Sb.* o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání, v platném znění.



**Cizojazyčná literatura:**

1. KASCHA, W., D. KORCZAK a K. BRIOCH. Burnout: a Fashionable Diagnosis. In: *Deutsches Ärzteblatt* [online]. 18. listopad 2011 [cit. 2013-03-31]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc3230825>.
2. PATRICK, N. J., 2008. *Social Skills for Teenagers and Adults with Asperger Syndrome*. 1. vyd. London: Jessica Kingsley Publishers. 208 s. ISBN 978-1-84310-876-4.

**Ostatní zdroje:**

1. Interní materiál Domova Pístina. *Metodické postupy pro práci s klienty v Domově Pístina*. Domov Pístina, 2012.

## **8. Klíčová slova**

lidé s mentálním postižením

agrese

základní životní potřeby

terapie

komunikace

vzdělávání

restriktivní

klient

pracovník přímé péče