



Psychická šikana mezi lidmi s mentálním postižením

Bakalářská práce

Studijní program:

B7506 Speciální pedagogika

Studijní obor:

Speciální pedagogika pro vychovatele

Autor práce:

Štěpánka Kusá

Vedoucí práce:

Mgr. Alena Bjorke

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky





Zadání bakalářské práce

Psychická šikana mezi lidmi s mentálním postižením

Jméno a příjmení: Štěpánka Kusá
Osobní číslo: P18000188
Studijní program: B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika pro vychovatele
Zadávací katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky
Akademický rok: 2019/2020

Zásady pro vypracování:

Cíl bakalářské práce: Zjistit míru výskytu psychické šikany mezi lidmi s mentálním postižením v denních stacionářích v Libereckém kraji a jakým způsobem je šikana prováděna.

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

Metody: Dotazník, rozhovor.

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

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy:
Forma zpracování práce:
Jazyk práce:

tištěná/elektronická
Čeština



Seznam odborné literatury:

KOLÁŘ, M., 2001. *Bolest šikanování. Cesta k zastavení epidemie šikanování ve školách*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 80-7178-513-X.
KOLÁŘ, M., 2011. *Nová cesta k léčbě šikany*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-871-5.
ŘÍČAN, P., JANOŠOVÁ, P., 2010. *Jak na šikanu*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2991-6.
ŠVARCOVÁ, I., 2003. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 80-7178-821-X.
VALENTA, M., MÜLLER, O., et al., 2009. *Psychopedie*. Vyd. 4., aktualiz. a rozš. Praha: Parta. ISBN 978-80-7320-137-1.

Vedoucí práce:

Mgr. Alena Bjorke
Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání práce:

2. dubna 2020

Předpokládaný termín odevzdání:

30. dubna 2021

prof. RNDr. Jan Pícek, CSc.
děkan

L.S.

Ing. Zuzana Palouňková, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 2. dubna 2020

Prohlášení

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

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

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

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

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

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

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

16. dubna 2021

Štěpánka Kusá

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat Mgr. Aleně Björke, za odborné vedení bakalářské práce, za cenné rady, trpělivost a vstřícnost. Dále mé poděkování patří rodině, kamarádům a mému příteli, za neustálou podporu a motivaci při studiu. V neposlední řadě mé poděkování patří pracovníkům z denních stacionářů v Libereckém regionu za ochotu a věnovaný čas mému průzkumu.

Anotace

Tématem práce je Psychická šikana mezi lidmi s mentálním postižením. Práce se rozděluje na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části autorka vymezuje na základě odborné literatury základní pojmy, jimiž jsou šikana a mentální postižení. V závěru teoretické části je kapitola, která se věnuje sociálním službám a standardům kvality sociálních služeb. Praktická část je věnována průzkumu, který probíhal v denních stacionářích pro mentálně postižené v Libereckém kraji, analýzou a interpretací výsledků průzkumu.

Klíčová slova: šikana, problémové chování, agresor, oběť, mentální postižení, sociální služby, denní stacionář

Annotation

The topic of the work is psychological bullying among people with mental disabilities. The work is divided into a theoretical part and a practical part. In the theoretical part, the author defines the basic concepts based on the literature, which are bullying and mental disabilities. At the end of the theoretical part is a chapter that deals with social services and quality standards of social services. The practical part is devoted to the survey, which took place in day hospitals for the mentally handicapped in the Liberec region, analysis and interpretation of survey results.

Key words: bullying, problem behaviour, aggressor, victim, mental disability, social services, day hospital

Obsah

Úvod.....	11
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 Šikana.....	13
1.1 Psychická šikana	16
1.2 Stadia šikanování	17
1.3 Aktéři šikany	19
1.3.1 Agresor.....	20
1.3.2 Oběť	21
1.4 Prevence šikany.....	22
2 Mentální postižení.....	22
2.1 Klasifikace mentální retardace	23
2.2 Problémové chování u lidí s mentální postižením	26
2.3 Faktory ovlivňující problémové chování	27
2.4 Terapie problémového chování u lidí s mentálním postižením	28
3 Sociální služby.....	30
3.1 Standardy kvality sociálních služeb	32
3.2 Denní stacionáře.....	33
PRAKTICKÁ ČÁST	34
4 Metodologie průzkumného šetření.....	34
4.1 Cíl.....	34
4.2 Metody průzkumného šetření.....	34
4.3 Charakteristika cílového souboru.....	36
4.4 Vzorek průzkumného šetření	36
5 Vyhodnocení získaných dat.....	37
5.1 Dotazníkové šetření.....	37

5.2	Interview	49
6	Interpretace výsledků průzkumného šetření	51
7	Diskuse	52
	Závěr	55
	Zdroje.....	56
	Seznam příloh.....	59
	Příloha 1 – Dotazník	60

Seznam grafů

Graf 1: Šikana v denních stacionářích	37
Graf 2: Přihlížení šikaně	38
Graf 3: Projevy šikany	39
Graf 4: Místo šikanování	39
Graf 5: Řešení šikany	40
Graf 6: Svěření se šikanováním klientů	41
Graf 7: Kdo šikanuje	41
Graf 8: Řešení šikany s agresorem	42
Graf 9: Opakování šikanózního chování	43
Graf 10: Faktory šikany	43
Graf 11: Faktory šikany	44
Graf 12: Faktory šikany	45
Graf 13: Faktory šikany	45
Graf 14: Faktory šikany	46
Graf 15: Pohlaví respondentů	47
Graf 16: Věk respondentů	47
Graf 17: Vzdělání respondentů	48
Graf 18: Délka působení pracovníků v zařízení	49

Seznam tabulek

Tabulka 1: Klasifikace šikany podle Koláře	14
Tabulka 2: Behaviorální a kognitivně-behaviorální terapie	29

Úvod

Pod pojmem šikana vyvstane každému jednomu z nás určitá asociace, která je spojená s ubližováním a sužováním slabších lidí. Někomu se vybaví děti na základní škole, které si ubližují jak fyzicky, tak psychicky, další si představí vojnu a šikanu spojenou se základní vojenskou službou, nebo i šikanu na pracovišti. Tento výčet je jedním z nejčastějších asociací lidí. Málokoho ale napadne, že šikana se může ve velké míře vyskytovat i u lidí s mentálním postižením v ústavních a denních zařízeních.

S problematikou šikany v denních zařízeních pro lidi s mentálním postižením jsem se setkala poprvé na své praxi ve stacionáři na vysoké škole. Do té doby jsem se nad tímto problémem nezamýšlela. Hledala jsem tedy různá data a informace týkající se šikany v těchto zařízeních a překvapilo mě, jak málo se o této problematice ví a píše, některá data byla poměrně stará a nové výzkumy na šikany v těchto zařízeních jsem nedohledala. Mojí motivací tedy bylo zjistit, v jaké míře se šikana vyskytuje v denních stacionářích pro jedince s mentálním postižením a jak k šikaně dochází. Cílem této práce je uvést toto téma do většího povědomí lidí.

Bakalářská práce je rozdělená na dvě části. Cílem první, teoretické části, je nastínit pomocí odborné literatury pojem šikana, stadia šikany, formy šikany, účastníky šikany a případná prevence. V další kapitole se věnuji tématu mentálního postižení. Zde se věnuji klasifikaci mentálního postižení a zejména problémovému chování lidí s mentálním postižením, tzn. jaké faktory mohou ovlivnit problémové chování a jak můžeme tyto problémy řešit pomocí terapií. Poslední třetí kapitola se věnuje zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, standardům sociálních služeb, které jsou dané zákonem a denním stacionářům, ve kterých jsem prováděla průzkumné šetření.

V druhé praktické části, se věnuji svému průzkumu výskytu psychické šikany v denních stacionářích v Libereckém kraji. Součástí praktické části je metodologie průzkumu, cíle průzkumu, charakteristika vzorku a vyhodnocení a interpretace výsledků. Pro svůj průzkum jsem použila metodu dotazníkového šetření a metodu interview. Dotazníky byly vyplněny pracovníky v denních stacionářích, interview bylo realizováno s hlavní pracovnící jednoho ze stacionářů v libereckém regionu. Výsledky

z dotazníkového šetření jsou zpracovány do grafů a následně vyhodnoceny. Součástí praktické části je i náhled dotazníku, který byl předložen pracovníkům v sociálních službách. Na konci praktické části budou shrnuty výsledky, pomocí kterých budu potvrdím, nebo vyvrátím průzkumné otázky, které jsem si kladla na začátku práce.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část je rozdělená do tří kapitol, kde jsou vysvětleny klíčové pojmy, které je nutné vysvětlit pro uvedení do problematiky.

1 Šikana

Termín šikana pochází z francouzského slova *chicane*, a doslovný překlad znamená zlomyslné obtěžování, týrání, sužování, pronásledování. V současné době je šikana vnímána jako opakované ubližování, ponižování, týrání, zesměšňování a může nás doprovázet celým naším životem. Šikana není pouze záležitostí školního prostředí, kde se s ní ovšem setkáváme nejčastěji, ale můžeme se s ní setkat i na pracovišti (mobbing, bossing, staffing), na internetu (kyberšikana), nebo například v armádě. Šikana není zcela novodobý problém, avšak u nás tento pojem zavedl pražský psychiatr Petr Příhoda v roce 1989, kdy veřejně promluvil o šikaně v socialistické armádě, mezi novými a již zkušenými vojáky. (Říčan 1995, s. 25)

Říčan (1995, s. 26) definuje šikanu takto: „*Šikanování říkáme tomu, když jedno dítě nebo skupina dětí říká jinému dítěti ošklivé a nepříjemné věci, bije je, kope, vyhrožuje mu, zamyká je v místnosti apod. Tyto incidenty se mohou často opakovat a pro šikanované děti je obtížné, aby se samo ubránilo. Jako šikanování mohou být označeny také opakované posměšky nebo ošklivé poznámky o rodině. Jako šikanování však obvykle neoznačujeme občasnou rvačku nebo hádku přibližně stejně fyzicky vybavených soupeřů.*“

Hlavním rysem šikany je podle Koláře (2001, s. 27), když „*Jeden nebo více žáků úmyslně, většinou opakovaně týrá a zotročuje spolužáka či spolužáky a používá k tomu agresi a manipulaci.*“ Z definice vyplývá, že se jedná o opakované, úmyslné jednání. Nelze za šikanu považovat jeden náhodný konflikt, fyzický souboj stejně vybavených soupeřů, nebo škádlení. Je také důležité zmínit, že o šikaně můžeme mluvit jen v případě, že je oběť z nějakého důvodu bezbranná (fyzický nepoměr, handicap, odlišnost, atd). (Lovasová 2006, s. 6)

Šikana je stále obrovským problémem, který se nejvíce vyskytuje ve školním prostředí, a to i přes to, že v posledních letech stoupá podíl škol, které se snaží žáky rozvíjet v tématu šikany, toleranci k ostatním žákům, respektu a snaží se zabránit vyčleňování žáků z kolektivu. Podle posledních průzkumů České školní inspekce se za poslední tři roky zvýšila míra rizikového chování na základních školách. Ve školním roce 2016/2017 byla míra výskytu šikany 38,1 %, v roce 2018/2019 to bylo 41,4 %. Důvodem může být nedostatek odborných pracovníků, nedostatek speciálních pedagogů či sociálních pracovníků, nebo špatná spolupráce s rodiči žáků, což je podle České školní inspekce klíčovým faktorem pro prevenci patologického chování. (Česká školní inspekce 2020, s. 73)

Projevy šikany mohou být jak fyzické násilí, tak i psychická manipulace. Fyzické násilí můžeme však velmi rychle a včas odhalit, na rozdíl od psychické šikany. Agresorem také nemusí být jeden člověk, ale šikanovat může celá skupina lidí. Kolář člení projevy šikany do tzv. trojdimensonální mapy, na přímou a nepřímou šikanu, fyzickou a verbální, aktivní a pasivní, jež se navzájem kombinují. (Kolář 2011, s. 37)

Tabulka 1: Klasifikace šikany podle Koláře

Osm druhů šikanování	Příklady projevů
Fyzické aktivní přímé	Agresor fyzicky napadá oběť, kope do ní, mlátí, fackuje, škrtí apod.
Fyzické aktivní nepřímé	Agresor není ten, co šikanuje, ale pošle za sebe své lidi, aby oběť ublížili.
Fyzické pasivní přímé	Agresor fyzicky brání oběti v dosahování jejích cílů.
Fyzické pasivní nepřímé	Agresor odmítá splnit požadavky oběti, například odejít z místnosti.
Verbální aktivní přímé	Nadávání, urážení, zesměšňování.
Verbální aktivní nepřímé	Rozšiřování pomluv, symbolická agrese – může být.
Verbální pasivní přímé	Ignorování oběti, nezodpovězení otázky.
Verbální pasivní nepřímé	Když se nezastaneme oběti, je-li třeba nespravedlivě obviněná, a jen přihlížíme.

Říčan (1995, s. 49) rozděluje projevy šikany na přímé a nepřímé. Mezi přímé známky šikany patří například posměch na konto dítěte, různé vtipné přezdívky, kritika na adresu dítěte, příkazy, které dostává oběť od jiných dětí, fyzické útoky a rvačky. Do nepřímých projevů šikany patří, jak se oběť cítí, jak vypadá, co dělá. Nepřímými projevy jsou například smutné, depresivní nálady oběti, odřeniny, modřiny oběti, můžou se objevit poničené věci apod.

Pošťuchování nebo škádlení je velice těžké od šikany rozlišit. Hlavním rozdílem je záměr těchto dvou činů. Primárním záměrem šikany je druhému ublížit, ať už fyzicky, či psychicky. U škádlení ale není záměr ublížit, ale z někoho si udělat legraci, na bázi přátelského popichování. Důležitý je i respekt vůči druhým a vcítění se do jejich situace. I když různé poznámky a popichování myslí člověk z legrace, je možné, že se dotýčný bude cítit nepříjemně, může být smutný, a pak by se měl člověk omluvit. V tom je rozdíl od agresora, který má jediný motiv, a tím je druhému co nejvíce ublížit, bez jakékoliv lítosti. Mezi škádlením a šikanou je velmi tenká hranice a je těžké rozlišit, zda se už nejedná o psychickou formu šikany. (Kolář 2011, s. 64–67)

Jak už jsem zmínila, pošťuchování a škádlení za šikanu označit nemůžeme, i když se v těchto situacích vyskytují prvky tohoto patologického chování. Tyto prvky můžeme vidět i v jiných činech, jimiž je například syndrom týraného dítěte (syndrom CAN), kde dochází k týrání a zneužívání moci nad dítětem. To samé u syndromu EAN (špatné zacházení se seniory), nebo u týrání rodičů dětmi. Zde jde o tzv. nepravé šikanování. (Kolář 2001, s. 50)

Je důležité vědět, že šikana není jenom problémem zdravých dětí na běžných základních školách. Šikana se vyskytuje i ve velké míře mezi lidmi s mentálním postižením, ať už to jsou stacionáře, speciální školy, nebo chráněné dílny. Také je velký problém, když se v běžné třídě vyskytuje žák s postižením. Zde se nejvíce objevuje tzv. psychická šikana – přímé a nepřímé verbální agrese, kdy kolektiv odlišného žáka odmítá, vysmívá se mu, slovně na něj útočí a zraňuje. (Kolář 2011, s. 58) Avšak to neznamena, že žáci s postižením jsou pouze v roli oběti. Podle amerických výzkumů jsou žáci s postižením jak oběťmi, tak i agresory. Závisí však na míře a stavu zdravotního postižení

a prostředí, kde se žák nachází – běžné základní školy, speciální školy. (Rose 2015, s. 426)

1.1 Psychická šikana

V posledních letech se ve větší míře objevuje psychická šikana než šikana fyzická. U psychické šikany je ovšem velice těžké odhalit, v jakém stadiu probíhá. Nejčastější formy psychické šikany, jimiž jsou ignorování, či vysmívání se druhému, se můžou snadno zaměnit za nevinné vtípky. Důležité je, že i tato podoba šikany se může dostat do fáze dokonalé šikany, a proto musíme důkladně prošetřit celou situaci. (Kolář 2011, s. 57–58)

Psychická šikana je po většinu času neviditelná a na sebemenší náznaky psychické šikany se neklade důraz. Následek podceněné situace může být fatální. Může dojít ke zhoršení psychického stavu, popřípadě suicidálním myšlenkám či činům oběti. V nejlepším případě se oběť svěří, že je šikanována, někdy si můžeme všimnout varovných signálů, které nás můžou upozornit na to, že něco není v pořádku. Varovné signály se opět dělí na přímé a nepřímé. Přímé signály jsou viditelné a patří mezi ně například zesměšňování oběti před ostatními účastníky, ignorování, urážky apod. Mezi nepřímé signály můžeme zařadit například chování oběti, kdy se dítě může chovat ustrašeně, smutně, odmítá chodit do školy, často si stěžuje na bolesti, které mohou být jen psychosomatické, vyhýbá se místům, kde by mohlo být napadeno a často vyhledává samotu. (Vágnerová 2009, s. 77)

Metody, které používá k agresor k získání moci, jsou manipulace a brainwashing. Při manipulaci agresor nepoužívá násilí, ale spíše psychický nátlak. Agresor lže, podvádí a manipuluje jak svými kamarády, kumpány, tak oběťmi. Všichni se snaží plnit přání agresora, a to včetně obětí. Tato manipulace má za následek paralyzování myšlení, podporu agresora okolím a může vést až do totalitní šikaně. Na druhé straně při brainwashingu se využívá i fyzické násilí a vyhrožování. Oběť přijímá názory, postoje agresora a jedná tak, jak chce agresor. Dlouhodobé systematické násilí má na oběti negativní vliv. Můžou se objevit poruchy spánku, či psychosomatické obtíže, jako bolesti hlavy, bolesti břicha apod. (Kolář 2011, s. 132–133)

1.2 Stadia šikanování

V předchozí kapitole jsem naznačila, že šikana má různé fáze. Proces šikanování prochází vývojem několika stadií a není to vždy pouze záležitost jednoho agresora a oběti. V kolektivu dochází k narušení vztahů celé skupiny. Aby mohl pedagog, nebo jiný specializovaný odborník řešit šikanu v kolektivu, měl by umět určit, v jakém stadiu se skupina nachází a podle toho intervenovat. I když se stadia občas prolínají, nebo i splývají, každé z nich má prvky, které když odhalíme, můžeme dalšími kroky postupovat k zabránění nebo zhoršení celého děje. Je důležité také zmínit, že se musí pracovat s celou skupinou, ne pouze s hlavními aktéry. (Kolář 2011, s. 45)

K určení, v jaké fázi je šikana rozvinutá, nám také mohou pomoci tato kritéria. Pokud je šikana v počátcích, členové skupiny i oběti budou otevření a budou se snažit vysvětlit celou situaci. Na druhé straně, pokud tato situace probíhá déle jak přibližně tři měsíce, už se může jednat o pokročilé šikanování a protagonisté šikany budou uzavření, budou se bát něco říct, nebo si dokonce budou vymýšlet. (Vágnerová 2009, s. 84)

Prvním stadiem je fáze ostrakismu, která se vyskytuje téměř v každé třídě, v každém kolektivu na základních, středních školách. V této fázi agresori neubližují oběti fyzicky, nýbrž psychicky a to tím, že oběť vyčleňují z kolektivu. Nejčastěji se tato forma projevuje v dívčích skupinkách, kdy vyčlenění ze své skupinky dívku, se kterou se nehodlají bavit, ignorují ji, nebo šíří pomluvy. (Martínek 2009, s. 117) Tato fáze nemusí být záležitostí samotných žáků, nýbrž k této fázi může nevědomě přispět pedagog, a to tím, že má ve třídě oblíbeného žáka, kterého dává příkladem celé třídě, nebo naopak vytýká neustále chyby a poznámkami opakovaně upozorňuje na žákovi slabiny. Tímto chováním může odstartovat celý proces šikany. (Vágnerová 2009, s. 80)

V druhé fázi se začíná zvyšovat míra fyzické agrese a psychické manipulace. Nejčastěji přejde skupina z první fáze do druhé během stresové situace, která panuje celou skupinou. Ve školním prostředí to bývá z pravidla konec školního roku, nebo stres a tlak před důležitými testy. Oběť je v tu chvíli nejlepším prostředkem na kompenzaci vzteku a zlosti. Agresor začíná fyzicky napadat, bít, kopat oběť, ale také dochází k manipulaci, slovním napadáním a ničením věcí oběti. (Kolář 2011, s. 48)

Tato fáze je závislá na soudržnosti skupiny. Celý proces šikanování může v této fázi skončit, je-li ve skupině člověk, který se oběti zastane. Jen tak se sníží konformita skupiny a agresor nemá šanci uspět v dalším, nežádoucím jednání. Pokud se nikdo oběti nezastane, ba naopak se někdo další přidává, dochází k další fázi šikany – vytvoření jádra. (Martínek 2009, s. 120–121)

V třetí fázi se vytváří skupinka agresorů, která jedná systematicky. Vzniká tzv. pyramida šikanování, kde na samém vrcholu pyramidy je skupina agresorů a postupně směrem dolů nabalují víc svých spolužáků, kteří se přidávají k silnější straně, aby samy nebyli terčem šikany. Na základně této pyramidy stojí oběť, popřípadě oběti a té je věnována celá pozornost. Je nadále fyzicky napadána, agresor si z oběti může dělat sluhu, a když oběť odmítne vykonat rozkaz, tvrdě za to zaplatí, stupňují se i slovní napadání a urážky. (Martínek 2009, s. 122)

„V tomto klíčovém momentu se rozhoduje, zda se počáteční stádium přehoupne do stádia pokročilého“ tvrdí Kolář. (2011, s. 51) Je důležité, aby v této fázi došlo k včasnému zásahu pedagoga, nebo jiné osoby z vnějšku. Pokud ani v této fázi nikdo nezasáhne, skupina pomalu přijímá normy skupiny agresorů a přechází do čtvrtého stadia šikany. (Vágnerová 2009, s. 82)

Čtvrtá fáze vývoje šikany se popisuje jako děj, při kterém se vytváří normy, které celá skupina přijímá. Nepsané zákony šikanování přijímají i žáci, kteří zdánlivě působí jako klidní a hodní. Začínají se chovat krutě a vzhlížejí k hlavnímu členu skupiny, který celou skupinou řídí. Skupina je rozčleněna na „nadřazené“ (skupina agresorů) a „podřazené“ (oběti). V této fázi je agresor zcela závislý na šikanování a do jisté míry i oběť se pomalu smiřuje s tím, že je to naprosto normální. (Kolář 2011, s. 51)

Posledním pátým stadiem je dokonalá šikana, nebo jinak nazývaná totalita. Je to konečné stadium, kdy jsou přijaty a plněny normy celou skupinou agresorů. Agresoři používají stále horší praktiky, kdy může dojít k těžkému ublížení na zdraví oběti, nebo i usmrcení. Oběť už si v tomto případě nese následky do konce svého života. U obětí se může objevit tzv. Stockholmský syndrom, kdy oběť je zvyklá na svého agresora a vybuduje

si k němu určitý vztah, vzhlíží k němu. Bez odporu plní jeho příkazy a nechá si ubližovat. Jedinou možností k zastavení šikany v tomto stadiu, je rozpuštění celé skupiny, kolektivu. (Martínek 2001, s. 129) S touto fází se málokdy ve škole setkáme, je typická spíše pro nápravná zařízení, výchovné ústavy, vězeňské nebo vojácké prostředí. (Kolář 2001, s. 40)

1.3 Aktéři šikany

V každém z nás je určitá míra agrese a zlosti. Člověk se musí naučit s agresí pracovat a snažit se je utlumit v daném okamžiku. Co ale přiměje jedince opakovaně ubližovat druhým? Někteří autoři se domnívají, že agresivní chování souvisí s přesvědčením, že se jedná o přijatelný prostředek mezilidské interakce a absencí morálky. Především chybějící empatie k obětem a záměrné, opakované ubližování obětem za dosažení svých cílů, jsou příčinami agresivního chování. (Fráňová 2010, s. 180)

Kolář (2010, s. 119) pracuje s myšlenkou, že se jedná o problém duchovního rozměru a ztotožňuje se s názorem chybějící morálky. Člověk se rodí jako sobecká bytost a jedná antisociálně, myslí si, že lepší než ostatní a vzrůstá touha po moci. Podle Martínka (2009, s. 136) se u všech agresorů objevuje problém v rodině.

Říčan (1995, s. 23) se přiklání k teorii, že agrese je naučená vlastnost, kterou si osvojíme pomocí vlastní zkušenosti, zážitku. Agresivní jednání se formuje v člověku na základě toho, co vidíme kolem sebe, ať už to je násilí v televizi, na sociálních sítích, ale také v násilí v rodinně například. Jedinec v tom vidí uspokojení, moc, kterou násilným chováním získá, co chce. Tím si postupně člověk vytváří hodnoty, postoje a podle nich poté následně jedná. Často se pak stává, že agresor v tomto jednání nachází zalíbení, nebo dokonce uspokojení. Hlavními protagonisty šikany jsou nejen již zmíněný agresor a oběť, ale také přihlížející skupina lidí, která do sporu nezasahuje.

1.3.1 Agresor

Typologii agresorů můžeme podle Koláře (2001, s. 86) rozdělit do třech skupin s typickými charakteristickými vlastnostmi. S touto typologií nadále pracují i ostatní autoři.

1. První typ

Tento typ agresorů se chová k oběti velice hrubě, převažuje fyzické násilí, agresorovi dělá dobře utrpení oběti. V mnoha případech může agresor toto jednání zažívat i v rodině, kdy za prohřešky bývá tvrdě trestán. Je zde narušený vztah k autoritám, agresor má ve školním prostředí kázeňské problémy a občas bývá součástí gangů, které páchají trestnou činnost.

2. Druhý typ

V tomto případě se jedná o agresora, který bývá na venek velmi kultivovaný, slušný k dospělým, učitelům, je vždy ochoten pomoci. Šikanování oběti probíhá skrytě, bez přítomnosti svědků. Může využít mafiánské metody, má své „kumpány“, kteří oběti ubližují a on přitom stojí v pozadí. U agresora se můžou vyskytovat až sadistické sklony v sexuálním smyslu. V rodině bývají na agresora kladeny velké nároky, někdy je výchova velmi důsledná, připomínající vojenské prostředí.

3. Třetí typ

Poslední třetí typ je označován jako agresor „vtipálek, srandista“. Jedinec je velice zábavný, dobrodružný, je v kolektivu velice výmluvný, oblíbený a vlivný. Tím, že potřebuje neustále na sebe vztahovat pozornost, šikanuje za účelem pobavení druhých. Většinou je k obětem zlomyslný a škodolibý, vše dělá za přítomnosti ostatních, diváků. (Kolář 2001. s.86–87)

Martínek (2009, s. 138) uvádí ještě jeden typ agresorů, kteří spouštějí tzv. ekonomickou šikanu. Jde o jedince, kteří vyrůstají ve velmi materiální rodině, která žije v blahobytu a dítěti dá úplně vše, co si dítě přeje. Tím, že jsou ve třídě žáci, kteří jsou

materiálně založení a mají vždy něco nového, se vytváří hierarchické rozdělení třídy a obětí se může stát jedinec, který pochází z „chudší“ rodiny.

1.3.2 Oběť

Zatímco u agresorů máme nastíněné různé typy, profily, podle kterých dokážeme říct, jak a proč se jedinec chová agresivně, u obětí žádné jasné společné znaky nemáme. Obětí se může stát kdokoli, není tedy možné sestavit určitý profil oběti. Přesto však můžeme uvést rizikové faktory a projevy, díky kterým se jedinec může stát obětí šikany.

Obecně největší pravděpodobnost, když se děti stanou obětí, je jejich odlišnost. Ať už jde o tělesnou stránku oběti (handicap, děti obézní, slabé děti), psychickou stránku (děti s psychickým znevýhodněním – například ADHD), děti, které jsou ve třídě oblíbené, se také mohou stát oběťmi šikany, stejně jako děti, které jsou v kolektivu brány jako outsideri. Dále jsou šikanovány například děti pedagogů, děti ze sociálně znevýhodněného prostředí, děti, které jsou nové v kolektivu třídy, nebo děti rasově odlišné. (Vágnerová 2009, s. 86–87)

Následky, které se podepíší na oběti, mohou být fatální. Nejhorší možný následek celého agresivního chování může být suicidální pokus, nebo sebevražda. Je důležité s obětí pracovat a předcházet tak psychickým důsledkům, které si oběť odnáší. Mezi psychické důsledky může patřit například strach, snížená schopnost navazovat vztahy, frustrace, poruchy spánku, špatný vztah ke škole, nedůvěra, napětí, nebo špatná nálada. Pokud není šikana včas odhalena, můžou se u oběti rozvinout různá, psychosomatická onemocnění. U agresorů se podepisují následky jeho chování ve zhoršeném prospěchu, později se přidávají do různých pochybných skupin, gangů. Pokud se nepracuje s agresorem, je větší šance, že v budoucnu bude mít potíže se zákonem, kriminalitou. (Lovasová 2006, s. 15)

U skupiny přihlížejících, nepřímě zúčastněných v celém procesu šikanování, dochází k negativním důsledkům. Dochází zde k porušení mravních a morálních postojů každého ze skupiny, vytrácí se iluze o ochraně společnosti, proti násilí. (Lovasová 2006, s. 15)

1.4 Prevence šikany

Kolář (2011, s. 262) se k problému prevence, předcházení patologickému šikanózního chování mimo školní prostředí, staví skepticky. Co ovšem má podle něj smysl jsou intervenční programy, které mají skvělé výsledky, jak v České republice, tak v jiných státech. Mimo intervenční programy jsou dobré programy proti šikaně, spolupráce s odborníky, pedagogicko-psychologickými poradnami, aj. Je důležité zmínit, že prevence zde neznamena pouze jen předejít určitému chování, ale i pomoc při jeho řešení.

Říčan (1995, s. 71) uvádí i další preventivní zásady, které jsou na školách zanedbávány. Jednou ze zásad je ochrana „slabších“ jedinců ve třídě. Učitel podporuje menšinové názory, rozhodnutí, ale jen do určité míry. Pedagog by měl být spravedlivý, ale důležitá je podpora žáků, kteří jsou například handicapovaní, izolovaní, outsideri. Může podporovat jejich názory, pochválit je, dodat jim sebevědomí a také je vhodné je zapojovat do společné činnosti, aby lépe zapadli do kolektivu.

Dle Říčana (2010, s. 16) stojí za rozvíjením šikany ve třídě právě úpadek školní kázně a autorita pedagogů, proto je nutné podpořit autoritu pedagogů a posílit demokracii ve třídě. Autorita pedagogů v posledních letech upadá, hlavně na druhém stupni základní školy, přesto je nesmírně důležité, aby pedagog uměl ochránit žáky před agresory a měl respekt. Ačkoliv by se mohlo zdát, že zásada posílení demokracie ve třídě je v rozporu se zásadou autority pedagoga, není tomu tak. Pedagog by měl, jak už jsem zmínila, občas prosadit názory menšiny, ptát se dětí na jejich názory a přání, dát dětem možnosti volby, informovat rodiče žáků o událostech ve škole a umožňovat jim vždy prostor pro konzultace, či schůzky a v neposlední řadě by měl podněcovat aktivitu rodičovské organizace na škole. (Říčan 1995, s. 71-79)

2 Mentální postižení

„Mentální postižení je širší a zastřešující pojem zahrnující kromě mentální retardace i takové hraniční pásmo kognitivně-sociální disability, které znevýhodňuje klienta především při vzdělávání na běžném typu škol a indikuje vyrovnávací či podpůrná opatření edukativního (popř. psychosociálního) charakteru.“ (Valenta 2012,

s. 30) V některých oblastech se používá mentální retardace jako synonymum k pojmu mentální postižení. Dle Bazalové je mentální retardace: „*vývojová porucha integrace psychických funkcí postihující jedince ve všech složkách jeho osobnosti – duševní, tělesné i sociální.*“ (Pipeková 2006, s. 269) Mentální retardace je tedy obecně trvalé snížení rozumových schopností a schopnosti se adaptovat okolí. Jde o stav buď vrozený, nebo získaný, většinou do 2 let jedince. (Valenta 2012, s. 31)

Příčiny mentální retardace bývají rozděleny z hlediska časového na prenatální (v těhotenství, před porodem), perinatální (během porodu) a postnatální (po porodu). Dále existují faktory endogenní (vnitřní) a exogenní (vnější), díky nimž může vzniknout dané postižení. Mezi perinatální vlivy patří například intoxikace matky, infekce v těhotenství, úrazy matky, v prenatálním období je to například komplikace během porodu, hypoxie (nedostatek kyslíku plodu) a v postnatálním období je to například infekce jedince, špatná výživa apod. Postnatální období končí obvykle 2. rokem života jedince, v souvislosti s kognitivní teorií Jeana Piageta. Patologické jevy, které se objeví v následujících letech života, mohou souviset už s jinými typy poruch. (Valenta 2011, s. 35) Důležitou roli zde můžou hrát i hereditární (dědičné) vlivy a genetické anomálie. (Švarcová 2011, s. 42)

2.1 Klasifikace mentální retardace

Mentální retardace, jak jsem již uvedla, je trvalé snížení rozumových schopností, což v psychologii souvisí s inteligencí, tudíž se stupně mentální retardace určují podle výšky inteligenčního kvocientu a také podle schopnosti adaptability. Inteligenční kvocient vyjadřuje vztah mezi mentálním věkem, který se posuzuje na základě úloh odpovídajících danému vývojovému stupni, a chronologickým věkem, tedy skutečným věkem jedince. Ke klasifikaci mentální retardace se využívá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN–10), která je platná od roku 1992. (Valenta 2012, s. 31) Dělí se do šesti stupňů následovně:

1. F70 – Lehká mentální retardace (IQ 69–50)

Do tohoto stupně patří většina jedinců s mentální retardací a to až 80 % jedinců. Do 3 let jedince se projevuje pouze zpomaleným nebo opožděným psychomotorickým vývojem, viditelnější problémy nastávají v předškolním věku a příchodem povinné školní docházky. (Švarcová 2011, s. 37) Jedinci mají problém v oblasti řeči, malou slovní zásobou, opožděným vývojem řeči, vady řeči, avšak někteří jsou schopni komunikovat a udržovat konverzaci. Je zpomalená také jemná a hrubá motorika, může být narušená pohybová koordinace. Tento stav ale nemusí být neměnný a může se postupem věku zlepšit. Ve škole se projevují nedostatky v teoretických předmětech, někteří žáci nemohou splnit výstupy školy, a proto je vhodné uvážit, jestli pro jedince není lepší základní škola speciální. Člověk s lehkou mentální retardací je citově nezralý, labilní, impulzivní, obtížně se přizpůsobuje kulturním normám a očekáváním, přesto většina lidí je způsobilá pracovat. Z hlediska etiologie lehké mentální retardace záležitost hereditárních vlivů. Asi 60 % případů je dáno právě dědičnými vzorci, dále nepříznivou sociokulturní deprivací a v neposlední řadě nedostatečnou stimulací jedince. (Vítková 2004, s. 298)

2. F71 – Středně těžká mentální retardace (IQ 49–35)

Příčinou mentálního postižení tohoto stupně je většinou organická etiologie, trauma, infekce organismu či centrální nervové soustavy. Jedinci v tomto stupni mentální retardace mají výrazně opožděný psychomotorický vývoj, rozvoj myšlení a řeči, které přetrvá až do dospělosti. Řeč je velmi jednoduchá, jedinec tvoří jednoduché věty a spojení. Může se vyskytovat dyslalie, kdy jedinec špatně artikuluje, není schopen používat jednotlivé hlásky, nebo skupinu hlásek v komunikaci. (Pipeková 2006, s. 113) Úroveň komunikace je však různá. Někteří jedinci jsou schopni navázat komunikaci a sociální kontakty, druzí se však nedokáží domluvit na základních potřebách, ale jsou i tací, kteří se dorozumívají pomocí forem nonverbální komunikace. (Švarcová 2011, s. 38–39)

Vzdělávání probíhá nejčastěji v základní škole speciální, kde si žáci osvojí základy čtení, psaní a počítání. Speciální vzdělávání učí žáky hlavně osvojit si praktické dovednosti a základní vědomosti, které uplatní v běžném životě. Protože jedinci se středně těžkou mentální retardací jsou schopni se učit praktickým dovednostem, mají možnost se zařadit i na pracovní trh, občas však pod dohledem nebo v chráněném bydlení. Pak jsou i jedinci, kteří nejsou schopni samoobsluhy, natož samostatného života. (Vítková 2004, s. 299)

3. F72 – Těžká mentální retardace (IQ 34–20)

Těžká mentální retardace se v mnoha ohledech podobá středně těžké mentální retardaci, a to především v možné organické etiologii, klinickém obrazu a přidružených stavů jedince. Žáci díky snížené úrovni schopností si nedokáží osvojit základní dovednosti. Řeč je opět velmi jednoduchá, pokud je vytvořená. Jedinec mnohdy vydává jakési skřeky. Psychomotorický vývoj je výrazně opožděn. Jedinec často není schopen sebeobsluhy a základních hygienických návyků, proto je potřeba celoživotní péče. (Pipeková 2006, s. 273)

4. F73 – Hluboká mentální retardace (IQ pod 19)

U této skupiny jedinců se jedná organickou etiologii, běžné jsou přidružení neurologické poruchy, tělesná, sluchová či zaková postižení. Jedinci komunikují pomocí nonverbální komunikace, typické jsou skřeky, grimasy. Většina jedinců je imobilních, neschopných sebeobsluhy, vyžadující stálou pomoc a dohled. Z hlediska výchovy a vzdělání je možné dosáhnout porozumění jednoduchým požadavkům. (Švarcová 2011, s. 40)

5. F78 – Jiná mentální retardace

Je stanovena pouze tehdy, kdy je nesnadné, nebo nemožné určit stupeň intelektové retardace za pomoci obvyklých metod, například u nevidomých, neslyšících, osob s těžkými poruchami chování, či jedinců s autismem.

6. F79 – Nespecifikovaná mentální retardace

Tento stupeň je stanoven tehdy, kdy je prokázána mentální retardace, ale nelze zařadit jedince do některých z výše uvedených kategorií. Můžeme sem zahrnout mentální retardaci NS, mentální subnormalitu NS, nebo oligofrenii NS. (Švarcová 2011, s. 40–41)

Kromě stupně, v jakém pásmu se jedinec nachází, se také rozlišuje kód postiženého chování (vzteky, sebepoškozování, ...) a to tím, že se za číslo pásma retardace přidá další číslice:

- 0 – Žádné, nebo minimální postižené chování
- 1 – Postižené chování vyžadující intervenci
- 8 – Jiná postižení chování
- 9 – bez zmínky a postižení chování

Jak Bazalová (in Pipeková 2006, s. 272), tak Valenta (2009, s. 9) doplňují klasifikaci mentální retardace o typ postižení na erektický (nepokojný, neklidný) a torpidní (apatický, netečný).

2.2 Problémové chování u lidí s mentální postižením

Mentální retardace není nemocí, jedná se o komplexní vývojovou poruchu rozumových schopností, proto se u člověka s mentální retardací vyskytují i další poruchy, stejně jako u lidí bez mentální retardace. Dodnes se ve společnosti drží předsudky, které nahlízejí na lidi s mentální retardací jako na „jiné bytosti“, a podle toho se k nim společnost chová. Jenže životy lidí s mentální retardací jsou vystavovány nepříjemným, stresujícím situacím, proto se u těchto lidí vyskytuje až 3–4krát více psychických, či jiných poruch než u lidí bez mentální retardace. Stresující situace mohou být pro takového člověka například nedostatek soukromí, omezování či odpírání lidských práv, konflikty s okolím, nedostatek přátel, či traumatizující zážitky z týrání. Tyto situace mohou být také jednou z příčin následného problémového chování. (Čadilová 2007, s. 55–57)

Problémové chování definuje Emerson (2008, s. 13) 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 osoby do nich bude odepřen přístup*“. Mezi problémové chování patří například agresivita, destruktivita, sebepoškozování, krádeže apod. Toto chování je ale také podmíněno základními životními potřebami. Pokud u lidí, ať už s mentální retardací, nebo bez ní, nejsou naplněny základní životní potřeby, zvyšuje se míra pravděpodobnosti problémového chování. (Čadilová 2007, s. 107)

U lidí s mentální retardací je problémové chování často složitější rozpoznat. Jsou klienti, kteří se chovají problémově vzhledem ke svému handicapu/postižení. Například chlapci, kterým je diagnostikován Leschův-Nyhanův syndrom, se budou chovat agresivně vůči ostatním, nebo se u nich projevuje sebezraňující chování. Další z příčin problémového chování mohou být přidružené, psychické poruchy. Chybou bývá, když špatné chování automaticky vyhodnotíme jako znak mentální retardace. Důležité je důkladně prozkoumat různé aspekty, za kterými může stát agresivní chování. Jedním z aspektů je samozřejmě i vedlejší účinky léků, které klient může užívat. (Čadilová 2007, s. 48–57)

2.3 Faktory ovlivňující problémové chování

V praxi nenajdeme snad žádného sociálního pracovníka, který by se nikdy nesetkal s problémovým chováním klienta. Ať už se jedná o agresivní chování, fyzické či verbální napadání, odmítání uposlechnutí pracovníků, či jiné. Čím je toto chování způsobeno? Jedná se vždy pouze o handicap uživatele, nebo závisí i na jiných faktorech, které ovlivňují chování klientů?

Ze studie doktora Rosena (2015. s. 441) vyplývá, že studenti s mentálním postižením se chovají ve vyšší míře problémově než studenti bez postižení. Zároveň z výsledků vyplývá, že se nejvíce podílejí na šikanování druhých než ostatní vrstevníci. Jako rizikové faktory, které mohou ovlivnit jedince, jsou podle něj špatné sociální dovednosti a komunikace. S těmito rizikovými faktory souhlasí i McLaughlin (2010, s.

5) z University of Cambridge, který říká, že sociální dovednosti a komunikace jsou klíčové problémy žáků s postižením.

Další faktory, které zvyšují nebo snižují pravděpodobnost výskytu problémového chování, dělíme na faktory vrozené (pohlaví, věk, specifické syndromy a poruchy, stupeň mentální retardace, přidružené handicapy) a faktory týkající se okolí (prostředí, ve kterém se jedinec nachází). Doktor Jůn (2007, s.18—20) ve své kvalifikační práci uvádí, že agresivnější jsou spíše muži (73 %) než ženy (27 %) a výskyt problémového chování u lidí s mentální retardací vzrůstá kolem 15–34 roku života. Také zde uvádí, že výskyt problémového chování roste s hloubkou mentální retardace.

U faktorů týkající se prostředí, se problémové chování v největší míře ukazuje u lidí žijících ve velkých zařízeních. Ovšem záleží zde na mnoha aspektech. Především na složení klientů a na povaze instituce. Pokud je zařízení vytvořeno pro osoby s problémovým chováním, je předpoklad míry rizikového chování mezi klienty vyšší. Dále zde působí faktor chování personálu, který do jisté míry ovlivňuje chování klientů. (Jůn 2007, s. 21–22)

2.4 Terapie problémového chování u lidí s mentálním postižením

Ať už jsou spouštěčem agresivního či jiného nežádoucího chování klientů prostředí, personál, typ postižení, či individuální problém, je důležité takového chování předcházet. Problémové chování jedinců s MR můžeme částečně eliminovat, nebo zmírnit. Řešením ovšem není potlačení agresivního chování, nýbrž zajistit potřeby, které si klient nemůže obstarat sám. Můžeme k tomu využít různé terapie, ať už behaviorální terapii, kognitivně-behaviorální terapii nebo poté i farmakoterapii.

Každá z terapií má za cíl změnit chování uživatele, avšak musíme správně rozhodnout, která terapie je pro klienta vhodná. Behaviorální terapie se zaměřuje na změnu vnějšího chování a kognitivně-behaviorální terapie se, mimo vnějšího chování, zaměřuje také na změnu myšlení klienta. K rozhodnutí, jakou terapii je vhodné zvolit, nám pomůže následující tabulka. (Čadilová 2007, s. 105-108)

Tabulka 2: Behaviorální a kognitivně-behaviorální terapie

Behaviorální terapii je volíme, jestliže ...	Kognitivně-behaviorální terapii volíme, jestliže ...
- klient odmítá spolupracovat.	- klient aktivně spolupracuje.
- klient nemluví, nebo se vyjadřuje jednoslovně.	- klient mluví v jednoduchých větách.
- klient není schopen popsat, jak se cítí, na co myslí apod.	- klient umí popsat, jak se cítí, co dělá apod.
- klient si neuvědomuje své chování vůči ostatním.	- klient si plně, nebo částečně uvědomuje své chování vůči okolí.

Behaviorální terapie vychází z teorie, že každé chování je naučené a problémové či neproblémové jednání člověka není náhoda. Existují faktory, které spouští chování jedince. Těmito faktory jsou například vlastní myšlenky, emoční stav, ve kterém se člověk nachází, motivace, nebo třeba přítomnost člověka v blízkosti, chování ostatních lidí v okolí atd. Behaviorální terapie tedy pracuje s klientem tak, že terapeut správně provede funkční analýzu chování, aby zjistil, jaké faktory spouští problémové chování a snaží se je změnit tak, aby nedocházelo k nežádoucímu chování a následnému jednání. (Čadilová 2007, s.109-110)

Kognitivní terapie naopak vychází z teorie, že člověk kognitivně vyhodnocuje podnět a na základě tohoto vyhodnocení emočně reaguje. Emoce nespouští situace, ve které jsme se ocitli, nýbrž to, co si o této situaci myslíme. Kognitivní terapii můžeme využít například u lidí s lehkou mentální retardací, vysokofunkčním autismem či s Aspergerovým syndromem, a to proto, že tito lidé obvykle špatně vyhodnotí situaci a následně spustí neadekvátní reakci. Terapeut se tedy snaží klientům ukázat, že jejich emoce závisí na jeho myšlenkách. Kombinací behaviorální a kognitivní terapie vznikla terapie kognitivně-behaviorální, která analyzuje a sleduje chování jedince, které přechází nepřiměřenému chování a snaží se predikovat situace, ve kterých by mohlo dojít k dalším problémovým reakcím. (Čadilová 2007, s. 133-138)

Také farmakoterapie tvoří nedílnou součást péče o lidi s mentální retardací. Lidé s MR užívají různá psychofarmaka, které ovlivňují myšlení a potlačují agresivní chování. Je důležité, při zvolení farmaka uvážit, zda jsou léky vhodné k věku klienta a případně zvážit nežádoucí účinky u klientů. Jedním z nežádoucích účinků je útlum jedince s MR. (Čadilová 2007, s. 145)

Terapie jsou klíčem ke zlepšení života lidí s problémovým chováním, předcházet nežádoucím situacím, nebo zmírnit projevy agrese vůči okolí a sobě samotnému. Důležitý je ale také personál v sociálních službách, který může mít podíl na problémovém chování klientů. Právě sociálním službám a legislativě se věnuji v následující kapitole.

3 Sociální služby

Sociální služby poskytují doplňující podporu a pomoc lidem v nepříznivé sociální situaci. (Valenta 2011, s. 102) Podléhají zákonu č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách a v České republice jsou zřizovány buď obcí, krajem, Ministerstvem práce a sociálních věcí, nebo nestátními neziskovými organizacemi. Cílem je zlepšit kvalitu života klientů a maximální míře je do společnosti začlenit a zároveň forma pomoci a podpory sociálních služeb musí zachovat lidskou důstojnost klientů. Formy pomoci by měly vycházet z individuálních potřeb klientů, měly by podporovat a aktivně zapojovat klienty, vést k samostatnosti, motivovat a snažit se zabránit, nebo prohlubovat setrvání klientů v nepříznivých situacích. (Matoušek 2007, s. 33–35)

Jednou z největších a nejdůležitějších změn, kterou přineslo nové znění zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, byl příspěvek na péči. Příspěvek na péči je poskytován všem osobám, které potřebují pomoc z důvodu dlouhodobého, nepříznivého zdravotního stavu. Pro příspěvek je nutné nejdříve posoudit zdravotní stav klienta, a to z hlediska péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Nárok na příspěvek má osoba, která potřebuje pomoc, či pomoc druhé osoby, tzn. potřebuje každodenní pomoc nebo dohled jiné osoby. Příspěvek je poskytován ve čtyřech úrovních a o příspěvku rozhoduje úřad práce na základě posudku od lékaře a výsledku sociálního šetření. Tento příspěvek pak může uplatňovat v sociálních službách, které jsou hrazené samotným klientem. (Matoušek 2007, s. 72-75)

Sociální služby jsou rozděleny z hlediska formy na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Rovněž se také dělí z hlediska místa poskytování, a to na služby pobytové (služby, spojené s ubytováním v zařízení), ambulantní (služby, za kterými klient dochází, či je doprovázen a součástí není ubytování v zařízení) či terénní (služby, poskytovány ve známém, přirozeném prostředí klienta). (Švarcová 2011, s.173–174)

Zákon č. 108/2006 Sb., §37, dělí sociální poradenství na základní a odborné. Základní sociální poradenství musí vždy zajistit poskytovatel služby a zprostředkovává informace, které pomáhají klientovi v řešení nelehké sociální situace, ve které se nachází. Na rozdíl od základního sociálního poradenství se odborné sociální poradenství zaměřuje na konkrétní skupiny lidí (manželské a rodinné poradny, poradny pro seniory, poradny pro osoby se zdravotním postižením, ...) a těm poskytuje potřebné, odborné informace. Do oblasti sociálního poradenství patří také sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv klientů. (Zákon č. 108/2006. Sb., zákon o sociálních službách)

Služby sociální péče jsou služby placené klientem. Cílem služeb sociální péče je napomáhat klientům zlepšit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost a tím je zapojit do běžného života a společnosti. Dále služby sociální péče zajišťují důstojné prostředí a zacházení v případě, kdy se klient nachází v nepříznivé situaci. Mezi služby patří například osobní asistence, pečovatelská služba, centra denních služeb, denní stacionáře, chráněné bydlení, aj. (Švarcová 2011, s. 174-175)

Služby sociální prevence jsou takové služby, které napomáhají předcházet či zmírnit sociálnímu vyloučení osob, které jsou ohroženy tímto stavem, z důvodu krizové situace, způsobu života, návyků apod. Cílem služeb je pomoci klientům překonat aktuální, nepříznivou situaci a chránit společnost před případným vznikem či šířením jevů, které nejsou žádoucí. Mezi takové služby patří například raná péče, azylové domy, tlumočnické služby, telefonická krizová pomoc, nízkoprahová zařízení, sociální rehabilitace, terénní programy, aj. (Valenta 2012. s. 104-105)

Každý poskytovatel by měl při poskytování sociálních služeb znát základní povinnosti, které je třeba dodržovat. Tyto povinnosti jsou obsaženy ve standardech kvality sociálních služeb. Je ale vhodné, aby s těmito povinnostmi byl seznámený i klient, popřípadě zákonný zástupce. Služba by měla zajistit dostupnost informací o zařízení, cíle služby a cílovou skupinu, měla by zajistit vhodné podmínky uživatelů a plánovat poskytování služeb podle potřeb a schopností klientů. (Valenta 2012, s. 106-107)

3.1 Standardy kvality sociálních služeb

„Standardy kvality sociálních služeb jsou souborem kritérií, jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami.“ (zákon č. 108/2006, Sb., §99) Jedná se o soubor postupů, které jsou závazné či doporučené pro poskytování sociálních služeb. Ministerstvo práce a sociálních věcí, ve snaze zlepšit úroveň sociálních služeb, vytvořilo v roce 2002 metodický materiál, který byl v roce 2008 znovu uveřejněn a vychází z koncepce základních lidských práv a svobod. Jsou pomůckou pro poskytovatele, kteří chtějí poskytovat kvalitní a účinné sociální služby, podporují a respektují rovný přístup ke klientům a základním předpokladem je důstojný a plnohodnotný život klientů. (Švarcová 2011, s. 117)

Standardy kvality sociálních služeb jsou popsány v 15 položkách. Pro každou položku standardů je vypracováno několik kritérií, která jsou buď závazná, či doporučená. Pokud nejsou splněna kritéria, která jsou zásadní, může být odebrána registrace k poskytování dané služby. Tyto standardy jsou prvním krokem ke zkvalitnění sociálních služeb. Avšak existuje i mnoho nedostatků, a to především v tom, že standardy kvality, tak jak jsou sepsány, nekorespondují s odlišnými potřebami klientů. Další nedostatky se objevují v oblasti personální. Nedostatek personálu, nedostatek kvalifikovaných odborníků a nízké mzdy sociálních pracovníků nepříspěvají ke kvalitě poskytování služeb. (Valenta 2012, s. 113-114)

3.2 Denní stacionáře

Ve své práci se věnuji výzkumu v denních stacionářích, kterým se věnuje § 46 Denní stacionáře, zákona č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách, které poskytují *ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.* (Zákon č. 108/2006 Sb., § 46) Služba obsahuje základní činnosti jako poskytnutí stravy, pomoc při běžných úkonech, při osobní hygieně, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, terapeutické činnosti, zprostředkování sociálních kontaktů, pomoc při uplatňování vlastních práv.

PRAKTICKÁ ČÁST

V následujících kapitolách je popsána metodologie průzkumu, cíle průzkumu a průzkumné otázky. Jsou zde popsány výsledky dotazníkového šetření, které jsou podtržené rozhovorem se sociálním pracovníkem. V neposlední řadě je zde shrnutí a výsledky mého průzkumného šetření.

4 Metodologie průzkumného šetření

Informace, které jsem získala z průzkumného šetření, jež jsou součástí bakalářské práce, byly zpracovány na základě odborných publikací a materiálů. Metody, které jsem zvolila pro zmapování problému šikany v zařízeních pro klienty s mentálním postižením, jsem zvolila kvantitativní v podobně dotazníkového šetření, doplněný kvalitativní metodou interview. Průzkum byl prováděn s pracovníky v sociálních službách v denních stacionářích.

4.1 Cíl

Cílem mé bakalářské práce je zjistit míru výskytu psychické šikany v denních stacionářích v Libereckém kraji, jakým způsobem v zařízeních šikana probíhá. Dále se zaměřuji na faktory, které mohou ovlivnit problémové chování klientů a jak se staví k tomuto problému pracovníci v sociálních službách.

Průzkumné otázky:

1. Zjistit, v jaké míře se vyskytuje psychická forma šikany v denních stacionářích pro lidi s mentálním postižením.
2. Jakým způsobem šikana probíhá?
3. Jaké faktory ovlivňují chování klientů, a jak šikanu mezi klienty řeší sociální pracovníci?

4.2 Metody průzkumného šetření

Jednou z nejvyužívanějších metod pedagogického výzkumu je dotazník. Jedná se o soustavu připravených a správně formulovaných otázek, na které respondenti písemně

odpovídají. Otázky by měly být správně chronologicky seřazeny. Dotazníkově šetření patří mezi kvantitativní metody, tzn. že získáme mnoho potřebných informací za krátký časový úsek. Otázky v dotazníku mohou být strukturované neboli uzavřené, kdy je možné zaškrtnout pouze z nabízených odpovědí, dále jsou otázky nestrukturované neboli otevřené, kdy nejsou na výběr předem dané odpovědi, ale respondent odpovídá individuálně. V neposlední řadě mohou být otázky polostrukturované, které se využívají tehdy, kdy ani z jedna z nabízených odpovědí není pro respondenta správná a respondent má možnost odpověď doplnit. Také se můžeme setkat s dotazníkem, kdy jsou položky škálové, u kterých respondent vybírá bod na škále, výčtových položek, kdy respondent zaškrťává více odpovědí, nebo stupnicové položky, kdy respondent odpověď subjektivně seřazuje podle daného kritéria. (Chráska 2016, s. 158-161)

Pro svůj průzkum jsem sestavila dotazník, jenž vychází z Depistážního dotazníku šikanování PhDr. Michala Koláře, který jsem upravila na základě mých potřeb. Dotazník je anonymní a má 17 otázek, které jsou otevřené, uzavřené, polouzavřené i výčtové. První část dotazníku je zaměřená na zjišťování dat ohledně šikany v zařízení, v druhé části jsou otázky sociodemografické. Respondenty mi byli pracovníci v sociálních službách. Sběr dat a vyhodnocení dotazníků jsou zpracované grafy.

Aby mé výsledky byly relevantní a objektivní, zvolila jsem k dotazníkovému šetření ještě metodu interview. Interview je anglický výraz, v českém jazyce se používá termín rozhovor. Podle Chrásky (2016, s. 176) je však termín interview přesnější. Jedná se o metodu kvalitativní, kdy se můžeme lépe ponořit do problému a vysvětlit danou problematiku z pohledu respondenta. Výhodou je také osobní přístup. Interview může být buď strukturované, kdy se tazatel ptá na předem připravené otázky a nepřikládá k nim vlastní komentář. Dále může být interview nestrukturované, kdy má tazatel připravené otázky, avšak mohou být pozměněny v průběhu konverzace, může se doptávat nebo navázat na odpověď respondenta. V neposlední řadě může být interview polostrukturované, nebo skupinové. (Chráska 2016, s. 177)

Otázky, které obsahuje interview, korespondují a rozšiřují informace, co se týče šikany v zařízeních. Interview obsahuje 7 strukturovaných otázek s jedním respondentem. Následně je zpracované v písemné podobě.

4.3 Charakteristika cílového souboru

Pro svoje průzkumné šetření jsem si zvolila zařízení denních stacionářů v Libereckém kraji, a to hned z několika důvodů. Jedním z důvodů je fakt, že jsem se zde narodila a pobývám tu a dalším důvodem byla má praxe ve stacionáři Česká Lípa. Díky této praxi jsem si uvědomila, že právě otázka šikany mezi klienty v těchto zařízení mě zajímá. Cílovým souborem pro mě byly stacionáře v Libereckém regionu, které přijímají klienty ve velkém věkovém rozpětí, od 7–65 let. Klienty tvoří lidé s mentálním, či kombinovaným postižením. V Libereckém regionu je několik takových zařízení, ostatní stacionáře jsou buď věkově více omezené, nebo vymezené pro klienty s určitým typem postižení.

4.4 Vzorek průzkumného šetření

Jak jsem již uvedla, v Libereckém kraji je několik zařízení takového typu, který jsem si pro svůj průzkum vybrala. Do průzkumu se zapojilo 5 stacionářů, stejně koncipovaných. Kvůli pandemii v roce 2020/2021, kdy byl uskutečněn i můj průzkum, bylo dotazníkové šetření i interview realizováno v online prostoru. Jelikož byly dotazníky vyplňovány online, nelze odhadnout návratnost, kvůli neznámu počtu pracovníků. Avšak vyplněno a odesláno nazpět bylo 21 dotazníků. Interview bylo také online formou, s jedním vedoucím pracovníkem denního stacionáře.

V roce 2019 byl proveden předvýzkum, který sloužil k vychytání nedostatků v otázkách dotazníku. Předvýzkum jsem prováděla osobně ve stacionáři v České Lípě. Z předvýzkumu vyplynulo pár nejasností, zejména jsem následně upravila položky u dvou otázek. Návratnost dotazníků z předvýzkumu byla 100 %.

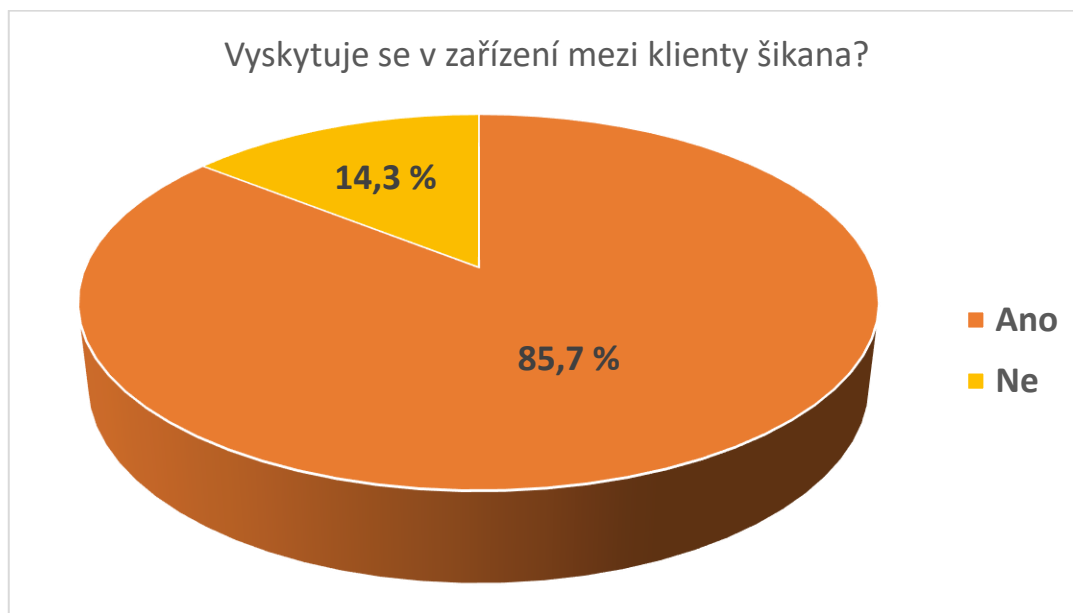
5 Vyhodnocení získaných dat

V první části se věnuji vyhodnocení dotazníkového šetření a následuje přepis interview. Všechna data z dotazníkového šetření jsou zpracována do grafů a následně shrnuta a zhodnocena. Otázky jsou seřazeny od základního problému šikany, přes faktory, které mohou ovlivňovat problémové chování klientů, až po sociodemografické údaje, které jsou až v závěru dotazníku.

5.1 Dotazníkové šetření

Otázka č. 1: Vyskytuje se v zařízení šikana?

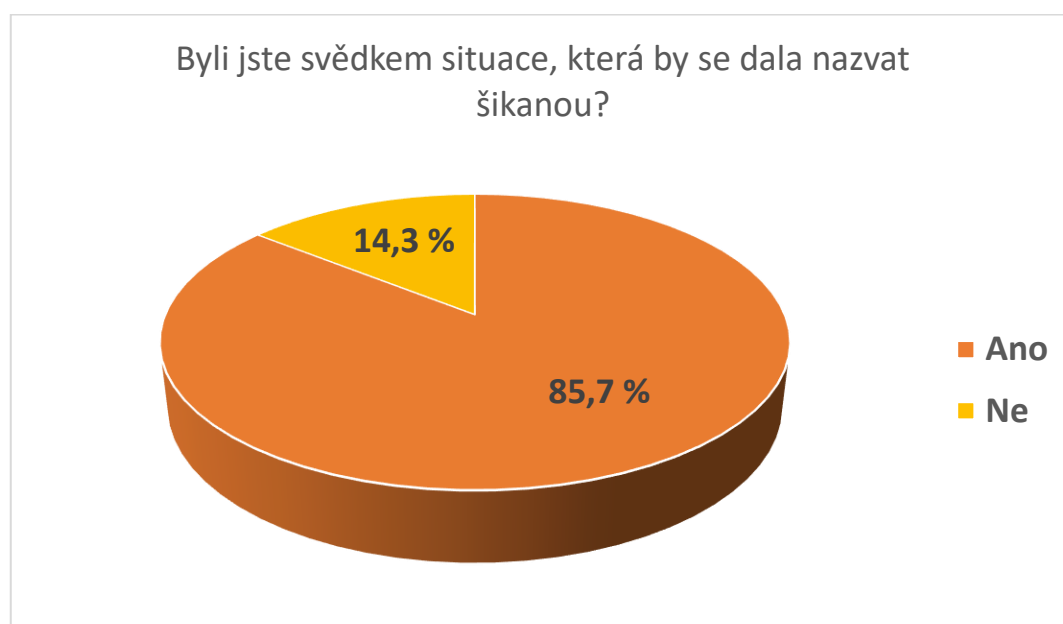
První otázka byla obecnější a týkala se výskytu šikany v zařízení. Pouze 14,3 % respondentů uvedlo, že se šikana v zařízení nevyskytuje, zbylých 85,7 % si je vědomo, že se u nich šikana mezi klienty vyskytuje, tzn. 3 respondenti odpověděli na otázku položkou „Ne“, zbylých 18 respondentů zvolilo položku „Ano“. Z grafu jasně vyplývá, že šikana je zjevná mezi klienty a pracovníci si toho jsou vědomi.



Graf 1: Šikana v denních stacionářích

Otázka č. 2: Byli jste svědkem situace, která by se dala nazvat šikanou?

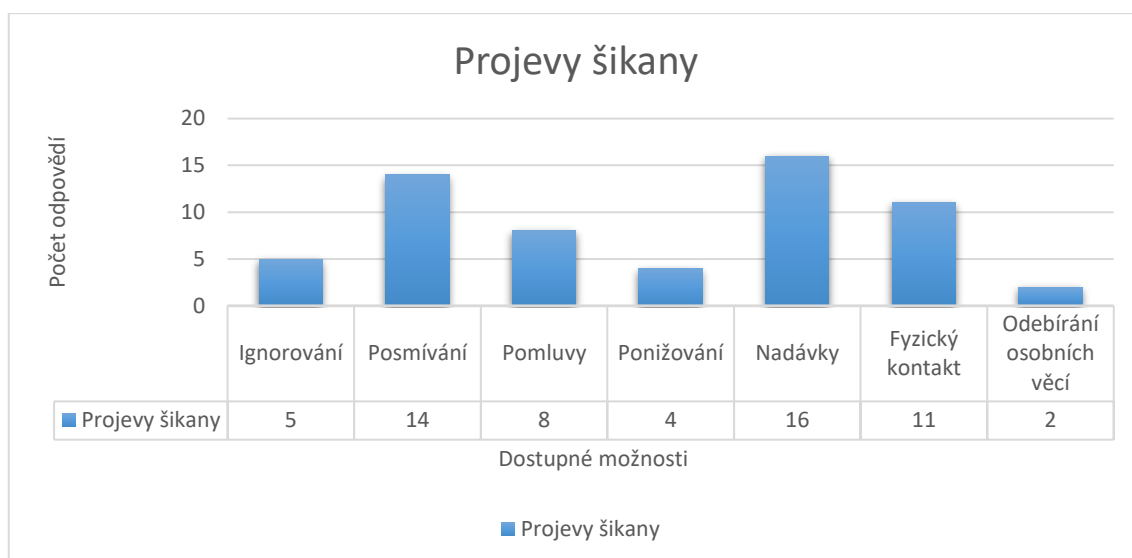
Druhá otázka byla položena jako kontrolní, zda opravdu si respondenti jsou jistí problému šikany. Zde vyplynuly stejné odpovědi, jako z otázky předchozí, tzn 14,3 % respondentů odpovědělo na otázku položkou „Ne“ a zbylých 85,7 % odpovědělo položkou „Ano“. Touto otázkou se potvrdilo, že šikana mezi klienty je běžným jevem. Pokud zde i v předchozí otázce respondenti odpověděli položkou „Ne“, byli přesměrováni do identifikační části dotazníku.



Graf 2: Přihlížení šikaně

Otázka č. 3: Jak se mezi klienty šikana projevovala?

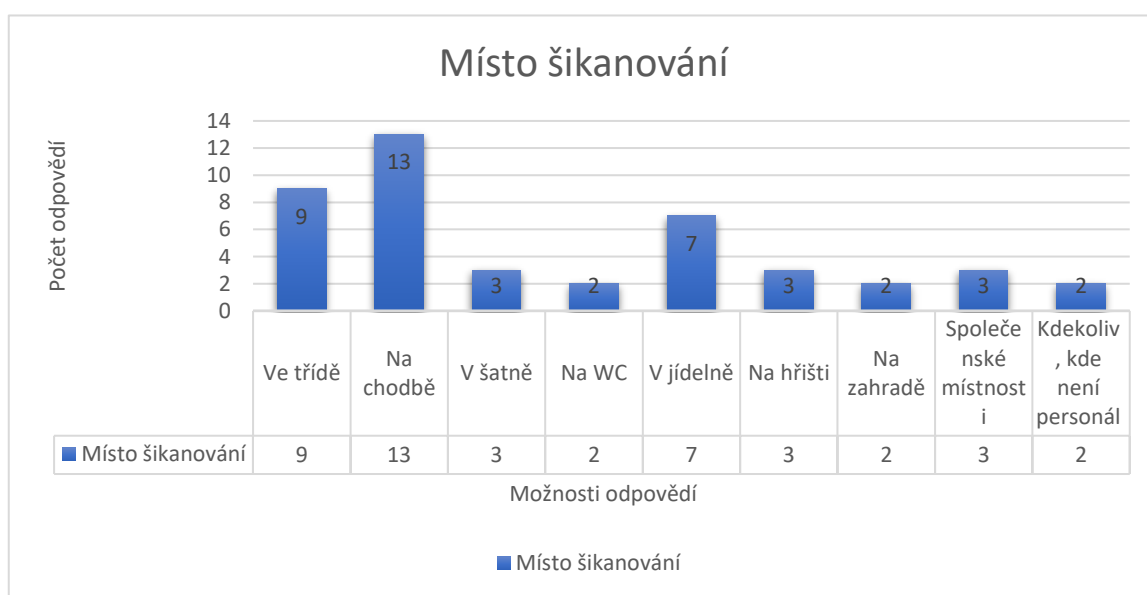
Následující otázka byla výčtová a respondenti mohli zaškrtnout více odpovědí, nebo případně dopsat svoji odpověď. Z výsledků vyplývá, že nejvíce se vyskytuje šikana v podobě nadávek, tuto položku uvedlo 16 respondentů (88,9 %), dále pak v podobách posmívání se někomu/něčemu (77,8 %), fyzický kontakt (61,1 %), pomlouvání někoho (44,4 %), ignorování (27,8 %) a ponižování (22,2 %). Další odpověď, která byla připsána respondenty, bylo odebírání osobních věcí klientů (10, 1 %). Z grafu vyplývá, že mezi klienty nedochází ve větší míře k fyzické formě šikany, ale převládá spíše psychická forma šikany, což autorka předpokládala.



Graf 3: Projevy šikany

Otázka č. 4: Kde šikana probíhá/probíhala?

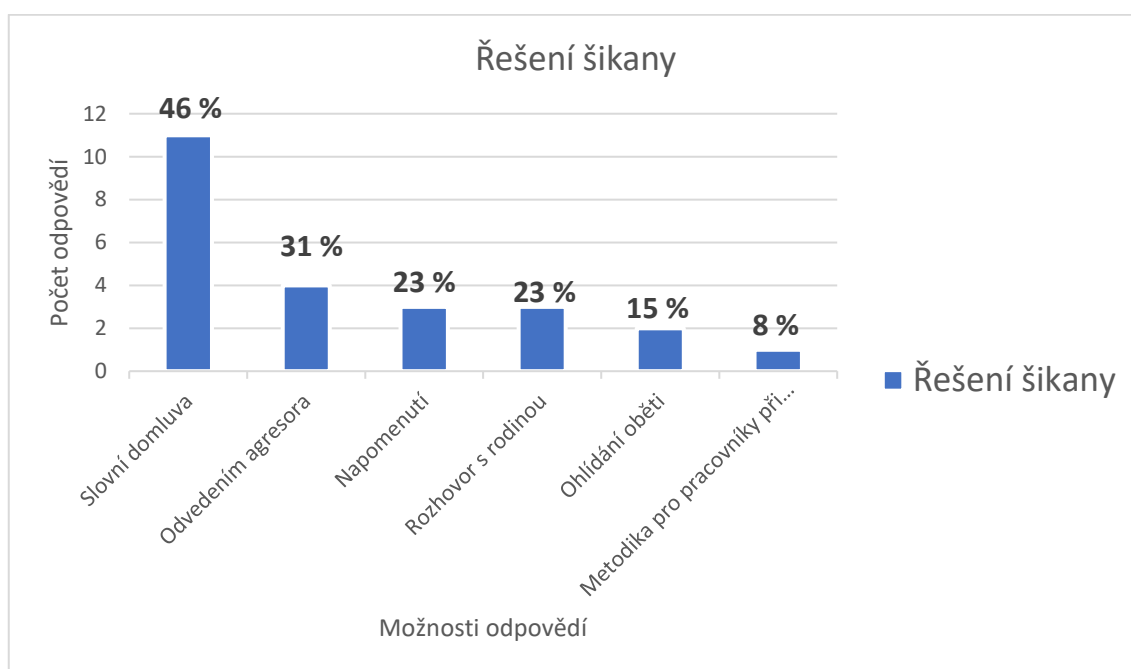
Tato otázka, byla stejně jako ta předchozí, výčtová a zároveň polouzavřená. Z grafu je jasné, že šikana probíhá skrytě, tedy všude tam, kde není personál, ale ve velké míře i na veřejných místech. Nejvíce respondentů zaškrtnulo, že šikana se odehrává hlavně na chodbě (72,2 %), dle mého mínění bez dozoru. Dále pak ve třídě (50 %), v jídelně (38,9 %), v šatně (16,7 %), na hřišti (16,7 %), na WC (11,1 %), na zahradě (11,1 %), ve společenské místnosti (10,1 %) a kdekoliv, kde není personál (10,1 %).



Graf 4: Místo šikanování

Otázka č. 5: Jestli jste danou situaci zažili, jak jste ji řešili?

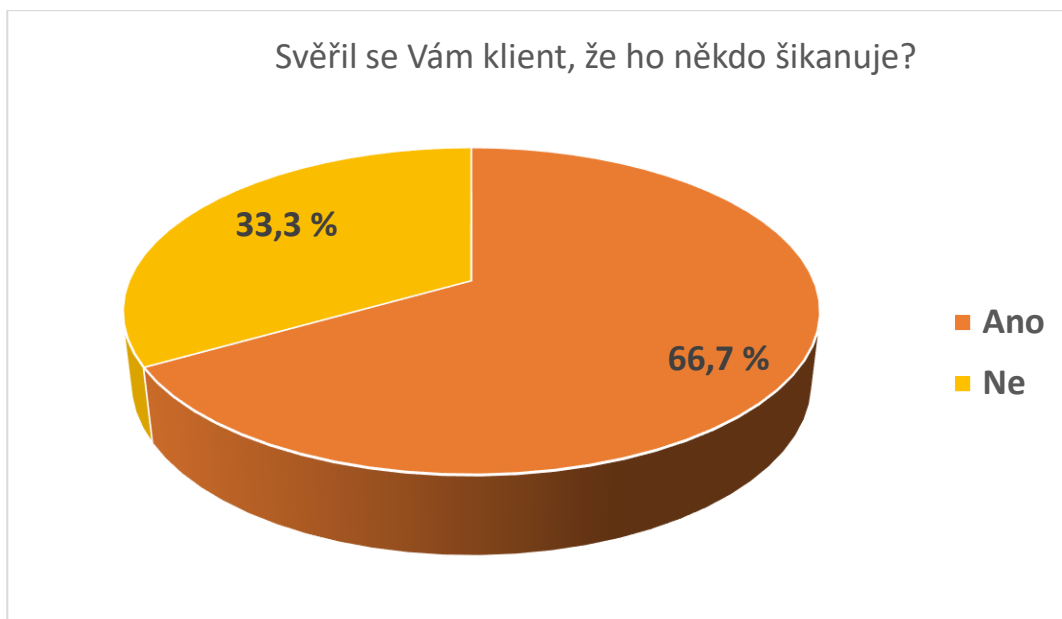
Pátá otázka je otevřená a týká se řešení aktuální situace a konfrontace obou aktérů. V této otázce měli respondenti možnost napsat individuálně, jak řešili situaci, kterou vyhodnotili jako šikanu. 11 respondentů řešilo situaci konfrontováním agresora a domluvením mu, 4 respondenti uvedli, že agresora odvedli a následně konfrontovali. Dále se pak objevovaly odpovědi jako napomenutí agresora (3 respondenti), rozhovoru s rodinou (3 respondenti), ohlídání si oběti (2 respondenti) a také vypracování metodiky pro pracovníky (1 respondent). Tyto odpovědi se vzájemně doplňovaly.



Graf 5: Řešení šikany

Otázka č. 6: Svěřil se Vám klient, že ho někdo šikanuje?

Šestá otázka se zaměřovala na důvěru klientů směrem k sociálním pracovníkům. Celkem 12 respondentů přiznalo, že se jim klienti svěřili s tím, že je někdo šikanuje a pouze 6 respondentů uvedlo, že se jim nikdo nesvěřil. Z výsledků tedy vyplynulo, že klienti mají k pracovníkům důvěru a chtějí problém řešit.



Graf 6: Svěření se šikanováním klientů

Otázka č. 7: Šikanuje spíš jeden klient, než skupinka klientů?

Výsledky sedmé otázky byly jednoznačné. Všech 18 respondentů zaškrtnulo, že v zařízení šikanuje spíše jeden klient než skupinka klientů.



Graf 7: Kdo šikanuje

Otázka č. 8: Řešili jste problém s agresorem či skupinkou agresorů?

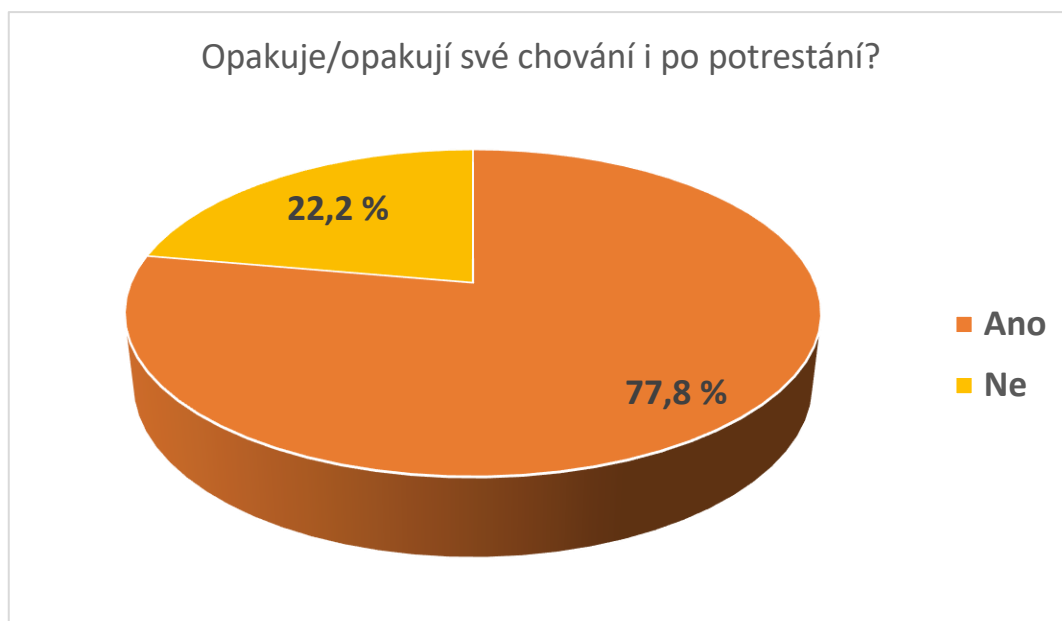
Tato otázka, stejně jako ta předchozí, měla stoprocentní odpovědi. 18 respondentů odpovědělo, že konfrontovali jedince, který šikanoval ostatní klienty, což autorka předpokládala.



Graf 8: Řešení šikany s agresorem

Otázka č. 9: Opakuje/opakuji své chování i po potrestání?

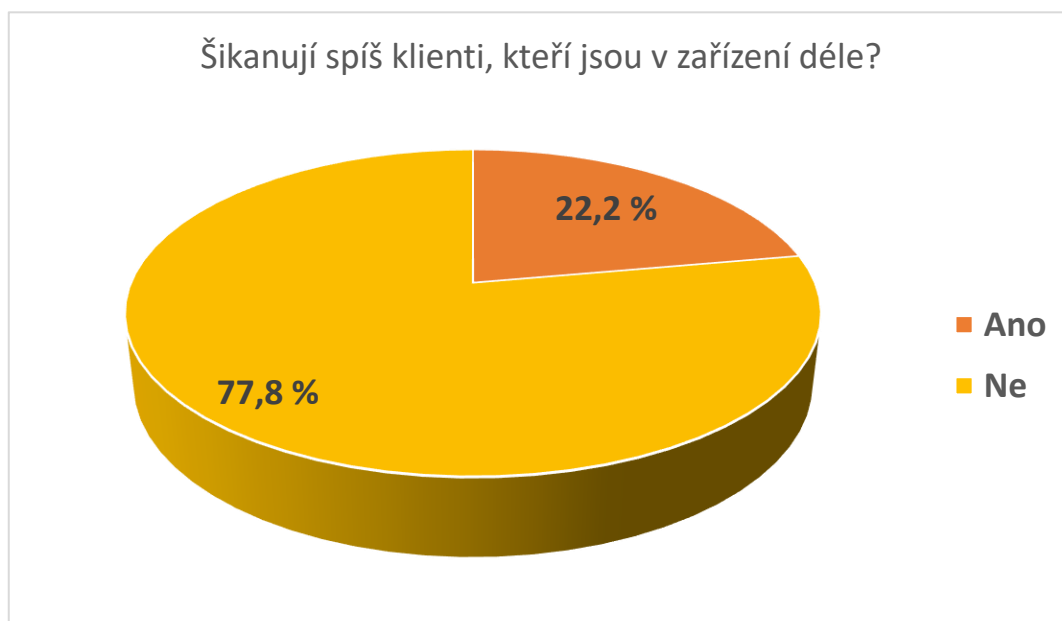
Devátá otázka se zaměřuje na opakování šikanózního chování i po potrestání agresora. 14 respondentů odpovědělo položkou „Ne“ a zbylí 4 respondenti odpověděli položkou „Ano“. Šikana probíhá opakovaně, je to záměrné opakování ubližování. Z výsledků tedy můžeme vidět, že zde agresor jedná i po potrestání a ubližuje ostatním klientům dál.



Graf 9: Opakování šikanózního chování

Otázka č. 10: Šikanují spíš klienti, kteří jsou v zařízení déle?

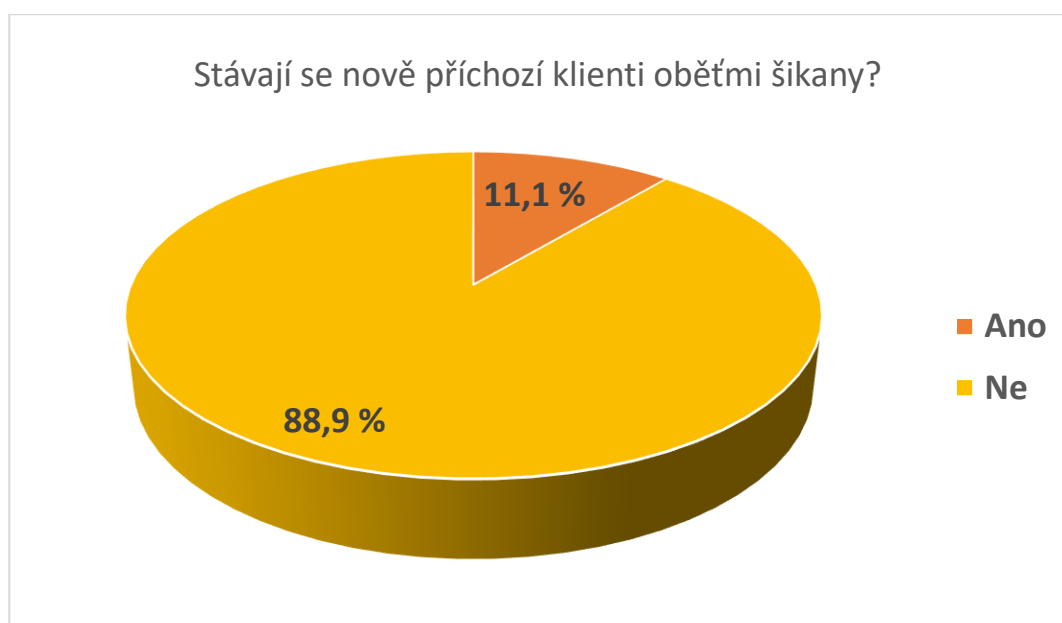
Desátá otázka a následující otázky se už se zaměřují na faktory, které mohou ovlivnit problémové chování klientů. Opět 14 respondentů odpovědělo, že klienti, kteří dochází do zařízení již delší dobu, nejsou agresory. Jedná se tedy spíše o klienty, kteří do zařízení dochází kratší dobu. 4 respondenti odpověděli, že klienti, kteří šikanují, jsou v zařízení delší dobu.



Graf 10: Faktory šikany

Otázka č. 11: Stávají se nově příchozí klienti oběťmi šikany?

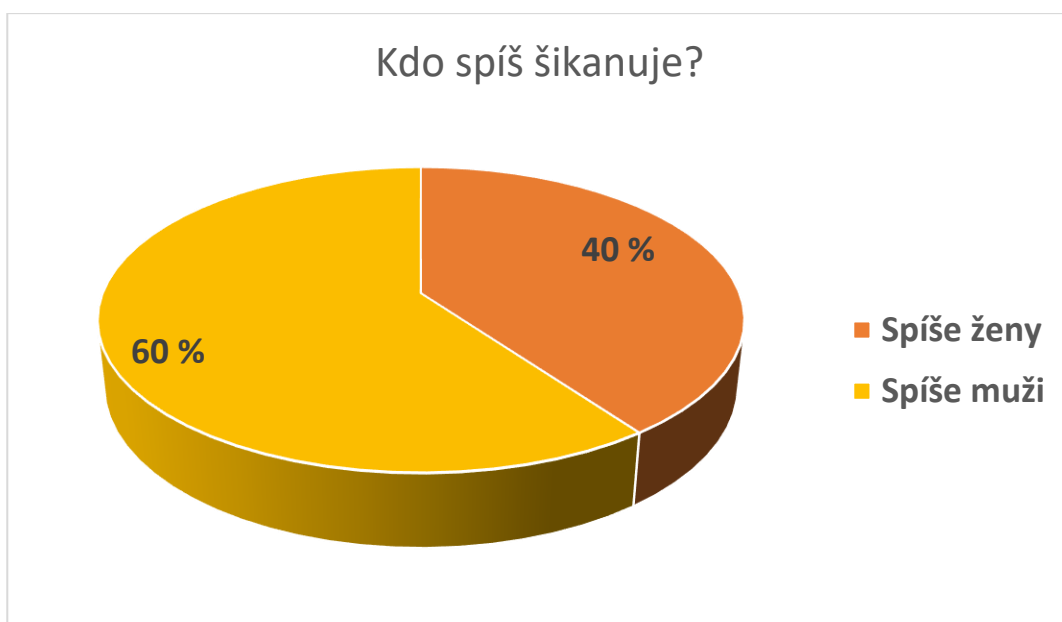
Tato otázka byla opět uzavřená a pomocí této otázky se snaží autorka zjistit, zda jsou nově příchozí klienti oběťmi šikany. Podle výsledků, které jsou v níže uvedeném grafu vyplývá, že klienti, kteří přijdou nově do zařízení, nejsou často obětí šikany a stávají se tak součástí kolektivu. Celkem 16 respondentů odpovědělo na tuto otázku položkou „Ano“ a 2 respondenti odpověděli položkou „Ne“.



Graf 11: Faktory šikany

Otázka č. 12: Jsou agresoři spíše ženy, než muži?

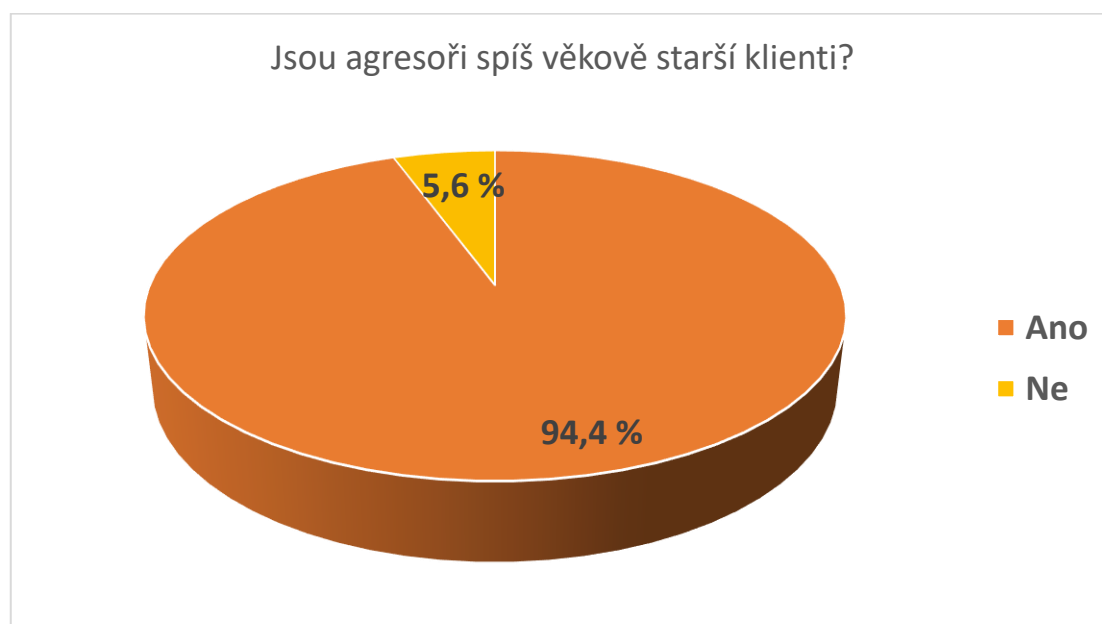
Tato otázka byla položena také jako jeden z faktorů problémového chování. Z výsledků vyplynulo, že ve větší míře šikanují muži než ženy, i když to není tak jednoznačné. 9 respondentů odpovědělo, že se jedná spíše o muže a 6 respondentů si myslí, že se jedná spíše o ženy. Zbytek respondentů neodpověděl.



Graf 12: Faktory šikany

Otázka č. 13: Jsou agresori spíš věkově starší klienti?

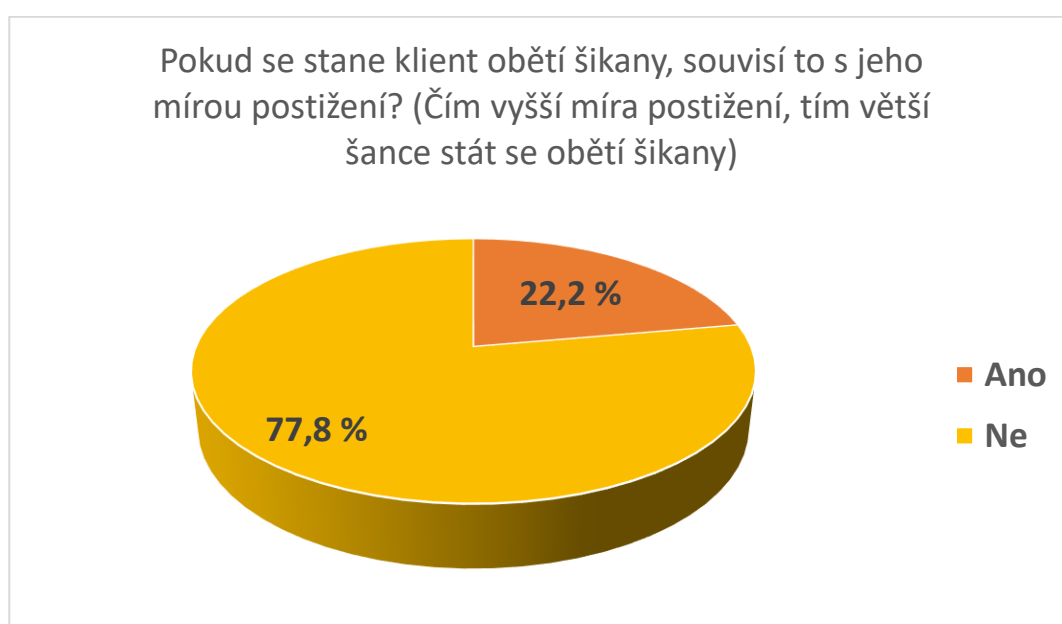
Otázka číslo 13 se zabývá věkem klientů. Je to opět jeden z faktorů, který ovlivňuje chování klienta. 17 respondentů odpovědělo, že se nejedná o starší klienty, kteří šikanují ostatní, ale domnívají se, že se jedná spíše o klienty mladšího věku. 1 respondent si myslí opak, že se jedná o věkově starší klienty.



Graf 13: Faktory šikany

**Otázka č. 14: Pokud se stane klient obětí šikany, souvisí to s jeho mírou postižení?
(Čím vyšší míra postižení, tím větší šance stát se obětí šikany)**

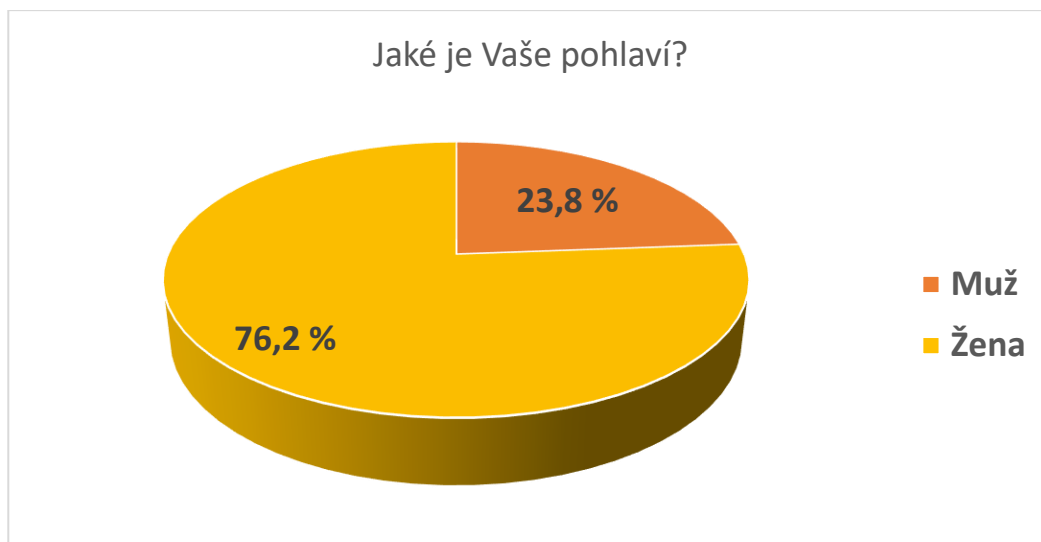
Poslední otázka, která se týkala faktorů ovlivňujících chování klientů, souvisí s postižením klientů. Na základě odborné literatury jsem se rozhodla tuto otázku zařadit, protože i míra postižení může být jedním faktorem problémového chování a také klienti, kteří mají kombinovaná postižení, jsou snadnějšími oběťmi. Názory respondentů jsou takové, že 14 respondentů si myslí, že postižení nesouvisí s tím, zda se klienti stanou oběťmi šikany a 4 respondenti se domnívají, že faktor postižení hraje roli.



Graf 14: Faktory šikany

Otázka č. 15: Jaké je Vaše pohlaví?

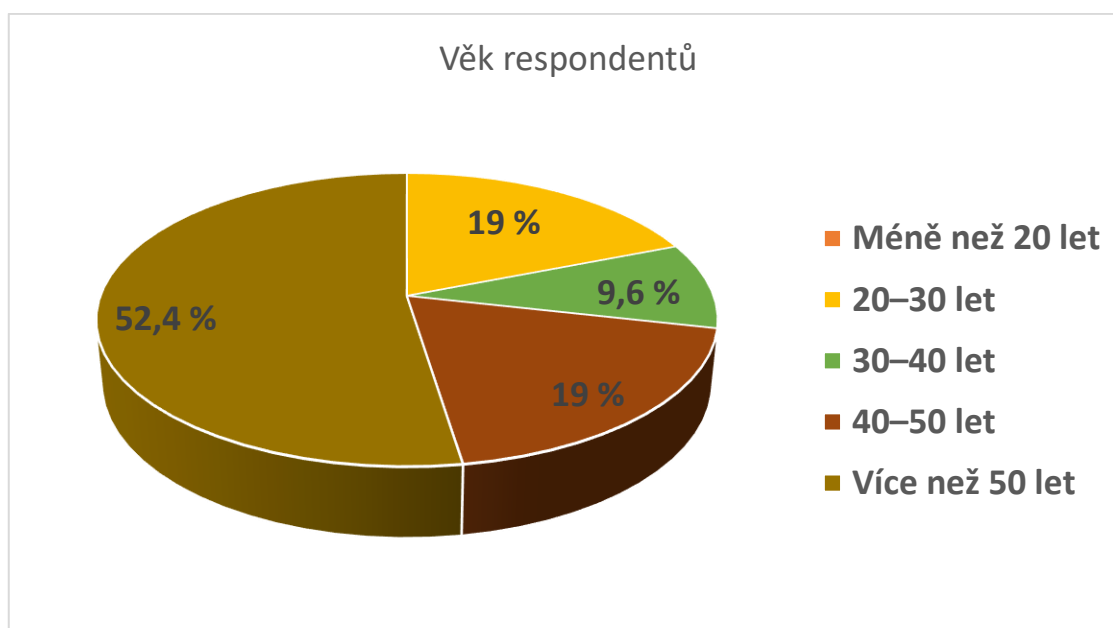
Následující otázky jsou identifikační. Otázkou číslo 14 zjišťuje autorka demografické údaje respondentů. Dotazník vyplnilo z celkového počtu respondentů 16 žen a 5 mužů.



Graf 15: Pohlaví respondentů

Otázka č. 16: Kolik je Vám let?

Další otázka se zabývá věkem respondentů. Nejpočetnější skupinou jsou respondenti věkově nad 50 let. Tuto položku zvolilo 11 z 21 respondentů. Shodné jsou položky s věkovým rozmezí mezi 20–30 lety a 40–50 lety. Obě tyto položky mají po 4 respondentech. Méně zastoupenou skupinou jsou respondenti mezi 30–40 lety, tuto položku zvolili 2 respondenti. Žádné zastoupení má položka méně než 20 let.



Graf 16: Věk respondentů

Otázka č. 17: Jaké máte vzdělání?

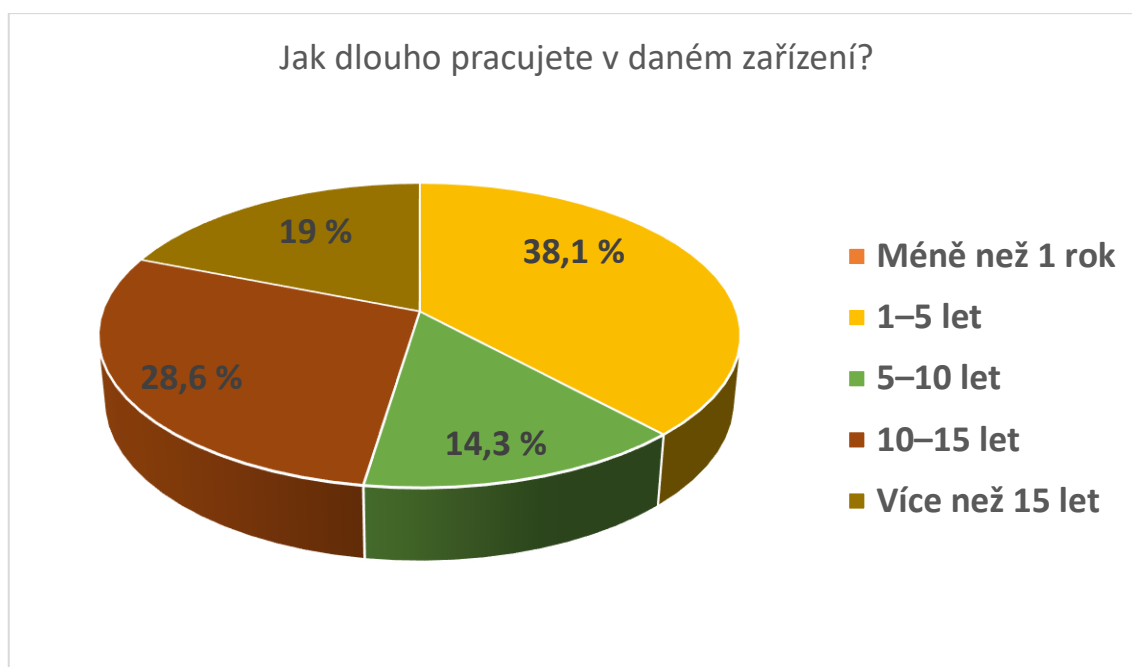
Předposlední otázka se zajímá o dosažené vzdělání pracovníků v sociálních službách. Nejčastější odpověď respondentů byla střední vzdělání s maturitou, takto odpovědělo 13 respondentů. Dále 4 respondenti odpověděli, že mají vysokoškolské vzdělání, 3 respondenti jsou vyučení a jeden respondent má dokončenou střední školu bez maturity. Opět nebyla zastoupena jedna položka a tou bylo základní vzdělání.



Graf 17: Vzdělání respondentů

Otázka č. 18: Jak dlouho pracujete v daném zařízení?

Poslední otázka se věnovala délce působení a praxe pracovníků v zařízení. 8 respondentů pracuje v zařízení mezi 1–5 lety, dále 3 respondenti pracují v zařízení mezi 5–10 lety. Druhou největší skupinou jsou respondenti, kteří pracují ve stacionáři mezi 10–15 lety a více než 15 let pracují v zařízení 4 respondenti. V respondentů, kteří odpověděli, se zařízeních nevyskytuje pracovník, který by zde pracoval méně než 1 rok.



Graf 18: Délka působení pracovníků v zařízení

Na konec dotazníkového šetření byla vložena otevřená otázka, kde měli respondenti prostor se vyjádřit k dotazníku, vznést nějaké připomínky či námítky. Na tuto otázku odpověděli 4 respondenti. Jeden z respondentů se vyjadřoval k pohlaví klientů, kteří šikanují, a myslí si, že šikanují jak muži, tak ženy. Zbytek respondentů se vyjadřovali k šikaně v jejich zařízení. Respondenti vidí jako velký faktor, který ovlivňuje problémové chování klientů, vnitřní napětí klientů a personál, který prý může přispět k takovému jednání.

5.2 Interview

Následující informace získané z interview jsou zpracovány do písemné podoby, je dodržena posloupnost tak, jak byly otázky položeny.

Dobrý den, jsem studentkou Technické univerzity v Liberci a již 3. rokem studuji obor Speciální pedagogika pro vychovatele. V rámci své bakalářské práce, která je na téma *Psychická šikana mezi lidmi s mentálním postižením*, jsem se rozhodla v praktické části podpořit dotazníkové šetření rozhovorem s pracovníkem v sociálních službách. Proto Vám děkuji za Vaši ochotu a čas, který jste si udělal/a na rozhovor.

1. Jaká je Vaše pracovní pozice v zařízení a jak často se vyskytujete v zařízení?

Pracuji na pozici koordinátorky denního stacionáře, zároveň působím denně v přímé péči. Pracuji zde 11 let.

2. Byl/a jste někdy svědkem situace, která by se dala nazvat šikanou? Jak tato situace probíhala?

Ano, byla jsem svědkem kdy dvě klientky neustále poukazovaly na nedostatky jiné klientky a zesměšňovaly ji. Obětí byla klientka, která byla na nejnižší mentální úrovni ze všech. Tohoto chování se klientky dopouštěly, když měly pocit, že je nevidí nikdo z pracovníků.

3. Převládá mezi klienty spíše psychická šikana (nadávky, posměšky, ignorování, vysmívání se), než šikana fyzická?

Já jsem se setkala pouze s psychickou šikanou – urážky atd. Dále se v rámci poskytování služby setkávám u jedné klientky s ignorováním, už jsem ji na toto chování upozorňovala, ale dále se tak chová. Jinak jsem se setkala i s fyzickým napadáním, ale to pouze u osob s demencí – tedy v rámci onemocnění.

4. Jsou podle Vás nějaké faktory, které ovlivňují šikanování klientů? (věk, pohlaví, míra postižení aj.)

Určitě má vliv míra postižení, zejména úroveň mentálního postižení (jestli je toho mentálně schopen – domnívám se, že čím nižší stupeň postižení – tím vyšší míra šikany). Naopak obětí šikany je člověk s vyšším stupněm mentálního postižení. Všimla jsem si, že šikanu provádí spíše ve skupině (2 a více agresorů, jedna oběť).

5. Jak k celé situaci přistupujete a jak ji řešíte?

Já jsem iniciátorkám šikany vysvětlila, jaké důsledky může mít jejich chování a co mohou svým jednáním způsobit. Přizpůsobuji zasedací pořádek tak, abych zamezila očnímu kontaktu.

6. Myslíte si, že je šikana ve stacionářích běžným jevem?

Myslím si, že určitě. Pro lidi s postižením se může někdy jednat o takovou „seberealizaci“.

7. Snaží se podle Vás pracovníci v sociálních službách problémovému chování klientů předejít? Nebo si myslíte, že někdy i personál může být ovlivňujícím faktorem pro klienta, který se následně chová problémově?

Dle mého názoru i my jako pracovníci můžeme přímo k šikaně přispívat. Důležité je se snažit rozdělovat míru pozornosti spravedlivě, aby se necítili někteří klienti na okraji zájmu. Pracovník by měl upozorňovat pouze na silné stránky klientů, a ne na slabé. Velmi důležitý je také partnerský přístup v poskytování péče.

6 Interpretace výsledků průzkumného šetření

Na základě výsledků z dotazníkového šetření a interview autorka v této kapitole zodpoví odpovědi na průzkumné otázky, které si stanovila pro tento průzkum.

Pomocí otázek z dotazníku, konkrétně otázky číslo 1. a 3., autorka zjistila odpověď na průzkumnou otázku, týkající se míry výskytu psychické formy šikany v denních stacionářích pro lidi s mentálním postižením. Výsledky byly jednoznačné a potvrzené v interview otázkou číslo 3. Jak autorka předpokládala, ve větší míře se vyskytuje psychická forma šikany, a to konkrétně v podobě nadávek a posmívání se druhým. Nicméně můžeme u klientů pozorovat i fyzický kontakt. Jak ovšem nastínila sociální pracovnice v interview, může se tak jednat o důsledek handicapu, což je podpořeno i v teoretické části, jako jeden z faktorů problémového chování.

Na předchozí průzkumnou otázku navazuje druhá, která se zaměřuje na průběh šikany. Jak jsem již zmínila výše, šikana nejčastěji probíhá formou psychické šikany. Toto tvrzení potvrzuje i graf číslo 3. V interview byly výsledky podpořeny o názor, že se nejčastěji pracovníce v sociálních službách setkává se záměrným ignorováním klientů. V dotazníkovém šetření se ignorování klientů v zařízení objevuje, velké zastoupení však mají formy nadávek a pomluv. Také forma vysmívání se klientům je vcelku zastoupena.

Poslední průzkumná otázka se týká faktorů, které ovlivňují problémové chování klientů a také řešení šikany ze strany pracovníků v zařízeních. V teoretické části jsem uvedla studii doktora Jůna (2007), který ve své práci uvádí, že chování klientů ovlivňuje pohlaví, věk a handicap. Z mého průzkumu vyšly totožné výsledky, a to především, že větší zastoupení agresorů je mužského pohlaví, viz graf číslo 12. Dále se shodují výsledky z grafu čísla 13, že agresori jsou spíše mladší klienti. Příjemná zjištění, která vyplynula z průzkumu je, že klienti s těžší formou postižení, nebývají často oběťmi šikany. V neposlední řadě z průzkumu vyčteme, že šikanuje jeden klient než skupina agresorů.

Co se týče řešení šikany, pracovníci v zařízení přistupují k řešení aktivně a ihned konfrontují agresora, zároveň i rodiče, aby zabránili další podobné situaci. Jak ovšem ukazují výsledky grafu u otázky číslo 9, 77,8 % pracovníku potvrzuje, že agresor své chování opakuje. Jedním z efektivnějších řešení je dle mého názoru vzdělávání pracovníků v této oblasti a přístupu při řešení šikany klientů. Jeden z pracovníků, který odpověděl, že klienti chování neopakují, dodal, že vyřešil problém vypracováním metodických postupů při řešení problému.

7 Diskuse

Mého průzkumu se zúčastnily denní stacionáře v Libereckém kraji. Jako respondenty jsem zvolila pracovníky v sociálních službách, protože jsem se nebyla jistá, zda by klienti byli schopni vyplnit dotazník. Zpětně bych možná zkusila i pár zjednodušených dotazníků rozdat i klientům, a to právě proto, abych zjistila, jak oni vnímají problém šikany v zařízení.

Jak jsem uvedla v teoretické části, šikana probíhá po většinu času skrytě. Je tudíž možné, že když jsem se dotazovala respondentů v otázkách číslo 1. a 2. na výskyt šikany, 3 respondenti odpověděli položkou „Ne“. Je možné, že si právě žádné takové situace nevšimli, nebyli svědky konfliktu mezi klienty, nebo jen nechtějí uvést, že se v zařízení šikana vyskytuje. Tyto otázky bych mohla příště položit jinak, a to především tak, aby respondentem sám popsal situaci, jak ji viděl a co se odehrálo. Mohlo jít o neškodné pošťuchování a nemuselo se nutně jednat o šikanu.

V otázce číslo 3, kde se ptám na projevy šikany, jsem předpokládala, že psychická forma šikana bude převažovat nad fyzickým kontaktem. Podobné výsledky zveřejnila i Česká školní inspekce (2020), které jsou změřeny za uplynulé roky na základních a běžných školách. V posledních letech převažuje psychická forma šikany nad fyzickou, a to z toho důvodu, že je hůř odhalitelná a agresor tak může trýznit oběť mnohem delší dobu.

Co se týče otázek zaměřené na faktory, které ovlivňují problémové chování, výsledky se shodují s výzkumy, které uvádí Jůn (2007) ve své kvalifikační práci. Jedná se zejména o faktor pohlaví, věku a handicapu, které do jisté míry mohou ovlivnit problémové chování. Je ovšem důležité rozpoznat, kdy se jedná o projev klienta, který je součástí jeho postižení.

S odstupem času vnímám, že jsem v dotazníku mohla jít více do hloubky, co se týče řešení a prevence šikany. Personál se k problému šikany staví aktivně. Podle výsledků se snaží jednat i hned. Avšak následující otázky číslo 9. víme, že agresori nadále své chování opakují. Tady by bylo na místě, aby bylo vysvětleno z pohledu pracovníků, proč se nadále klienti chovají i po potrestání problémově a zda se personál snaží o prevenci ve svých zařízeních.

Z teoretické části vyplývá, že mohou při řešení šikany u lidí s mentálním postižením pomoci terapie. Ty ovšem fungují, když u klienta víme přesnou diagnostiku a podle toho volíme vhodnou terapii. Navíc tyto terapie provádí psycholog. Problémy u pracovníků v sociálních službách a těchto denních stacionářů jsou takové, že pracovníci neví přesnou

diagnózu klienta. Na vše si musí přijít sami. Když jim rodiče poskytnou nějaké informace, tak je to o to lehčí, avšak není tomu tak vždy, což mě překvapilo. Právě u těchto, nově přichozích klientů může dojít k problémovému chování. K tomuto tvrzení přispívá i výsledek šetření, konkrétně otázka číslo 10. Teprve po delší době může pracovník vyzorovat chování a jednání klienta.

Z mého pohledu by bylo vhodné více školit a vzdělávat personál nejen v oblasti šikany mezi klienty v zařízení, ale také o různých typech postižení a jejich projevu. Personál totiž nemusí mít patřičné vzdělání, aby alespoň odhadl diagnózu klienta a zvolil vhodné přístupy a postupy při řešení závažných situací. Proto mé doporučení by bylo dozdělat personál a zařadit do aktivit více preventivních programů, aby se zabránilo nejen šikaně, ale i jinému patologickému jednání.

Za přínos mé bakalářské práce považuji poukázání na tuto problematiku, aby se toto téma dostalo do většího povědomí lidí. Problém šikany se netýká pouze „běžné“ populace. O šikaně v denních zařízeních pro lidi s mentálním postižením se skoro vůbec nepíše a bylo pro mě tak nesnadné sehnat aktuální data. Proto i tato práce může někomu posloužit, jako relevantní zdroj při hledání informací o problémovém chování lidí s mentálním postižením. V neposlední řadě může tato práce někomu posloužit při osvojování teoretických poznatků při řešení šikany mezi klienty.

Závěr

Bakalářská práce se věnuje psychické šikaně v denních stacionářích pro lidi s mentálním postižením. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, v jaké míře se vyskytuje psychická šikana mezi klienty, jak mezi klienty šikana probíhá a jaké faktory mohou klienty ovlivnit.

V první kapitole teoretické části se věnuji vymezením termínu šikany, zejména pak právě psychické formě šikany. V dalších kapitolách se zabývám pojmu mentální postižení, klasifikaci a problémovému chování jedinců s mentálním postižením. Poslední třetí kapitola je věnována sociálním službám, standardům sociálních služeb a denním stacionářům.

V praktické části se věnuji metodologii průzkumu, průzkumným otázkám, vyhodnocení dotazníkového šetření, interview, a nakonec analýze a interpretaci dat. Výsledky šetření prokázaly, že psychická forma šikana se v zařízení vyskytuje více, než fyzická forma, ačkoliv je těžší ji odhalit. Fakt, že bude psychická forma šikany převažovat, jsem předpokládala již na začátku práce, avšak překvapilo mě, že šikanózní chování v denních stacionářích je běžným jevem. Důvodů, proč i tady vzniká ohnisko šikany, může být několik. Tuto skutečnost můžeme připisovat, jak míře postižení klientů, složení skupiny klientů, tak i personálu, který do jisté míry přispívá k problémovému chování.

Na závěr bych chtěla dodat, že jsem byla mile překvapena z přístupu pracovníků v denních zařízeních. Věřím tomu, že ačkoliv se šikana mezi klienty hojně vyskytuje, pracovníci nedovolí, aby se tento problém prohluboval. Snaží se dovzdělávat a pracovat s klienty na tom, aby podobnému chování předcházeli. Šikana mezi lidmi nikdy nevymizí, ale můžeme nadále pracovat s tím, jak zabránit patologickému chování.

Zdroje

ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K., 2007. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál. ISBN 978-807-3673-192.

ČESKÁ ŠKOLNÍ INSPEKCE, 2020. *Výroční zpráva České školní inspekce za školní rok 2019/2020* [online]. Praha. [vid. 2. 7. 2021]. ISBN 978-80-88087-43-4. Dostupné z: https://www.csicr.cz/Csicr/media/Prilohy/PDF_el._publikace/V%c3%bdro%c4%8dn%c3%ad%20zpr%c3%a1vy/Vyrocní-zprava-Ceske-skolní-inspekce-2019-2020_zm.pdf

EMERSON, E., 2008. *Problémové chování u lidí s mentální retardací*. Praha: Portál. ISBN 978-807-3673-901.

FRÁŇOVÁ, L., 2010. *Školní šikana z pohledu morální kognice: Přehled vybraných poznatků*. In: *Československá Psychologie* [online] [vid. 18. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.proquest.com/scholarly-journals/skolní-sikana-z-pohledu-morální-kognice-prehled/docview/347866116/se-2?accountid=17116>

CHRÁSKA, M., 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2. vyd. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4753-263.

JŮN, H., 2007. *Zvládání problémového chování u lidí s mentální retardací a/ nebo s autismem nejen v ústavech sociální péče*. Praha. Disertační práce. Univerzita Karlova.

KOLÁŘ, M., 2005. *Bolest šikanování*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-736-7014-3.

KOLÁŘ, M., 2011. *Nová cesta k léčbě šikany*. Praha: Portál. ISBN 978-807-3678-715.

LOVASOVÁ, L., 2006. *Šikana*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 80-869-9165-2.

MATOUŠEK, O., 2007. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. ISBN 978-807-3673-109.

MARTÍNEK, Z., 2009. *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. 2. vyd. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4723-105.

MCLAUGHLIN, C., 2010. *Responding to Bullying among Children with Special Educational Needs and/or Disabilities* In: Anti-bullying alliance [online]. [vid. 18. 3. 2021]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/266469846_Responding_to_Bullying_Among_Children_with_Special_Educational_Needs_andor_Disabilities

PIPEKOVÁ, J., 2006. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido. ISBN 80-7315-120-0

ROSE, C. A., aj., 2015. *Bullying and students with disabilities: Examination of disability status and educational placement*. In: School Psychology Review [online] [vid. 2021-03-18]. Dostupné z: <https://search.proquest.com/docview/1770814941?accountid=17116>

ŘÍČAN, P., BAJEROVÁ M., 1995. *Agresivita a šikana mezi dětmi: jak dát dětem ve škole pocit bezpečí*. 2. vyd. Praha: Portál. Pedagogická praxe. ISBN 80-717-8049-9.

ŘÍČAN, P., JANOŠOVÁ, P., 2010. *Jak na šikanu*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2991-6.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, I., 2011. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 4. přeprac. vyd. Praha: Portál. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-807-3678-890.

VALENTA, M., MÜLLER, O., et al., 2009. *Psychopedie*. 4., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta. ISBN 978-80-7320-137-1

VALENTA, M., MICHALÍK J., LEČBYCH M., 2012. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. 4., přeprac. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4738-291.

VÁGNEROVÁ, K., BAJEROVÁ M., 2009. *Minimalizace šikany: praktické rady pro rodiče*. 2. vyd. Praha: Portál. Pedagogika (Grada). ISBN 978-807-3676-117.

VÍTKOVÁ, M., 2004. *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a sociální*. 2. vyd. Brno: Paido. ISBN 80-7315-071-9

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2009, [vid. 18. 3. 2021]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Zakon_o_socialnich_sluzbach-stav_k_1_10_2017.pdf/a538a1ee-153e-a989-b2b5-c62ae97d5262

Seznam příloh

Příloha 1 – Dotazník

Příloha 1 – Dotazník

Vážené dámy, vážení pánové, jsem studentkou Technické univerzity v Liberci, obor Speciální pedagogika pro vychovatele. V rámci mé bakalářské práce provádím průzkum psychické šikany mezi lidmi s mentálním postižením v denních stacionářích. Touto cestou bych Vás chtěla požádat, zda byste byli ochotní přispět svým názorem a vyplnit dotazník. Dotazník je zcela anonymní, výsledky budou použity jen pro můj průzkum v bakalářské práci.

Předem Vám děkuji za Váš čas a ochotu

Kusá Štěpánka

1. Vyskytuje se v zařízení mezi klienty šikana?
 - ☐ Ano
 - ☐ Ne
2. Byli jste svědkem situace, která by se dala nazvat šikanou? (Pokud je Vaše odpověď Ne, přejděte prosím na identifikační část dotazníku)
 - ☐ Ano
 - ☐ Ne
3. Jak se mezi klienty šikana projevovala?
 - ☐ Ignorování
 - ☐ Posmívání
 - ☐ Pomluvy
 - ☐ Ponižování
 - ☐ Nadávky
 - ☐ Fyzický kontakt
 - ☐ Jiné:
4. Kde šikana probíhá/probíhala?
 - ☐ Ve třídě
 - ☐ Na chodbě
 - ☐ V šatně
 - ☐ Na WC

- V jídelně
 - Na hřišti
 - Jiné:
5. Jestli jste danou situaci zažili, jak jste ji řešili?
 6. Svěřil se Vám klient, že ho někdo šikanuje?
 - Ano
 - Ne
 7. Šikanuje spíš jeden klient, než skupinka klientů?
 - Ano
 - Ne
 8. Řešili jste problém s agresorem či skupinkou agresorů?
 - Ano
 - Ne
 9. Opakuje/opakují své chování i po potrestání?
 - Ano
 - Ne
 10. Šikanují spíš klienti, kteří jsou v zařízení déle?
 - Ano
 - Ne
 11. Stávají se nově příchozí klienti obětmi šikany?
 - Ano
 - Ne
 12. Jsou agresori spíš ženy, než muži?
 - Spíše ženy
 - Spíše muži
 13. Jsou agresori spíš věkově starší klienti?
 - Ano
 - Ne
 14. Pokud se stane klient obětí šikany, souvisí to s jeho mírou postižení? (Čím vyšší míra postižení, tím větší šance stát se obětí šikany)
 - Ano
 - Ne

15. Jaké je Vaše pohlaví?

- ☐ Žena
- ☐ Muž
- ☐ Jiné

16. Kolik je Vám let?

- ☐ Méně než 20 let
- ☐ 20–30 let
- ☐ 30–40 let
- ☐ 40–50 let
- ☐ Více než 50 let

17. Jaké máte vzdělání?

- ☐ Základní
- ☐ Střední s maturitou
- ☐ Střední bez maturity
- ☐ Vyučen
- ☐ Vysokoškolské

18. Jak dlouho pracujete v daném zařízení?

- ☐ Méně než 1 rok
- ☐ 1–5 let
- ☐ 5–10 let
- ☐ 10–15 let
- ☐ Více než 15 let