

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Problematika agresivního chování
u lidí s mentálním postižením**

Bakalářská práce

Autorka: Jitka Baštová

Vedoucí práce: Mgr. Václav Šnorek

11. 5. 2009

Problematika agresivního chování u lidí s mentálním postižením

Mentální postižení dětí, mládeže i dospělých představuje závažný zdravotní i sociální problém. I když se v poslední době o mentálně postižených osobách stále více hovoří, naše znalosti o konkrétním životě takto postižených lidí jsou velmi malé nebo útržkovité. Lidé s mentálním postižením žijí v naší společnosti a na její péči bývají individuálně více či méně závislí.

V úvodní části se zabývám problematikou lidí s mentálním postižením. Rozebírám jejich specifika, potřeby, četnost. Dále se dotýkám ústavní péče jako takové. V souvislosti se změnou zákona o sociálních službách, v rámci které byla zrušena klecová lůžka, jsou nuceni pracovníci hledat jiné způsoby při zvládnání agresivního chování u lidí s mentálním postižením. Pozornost je zaměřena také na agresivní chování a práva lidí s mentálním postižením z různých odvětví práva. Ne každý pracovník má komplexní právní povědomí, které se týká lidí s mentálním postižením.

Cílem výzkumu bylo zmapovat projevy, příčiny a možnosti předcházení a zvládnání agresivního chování ve skupině lidí s mentálním postižením. Zvolenou metodikou výzkumu pro naplnění cíle bylo využito strukturovaného rozhovoru s lidmi s mentálním postižením a dotazník s personálem, který pečuje o lidi s mentálním postižením.

Zpracováním dat bylo zjištěno, že většina pracovníků se již setkala s projevy agresivního chování u lidí s mentálním postižením. Nejčastěji se vyskytuje agrese verbální a agrese fyzická. Potvrdilo se, že ve většině případů stačila použít opatření pro zabránění nebo odvrácení agresivního jednání, jak ukládá zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Pokud mají lidé zájmy, koníčky a jejich potřeby jsou naplněny, snižuje to riziko vzniku agresivního chování. Domnívám se, že agresi by bylo možné předcházet mimo jiné podporou přátelských mezilidských vtaahů, emocionální podporou a spravedlivým přístupem ke všem.

The issue of aggressive behaviour of mentally disabled individuals

Mental disability of children, young people and adults represents a serious health and social difficulty. Despite the issue of mentally disabled individuals being brought up more and more recently, our knowledge of the particular life of such handicapped people is rather low or fragmentary. Mentally disabled individuals are part of our society, being individually more or less dependant on its care.

The opening part deals with the issue of mentally disabled individuals. Their particularities, needs and number are analyzed and the institutional care as such is also touched upon. Within the context of the Social Services Act's amendment, under which "cage beds" were abolished, workers are made to look for other ways of coping with the aggressive behaviour of mentally disabled individuals. The attention is also paid to aggressive actions of the mentally handicapped from the point of view of various branches of the law. Not every worker has comprehensive legal awareness as far as mentally disabled individuals are concerned.

The main goal of the research was to monitor the displays, causes and possibilities of avoiding and coping with aggressive behaviour within the group of the mentally handicapped. In order to meet the goal of the research, methods of a structured dialogue with the mentally disabled and a questionnaire with the staff caring for the mentally handicapped were used.

Having processed the data, it was determined that most of the workers had already met displays of aggressive behaviour of mentally disabled individuals, the most common being verbal and physical aggression. It was confirmed that measures preventing or averting aggressive actions as imposed by the Social Services Act 108/2006 Coll. were in most cases sufficient. If the individuals have their hobbies and their needs fulfilled, the risk of potential aggressive behaviour decreases. In my opinion, the aggression could be also prevented by encouraging friendly human relations, emotional support and an impartial approach to all.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma *Problematika agresivního chování u lidí s mentálním postižením* 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/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne

.....

Jitka Baštová

Poděkování

Děkuji panu Mgr. Václavu Šnorkovi za odborné vedení mé bakalářské práce, jeho cenné rady a připomínky.

Mé poděkování patří také všem zaměstnancům a klientům v zařízeních, kteří byli ochotni účastnit se výzkumu.

OBSAH:

ÚVOD	- 7 -
1 SOUČASNÝ STAV	- 8 -
1.1. MENTÁLNÍ RETARDACE – POJEM, DEFINICE.....	- 8 -
1.1.1. Historie mentálně retardovaných	- 9 -
1.1.2. Klasifikace mentální retardace.....	- 11 -
1.1.3. Četnost mentálně retardovaných v populaci	- 14 -
1.1.4. Psychologické zvláštnosti jedinců s mentální retardací.....	- 15 -
1.2. ÚSTAVNÍ PÉČE	- 16 -
1.2.2. Současné poslání ústavní péče	- 18 -
1.2.3. Úskalí ústavní péče	- 19 -
1.3. AGRESIVITA A JINAK PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ - pojem, definice.....	- 20 -
1.3.1. Problémové chování a psychické poruchy u lidí s mentální retardací.....	- 21 -
1.3.2. Spouštěče problémového chování u uživatelů služby v ústavech sociální péče.....	- 22 -
1.3.3. Prevence vzniku agresivního chování.....	- 23 -
1.4. PRÁVA A ETICKÉ ASPEKTY PROBLEMATIKY	- 26 -
1.4.1. Omezování uživatele v pohybu.....	- 26 -
1.4.2. Práva osob s mentálním postižením.....	- 28 -
1.4.4. Standardy kvality sociálních služeb.....	- 34 -
2 CÍL PRÁCE	- 36 -
3 METODIKA VÝZKUMU	- 37 -
4 VÝSLEDKY	- 39 -
4. 1. Dotazníkové šetření	- 39 -
4. 2. Strukturovaný rozhovor	- 51 -
5 DISKUZE	- 61 -
6 ZÁVĚR	- 67 -
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	- 74 -
8 KLÍČOVÁ SLOVA	- 68 -
9 PŘÍLOHY	- 75 -

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je „Problematika agresivního chování u lidí s mentálním postižením.“ Mentální postižení dětí, mládeže i dospělých představuje závažný zdravotní i sociální problém. I když se v poslední době o mentálně postižených osobách stále více hovoří, naše znalosti o konkrétním životě takto postižených lidí jsou velmi malé nebo útržkovité. Lidé s mentálním postižením žijí v naší společnosti a na její péči bývají individuálně více či méně závislí.

V dnešní době neexistuje žádná ucelená studie zabývající se výskytem souběhu mentální retardace a problémového chování u lidí v České republice. V posledních pěti letech došlo v ČR k výraznému posunu v sociálních službách pro lidi s mentální retardací a s problémovým chováním v ústavech sociální péče. V tomto období docházelo a stále ještě dochází k plynulému přechodu od „restriktivního náhledu“ na problémové chování uživatele služeb k „náhledu podpůrnému.“ (5).

V teoretické části se zabývám lidmi s mentálním postižením. Rozebírám jejich specifika, potřeby, četnost. Dále se dotýkám ústavní péče jako takové. Myslím si, že se toho o ústavní péči málo ví. Se změnou zákona o sociálních službách, kde se zrušila klecová lůžka, se většinou pracovníci setkají nebo co nejdříve mohou setkat s agresivním chováním u lidí s mentální retardací. Rozebírám zde práva lidí s mentálním postižením z různých odvětví práva. Ne každý pracovník má komplexní právní povědomí, které se týká lidí s mentálním postižením.

Cílem praktické části je zmapovat projevy, příčiny a možnosti předcházení a zvládnání agresivního chování ve skupině lidí s mentálním postižením.

Doufám, že má bakalářská práce bude přínosem jak už pro pracovníky v sociálních službách, tak i pro lidi, zabývající se problematikou mentálního postižení.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1. Mentální retardace – pojem, definice

V naší populaci se vyskytuje celá škála druhu postižení, ale žádná není tak odlišná a zvláštní jako právě mentální retardace. Pro představivost si lze zavázat oči a udělat pár kroků po místnosti, abychom se vžili do pocitu nevidomých. Nebo se posadit do ortopedického vozíku a pokusit se zdolat nějakou určitou trasu jako tělesně handicapovaný člověk. Také není problém si zacpat uši a pokusit se komunikovat a rozeznat, co nám druhý chce sdělit. Ale nelze se vžít nebo napodobit postavení člověka s mentálním postižením čili retardací. (34)

Pojem mentální retardace v latinském překladu znamená „ opoždění (zpomalení) mysli (duše)“. Ale ve skutečnosti je to podstatně složitější syndromatické postižení, které postihuje nejenom psychické (mentální) schopnosti, ale celou lidskou osobnost ve všech jejích složkách. Má tedy rozhodující vliv nejenom na vývoj a úroveň rozumových schopností, ale týká se rovněž emocí, komunikačních schopností, úrovně sociálních vztahů, možností společenského a pracovního uplatnění, jak uvádí Slowík, 2007. (34, str. 109)

Mentální retardace lze definovat z různých pohledů. V psychologickém slovníku od Hartlové a Hartla je uvedeno, že pojem mentální retardace je stav charakterizovaný snížením intelektuálních schopností, přičemž organický původ je zjišťován u stále rostoucího počtu jedinců, nikoli však u většiny. K vnitřním příčinám patří genetické vady, metabolické poruchy, nemoci matky během těhotenství, porodní traumata. K zevním příčinám patří v první řadě málo podnětná výchova. Je často provázena somatickými vadami, poruchami motoriky, citů vůle... (10)

Ve slovníku sociální práce od Matouška se uvádí, že mentální retardace je vrozené a trvalé postižení osobnosti projevující se nízkou úrovní rozumových schopností, nízkou kontrolou emocionality, vysokou potřebou akceptace, nízkou schopností odhadovat vlastní možnosti, vysokou sugestibilitou, omezenou

schopností rozumět řeči a řeč používat, tendencí ke stereotypnímu chování, konkrétním myšlením bez schopnosti zobecňovat a dalšími příznaky. (20)

Ve velkém lékařském slovníku od Vokurky a Huga se uvádí, že mentální retardace je slabomyslnost, duševní zaostalost (opožďení). Na rozdíl od demence se za mentální retardaci považuje stav, kdy nedojde k přiměřenému vývoji duševních schopností do dvou let života. Příčiny mohou být genetické nebo získané v období pre-, peri- i časně postnatálním. (38)

V mezinárodní klasifikaci nemocí MKN – 10 se popisuje mentální retardace jako stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, charakterizovaný především narušením schopností projevujících se v průběhu vývoje a podílejících se na celkové úrovni inteligence. Jedná se především o poznávací, řečové, motorické a sociální dovednosti. Může se vyskytnout s jakoukoliv jinou duševní, tělesnou, či smyslovou poruchou nebo bez nich. (37)

1.1.1. Historie mentálně retardovaných

O mentální retardaci se můžeme dozvědět už od roku 1500 před Kristem, kde o ní byla zmínka v Egyptských papyrových svitcích nalezených v Thébách. Popisovaly postižení těla i mysli, které se týkaly úrazů hlavy a mozku. Přístup k těmto jedincům byl kdysi výrazně ovlivněn, důvodem je duch doby a převládající dobový názor. (9)

Stadium represivní

Poměrně značně bohatá teorie duševních poruch, kterými byly melancholie, mánie, delirium, byla vykládána různými školami v antické společnosti. Na etiologii poruch převažoval „organický“ náhled. V praktické rovině měla starověká společnost na „péči“ o duševně a jinak postižené jedince vyhraněný názor, který spočíval ve spartské skále, z které byli shazováni. Byli to převážně ti jedinci, které otec po narození „ nezvedl z prahu svého domu“.

Právo otců rozhodovat o budoucnosti svých narozených dětí bylo i v římské civilizaci, s tím rozdílem, že děti byly házeny do řeky Tiber. **(11, 37)**

Stadium zotročování

Objevuje se počátkem druhého století po Kristu, kdy bylo běžnou praktikou prodávat děti s postižením společnostem, které vedly kočovný život. Děti se předváděly pro pobavení a zábavné účely. **(9, 11)**

Stadium charitativní

Od raného středověku vznikaly rozvojem křesťanství klášterní hospitály jako útulky pro staré, nemohoucí i duševně nemocné osoby, kde se o postižené staral a pečoval mnich s medicínskou přípravou. Vznikaly také azylová zařízení pro kretény. Přestože byly duševní poruchy ve středověku chápány více jako posedlost zlým duchem. **(11, 37)**

Stadium renesančního humanismu

V tomto období byla projevena snaha o hledání lidského poměru k handicapovaným. Vznikla první klasifikace duševních poruch, nazvaná Pojednání o nemocích ducha, kterou vytvořil basilejský lékař Felix Plattera. Mentální retardace byla nazvána Imbecilitas mentis. Jan Ámos Komenský ve svých dílech také hájil mimo jiné nutnost vzdělávat všechny děti bez ohledu na typ a stupeň jejich postižení. Velkou osobností této doby byl zakladatel moderní psychiatrie Filip Pinel. Sejmul duševně postiženým okovy, kazajky a dozorcům odejmul biče. Omezení pozvolna nahradil léčbou založenou na morální akci. Její součástí v rámci přirozených léků byla, v dnešní době nazvaná, ergoterapie. Díval se na idiocii, neboli slabomyslnost, jako na afektivní a rozumovou retardaci, která je vrozená či získaná. Rozlišoval ji ve čtyřech stupních. (1. stav blízký zvířeti, 2. stav, kdy jsou některé pojmy a potřeby zachovány, 3. hloupost – zachován rozum a řeč na nižší úrovni, 4. imbecilita - stav s postupným úbytkem rozumových schopností. **(11, 37)**

Stadium rehabilitační a socializační 19. a 20 století.

Za zakladatele psychopedie a systematické péče o slabomyslné lze považovat Eduarda Sequinu. Ve svých teoretických dílech rozpracoval systém výchovy o slabomyslné jedince a rozdělil je do triády. 1. Výchova činností – rozvoj motoriky, analyzátorů. 2. Výchova myšlení – výuka trivia, utváření představ o světě a společnosti. 3. Výchova vůle – schopností ovládnout své instinkty. Na území České republiky byl zakladatelem Karel Slavoj Amberling, jeden z významných českých psychopedů u nás. Bezplatně řídil první ústav pro slabomyslné v celém Rakousko - uherském mocnářství. Ústav se jmenoval Ernestinum a sídlil na Pražském hradě. **(11, 37)**

Stadium prevenční současnost

V posledních letech je projevena snaha o nové vymezení oboru speciální pedagogika. Vznikly zákony, které se týkají výchovy a vzdělávání. Dále se vytvořila celá řada mezinárodních dokumentů, které dohromady obsahují to samé, tj.: *Nikomu nesmí být odepřeno právo na vzdělání. Vzdělání má směřovat k plnému rozvoji lidské osobnosti. Rodiče mají právo volit druh vzdělání pro své děti vzhledem k vlastnímu náboženskému a filosofickému přesvědčení.* **(11, 37, str 27)**

1.1.2. Klasifikace mentální retardace

K vyjádření úrovně inteligence se používá inteligenční kvocient (IQ). Zavedl ho W. Stern a vyjadřuje vztah mezi dosaženým výkonem v úlohách odpovídajících určitému vývojovému stupni a mezi chronologickým věkem. **(36)**

$$\text{IQ} = \frac{\text{mentální věk}}{\text{chronologický věk}} \times 100$$

Důvod pro stanovení inteligenčního kvocientu je pro informaci o celkové rozumové úrovni člověka. Mentální retardace se vyznačuje výraznou sníženou úrovní inteligence, která vzniká v průběhu vývoje jedince. Je obvykle doprovázena nižší schopností orientovat se v daném prostředí. Při její klasifikaci se užívá již 10. revize Mezinárodní klasifikace v platnosti od roku 1992. Je rozdělena do šesti částí, které tvoří lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace a nespecifikovaná mentální retardace. **(13, 36)**

Sternův výpočet však nelze používat u dospělých, proto se v současné době preferuje odvozený kvocient označovaný jako deviační IQ. Úroveň rozumových schopností jedince se posuzuje vzhledem k průměru. Asi 50 % populace má průměrnou hodnotu IQ (tj. mezi 90 - 110). Vysoce nadprůměrné IQ (vyšší než 130) má naopak jen 2,5 % populace, totéž platí i u hluboce podprůměrného IQ (nižšího než 70 a to je hranice pro mentální retardaci). **(39)**

Lehká mentální retardace - IQ 50 – 69 (F70)

Mírně opožděný vývoj bývá již od dětského věku. Lidé na úrovni tohoto postižení většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě. Jsou schopni udržet konverzaci a podrobit se klinickému rozhovoru i přesto, že si mluvu osvojují opožděně. Většinou dosahují úplné nezávislosti v osobní péči a praktických domácích dovednostech, i když jsou oproti normě pomalejší. Potíže ale mívají ve škole při teoretické části. Jsou u nich specifické problémy se čtením a psaním. Diagnóza zahrnuje slabomyslnost, lehkou mentální abnormalitu a lehkou oligofrenii, která byla dříve označována jako debilita. **(5, 36)**

Středně těžká mentální retardace IQ 35 – 49 (F 71)

Značně opožděný vývoj už od dětství. Myšlení, řeč (obsahově chudá a jednoduchá), schopnost sebeobsluhy je omezená. V tomto směru je ideální chráněné prostředí pro klienty, jako např. chráněné bydlení a zaměstnání. Mentální věk se pohybuje mezi 4 až 8 roky. Často v kombinaci s poruchou

autistického spektra či jiných pervazivních vývojových poruch. Dále může být přidružená i s tělesným postižením a s neurologickým onemocněním. Diagnóza s sebou nese středně těžkou mentální retardaci a středně těžkou oligofrenii, dříve označovanou jako imbecilita. **(5, 34, 36)**

Těžká mentální retardace IQ 20 – 34 (F 72)

Podobná středně těžké mentální retardaci, ale s výraznějšími potížemi. Školní trivium (čtení, psaní, počítání) nejsou děti schopné zvládat. Se značnou dopomocí se zvládnou naučit základním sebeobslužným dovednostem. V oblasti motoriky je výrazná neobratnost a porucha plynulosti a souhry volných pohybů (dyskoordinace). Často se vyskytuje mechanické a automatické opakování neměnných pohybů zahrnující slovní a mimické projevy. Dle zkušeností odborníků včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, samostatnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života. Mentální věk je na úrovni 18ti měsíců až 3,5 roku. S diagnózou souvisí těžká mentální subnormalita a těžká oligofrenie. **(5, 36)**

Hluboká mentální retardace IQ nižší než 20 (F73)

Jedinci s tímto postižením mají těžce omezenou schopnost porozumět požadavkům, instrukcím a zároveň jim nejsou schopni ani vyhovět. Jsou většinou imobilní, nebo mají výrazně omezenou schopnost pohybu. Vyžadují stálou pomoc a dohled, protože mají nepatrnou či žádnou schopnost o sebe pečovat a uspokojovat své životní potřeby. Mají nedokonale vyvinutou neverbální komunikaci. Lze u nich spatřit úsměv a radost ze společnosti. Nejsou schopni základního symbolického uvažování, ani nedokáží rozeznat např. obrázky. Pojí se s celou řadou jiných zdravotních problémů. Mentálním věkem jsou na úrovni méně než 18-ti měsíčního dítěte. Diagnóza zahrnuje hlubokou mentální subnormalitu a hlubokou oligofrenii, která byla dříve označována jako idiocie. **(5, 36)**

Jiná mentální retardace (F 18)

Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když je stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod zvláště nesnadné, nebo nemožné, pro přidružené senzorycké nebo somatické poškození. Např. u nevidomých, neslyšících, nemluvicích, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob, jak uvádí Švarcová. **(36, str. 36)**

Nespecifikovaná mentální retardace (F19)

Užívá se pouze v těch případech, kdy je prokázána mentální retardace, ale není dostatek informací, aby se pacient mohl zařadit do jedné z výše uvedených kategorií. Diagnóza zahrnuje mentální retardaci nervové soustavy, mentální subnormalitu nervové soustavy, oligofrenii nervové soustavy. **(36)**

Pro zařazení jedince do některého z uvedených stupňů se musí vycházet z všestranného posouzení. Přihlíží se k rozložení dílčích schopností a hlavně vždy i ke kvalitě přizpůsobení činnosti nebo sociální zralosti. Rozlišování hloubky postižení má význam ze strany určení optimálního způsobu výuky, vedení jedince a dále je např. rozhodujícím údajem pro posudkového lékaře. **(18)**

1.1.3. Četnost mentálně retardovaných v populaci

Mentálně retardovaní lidé tvoří jednu z nejpočetnějších skupin mezi všemi postiženými. Jejich počet stoupá nejen u nás, ale i v celosvětovém měřítku. S pomocí stále se zdokonalující medicíny se zachraňují i děti, které by bez neustálé péče nezůstaly naživu. Jsou vedeny lepší záznamy o dětech, i když nejsou stále ještě úplné. V našich podmínkách brání k vytvoření evidence mimo jiné dodržování lékařského tajemství. Pediatři nemají zákonnou povinnost o svých pacientech s mentálním postižením informovat odborníky ve speciálně pedagogických centrech. **(36)**

Přesný počet mentálně retardovaných v naší populaci není znám. V současné době se na základě kvalifikovaných odhadů uvádí, že jsou mentální retardací postižena 3 % občanů. Z nich 2,6 % tvoří největší počet postižených

s lehkou mentální retardací. A 0,1 – 0,2 % v populaci tvoří lidé s těžkou a hlubokou mentální retardací. Podle odhadů odborníků se předpokládá, že v České republice žije 285 tisíc osob s mentálním postižením. Z toho 4 500 dospělých vyžadujících ústavní péči a 10 000 mládeže vyžadujících ústavní péči. (14, 36)

1.1.4. Psychologické zvláštnosti jedinců s mentální retardací

Každý mentálně postižený je svébytný subjekt s charakteristickými osobními rysy. Při psychologickém popisu podstatných znaků u lidí s mentální retardací je třeba zdůraznit, že jejich nižší mentální úroveň vytváří určitý psychologický obraz. Ten sice výrazně omezuje jejich poznávací procesy, ale většinou jim umožňuje žít bohatým citově založeným životem. V diagnostických zprávách psychologů a psychiatrů se často objevuje zjištění časové, prostorové i osobní dezorientace. V závislosti na hloubce postižení potřebují určitou míru pomoci, podpory, popřípadě péče, pramenící z porozumění jejich potřebám. U značné části z nich se projevují více či méně určité společné znaky. Jejich osobitá změna závisí na druhu mentální retardace, na hloubce, rozsahu, zda jsou rovnoměrně postiženy všechny složky psychiky či výrazně postiženy některé psychické funkce a duševní vývoj je nerovnoměrný. (19, 34, 36)

Klinické projevy lehké a středně těžké mentální retardace jsou převážně: zpomalená chápavost, nedostatečná osobní identifikace a vývoj „já“. U sociálních požadavků dochází ke snížené přizpůsobivosti, poruchám v komunikaci, k psychosexuálnímu opožděnému vývoji, zvýšené potřebě uspokojení a jistoty, impulzivitě, hyperaktivitě, celkovému zpomalenému chování, nedostatečné slovní zásobě a k neobratnosti ve vyjadřování. U lidí s těžkou a hlubokou mentální retardací jsou různé projevy individuálních rozdílů a charakteristického chování. Je těžké je určit obvyklými metodami, protože jsou výrazně omezené jejich schopnosti komunikace a vyjádření potřeb nebo pocitů. Uvedené příznaky navzájem netvoří ucelený syndrom, který by musel být vždy nutně přítomný u všech mentálně retardovaných. Především rodiče, učitelé,

zdravotní pracovníci a vychovatelé umějí dobře vnímat rozdíly a výstižně je charakterizovat. **(19, 36)**

1.2. ÚSTAVNÍ PÉČE

Systém ústavní péče náleží pravomocně Ministerstvu práce a sociálních věcí České republiky. V domovech pro osoby se zdravotním postižením nacházejí zázemí klienti, kteří z nejrůznějších důvodů nemohou pobývat doma v rodině, nebo využívat alternativní formu bydlení, jako je např. chráněné bydlení. Zpravidla jsou zde klienti potřebující ústavní péči v pásmu středně těžké, těžké a hluboké mentální retardace, s autismem a kombinovanými vadami, s tělesnou nebo smyslovou vadou. Domovy pro osoby se zdravotním postižením pracují v denním, týdenním a celoročním režimu. **(19, 29)**

1.2.1. Historie ústavní péče o lidi s mentální retardací

Vývoj ústavní péče pro osoby s mentální retardací byl ovlivněn z několika směrů. Zejména náboženským a politickým myšlením, kulturou a ekonomickou vyspělostí dané společnosti. V prvotním stavu lidské společnosti neexistovala žádná forma institucionální péče. Na duševní choroby se nahlíželo z pohledu magie. Léčba spočívala ve vyhánění ducha. Léčebné ústavy, tzv. asklépia, podle boha Asklépia, kterému byl obvykle zasvěcen místní chrám, byly v Řecku spojené se zakládáním ústavní péče. Péče v nich byla zajišťována pomocí lékařů a kněží. Mimo vyhlášených léčebných míst, kterých bylo ve starém Římě a Řecku několik, existovaly i místní kliniky, které si lékaři zřizovali ve svých domech. Byly to tzv. iátria, kde lékaři na krátkou dobu hospitalizovali nemocné a pečovali o ně spolu se svými pomocníky a otroky. **(2, 21)**

V období středověku byly zřizovány hospitaly v kláštrech pro mentálně retardované, což byla nemocniční zařízení. V těchto zařízeních byla poskytována sociálně-charitativní péče. V období renesance se snažila společnost vyčlenit mentálně retardované. Zřizovaly se tzv. lodě bláznů, které představovaly

primitivní instituci, kam se mentálně retardovaní umisťovali a byli tak odloučeni ze společenské funkce. Osvícenství přináší vznik velkých špitálů a internačních budov. Byly to polosoudní instituce. Plnily funkci vězeňskou, nikoli lékařskou. Počátkem 18. století vznikají velké špitály. Situování zde byli mentálně retardovaní společně s vojáky, duševně chorými, žebavými a kriminálníky. O nový pohled na nemocného člověka, humanizování péče ve špitálech a otevření cesty k morální léčbě se zasloužil Philipp Pinel. Počátkem 19. století došlo ke specializaci ústavních zařízení rozdělující se na nemocnice, léčebny, trestnice, polepšovny a starobince. Průběh 19. století sebou nese změnu názorů na handicapované jedince, díky lékařům, vědcům, pedagogům. Vzniká nově organizovaná péče. Ústavy pro mentálně retardované vznikají ve Francii, Rakousku, Velké Británii a v Čechách. Výchovná a vzdělávací činnost zaujímá místo vedle ošetřovatelské péče. (2)

V roce 1871 se u nás datuje organizovaná ústavní péče. Zakladatelem prvního zařízení pro mentálně retardované a jejich zařazení do společnosti, byl Karel Slavoj Amberling. Jeho cílem bylo, aby klienti, kteří odejdou ze zařízení, byli schopni výdělků. Jeho nástupcem v roce 1902 se stal Karel Herfort. Zabýval se diagnostikováním klientů a jako první označil slabomyslné do třech kategorií – debil, imbecil, idiot, což se donedávna označovalo v naší terminologii. (2)

Postupně byly v Čechách vybudovány celé řady ústavů sociální péče. Pro zřízení ústavů sloužily objekty mimo veřejnost v opuštěných zámeckých budovách. V zařízeních byli klienti rozdělováni z hlediska věku a pohlaví. Pečovaly o ně řádové a zdravotní sestry, instruktoři pracovní činnosti a lékaři. Péče byla převážně zdravotní a sociální a klienti byli rozřazováni na základě zhodnocení do zdravotního nebo výchovného oddělení. Stávalo se jen zřídka, že se o mentálně retardované starala rodina. Do ústavu se umisťovali jedinci s různým stupněm mentální retardace. Ústavy se stávaly velkokapacitními. Jedinci byli omezeni v soukromí, převažovala kolektivní péče a byla potlačována osobnost klienta. Po roce 1989 dochází ke změnám ve společnosti. Cílem

je transformovat velké ústavy sociální péče a tím zlepšit i jejich materiální vybavení, vést je k soběstačnosti, posilovat dovednosti, rozvíjet zájmy. Směřuje se pozornost na kvalitní personál, protože ten je k tomu všemu zapotřebí. (29)

1.2.2. Současné poslání ústavní péče

Ústavní péče se řadí mezi základní formy sociálních služeb. Obvykle se k ní směřuje, když rozsah a náročnost potřebné rané péče překročí možnost rodiny a je nutné zajištění přechodné či trvalé souhrnné péče člověku, jež ji potřebuje. V některých případech ústav sociální péče zastupuje rodinné prostředí a rodinu. Mezi nové druhy péče o osoby s mentální retardací patří osobní asistence, komunitní péče, integrované bydlení. Současná sociální práce se zaměřuje na pomoc rodinám s mentálně retardovaným jedincem, protože ústavní prostředí vážně zasahuje do života každého klienta ústavu. Cílem je, aby mohla každá osoba s mentálním postižením vyrůstat v rodinném prostředí. Častým důvodem pro umístění do ústavní péče, který nedovoluje pečovat o své mentálně postižené dítě je také špatná situace v rodině, jako je rozvod rodičů, finanční stránka, špatné bytové podmínky, nebo zdravotní stav rodiče či jeho úmrtí. V průběhu posledních let došlo k rozvoji ústavní péče jak po stránce kvantitativní, tak po stránce kvalitativní. To se hlavně odráží na kvalitě bydlení, služeb, materiálního a technického vybavení ústavů, na vedení práce s klienty. Současné poslání ústavů sociální péče míří ke zlepšení kvality celkové péče o klienty s ohledem na jejich osobní schopnosti, dovednosti, potřeby a zájmy. Úkolem a současně i cílem je vytvoření a zajištění optimálních podmínek pro začlenění klientů do běžného života mezi společnost. (29)

Převládajícím rysem sociální péče ve vyspělých zemích v posledních desetiletích je její humanizace, ochrana handicapovaného jedince před necitlivou mašinérií starších způsobů péče, ať byly ústavní nebo ne. Humanizace je cíl sledovaný sociální politikou zemí patřící k západní civilizaci. (21)

1.2.3. Úskalí ústavní péče

Ústavní péče s sebou nese několik rizik. Jedním z nejzávažnějších může být při pobytu v ústavním zařízení tzv. hospitalizmus neboli institucionalismus. Je to stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky doprovázený snižující se schopností přizpůsobení na běžný neústavní život. Klient se stýká s omezeným počtem spoluobyvatel v ústavu a většinou s nevelkým týmem profesionálů. Jeho pohyb je omezený v prostoru ústavu a jeho blízkého okolí. Nároky se značně začnou redukovat a omezují se i podmínky, které člověk má. To s sebou přináší určité následky, jako je zhoršená schopnost komunikace, ztrácí se zájem o svět a lidi. Návrat (regrese) do ranějších vývojových stádií, hledání náhradního uspokojení v jídle, ztráta motivace k činnosti, nepřiměřeně dlouhý spánek, automatické pohyby. Dále se v ústavu sociální péče vytvářejí homogenní kolektivy. Jsou zde většinou umístěováni lidé stejného pohlaví a se stejnými osobnostními charakteristikami a problémy. To zvyšuje pravděpodobnost, že jejich vzájemné působení mezi chovanci bude jejich osobní problémy spíše násobit. A také uzavřené kolektivy neposkytují příliš mužských a ženských rolí. Je třeba si uvědomit, že lidé v ústavech nepřestávají být pohlavně cítícími bytostmi. A proto si může sexualita hledat a nacházet průchod v homosexuálních vztazích mezi klienty. Může se také stát, že vznikne ponorková nemoc. Často nastává ve stereotypním prostředí, z něhož se nedá uniknout. Zvyšuje únavu a snižuje toleranci. Lidé se stávají agresivními, vztahovačnými a snadno ovlivnitelnými. Klesá jejich otevřenost a vstřícnost. Dalším úskalím ústavní péče se může stát šikanování. Znamená to tělesné, psychické nebo kombinované ponižování, případně týrání jedinců jinými. Oběti šikanování se nejčastěji stávají lidé nesebevědomí, odlišní od ostatních a slabí. Šikanují lidé, kteří se agresivitě naučili už v mládí buď v rodině nebo v ústavu. K násilnému chování se cítí vnitřně oprávněni. Šikana může vznikat i ze strany personálu ať už vědomě či nevědomě. Personál může šikanování napomáhat přehlížením očividných signálů, jako jsou modřiny, zranění, panické reakce na něčí přítomnost. Někdy je to přímo někdo z personálu, kdo svým chováním označí potencionální oběť

k šikaně. Opovržení personálu se snadno přenáší v opovržení neformálních vůdců skupiny a tím snadno šikana začne. Když personál reaguje agresivně se svými klienty, dává najevo, že agresivita je povolena jako přijatelný prostředek k vyřizování věcí nebo účtů. Klienti v ústavu také ztrácejí své soukromí, ne všude má každý svůj vlastní pokoj sám pro sebe. Uživatel služeb v ústavu je neustále nucen přizpůsobovat se režimu a potřebám jiných osob. Všechny jeho projevy jsou pod neustálou veřejnou kontrolou a hrozí, že někomu nebudou vyhovovat. Kombinace těchto úskalí v ústavním pobytu může člověku přivodit psychické trauma a dlouhodobě ho poznamenat. (21)

1.3. AGRESIVITA A JINAK PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ – pojem, definice

Agresivita je podle psychologického slovníku od Hartlové a Hartla útočnost; v etologii tendence k hrozbě nebo útočnému jednání, vůči druhému jedinci vlastního druhu. U člověka může jít a) o reakci na pocit osobního ohrožení, b) o trvalejší osobnostní rys, c) o symptom duševní poruchy nebo choroby; příčinou bývá často frustrace, úzkost, vnitřní napětí; psychoanalýza pokládá obranné a útočné reakce za projevy primárního pudu; agresivita se může projevovat skrytě, ve fantazii a myšlení, otevřeně sociálně tolerovanými formami, k nimž patří vyhrocené a sportovní fandovství, posměch, kritické postoje projevované k sociálnímu okolí a veřejným institucím, soutěživé prosazování kariéry. (10, str. 23-24)

U člověka může být agresivní chování vyvoláno i nedostatkem asertivity, proto jedinec vyjadřuje své pocity a názory nepřátelským, výhrůžným způsobem a přitom opomíjí práva a city druhých. (10, str.211-212) Je také možno chápat jako rozmanité způsoby napadání nebo útočení, které vystoupí jako reakce na překážku. Má pudový základ a je biologicky významná. Pudová agrese je „vzteklá“ a „nenávistná“, na rozdíl od instrumentální agrese, která je pouze

navyklou sociální technikou. (27) Podrážděnost nemluvnat se často přisuzuje agresii v sedmi letech věku. (33)

Agresivita je prvkem lidské přirozenosti a je velkou úlohou ve vývoji dítěte, stejně velkou jako je láska. Cílem výchovy by nemělo být agresivitu zcela odstranit, ale usměrnit ji, aby bylo možné aktivovat tuto energii pro dosažení kladných cílů jak pro sebe, tak i pro ostatní. (1)

1.3.1. Problémové chování a psychické poruchy u lidí s mentální retardací

Mentální retardace je komplexní vrozená vývojová porucha rozumových schopností a navíc se u ní mohou vyskytnout všechny typy psychických poruch, se kterými se setkáváme u lidí bez mentální retardace. *Klinické zkušenosti a výzkum ukazují, že riziko výskytu psychických poruch či onemocnění u lidí s mentální retardací je dokonce 3-4krát vyšší než u populace bez mentální retardace.* (5, str.55) Na zvýšení rizika se podílejí biologické faktory, ale také hlavně sociálně-psychologické faktory prostředí, ve kterém jedinec žije. Prostředí zde hraje velice důležitou úlohu. Obvykle každý, který s nimi jedná, používá jiná měřítka, než když komunikuje s „neretardovanými“ a tím je vystavuje zbytečným stresorům. Psychické poruchy u lidí s mentální retardací se jen tak snadno nerozpoznají, proto se často stává, že se neodhalí vůbec nebo je porucha chybně diagnostikována. Jedním z několika omylů, který se může stát je, že u lidí s mentální retardací může být příznak psychické poruchy vyjádřen jinak než u lidí bez mentální retardace. To platí hlavně u klientů s těžkou mentální retardací. Konkrétně pokud se jedná o přítomnost problematického chování jako agresivní projevy vůči druhým lidem, autoagresivní chování, ničení věcí, odmítání požadavků. Příčinou závažných psychosomatických problémů člověka s mentální retardací může, ale i nemusí být psychická porucha. (5)

Při hledání vysvětlení příčin agresivního chování či jinak problematického chování je nezbytné vždy prozkoumat, zda se za ním neskrývají somatické zdravotní problémy klienta nebo vedlejší účinky předepsaných léků, dysfunkčnost

prostředí, v němž dochází k deprivaci některých základních životních potřeb klienta, neschopnost klienta komunikovat své potřeby společensky přijatelnými způsoby, symptom konkrétní psychické poruchy. (5 str. 57)

Může se také stát, že se někdy necháme unést netrpělivostí a vykládat si agresi sebestředně coby provokaci, neposlušnost, schválnost, zlobení, nedostatek respektu. Ale je třeba si také uvědomit, ve které vývojové fázi se dítě nachází a zda tady nemá určitý typ agrese svou významnou funkci. Když se zamyslíme nad vývojovými potřebami jedince, můžeme dosáhnout určitého pokroku v reakcích na dítě. (32)

1.3.2. Spouštěče problémového chování u uživatelů služeb v ústavech sociální péče

Pod pojmem problémové chování se zahrnuje především agrese fyzická i verbální, autoagrese, krádeže, obnažování se na veřejnosti, odmítání požadavků a nerespektování skupiny. Jako každý občan České republiky, tak i občané se zdravotním postižením mají právo na naplnění všech základních životních potřeb. Mezi základní lidské potřeby patří: fyziologické potřeby (jídlo, pití, spánek, sexuální potřeba), potřeba bezpečí, jistoty a soukromí (vědět kdy, kde, s kým a co má dělat, kdykoliv opustit skupinu alespoň v rámci místnosti, volný přístup k předmětům jako je například kostka, panenka, plyšák, fotografie, čestný přístup personálu), potřeba někam patřit a být milován (nejen přísný přístup personálu ke klientovi, ale i vstřícnost, porozumění, ochota pomoci), potřeba úcty a respektu, potřeba seberealizace (rozhodnutí klienta úměrně svým aktuálním možnostem a schopnostem, čemu se bude věnovat...). Při nenaplnění základních životních potřeb u jakéhokoli člověka se zvyšuje pravděpodobnost výskytu problémového chování. Vzhledem k handicapu mentálně retardovaných je potřeba větší míra asistence při naplňování základních potřeb. (5)

Základní psychické potřeby mentálně retardovaných jsou pod vlivem omezenější kapacity rozumových schopností a učení různým způsobem upraveny.

Čím je člověk závažněji mentálně postižený, tím je závislejší na okolí v uspokojování svých potřeb. Kromě toho usiluje o uspokojování svých potřeb neodkladně a bez zábran. Způsob uspokojení odpovídá aktuálnímu psychickému i somatickému stavu, tudíž i mentální úrovni. (39)

Nenaplněná potřeba vyvolá frustraci a ta se přenáší v agresi. Pokud jsou současně vyvolány i pocity viny, může se objevit forma autogrese neboli útočnosti zaměřené na sebe. Frustrace je chápána jako situace, v níž je dotyčnému bráněno dosáhnout cíle chování. Je brána jako vnitřní stav. Zdrojem může být vnější fyzická překážka, psychologická povaha překážky nebo vyslovený zákaz. Jediněc se může frustrovat i sám svými zábranami, které má nebo nereálnými představami o nedostupnosti něčeho. (27)

Účelem pomoci není potlačit agresivní projevy chování restriktivními postupy, ale snaha zajistit potřeby, které si klient není schopen sám uspokojit. Tím by se mělo předcházet výskytu problémového chování. (23)

1.3.3. Prevence vzniku agresivního chování

Rizikové agresivní chování může vést k ohrožení zdraví a života uživatele nebo jiných osob. Při zvládání agresivního chování lze použít několik postupů, jak uvádí Sobek: (35)

a) analýza příčin agresivního chování

Ve velké části případů má agresivní rizikové chování svoje příčiny, které lze vysledovat. Pokud se podaří odhalit příčiny agresivního chování, lze mu pak snáze předejít. Mezi časté příčiny rizikového chování patří například:

- *Nevhodné prostředí (ubytování v hromadné ložnici, v nevyhovující budově, hlučné prostředí, nevhodný spolubydlící)*
- *Problémy v komunikaci (okolí nechápe sdělení uživatele, ten pak reaguje agresivně)*
- *Snaha získat pozornost*

- *Nerespektování uživatele, narušování jeho osobních hranic, nucení k určitým činnostem, manipulace atd. (35, str. 35-38)*

b) prevence agresivního chování

Pokud se nám podaří správně analyzovat příčiny agresivního chování, lze na ně reagovat účinnou prevencí s použitím moderních metod sociální práce. Pochopením smyslu agresivního chování a provedením adekvátních opatření lze významnou měrou agresivní projevy odstranit nebo snížit. Mezi nejčastější opatření patří:

- *Změna prostředí: pobyt ve velkých zařízeních a nutnost soužití většího počtu lidí vede k vyšší míře napětí a agresivních projevů*
- *Podpora v komunikaci: zvláště u lidí s problémy v komunikaci nemá personál vždy jasnou představu o tom, co tito lidé mají a nemají rádi. Někteří jedinci pak svoje přání a nelibost projevují agresivním způsobem. Do oblasti komunikace spadá i situace, kdy si uživatel agresivními projevy vynucuje pozornost. Může mít zkušenost, že pouze při agresivním chování se pozornost personálů soustřeďuje plně na něho a stává se na chvíli středem pozornosti.*
- *Posílení individuálního přístupu: každý uživatel má svůj vlastní časový rytmus. Někdo rád déle snídá, někdo se rád déle koupe ve vaně, někdo potřebuje na vše víc času apod. Nutnost podřizovat se stanovenému režimu a časům může zvyšovat u těchto jedinců agresivní projevy. Posílení individuálního přístupu nám rovněž umožní postupně naplnit ty potřeby klienta, které se formou agresivních projevů hlásí o slovo.*
- *Změna přístupu personálů: někteří uživatelé mají „nálepku“ problémových, agresivních jedinců. Posiluje se tak stereotyp, kdy personál k těmto lidem přistupuje již s očekáváním problémů. Chování personálu je pak buď nervózní a ustrašené nebo přehnaně dominantní. V obou případech má klient tendence naplnit vědomé či nevědomé očekávání personálu a chovat se opět agresivně. (35, str. 35-38)*

c) plán pro zvládnutí agresivního chování

- *Odstranění nebo zmírnění bezprostřední příčiny napětí*
- *Odvrácení pozornosti, klidný hovor, aktivní naslouchání, změna prostředí*
Opatření omezující pohyb osob: fyzické úchopy, umístění do místnosti zřízené k bezpečnému pobytu, aplikace léků. Opatření omezující pohyb musí být použita v souladu se zákonem, musí být vyčerpány všechny předchozí možnosti a mohou být použita pouze na dobu trvání přímého ohrožení (35, str. 35-38)

Jako alternativní řešení klecových lůžek se doporučuje zvýšení osobní asistence a úprava medikace. Při hledání optimálních alternativních nástrojů péče je třeba dát pozor na lákavou možnost častého preventivního zklidňování. *Psychiatr Bašný vidí řešení v budování nových, menších zařízení, kde nebude tak vysoká koncentrace osob s těžkými hendikepy a kde personál a technické zázemí zajistí péči v atmosféře, která minimalizuje projevy, jež vedly k umístování do síťových lůžek. (12, str 47)*

Zásluhu na agresivním chování u klientů může mít i personál svými častými chybami, které bývají:

a) efekt pořadí

Může ovlivňovat myšlení a následně chování personálu. Lze se s ním setkat dvojnásobným způsobem, buď když přijde klient nově do zařízení, kde personál již pracuje nebo nově přichází personál do zařízení, kde je klient delší dobu. Při čtení dokumentace o klientovi bychom se měli vyvarovat zkreslené představě o klientově chování a také podávat kolegům informace při popisu chování s úplnými časovými informacemi a o frekvenci a době trvání incidentů, aby se zamezilo zbytečnému zkreslení povahy uživatele. (5)

b) základní atribuční chyba

Základní atribuční chyba je termín, který označuje tendenci podceňovat situační vlivy na chování a předpokládat, že chování se vyvolalo určitou vlastností

jedinice. Děláme ji na základě našich předchozích zkušeností s klientem a na základě našich životních přesvědčení. Chování osob je ovlivněno temperamentem či dalšími osobnostními vlastnostmi a hlavně také vnějšími okolnostmi. Zkombinováním těchto faktorů může dojít pravděpodobněji k výskytu problémového chování. Je třeba znát dále ještě tři informace, abychom zvolili správný postup k odvrácení problémového chování. A to jsou vrozené dispozice, životní zkušenosti a konkrétní situace, při kterých se objevilo problémové chování. Personál by měl mít stále na mysli, že podstatná část incidentů je spuštěna pobytem v ústavu a ne handicapem klienta. Může dojít i k incidentu, který není spuštěn handicapem klienta, ale systémem, který je nastaven v ústavu a on se mu musí podřídít a málo kdo je vzhledem ke svému handicapu ochoten se podřizovat. (5)

1. 4. PRÁVA A ETICKÉ ASPEKTY PROBLEMATIKY

1.4.1. Omezování uživatele v pohybu

V rámci poskytování sociálních služeb se mohou vyskytnout situace, kdy se poskytovatel rozhodne neposkytovat podporu v určitém jednání nebo záměru uživatele nebo kdy je nutné vůli uživatele nějakým způsobem usměrnit či přímo omezit. Poskytovatel by se měl vždy snažit použít nejméně omezující prostředky nebo strategie. Omezení musí být úměrné ohrožení a mělo by se používat v co nejkratší možnou dobu. Je třeba stále dbát na důstojnost uživatele. (15)

- **Sociální úprava**

- Opatření omezující pohyb osob (par. 89, 108/2006 Sb.)**

- Od 1. ledna 2007 nabyt účinnosti zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který v § 89 upravuje problematiku Opatření omezujících pohyb osob. (26)*

Český právní řád vychází z principu, že osobní svoboda každého je zaručena, proto zásahy do osobní svobody lze činit pouze v případech a za podmínek výslovně zákonem vyjmenovaných. (24, str. 1)

Touto oblastí je tedy § 89 zákona o sociálních službách, který umožňuje užít opatření omezující pohyb pouze v případě, že člověk ohrožuje svoje zdraví a život. Problematika opatření omezujících pohyb osob podle § 89 zákona o sociálních službách se týká všech druhů sociálních služeb. (26)

V daném paragrafu se uvádí, za jakých podmínek je možné používat omezující prostředky a jak dále postupovat při opatření omezující pohyb osob. Opatření smí být používána pouze po dobu nezbytně nutnou a jen v tom případě, že selhala jiná možná opatření, jako je domluva, odvrácení pozornosti, rozptýlení. A dále je jasně stanoveno, v jakém pořadí je možné opatření používat. Opatření omezující pohyb se dělí na fyzické restriktce zahrnující úchopové techniky, které musí být bezpečné pro klienta i personál. Dále mechanické restriktce, kde se osoba umístí do místnosti, která je určená k bezpečnému pohybu nebo zahrnuje kurty a kazajky. A tlumivá restriktce spočívá v podání tlumivé medikace. Před použitím uváděných restriktcí je v zákoně uvedeno, že musí být souhlas lékaře. O celé události se musí, dle zákonem stanové doby, informovat zákonný zástupce uživatele. A vše musí být zaevidováno, kdo opatření proti uživateli použil, kdy se tak stalo, kdy bylo opatření ukončeno, důvod použití opatření s přesným popisem situace, která události předcházela, záznam o informování zákonného zástupce. (5, 48)

Zdravotní úprava

V paragrafu 23 odstavec 4 se uvádí, že bez souhlasu nemocného je možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony a pokud je to podle povahy onemocnění třeba, tak se může převzít nemocný i do ústavní péče. Konkrétně v písmenu b) a c) jestliže osoba jeví známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí, anebo není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně

života či zdraví. Dále se v paragrafu 24 dočteme, že převzetí nemocného bez jeho písemného souhlasu do ústavní péče z důvodů uvedených v § 23 odst. 4 je zdravotnické zařízení povinno do 24 hodin oznámit soudu, v jehož obvodu má sídlo. Převzetí se soudu neoznamuje, jestliže nemocný dodatečně ve lhůtě 24 hodin projevil souhlas s ústavní péčí. (46)

1.4.2. Práva osob s mentálním postižením

Náš právní řád neuvádí žádnou celkově soubornou definici, která by odpověděla na otázku, koho je třeba považovat za handicapovaného. Tento status je důsledkem toho, že v naší republice neexistuje právní norma, která by ucelenou formou upravovala postavení občanů se zdravotním postižením. Nalezneme u nás zmínky o zdravotně postižených rozmístěné v mnoha právních odvětvích. Převažuje oblast práva pracovního a práva sociálního zabezpečení, dále se jedná o právo správní, občanské, rodinné atp. (22).

Z ustanovení zákona č. 100/1988 SB. o sociálním zabezpečení (§ 86) lze dohledat kritérium, které se dotýká občanů s mentální retardací. Jde o kategorii „těžce zdravotně postižených občanů“, jak ji zavádí zmíněná právní úprava v odstavci 2.

Občanům s těžkým tělesným, smyslovým nebo mentálním postižením, které podstatně omezuje jejich pohybovou nebo orientační schopnost, se poskytují podle druhu a stupně postižení mimořádné výhody, zejména v dopravě nebo při potřebě průvodce; těmto občanům s těžkým zdravotním postižením jsou přiznávány mimořádné výhody I. stupně, občanům se zvláště těžkým zdravotním postižením jsou přiznávány mimořádné výhody II. stupně a občanům se zvláště těžkým zdravotním postižením a potřebou průvodce jsou přiznávány mimořádné výhody III. stupně. Stupeň mimořádných výhod osvědčuje průkaz mimořádných výhod, a to I. stupeň průkaz TP, II. stupeň průkaz ZTP a III. stupeň průkaz ZTP/P. Průkaz mimořádných výhod je veřejnou listinou. (22, 47)

Deklarace o právech mentálně postižených osob

Z toho důvodu, že osoby s mentálním postižením těžce komunikují, a to je zbavuje možnosti, aby sami prosadili svá práva a vyžadovali jejich dodržení, tak byla vyhlášena deklaráce na Valném shromáždění OSN 20. prosince 1971 a tím i žádá, aby národní a mezinárodní organizace zabezpečily, že bude sloužit na ochranu práv mentálně postižených. Vyzdvihuje, že mentálně postižený má stejná práva jako ostatní lidské bytosti. Má také práva na zdravotní péči a s ní věci spojené, které umožní rozvinout v maximální možné míře jeho možnosti a schopnosti. Právo na ekonomické zabezpečení a slušnou životní úroveň. Produktivně pracovat nebo se zabývat jinou užitečnou činností. Možnost žít v kruhu své vlastní rodiny. Je-li umístěn do specializovaného zařízení, tak s normálními podmínkami, jak je to jen možné. Má mít právo na kvalifikovaného opatrovníka. Ochránit ho před vykořisťováním, zneužíváním a ponižujícím zacházením. V případě omezení nebo zrušení práv je nutné podrobení periodickým revizím a odvolání u vyšších institucí. (2, 7)

- **Ústavní právo**

Ústavní právo zasahuje oblast fungování nejvyšších státních orgánů a institucí. Normy ústavního práva také upravují základní práva a povinnosti občanů. Mají nejvyšší právní sílu. Jedná se zejména o Listinu základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku České republiky (ústavní zákon č. 2/1993 Sb.), jež se dotýká vztahu k postavení zdravotně postižených ve společnosti. V úvodní části Listina základních práv a svobod popisuje, rovnost všech lidí a stanoví základní lidská práva jako nazadatelná, nezczizitelná, nepromlčitelná a nezrušitelná. (22)

- **Občanské právo**

Normy občanského práva vymezují nejzákladnější otázky běžného života občanů. Jsou stanoveny v Občanském zákoníku, zákoně č. 40/1964 Sb.

○ **Způsobilost k právním úkonům**

K tomu, aby člověk samostatně mohl vystupovat v právních vztazích je potřeba alespoň určitá míra způsobilosti být aktivním účastníkem takového vztahu. Způsobilosti k právním úkonům, neboli schopností vlastním jednáním nabývat práva a povinnosti, vybavuje zákonodárce pouze osoby, které jsou pro svůj věk a duševní stav, schopny posoudit význam a následky svého jednání - pokud toto není splněno, lze způsobilosti v určitých případech omezit či dokonce zbavit. **(22)**

Zbavení způsobilosti k právním úkonům nebo omezení způsobilosti k právním úkonům je opatření sloužící hlavně k ochraně zájmu fyzických osob, které pro svůj duševní stav nejsou schopny činit s dostatečnou odpovědností právní úkony. Jde také o ochranu osob, které s takovými fyzickými osobami vstoupily do právních vztahů. **(5)**

Důvodem omezení či úplného zbavení způsobilosti k právním úkonům je omezení schopnosti člověka rozhodovat o určitých skutečnostech sám, z důvodů snížené rozumové schopnosti. Hlavním cílem je ochránit osoby s určitým stupněm mentálního postižení před důsledky právních úkonů, které vzhledem ke stupni své rozumové vyspělosti nemůžou předvídat či očekávat. Jedná se především o osoby s mentální retardací nebo jedince vykazující nedostatečnou psychickou vyspělost z důvodu duševní poruchy. **(22, 35)**

Smyslem tohoto právního institutu je zajistit ochranu osobě se sníženou schopností činit rozhodnutí před důsledky svých špatných rozhodnutí. Omezení způsobilosti k právním úkonům je ovšem značným zásahem do práv člověka. Možnost právně jednat je předpokladem pro výkon mnoha dalších, i základních lidských, práv. Pokud je omezení nadměrné, vede k nepřijatelnému omezení práv člověka, k jeho izolaci, nežádoucímu vyčlenění ze společnosti, ke zhoršení kvality jeho života. **(15)**

○ **Odpovědnost za škodu**

Pokud je způsobena nějaká škoda těmi, kteří nemohou posoudit následky svého jednání, upravuje se podle Občanského zákoníku konkrétně podle paragrafu 422.

§422

(1) Nezletilý nebo ten, kdo je stížen duševní poruchou, odpovídá za škodu jím způsobenou, je-li schopen ovládnout své jednání a posoudit jeho následky; společně a nerozdílně s ním odpovídá, kdo je povinen vykonávat nad ním dohled. Není-li ten, kdo způsobí škodu, pro nezletilost nebo pro duševní poruchu schopen ovládnout své jednání nebo posoudit jeho následky, odpovídá za škodu ten, kdo je povinen vykonávat nad ním dohled.

(2) Kdo je povinen vykonávat dohled, zproští se odpovědnosti, jestliže prokáže, že náležitý dohled nezanedbal.

(3) Vykonává-li dohled právnická osoba, její pracovníci dohledem pověřeni sami za škodu takto vzniklou podle tohoto zákona neodpovídají; jejich odpovědnost podle pracovněprávních předpisů není tím dotčena. **(5)**

• **Pracovní právo**

V zákoníku práce (zákon č. 65/ 1965 Sb. ve znění pozdějších novel), se o lidech s mentálním postižením dotýká také paragraf 12, kde je vymezeno, že

(1) Způsobilost k právním úkonům podle předchozího ustanovení může zaměstnanec pozbyt jen rozhodnutím soudu. Právní úkony, k nimž není způsobilý, činí za něho jeho zástupce; nemůže však za něj uzavřít dohodu o hmotné odpovědnosti.

(2) Soud způsobilost zaměstnance k právním úkonům omezí a určí v rozhodnutí rozsah tohoto omezení, jestliže zaměstnanec pro duševní poruchu, která není

jen přechodná, nebo pro nadměrné požívání alkoholických nápojů nebo jiných návykových látek či jedů je schopen činit jen některé právní úkony.

(3) Jestliže zaměstnanec pro duševní poruchu, která není jen přechodná, není vůbec schopen činit právní úkony, soud jej způsobilosti k právním úkonům zbaví.

(4) Soud zbavení nebo omezení způsobilosti změní nebo zruší, změní-li se nebo odpadnou-li důvody, které k nim vedly. (45)

• **Rodinné právo**

Hlavní normou tohoto odvětví je zákon o rodině (zákon č. 94/1963 ve znění novel). Do oblasti o mentálně postižených spadá rodičovská zodpovědnost, uzavření manželství.

○ **Rodičovská zodpovědnost**

Podle zákona o rodině v paragrafu 34 odstavci 2 je vymezeno, že:

(2) Jestliže jeden z rodičů nežije, není znám nebo nemá způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu, náleží rodičovská zodpovědnost druhému rodiči. Totéž platí, je-li jeden z rodičů rodičovské zodpovědnosti zbaven a nebo je-li výkon jeho rodičovské zodpovědnosti pozastaven. (44)

○ **Uzavření manželství**

Zákon o rodině paragraf 14, vymezuje také podmínky uzavření manželství u občana s duševní poruchou, jako je např. mentální retardace.

(1) Manželství nemůže uzavřít osoba zbavená způsobilosti k právním úkonům.

(2) Osoba, jejíž způsobilost k právním úkonům je omezena, může uzavřít manželství jen s povolením soudu.

(3) Manželství nemůže uzavřít osoba stížená duševní poruchou, která by měla za následek omezení nebo zbavení způsobilosti k právním úkonům. Soud však může osobě, která je stížena duševní poruchou, která by měla za následek omezení

způsobilosti k právním úkonům, uzavření manželství povolit, je-li zdravotní stav osoby slučitelný s účelem manželství.

(4) Uzavře-li manželství osoba zbavená způsobilosti k právním úkonům nebo osoba, která trpí duševní poruchou, která by měla za následek zbavení způsobilosti k právním úkonům, vysloví soud neplatnost manželství i bez návrhu.

(5) Uzavře-li manželství osoba, jejíž způsobilost k právním úkonům je omezena, nebo osoba stížená duševní poruchou, která by měla za následek omezení způsobilosti k právním úkonům, bez povolení soudu, vysloví soud neplatnost tohoto manželství na návrh kteréhokoli z manželů. Neplatnost manželství soud nevysloví, jestliže zdravotní stav manžela se stal slučitelný s účelem manželství. (44)

- **Trestní právo**

Podle Trestního zákona č. 140/1961 Sb. v paragrafu 12 se vymezuje nepřičetnost.

Kdo pro duševní poruchu v době spáchání činu nemohl rozpoznat jeho nebezpečnost pro společnost nebo ovládat své jednání, není za tento čin trestně odpovědný.(43)

Z hlediska trestně právní ochrany osob stížených duševní poruchou je důležitý paragraf 12 trestního zákona, který definuje trestní čin únosu. Dle něho se trestného činu únosu dopustí ten, kdo odejme dítě nebo osobu stíženou duševní poruchou nebo duševně nedostatečně vyvinutou z opatrování toho, kdo je k němu podle zákona příslušný. A nezáleží na tom, zda unesená osoba s takovým jednáním souhlasí. Trestné je také, přemluvení takovéto osoby, aby utekla. Termín duševním nevyvinutost míří na případy mentální retardace (22).

- **Osobní svoboda a svoboda pohybu**

V rámci poskytování sociálních služeb, jak uvádí výkladový sborník MPSV, lze do práva na osobní svobodu zahrnout:

➤ **volba místa pobytu:** nikdo nemá být nucen žít na určitém místě proti své vůli

➤ **svoboda pohybu, pohyb v zařízení i mimo zařízení:** nikdo nemůže být omezen v pohybu jak v rámci budovy (mřížě mezi patry apod.), v rámci areálu (zamčené dveře od budovy), tak i mimo areál (oplocení a zavřená brána, omezení či zákaz opustit areál, nemožnost dlouhodobě opustit budovu či areál z důvodu chybějícího doprovodu apod.)

➤ **možnost volby:** do této oblasti patří rozhodování o svém čase (kdy budu vstávat, jíst, kdy půjdu spát) a o aktivitách, kterým se chci či nechci věnovat, o svém oblečení, ale i rozhodování všeobecně o sobě samém, tedy o tom, jak se budu stravovat (zdravě či nezdravě, dietně či ne), zda budu kouřit, konzumovat alkohol apod., s kým budu bydlet, co budu dělat v budoucnu apod. S respektováním osobní svobody a svobody pohybu souvisí i správné používání opatření omezujících pohyb podle § 89 (15)

1.4.4. Standardy kvality sociálních služeb

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky zpracovalo standardy kvality sociálních služeb, které jsou souborem požadavků, jejichž prostřednictvím MPSV ČR definuje úroveň kvality, které musí poskytované sociální služby dosahovat. Standardy kvality sociálních služeb jsou rozděleny do tří kategorií: procedurální standardy, personální standardy a provozní standardy (16).

V souvislosti s otázkou práv a etických aspektů problematiky se kromě ostatních standardů kvality sociálních služeb jako velmi zásadní jeví standard č. 2.

- Standart č. 2 – Ochrana práv osob
- a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro předcházení situacím, v nichž by v souvislosti s poskytováním sociální služby mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod osob, a pro postup, pokud k porušení těchto práv osob dojde; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;

- b) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, ve kterých vymezuje situaci, kdy by mohlo dojít ke střetu jeho zájmů se zájmy osob, kterým poskytuje sociální službu, včetně pravidel pro řešení těchto situací; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
- c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání darů; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje. **(42)**

2 CÍL PRÁCE

Cílem práce bylo zmapování projevů, příčin, možností předcházení a zvládnutí agresivního chování ve skupině lidí s mentálním postižením. V rámci výzkumu byl proveden monitoring ve čtyřech typech zařízení: Domov Petra Mačkov, Centrum sociálních služeb Empatie, Denní stacionář pro mentálně postižené děti, mládež a dospělé a Dětský stacionář Světluška.

Do výzkumného souboru bylo plánováno také zařazení Domova pro osoby se zdravotním postižením Osek. Ale zařízení se odmítlo účastnit výzkumu.

Výzkum byl zaměřen na personál (pracovníci v sociálních službách, vychovatelé s pedagogickým vzděláním, zdravotní pracovníci), který pečuje o lidi s mentálním postižením a lidé s mentálním postižením.

Metodikou získávání dat byl strukturovaný rozhovor a vlastní dotazník.

Vzhledem k tomu, že výzkum byl explorační, hypotézy nebyly stanoveny.

3 METODIKA VÝZKUMU

Zvolenou metodikou výzkumu pro naplnění výše uvedeného cíle bylo využito strukturovaného rozhovoru s lidmi s mentálním postižením a dotazníku s personálem, který pečuje o lidi s mentálním postižením. Výzkum kombinuje postupy kvalitativní a kvantitativní metodologie.

Technika sběru dat

Ke sběru dat byla použita forma kvantitativního a kvalitativního výzkumu. Prostřednictvím dotazníkového šetření a strukturovaného rozhovoru. Sběr dat probíhal v měsíci březnu.

Dotazník představuje soubor otázek, jež jsou předem připraveny na formuláři. Dotazníky byly zadány konkrétními pracovníky, kteří byli detailně seznámeni se způsobem zadání výzkumné metody.

Dotazník byl zcela anonymní a byl určen pro personál, který pečuje o lidi s mentálním postižením (viz příloha č. 1). Dotazovaný odpovídá písemně na otázky tištěného formuláře (8). V úvodu dotazníku jsem představila sebe, fakultu a univerzitu, pod kterou provádím výzkum. Dále následovalo představení názvu práce a ujištění respondentů o anonymitě dotazníku. Celkem obsahoval 10 otázek. Dvě otázky byly identifikační. Tři otázky zjišťovací, z nichž jedna otázka byla filtrační. Pět otázek se týkalo problematiky agresivního chování.

Dotazník byl zvolen jako efektivní metoda výzkumu. Jak uvádí Disman (8), tato technika umožňuje poměrně snadno získat informace v poměrně krátkém čase a s poměrně malým nákladem, od velkého počtu jedinců. Nevýhodou je, že dotazník klade vysoké nároky na ochotu dotazovaného.

V rámci výzkumu s lidmi s mentálním postižením byla použita forma získávání dat ve strukturovaném rozhovoru.

Strukturovaný rozhovor neboli **řízený rozhovor** se rozvíjí na základě pevně stanovených otázek, u kterých jsou zpravidla uvedené i varianty odpovědí

a otázky mají stanovené pořadí. Formální podobou se blíží dotazníku. Tazatel do průběhu rozhovoru nesmí vkládat svůj osobní zájem, postoje či přesvědčení.
(8)

Rozhovor s lidmi s mentálním postižením (viz příloha 2) obsahoval dvě identifikační otázky, po kterých následovalo osm otázek, z nichž pět otázek bylo otevřených a tři uzavřené. Tento rozhovor se zaměřoval na zjišťování potřeb klienta a sklony k agresivnímu chování.

Charakteristika výzkumného souboru

Výzkum probíhal v měsíci březnu. Bylo osloveno celkem 5 zařízení, ale pouze ve čtyřech typech zařízení pro lidi s mentálním postižením byl proveden výzkum. Bylo rozdáno celkem 50 anonymních dotazníků (vráceno jich bylo 46, z čehož vyplývá 92% návratnost) určené pro personál, který pracuje s lidmi s mentálním postižením a vedeno 31 rozhovorů s lidmi s mentálním postižením. Ke zpracování dat byly použity grafy a tabulky.

Cílový soubor 1 tvoří zaměstnanci zařízení sociální péče, poskytující (týdenní, denní nebo celoroční) služby, pro mentálně postižené v Jihočeském kraji.

- **Domov Petra Mačkov** (dále jen zařízení č. 1)
Mačkov 79, 388 01 Blatná
- **Centrum sociálních služeb Empatie** (dále jen zařízení č. 2)
Pražská 88, 370 04 České Budějovice
- **Denní stacionář pro mentálně postižené děti, mládež a dospělé Strakonice** (dále jen zařízení č. 3)
Ellerova 160, 386 01, Strakonice
- **Dětský stacionář Světluška** (dále jen zařízení č. 4)
U Jeslí 198/13, 370 01, České Budějovice

Cílový soubor 2 je tvořen lidmi s mentálním postižením, různého stupně mentální retardace.

4 VÝSLEDKY

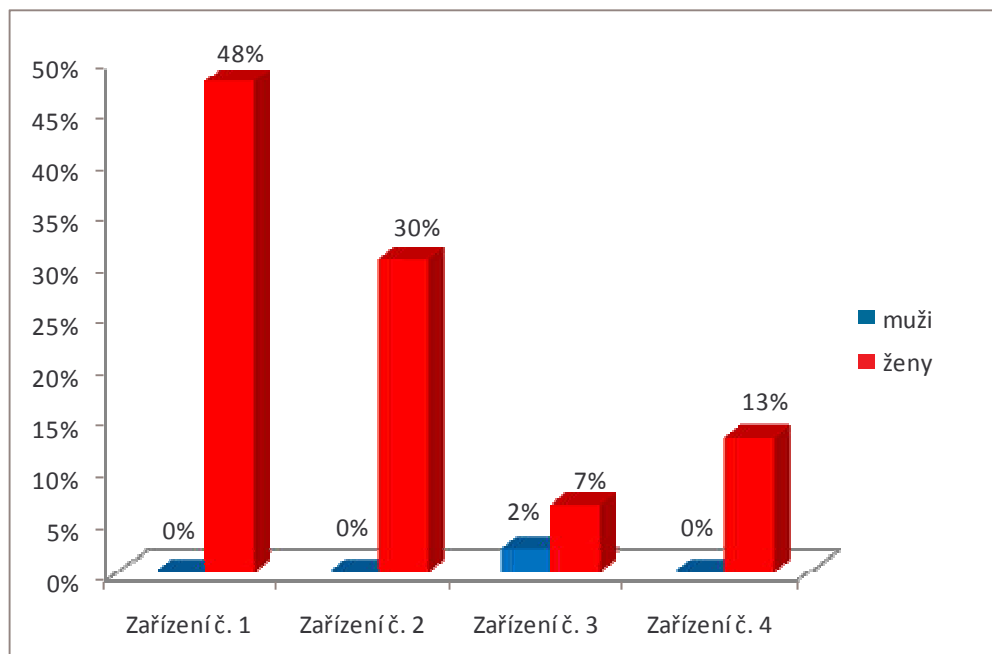
4. 1. Dotazníkové šetření

Výsledky dotazníkového šetření jsou zobrazeny v grafech a vyhotoveny v programu Microsoft Excel. Dotazník obsahoval celkem 10 otázek. Dvě otázky byly identifikační. Tři otázky zjišťovací, z nichž jedna otázka byla filtrační. Pět otázek se týkalo problematiky agresivního chování. Ke každé otázce odpovídá příslušný graf.

Otázka č. 1: Pohlaví

Dotazník vyplňovalo celkem 46 (100 %) zaměstnanců pracujících s lidmi s mentálním postižením, z toho největší procento (98 %) tvořilo 45 žen. V zařízení č. 3 vyplňoval dotazník jeden muž (2 %). V ostatních zařízeních č. 1, 2 a 4 vyplňovaly dotazník jen ženy.

Graf 1: Pohlaví zaměstnanců pracujících s lidmi s mentálním postižením a rozdělení podle počtu dotazovaných v jednotlivých zařízeních (v %)

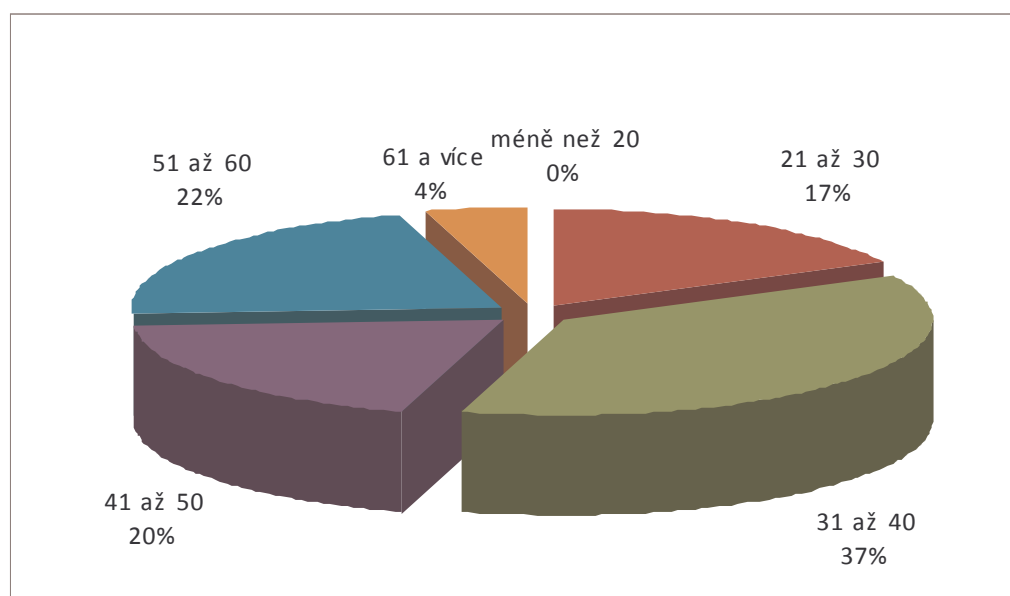


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 2: Věk

Na tuto otázku odpovídalo 46 (100 %) zaměstnanců. Ve věku 31 až 40 let bylo nejvíce s počtem 17 dotázaných (37 %). Druhá nejvíce zastoupená věková kategorie s počtem 22 % bylo 10 zaměstnanců ve věku 51 až 60 let. Zaměstnanců ve věku 41 až 50 tvořilo 20 % s počtem 9-ti vyplněných dotazníků. Se 17% účastí 8 zaměstnanců bylo ve věku 21 až 30 let. A ve věku 61 a více vyplnili 2 zaměstnanci (4 %). Žádný zaměstnanec ve věku méně než dvacet není.

Graf 2: Věkové zastoupení zaměstnanců pracujících s lidmi s mentálním postižením (v %)



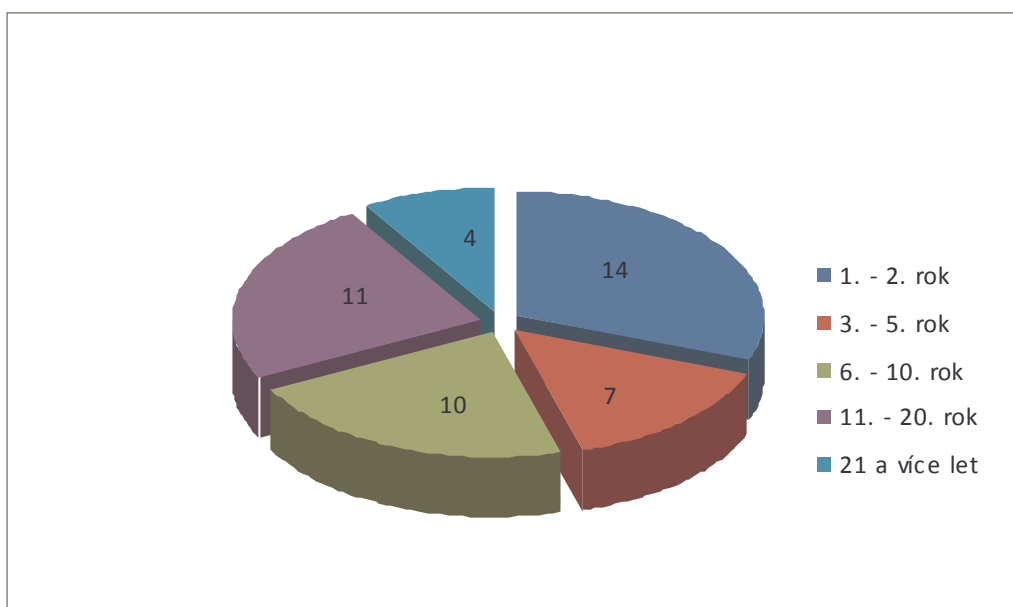
Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 3: Jak dlouho pracujete s lidmi s mentálním postižením?

Z počtu pracovníků 46 (100%) nejvíce pracuje v rozmezí 1 – 2 roky 14 pracovníků. Dále 11 pracovníků pracuje 11 – 20 let s lidmi s mentálním postižením. 10 pracovníků pracuje v rozmezí 6 – 10 let. Nejméně pracují 21 a více let 4 pracovníci.

Graf 3: Všichni pracovníci pracující s lidmi s mentálním postižením

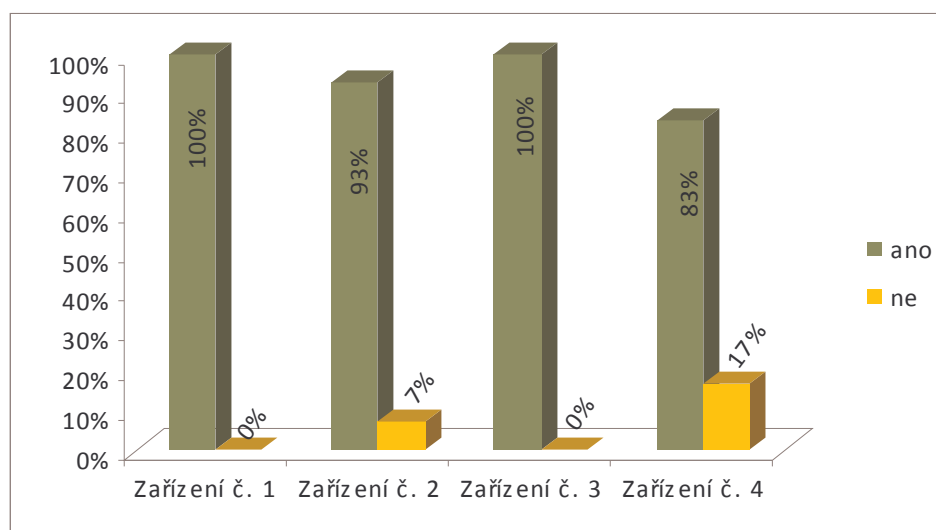
(v absolutních číslech)



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 4: Jste seznámen/a s paragrafem č. 89, zákon č. 108/2009 Sb. o sociálních službách, který vymezuje postup při použití opatření omezující pohyb osob?

Graf 4: Seznámení se s paragrafem č. 89, zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách (v %)



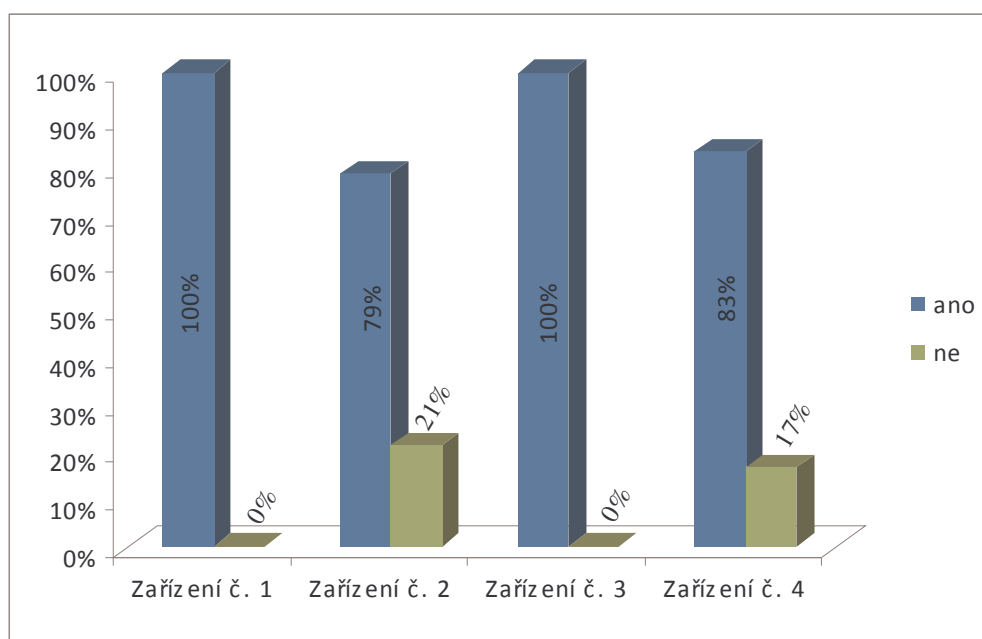
Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že v zařízení č. 1 je seznámeno (100 %) 22 zaměstnanců a v zařízení č. 3 jsou také seznámeni 4 zaměstnanci (100 %). V zařízení číslo 2 je seznámeno 13 zaměstnanců (93%) a 1 zaměstnanec není seznámen (7 %). V zařízení číslo 4 je seznámeno 5 zaměstnanců (83 %) a 1 není seznámen (17%). Celkově je seznámeno 44 (96 %) zaměstnanců a 2 zaměstnanci (4 %) nejsou seznámeni s paragrafem č. 89, zákon č. 108/2009 Sb. o sociálních službách, který vymezuje postup při použití opatření omezující pohyb osob.

Otázka č. 5: Setkal/a jste se v průběhu své práce s projevy agresivního chování u Vašich klientů?

Graf č. 5 zobrazuje setkání zaměstnanců s projevy agresivního chování u klientů dle jednotlivých zařízení. V zařízení č. 1 se v průběhu své práce setkala 22 zaměstnanců (100 %) a v zařízení č. 3 se také setkali všichni 4 zaměstnanci (100 %) s projevy agresivního chování u lidí s mentálním postižením. V zařízení č. 2 se setkala s projevy agresivního chování 11 zaměstnanců (79 %) a (21 %) 3 zaměstnanci se neseťkali s projevy agresivního chování. V zařízení č. 4 se neseťkal 1 zaměstnanec (17 %) a 5 zaměstnanců (83 %) se setkala s projevy agresivního chování klientů.

Graf 5: Setkání s projevy agresivního chování u lidí s mentálním postižením dle jednotlivých zařízení (v %)

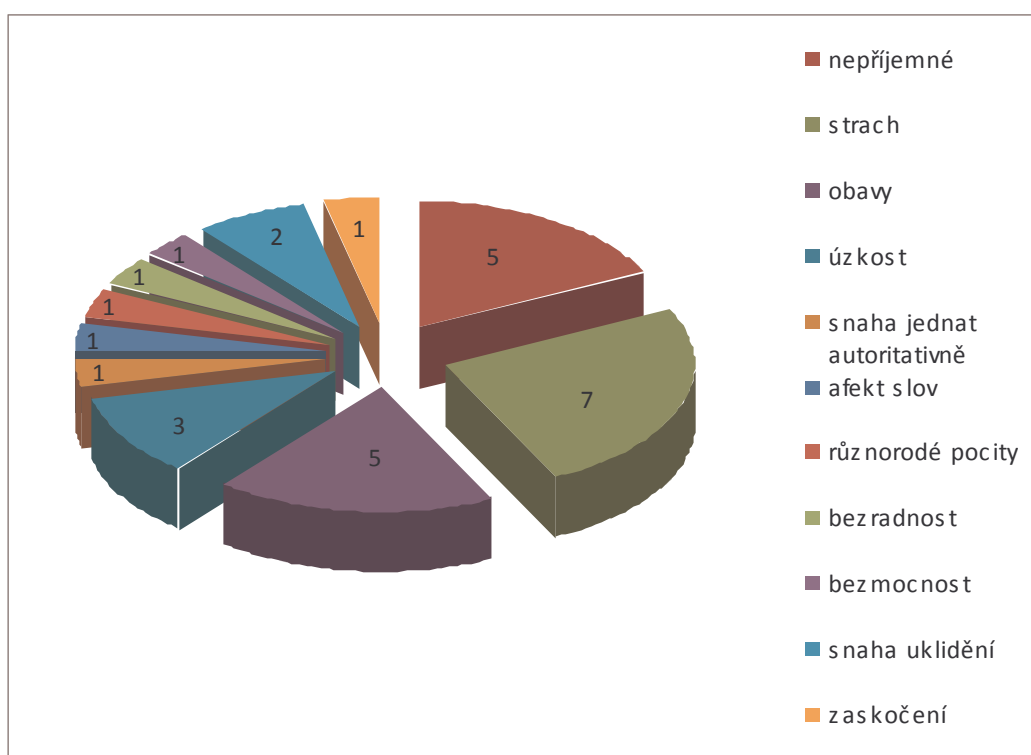


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 6: Jaké pocity ve vás agrese vyvolává? (Máte pocit, že to zvládáte?)

Z celkového počtu zaměstnanců 46 (100%) 25 zaměstnanců (49%) své pocity nevyjádřilo. 26 zaměstnanců (51%) své pocity vyjádřilo. Někteří zaměstnanci vyjádřili několik svých pocitů a někteří pouze jeden. Nejčastěji se objevují pocity strachu, které se mezi zaměstnanci vyskytují sedmkrát. Nepříjemné pocity se vyskytly pětkrát. Stejně jako obavy se vyskytly také pětkrát. Pocity úzkosti se objevily třikrát. Bezmocnost byla pocítěna dvakrát. Ostatní pocity jako jsou snaha jednat autoritativně, afekt slov, různorodé pocity, bezradnost, bezmocnost, zaskočení vyvolala agrese u zaměstnanců jedenkrát.

Graf 6: Pocity vyvolávané agresí
(výskyt pocitů)

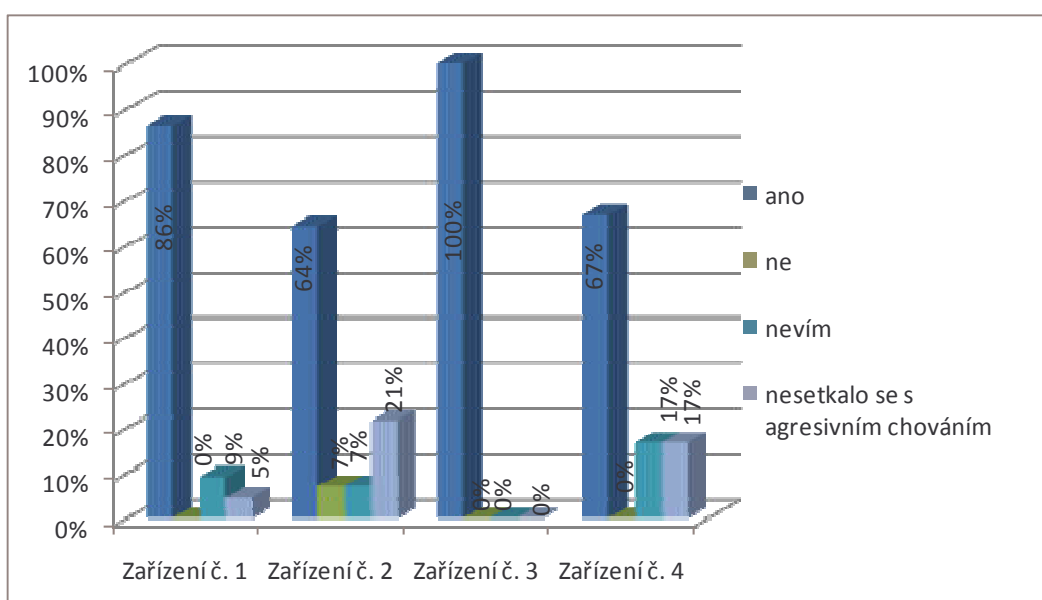


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 7: Domníváte se, že projevy agresivního chování zvládáte?

V zařízení č. 3 si myslí všichni 4 zaměstnanci (100 %), že projevy agresivního chování zvládají. V zařízení č. 1 si 19 zaměstnanců (86 %) myslí, že projevy agresivního chování zvládají, nikdo nevedl, že by nezvládl agresivní chování (0 %), 2 zaměstnanci (9 %) neví, zda zvládá a 1 zaměstnanec (5 %) se s projevy agresivního chování vůbec neseťkal. U zařízení č. 2 si 9 zaměstnanců (64 %) myslí, že projevy agresivního chování zvládají, 1 zaměstnanec si myslí, že nezvládá agresivní chování (7 %), 1 zaměstnanec (7 %) neví, zda zvládá a 3 zaměstnanci (21 %) se projevy agresivního chování vůbec neseťkali. V zařízení č. 4 si myslí (67 %) 4 zaměstnanci, že projevy agresivního chování zvládají, dále nikdo nevedl (0 %), že by projevy nezvládal, (17 %) 1 zaměstnanec neví, zda zvládá a 1 zaměstnanec (17 %) se neseťkal s projevy agresivního chování vůbec.

Graf 7: Zvládání projevů agresivního chování, dle jednotlivých zařízení (v %)



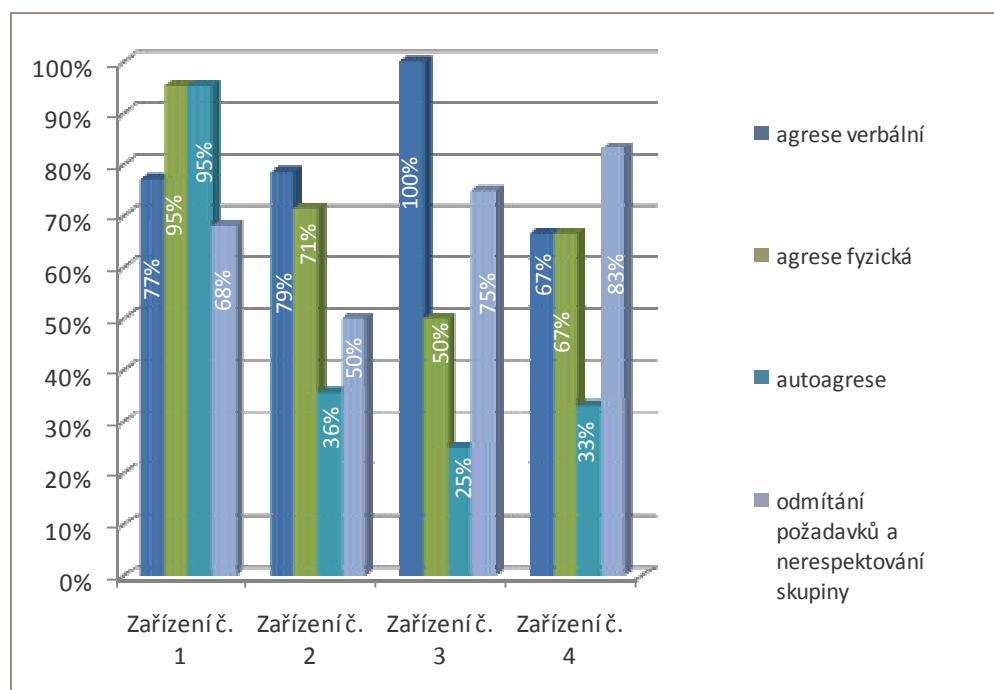
Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 8: S jakými projevy agrese jste se setkal/a?

Pracovníci měli možnost výběru z více možností typů projevů agrese, s jakými se kdy setkali na pracovišti.

V zařízení č. 1 se z 22 lidí (100 %), setkalo 17 pracovníků (77 %) s agresí verbální, 21 pracovníků (95 %) s agresí fyzickou, 21 pracovníků (77 %) s autoagresí a 15 pracovníků (68 %) s odmítáním požadavků a nerespektování skupiny. V zařízení č. 2 se ze 14ti lidí (100 %) setkalo 11 pracovníků (79 %) s agresí verbální, 10 pracovníků (71 %) s agresí fyzickou, 5 pracovníků (36 %) s autoagresí a 7 pracovníků (50 %) s odmítáním požadavků a nerespektování skupiny. V zařízení č. 3 se ze 4 lidí (100 %) setkali všichni 4 pracovníci (100 %) s agresí verbální, 2 pracovníci (50 %) s agresí fyzickou, 1 pracovník (25 %) s autoagresí a 3 pracovníci (75 %) s odmítáním požadavků a nerespektování skupiny. V zařízení č. 4 se z 6ti lidí (100 %), setkali 4 pracovníci (67 %) s agresí verbální, 4 pracovníci (67 %) s agresí fyzickou, 2 pracovníci (33 %) s autoagresí a 5 pracovníků (83 %) s odmítáním požadavků a nerespektování skupiny.

Graf 8: Nejčastější projevy agrese dle jednotlivých zařízení (v %)

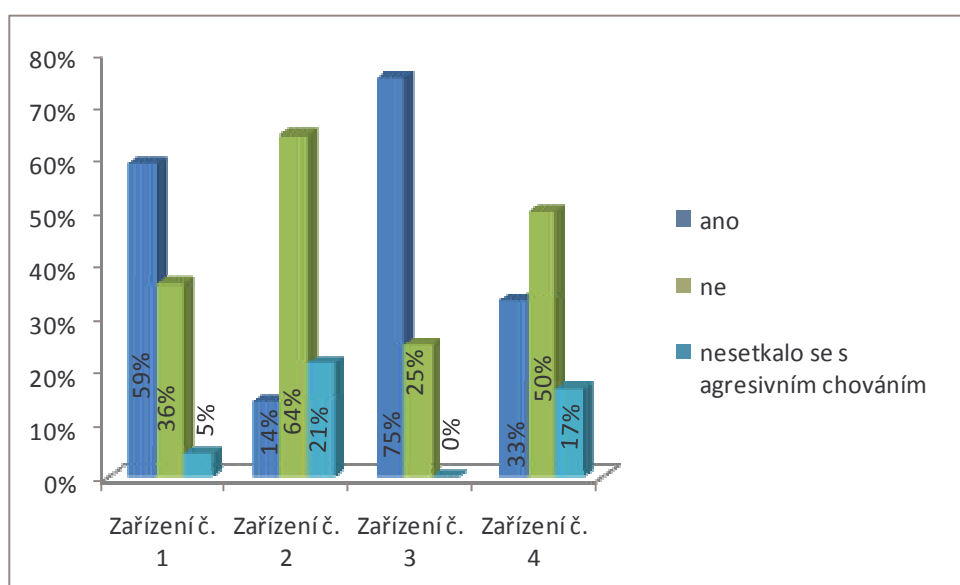


Zdroj: vlastní výzkum

**Otázka č. 9: Bylo nutné použití opatření omezující pohyb osob?
(Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, par. 89)**

Ve všech zařízeních zaměstnanci použili opatření omezující pohyb osob. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, par. 89). Nejvíce však v zařízení č. 3, kde prostředky omezující pohyb osob použili tři čtvrtiny (75 %) zaměstnanců.

Graf 9: Nutnost použití opatření omezující pohyb osob (v %)

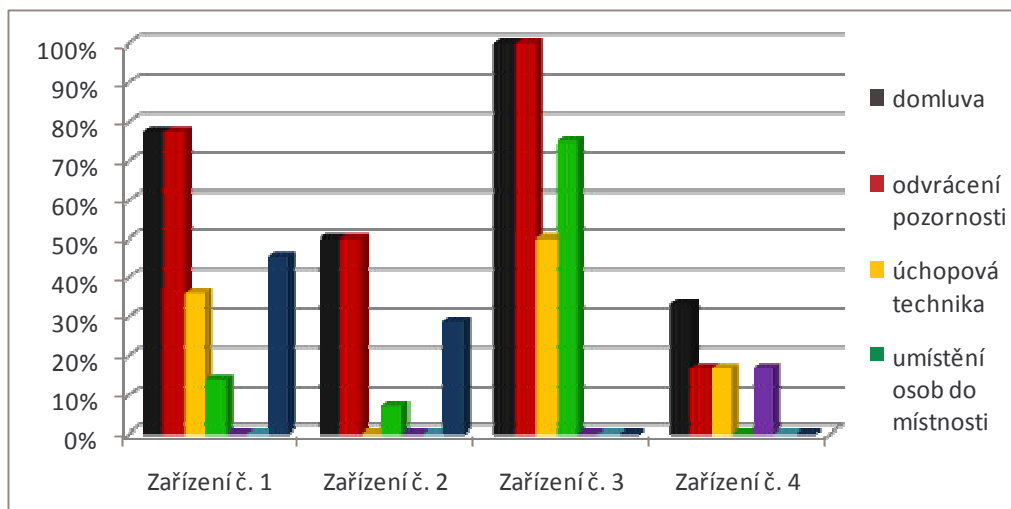


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 10: Jaká opatření byla použita

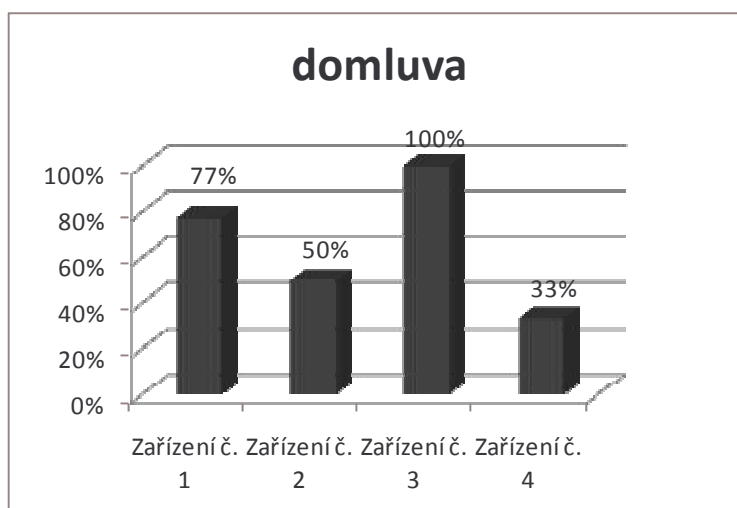
U grafu č. 10 je zobrazen přehled opatření omezující pohyb osob. Nejvíce se používá domluva a odvrácení pozornosti. Kazajky se nepoužily v žádném zařízení, kde bylo provedeno šetření. Na dalších grafech 10 a) až g) jsou rozvedena jednotlivě, jaká se kde používala opatření.

Graf č. 10: Použítá opatření



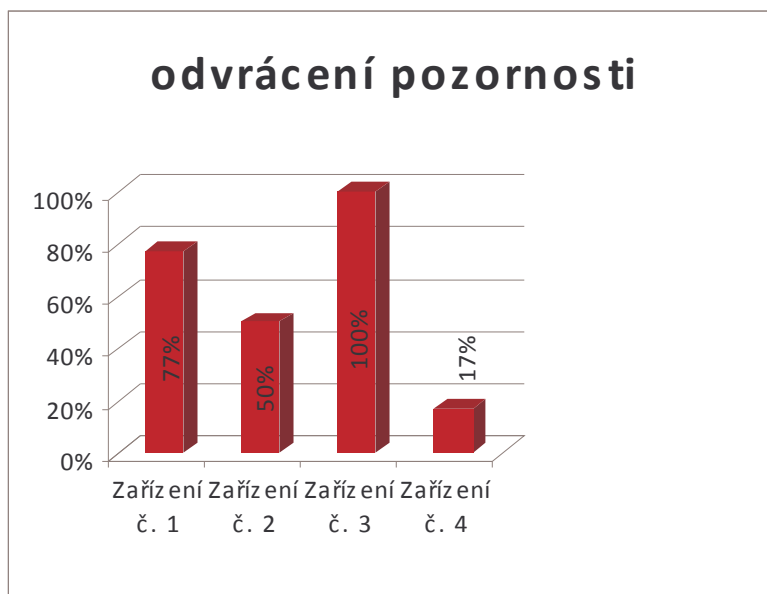
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 10. 1: Domlouvání (v %)



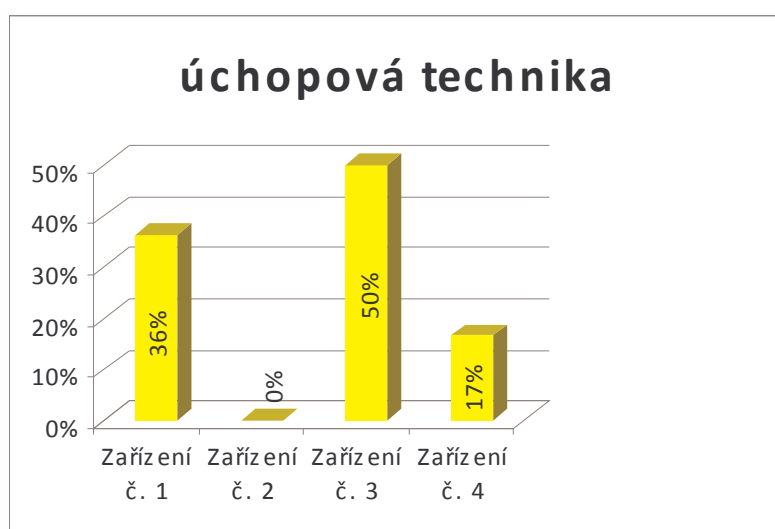
Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 10.2: Snaha odvrácení pozornosti (v %)



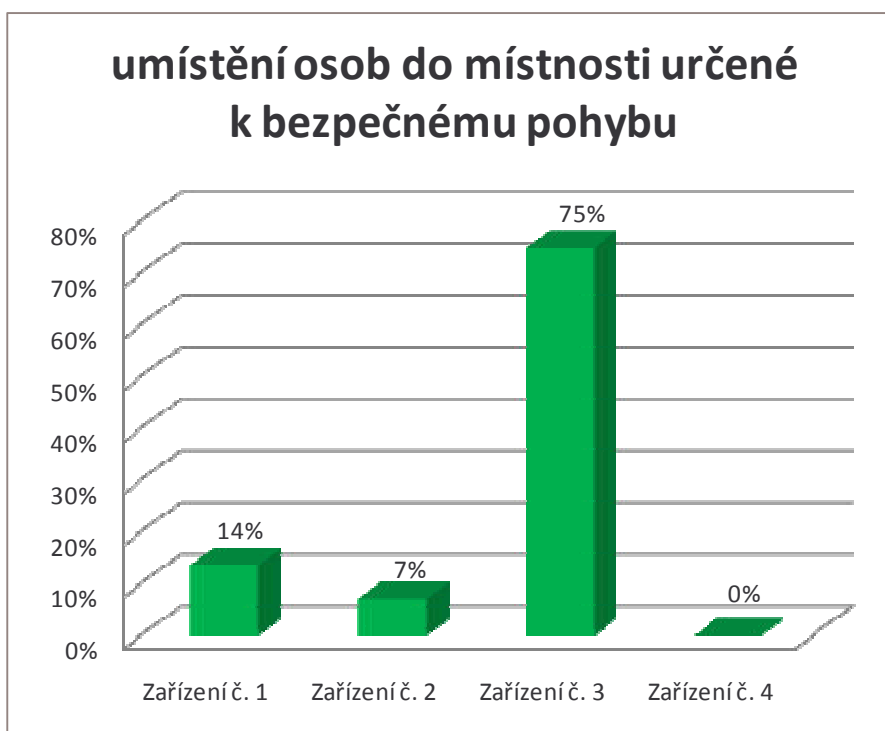
Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 10.3: Použití úchopové techniky (v %)



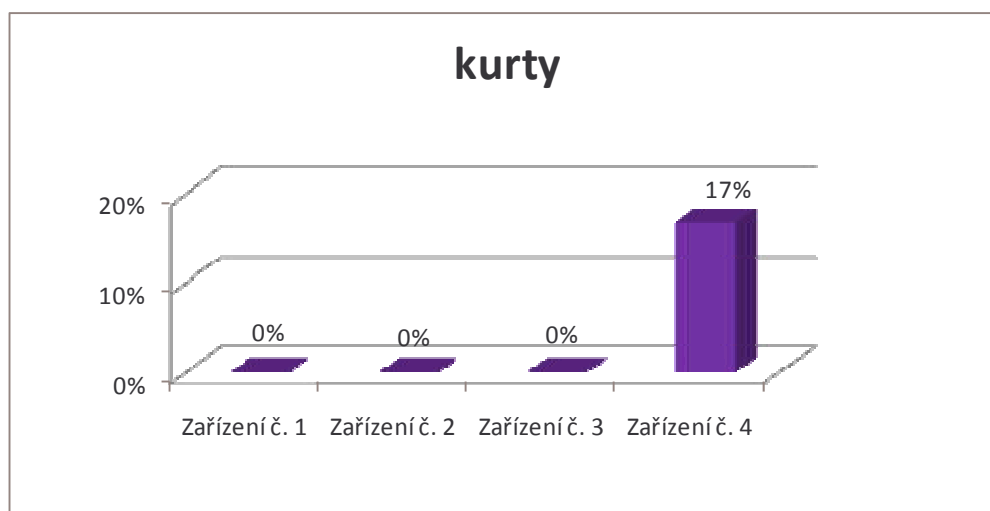
Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 10.4: Umístování osob do místnosti určené k bezpečnému pohybu (v %)



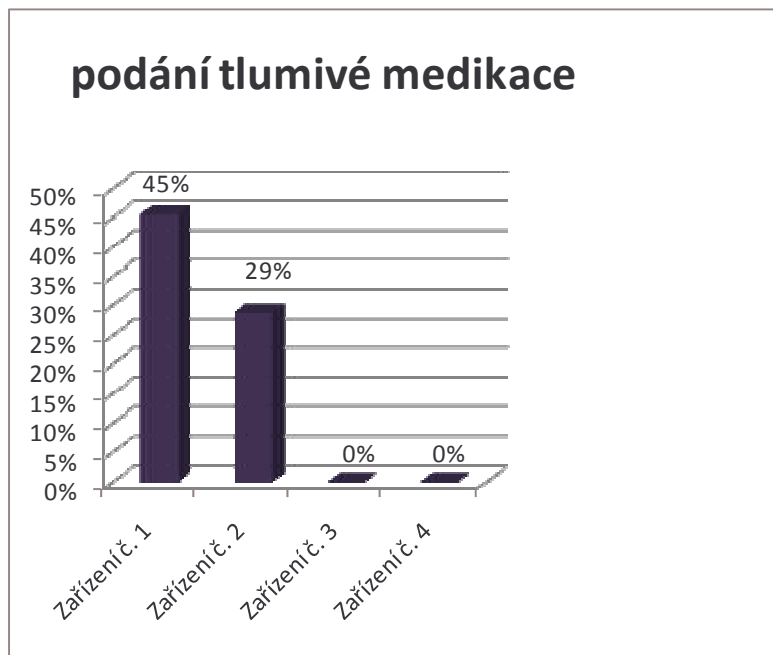
Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 10.5: Používání kurtů (v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 10.7: Podávání tlumivé medikace



Zdroj: vlastní výzkum

4. 2. Strukturovaný rozhovor

Dotazování byli lidé s mentálním postižením různého typu, ale v té míře, aby byli schopni odpovědět na kladené otázky. Otázky byly uzavřené a polootevřené. Rozhovor obsahoval celkem 8 otázek, na které se postupně odpovídalo.

Otázky jsou zpracované dle věkové kategorie a rozdělené na muže a ženy. Výsledky rozhovoru jsou zobrazeny v tabulce, která byla zhotovena v programu Microsoft Word.

Rozhovor s klienty, který je uveden níže (Tabulka č. 1), byl administrován zaměstnanci, na základě požadavku zařízení. A byl realizován v upravené podobě.

Tabulka 1: Rozhovor vedený vychovateli

	Muži		Ženy	
Věk	do 34 let	od 35 let	do 34 let	od 35 let
Pohlaví	4 muži	-	5 žen	2 ženy
1.	lyžování, jízda na kole, posilování, plavání, malování rodiny, hraní fotbalu, hraní stolního tenisu, hraní fotbalu, plavání	-	plavání, vyšívání, plavání, poslech hudby, plavání, pracuji, mytí nádobí, tanec, pomoc mamince	ruličky z papíru, utírání nádobí, malování, čtení, psaní, sledování televize
2.	nic mi nevadí, hluk, zlí lidé,	-	když někdo křičí, když někdo zlobí, když mě někdo plácá po zadku, poštuchování,	když někdo křičí, mytí schodů
3.	ano	-	ano	ano
7.	nekřičí nikdo	-	nekřičí nikdo	nekřičí nikdo

8.	ani jeden věci nerozsbíjí	-	ani jedna věci nerozsbíjí	ani jedna věci nerozsbíjí
----	---------------------------	---	---------------------------	---------------------------

Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky vyplývá, že rozhovoru se zúčastnily převážně ženy ve věku do 34 let. Muž patřící do věkové kategorie od 35 let se rozhovoru nezúčastnil. Odpovídalo celkem 11 mentálně postižených lidí, z toho 4 muži ve věku do 34 let a 7 žen. Žen ve věku do 34 let bylo 5 a ve věku od 35 byly 2. Všichni tito zúčastnění odpovídali na jednotlivé otázky.

Otázka č. 1: Co rád/a děláš?

Nejčastěji se objevovaly odpovědi, že muži ve věku do 34 let, rádi hrají fotbal a plavou. Ženy ve věku do 34 let rády plavou relaxují poslechem hudby, tancem. Ženy v zastoupení ve věku od 35 let dělají rády ruličky z papíru, sledují televizi, čtou si, malují, sledují televizi...

Otázka č. 2: Co nemáš rád/a ?

Některým mužům ve věku do 34 let nevadí nic nebo nemají rádi hluk a zlé lidi. Zato ženy ve věku do 34 let nemají rády, když někdo křičí, zlobí, pošťuchuje se. A ženy ve věku do 35 let nemají rády, když někdo křičí nebo mytí schodů.

Otázka č. 3: Je tady někdo, s kým se kamarádíš?

Muži ve věku do 35 let a ženy ve věku do 35 let a od 35 let, se jednotně shodli, že všichni mají v zařízení, ve kterém pobývají svého kamaráda nebo kamarádku.

Otázka č. 7: Křičíš?

Muži ve věku do 35 let a ženy ve věku do 35 let a od 35 let, se jednotně shodli, že nikdo nekřičí.

Otázka č. 8: Rozbíváš někdy věci?

Muži ve věku do 35 let a ženy ve věku do 35 let a od 35 let, se jednotně shodli, že ani věci nerozbívají.

V tabulce č. 2.1 až 2.8 je rozebrán rozhovor s klienty posupně podle pořadí kladených otázek ze zařízení č. 1, 2, 4.

Tabulka 2.1: Oblíbené činnosti

	Muži		Ženy	
Věk	Do 34	Od 35	Do 34	Od 35
Pohlaví	2 muži	3 muži	10 žen	5 žen
1.	vynáším odpadky, zalévám kafe vychovatelkám a sobě, jezdím na kole, uklízím, poslouchám rádio, koukám na televizi	vyšívám, pracuji v kuchyni, uklízím, stírám prach, koukám na hokej, koukám na televizi, poslouchám písničky, tancuji, procházky, rehabilitace, koupání v	vyšívám, hraju karty, hraju na počítači, vyšívám, maluju, tancuju, koukám na televizi - pohádky, jezdím na kole, chodím do kina, dám si kafe, chodím domu, chodíme ven, uklízím a myji nádobí, utírám stoly, jím, koupu se,	maluju obrazy, cvičím, učím se angličtinu, hraju na kytaru, plavu, plavu v bazénu, chodím na keramiku, hraju tenis, pletu, poslouchám rádio, kreslím, vyšívám, vybarvuju omalovánky, zametám, žehlím, myji nádobí, chodím na procházky, pletu,

		bazénu	poslouchám muziku, když mi někdo zpívá nebo hraje na hudební nástroj, mám ráda vodu, procházky venku, společnost ostatních, vyšívání, malování, poslech hudby, zpívání, keramiku, plavání, sledování televize, vařím, dělám úkoly, sportuji, jezdím na kole, tancuji moderní tance, country, keramika, pomáhám druhým, hraju na počítači hry, jím, hraji si s hračkami, mám ráda společnost,	hraji karty, hraji "Člověče, nezlob se", maluji,
--	--	--------	--	---

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 1: Co rád/a děláš?

Muži do 34 let uvedli, že rádi vynáší odpadky, zalévají kafe vychovatelkám a sami sobě, jezdí na kole, uklízí, poslouchají rádio, sledují televizi. Ve věku od 35 let uvedli různé činnosti, jako je například: vyšívání, uklízení, sledování televize, poslouchání písniček. Ženy ve věku do 34 let

nejčastěji rády vyšívají, poslouchají muziku a jedí. Ve věku od 35 často rády plavou v bazénu. (viz Tabulka 2.1)

Tabulka 2.2: Neoblíbené činnosti

	Muži		Ženy	
Věk	Do 34	Od 35	Do 34	Od 35
Pohlaví	2 muži	3 muži	10 žen	5 žen
2.	nekoukám na hokej, když se lidi hádají	2 x nevím, nerad ležím na břicho	brzo ráno vstávat, cvičit, hádání a nadávání, píchání injekcí do ruky, chodím na procházky, sama se oblékat a svlékat, čistím si zuby, lhaní, zapírání, když mi někdo poroučí, hnědé omáčky, chlad	když někdo říká vychovatelkám, co není pravda, nevím, nadávání ostatních klientů, cvičení, hluk

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 2: Co nemáš rád/a ?

Muži ve věku do 34 let nemají rádi, když se lidé hádají a nekoukají rádi na hokej. Muži ve věku od 35 let uvedli, že neradi leží na břicho a ve dvou případech že neví, co nemají rádi. Ženy ve věku do 34 let nemají rády, když se někdo hádá a nadává nebo lže, zapírá. Ženy ve věku od 35 let se shodly, se ženami ve věku do 34 let, že nemají rády nadávání. (viz.: Tabulka 2.2)

Tabulka 2.3: Přátelství

	Muži		Ženy	
	Do 34	Od 35	Do 34	Od 35
Věk	Do 34	Od 35	Do 34	Od 35
Pohlaví	2 muži	3 muži	10 žen	5 žen
3.	ano 2x	ano 3x	9 dívek má kamaráda/ku a 1 dívka nemá kamaráda/ku	ano 5x

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 3: Je tady někdo, s kým se kamarádíš?

Všichni tázaní muži ve věku do 34 let a od 35 let uvedli, že mají v zařízení někoho, s kým se kamarádí. Ženy ve věku do 34 let mají všechny také svého kamarád/a/ku v zařízení, pouze jedna žena uvedla, že kamarád/a/ku v zařízení nemá. Dotazované ženy ve věku od 35 let se ve všech případech shodly, že v zařízení mají někoho, s kým se kamarádí. (viz.: tabulka 2.3)

Tabulka 2.4: Zlobení

	Muži		Ženy	
	Do 34	Od 35	Do 34	Od 35
Věk	Do 34	Od 35	Do 34	Od 35
Pohlaví	2 muži	3 muži	10 žen	5 žen
4.	2x ne	3x ne	8x ne, 2x někdy	4x ne, 1x ano

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 4: Zlobíš?

Na otázku, zda muži zlobí, se ve věkové kategorii do 34 let a od 35 let všichni shodli, že nezlobí ani jeden. Ženy ve věku do 34 let uvedly v 8 případech, že nezlobí, ve dvou uznaly, že někdy zlobí. Ženy ve věku od 35 let ve čtyřech případech řekly, že ne a jedna sdělila, že ano. (viz.: Tabulka 2.4)

Tabulka 2.5: Činnosti při zlobení

	Muži		Ženy	
Věk	Do 34	Od 35	Do 34	Od 35
Pohlaví	2 muži	3 muži	10 žen	5 žen
5.	nezlobím, snažím se ovládat	-	ne	předstírám nemoc

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 5: Co děláš, když zlobíš?

Muži ve věku do 34 let sdělili, že nezlobí, že se snaží ovládat. Ve věkové hranici od 35 let se k této otázce nikdo nevyjádřil. Ženy ve věku do 34 let nezlobí. Žena ve věku od 35 let co uvedla, že zlobí tím myslí, že předstírá nemoc. (viz.: Tabulka 2.5)

Tabulka 2.6: Následky při zlobení

	Muži		Ženy	
Věk	Do 34	Od 35	Do 34	Od 35
Pohlaví	2 muži	3 muži	10 žen	5 žen
6.	domlouvají mi když sahám holkám na prsa	-	-	vychovatelky se zlobí

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 6: Co se stane, když zlobíš? (Jsi trestán? Jak jsi trestán?)

Muž ve věku do 34 let uvedl, že mu domlouvají, když sahá holkám na prsa. Muži ve věku od 35 let nic neodpověděli. Ženy ve věku do 34 let uvedly, že jim domlouvají (vychovatelky), nebo dostanou na zadek. Žena v zastoupení věku od 35 let sdělila, že se vychovatelky zlobí. (viz.: Tabulka 2.6)

Tabulka 2.7: Křik

	Muži		Ženy	
Věk	Do 34	Od 35	Do 34	Od 35
Pohlaví	2 muži	3 muži	10 žen	5 žen
7.	ne 2x	3x ne	1x někdy, 2x ano, 7x ne	2x ne, 3x ano

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 7: Křičíš?

Muži ve věku do 34 let a od 34 let uvedli, že ani jeden nekřičí. Ženy ve věku do 34 let uvedly v jednom případě, že někdy křičí ve dvou případech, že křičí a v sedmi případech, že nekřičí. Ženy ve věku od 35 let sdělily, že ve dvou případech křičí a ve třech případech, že nekřičí. (viz.: Tabulka 2.7)

Tabulka 2.8: Rozbíjení věcí

Věk	Muži		Ženy	
	Do 34	Od 35	Do 34	Od 35
Pohlaví	2 muži	3 muži	10 žen	5 žen
8.	ne 2x	3x ne	2 x ano, doma bouchnu dveřmi, roztrhám si oblečení, ne,	ne 5x

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 8: Rozbídíš někdy věci?

Všichni muži se ve věkové kategorii do 34 let a od 35 let shodli, že ani jeden věci nerozbídí. Ženy věku do 34 let ve dvou případech uvedly, že ano. Také, že bouchnou dveřmi nebo si roztrhají oblečení. A ženy ve věku od 35 let uvedly, že nerozbídí věci vůbec. (viz.: Tabulka 2.8)

5 DISKUZE

Ráda bych upozornila na drobné odlišnosti mezi názvy, které se v dnešní terminologii označují podle Zákona o sociálních službách – uživatel služeb (dříve klient, chovanec, svěřenec), lidé s mentálním postižením (lidé s mentální retardací, mentálně retardovaní), zařízení rezidenčního typu se nazývá Domov či Centrum (dříve ústav sociální péče). V literatuře se můžeme stále setkat s těmito různými pojmy, které mají stejný význam. Proto je uvádím v podobě převzaté z citované literatury.

Přikláním se k názoru Pipekové (20), že v naší společnosti mají ústavy sociální péče dosud své nezastupitelné místo. A názory o jejich zrušení, které se objevují, jsou nezodpovědné vůči klientům, kteří nacházejí v těchto ústavech náhradní domov.

S příchodem nového roku 2009 se užívá již 10. revize druhého vydání Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů v platnosti od roku 1. 1. 2009. Vzhledem k tomu, že bylo zpracováváno rozdělení mentální retardace z nynější dostupné literatury, kde ještě nebyly použity pojmy z aktualizovaného druhého vydání MKN-10, je upřesněna terminologie mezi prvním vydáním a druhým vydáním. Upřesnila se lehká mentální retardace. Diagnóza zahrnuje lehkou slabomyslnost (oligofrenie), lehkou mentální abnormalitu. Pojem středně těžká mentální retardace se upřesnila na střední mentální retardaci. Mentální věk se u dospělých pohybuje mezi 6 až 9 let. A diagnóza s sebou nese místo středně těžké mentální retardace středně těžkou mentální subnormalitu. U těžké mentální retardace se pozměnil mentální věk na úroveň 3 až 6 let. A s diagnózou souvisí těžká mentální subnormalita a těžká slabomyslnost (oligofrenie), idioimbecilita. Hluboká mentální retardace je na úrovni menší než 3 roky. Původní nespecifikovaná mentální retardace se upřesnila na neurčenou mentální retardaci a diagnóza zahrnuje mimo jiné i slabomyslnost nervové soustavy (oligofrenii). (18)

Stejně jako Slowík (24) si myslím, že mnohá média představují ústavy sociální péče, které jsou podle zákona o sociálních službách (zák. 108/2006 Sb.) přejmenované na Domovy pro osoby se zdravotním postižením, jako zastaralé a neefektivní instituce. Kvalita jimi poskytované péče se ale výrazně zvyšuje, zejména v souvislosti se zaváděním standardů kvality sociálních služeb. Z dřívějších „chovanců“ a „svěřenců“, jak byli jejich obyvatelé v minulosti nazýváni, se stávají většinou více méně spokojení klienti. Potvrdily to i výsledky z monitoringu mezi klienty, kde většina uvádí, že v zařízení kde pobývají, mají svého kamaráda nebo kamarádku (Otázka č. 3, Tabulka č. 1 a 2 c).

Při zpracovávání výsledků z dotazníku, bylo zjištěno, že dotazník pro zaměstnance vyplňoval pouze jeden muž (graf 1). Tento fakt je vhodný k zamyšlení, proč v sociálních službách pracují většinou samé ženy? Že by muži upřednostňovali jiná zaměstnání a práce v sociálních službách není pro ně dostatečně zajímavá?

Věková hranice zaměstnanců převažovala mezi 31 až 40 let, jak ukazuje graf č. 2. U otázky č. 10 se vyskytla potřeba některých zaměstnanců opravit a změnit pojem „podání tlumivé medikace“ na „podání zklidňující medikace“. Označení tlumivá medikace bylo užito záměrně. Jde o obecné označení, srozumitelné pro všechny. To samé by se muselo změnit u více pojmů, kde odborné označení daného omezujícího prostředku je odlišné. Například: kazajka jako omezovací kabátek, tlumivá medikace jako zklidňující medikace atd.

Jeden ze zaměstnanců se vyjádřil obsáhle k otázce 6 v dotazníku, formou volné výpovědi. Cituji: „ S agresivním chováním jsem se u MP setkal/a. Není to nic příjemného, ale měli bychom vzhledem k dosaženému vzdělání na to být připraveni a hlavně vybavení pro následné odvrácení, respektive komunikaci s agresivním jedincem. V mém případě řešením byla vždy domluva, odvrácení pozornosti, změna činnosti příp. izolování agresivního jedince nebo skupiny. V zařízení, kde jsem pracoval/a několik let, jsem se setkal/a i s agresí fyzickou

nebo autoagresí (sebepoškozováním). V některých nevyhnutelných případech musel pedagogický sbor použít i úchopovou techniku ke zvládnutí agresivních jedinců. V mnoha případech stačilo pro zklidnění agresivního jedince použít jednoduchého rozhovoru s „nějakou osobou“, ke které měl agresivní jedinec důvěru a měl s ní vytvořen pracovně – přátelský vztah.“ Sdílím také tento názor, že bychom měli být na situaci, kde se setkáme s agresivním chováním, připraveni a vybaveni pro následné odvrácení, vzhledem ke svému vzdělání.

V dnešní době ne všichni zaměstnanci pracující v sociální sféře, mají dostatečné vzdělání nebo vědomosti ke zvládnutí agresivního chování. Tento fakt lze potvrdit z provedeného výzkumu, že se najdou někteří pracovníci s lidmi s mentálním postižením (graf č. 4), kteří nejsou seznámeni s paragrafem 89, zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách, který popisuje opatření omezující pohyb osob. Většina pracovníků uvedla, že při jejich praxi bylo nutné použití opatření omezující pohyb osob dle par 89 (graf č 9). A je to přímo i konkrétně doporučeno od MPSV (41), že by měl mít poskytovatel vypracován systém vzdělávání pracovníků v problematice zvládnutí rizikového chování. Pracovníci přímo poskytující péči by měli absolvovat výcvik v postupech prevence, snížení eskalace a pravidlech šetrné sebeobrany při rizikovém chování.

V dotazníku u otázky č. 10 byly uvedeny způsoby opatření omezující pohyb osob. Někteří pracovníci explicitně zdůraznili, že domluva a odvrácení pozornosti není opatření omezující pohyb osob. Ve smyslu uvedené zákonné normy se skutečně nejedná o omezovací prostředky. Byly tam uvedeny záměrně, protože slovní zklidnění situace, odvrácení pozornosti, rozptýlení, aktivní naslouchání předchází k použití omezovacích prostředků.

Otakar Motejl, ombudsman (38) uvádí, že přestože naprostá většina omezovacích prostředků musí být ordinována lékařem a zaznamenána ve zdravotnické dokumentaci, lékaři často předepisují omezovací prostředek obecně jako „prevenci pádu“, takže sestry pak mohou podle vlastního uvážení pacienta upoutat ke křeslu nebo v lůžku (ochránce upozornil, že každé

rozhodnutí o omezení je výhradně v kompetenci lékaře, výjimky jsou možné jen tehdy, když situace vyžaduje bezodkladné řešení).

Čadilová (5) uvádí, že jako pozitivní se jeví ustanovení odstavce 5 paragrafu 89, že „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“ V zákoně je tedy nepřímo zakotvena povinnost dělat taková preventivní opatření, jako je např.: úprava prostředí, zkvalitňování péče, navyšování personálů, úprava individuálních plánů uživatelů, aby se zabránilo situacím, při nichž je třeba použít opatření omezující pohyb osob. Ale Otakar Motejl, ombudsman (38) ve své Zprávě za třetí čtvrtletí roku 2008 uvádí, že nedostatkem finančních prostředků jsou zvláště citelně postiženi pacienti trpící demencí a těžce mentálně postižení. Zcela ojedinělé bezbariérové přístupy, často chybějící výtahy, velká, členitá a málo přehledná oddělení, to vše vyžaduje restriktivnější přístup k pacientům.

V národním plánu opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení (39) se uvádí, že vznik bariér je ve většině případů neopodstatněný, jejich odstranění vede celkově k humanizaci životního prostředí pro většinu občanů a v cílu číslo osm se budou snažit vytvořit podmínky pro zřizování chráněného bydlení (mentálně postižení, duševně nemocní).

Zpracováním dat bylo zjištěno, že většina pracovníků se už setkala s projevy agresivního chování u lidí s mentálním postižením (Graf 5). Proto je tato problematika aktuální a je třeba hledat způsoby, jak agresivnímu chování předejít, případně zvládat jeho průběh. Nejčastěji se vyskytuje agrese verbální a agrese fyzická (Graf 8). Potvrdilo se, že ve většině případů postačily použít opatření pro zabránění nebo odvrácení agresivního jednání jak ukládá zákon č. 108/2006 Sb.(Graf 10. 1., 10. 2, 10. 3) A ve výjimečných případech se použilo opatření, jako je úchopová technika (Graf 10.4), kurty (Graf 10.5), podání tlumivé medikace (Graf 10.7) a v Grafu 10.6 si můžeme všimnout, že podle provedeného výzkumu se kazajka nepoužila v žádném

ze zkoumaných zařízení. Většina pracovníků projevy agrese zvládá, ale naleznou se i tací, kteří si myslí, že ji nezvládají (Graf 7). U pracovníků vyvolává agrese negativní a nepříjemné pocity. Většinou jsou to nepříjemné pocity, strach, obavy, úzkost (Graf 6). Pro zvládnutí agresivního chování, lze doporučit pracovníkům na základě výzkumu, aby přistupovali k agresivitě v klidu a jednali s rozvahou.

Účast na některých seminářích či kurzech, týkající se prevence situací, které by mohly vést nebo vedou k užití omezovacích prostředků pro uživatele, pořádané pod záštitou Ministerstva práce a sociálních věcí, by jistě byla přínosná. Pro pracovníky, kteří pečují o lidi s mentálním postižením, je také vhodné zúčastnit se supervize.

V souboru osob s mentálním postižením převažovaly ženy ve věku do 34 let. Výběr věkové kategorie ani pohlaví nebyl záměrný. Rozhovor s lidmi s mentálním postižením byl prováděn na základě přidělení a uvážení od pracovníků, s kým má být rozhovor prováděn. Kritériem pro výběr bylo, aby byli schopni odpovědět na kladené otázky. Nebylo úmyslem zatěžovat lidi s těžkou a hlubokou mentální retardací, kteří by nebyli schopni odpovědět na otázky. Z výzkumu vyplývá, že je vhodné udržovat a mít přátelské vztahy, aby se předcházelo agresivnímu chování. Dokládá to tabulka 1, tabulka 2.3, otázka č. 3, protože ti respondenti, kteří odpověděli, že mají přátele, posléze uvedli, že nezlobí (tabulka 2.4, otázka č. 4). Ve většině případů lidé s mentálním postižením uváděli záporné odpovědi na otázky, které zněly: Křičíš? (otázka č. 7, tabulka 1, tabulka 2.7) Rozbíjíš někdy věci? (otázka č. 8, tabulka 1, tabulka 2.8) To se vylučuje s odpověďmi zaměstnanců, kteří uvedli, že se ve většině případů setkali s projevy agresivního chování (graf 5). Lze usuzovat, dle těchto výpovědí, že lidé s mentálním postižením, se za své chování buď stydí a snaží se ho popírat, nebo si ani neuvědomují, že dělají něco špatně, co je v rozporu s normálním chováním. Otázka je ovšem, kdo co považuje za normální chování? Může být na jedné straně vychovatel, který má větší toleranci k chování svých klientů a na straně druhé

vychovatel, který netoleruje ani například zvýšení klientova hlasu. Nebo je také možné, že lidé s mentálním postižením, se kterými byly vedeny rozhovory, byli spokojeni bez žádné frustrace. Jak uvádí Pokorný (42), výskyt agresivního chování vždy předpokládá frustraci a existence frustrace vede vždy k nějaké formě agrese. Z rozhovoru u tabulky č. 1 a tabulky č. 2.1, kde byla položena otázka č. 1 „Co ráda děláš?“ vyplynulo plno zájmů, tudíž se lze dle těchto výsledků domnívat, že pokud mají lidé nějaké zájmy, koníčky a jejich potřeby jsou naplněny, snižuje to riziko vzniku agresivního chování. K tomu patří také vyplnění volného času.

Při rozhovoru u otázky č. 2, tabulka 1 a tabulka 2.2 se ukázalo, že uživatelé nemají rádi, když někdo křičí, nadává, hádá se. Proto je třeba se snažit tyto nežádoucí jevy omezit, v nejlepším případě odstranit, pokud vzniknou mezi uživateli nebo ze stran zaměstnanců k uživatelům.

V jednom zařízení se naskytla výjimka, kde nebyl osobně tazatelem veden rozhovor. Rozhovor s jedenácti klienty administrovali vychovatelé. A do přílohy poté uvedli – cituji: „*Naše zařízení navštěvují dospělí lidé s mentálním postižením, kteří nemohou ani objektivně odpovědět na otázky číslo 4, 5 a 6. V rámci svých rozumových schopností se snaží respektovat standardy kvality sociální služby, zásady společenského chování následně spolužít s ostatními uživateli*“ V rámci tohoto výzkumu nešlo o objektivní odpovědi na dané otázky, ale pouze o zmapování situace.

V zařízení č. 4 mi bylo umožněno pouze rozdáni dotazníků. Rozhovor s klienty zde proveden nebyl.

6 ZÁVĚR

Cílem práce bylo zmapování projevů, příčin, možností předcházení a zvládnutí agresivního chování ve skupině lidí s mentálním postižením. Z provedeného výzkumu usuzuji, že cíl práce stanovený v zadání byl splněn. Zpracováním dat jsem zjistila, že většina pracovníků se již setkala s projevy agresivního chování u lidí s mentálním postižením. Nejčastěji se vyskytuje agrese verbální a agrese fyzická. Potvrdilo se, že ve většině případů postačila použít opatření pro zabránění nebo odvrácení agresivního jednání, jak ukládá zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Dále je z výsledků patrné, že pokud mají lidé nějaké zájmy, koníčky a jejich potřeby jsou naplněny, snižuje to riziko vzniku agresivního chování. Přátelské vztahy mezi klienty, vyplnění jejich volného času, mohou také předcházet vzniku agrese. Omezit křik, nadávání, hádky, pokud vzniknou mezi uživateli nebo ze stran zaměstnanců k uživatelům. Pro zvládnutí agresivního chování jsem zjistila, že by se mělo přistupovat k agresivitě v klidu a jednat s rozvahou.

Domnívám se, že agresi by bylo možné předcházet mimo jiné i podporou přátelských mezilidských vztahů, emocionální podporou a spravedlivým přístupem ke všem.

Účast na některých seminářích či kurzech, týkající se prevence situací, které by mohly vést nebo vedou k užití omezovacích prostředků pro uživatele, pořádané pod záštitou Ministerstva práce a sociálních věcí, by jistě byla přínosná. Pro pracovníky, kteří pečují o lidi s mentálním postižením, je také vhodné zúčastňovat se supervize.

Otázky problematiky agresivního chování jsou natolik složité, že bude potřeba jim věnovat pozornost i do budoucna.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ANTIER, E. *Agresivita dětí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 104 s. ISBN: 80-7178-808-2
2. BARTOŇOVÁ, M. – BALZAROVÁ, B. – PIPEKOVÁ, J. *Psychopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido 2007. 150 s. ISBN: 978-80-7315-144-7
3. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentu podle CSN ISO 690 a CSN ISO 690-2: Část 1 – Citace: metodika a obecná pravidla. Verze 3.3*. [online] ©1999–2004, [cit. 2009-04-03] poslední aktualizace 11.11. Dostupné z: 2004. <<http://www.boldis.cz/citace/citace1.pdf>>.
4. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentu podle CSN ISO 690 a CSNISO 690-2: Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentu. Verze 3.0 (2004)*. ©1999–2004, [cit. 2009-04-03] poslední aktualizace 11. 11. Dostupné z: <<http://www.boldis.cz/citace/citace2.pdf>>.
5. ČADILOVÁ, V. - JŮN, H. - THOROVÁ, K. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 248 s. ISBN 978-80-7367-319-2.
6. DAHLKE, R. *Agrese jako šance: Psychická podstata zdravotních problémů a onemocnění*. 1. vyd. Euromedia Group, k. s. 2005. 445s. ISBN: 80-249-0546-9
7. *Deklarace o právech mentálně postižených osob*. [online]. Poslední aktualizace 23. 4. 2007 [cit. 2009-02-10] Dostupné z: <http://poradna.centrumlada.cz/vismo/dokumenty2.asp?id_org=600183&id=1023&p1=1009>.

8. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost. Příručka pro uživatele.* 4. dotisk 3. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
9. *Dobromysl* [online]. Copyright (c) 2002 – 2008. [cit.2008-11-05]. ISSN: 1214-2107. Dostupné z <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=49>>.
10. HARTL, P. - HARTLOVÁ, H.: *Psychologický slovník.* 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN: 80-7178-303-X
11. IRA, V. *Speciální pedagogika: psychopedie.* České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta. 2006, studijní text
12. Jaké jsou alternativy síťových lůžek? *Psychologie dnes*, roč. 13, č. 1, Praha: Portál, 2007. s. 47. ISSN: 1212-9607
13. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: Somatopedická a psychologická hlediska.* 2. vyd. Praha: Triton, 2006. 173 s. ISBN: 80-7254-730-5
14. KORHUTOVÁ, L., et.al. *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa.* 1. vyd. Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených, ISBN: 80-903658-0-9, Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc, 2005, 268 s, ISBN: 80-244-1168-7
15. KOŘÍNKOVÁ, D., et. al. *Ochrana práv a uplatnění vlastní vůle uživatele sociální služby, opatření omezující pohyb, způsobilost k právním úkonům a opatrovnictví.* In *Standardy kvality sociálních služeb - výkladový sborník pro poskytovatele.* [online] 9. 10. 2008, 1. Vydání, MPSV, Praha, 2008.

[cit. 2009-04-03] Dostupné z:

<http://www.mpsv.cz/files/clanky/5966/4_vykladovy_sbornik.pdf>.

16. KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 80 s. ISBN: 80-2754-662-7
17. KOZLOVÁ, L. - KUBELOVÁ, V. *Jak psát bakalářskou a diplomovou práci*. 1. vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. 2008. 56 s. ISBN:978-80-7394-112-3
18. KREJČÍŘOVÁ, D. *Poruchy inteligence*. In Psychodiagnostika dětí a dospívajících. 1. vyd. Praha: Portál 2001. 792 s. ISBN: 80-7178-545-8
19. KREJČÍŘOVÁ, O. *Speciální pedagogika mentálně retardovaných*. In Speciální pedagogika. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 2006. 161 – 173. ISBN: 80-244-1475-9
20. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, 287 s. ISBN: 80-7178-549-0
21. MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 2. vyd. Praha: Slon, 1999.159 s. ISBN: 80-85850-76-1
22. MICHALÍK, J. *Postižení, společnost, právo*. In Speciální pedagogika. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 2006. 31 – 47. ISBN: 80-244-1475-9
23. MPSV. *Doporučený postup Ministerstva práce a sociálních věcí ČR pro používání opatření omezující pohyb osob*. [online]. Poslední aktualizace

3. 7. 2008 [cit. 2009-04-20] Dostupné z:
http://www.mpsv.cz/files/clanky/5532/doporuceny_postup.pdf>.
24. MPSV. *Tisková zpráva k používání opatření omezující pohyb osob v zařízení sociálních služeb v souvislosti s reportáží BBC.* [online]. Poslední aktualizace 2008. [cit. 2009-04-20] Dostupné z:
<http://www.mpsv.cz/files/clanky/5004/16012008.pdf>>.
25. MPSV. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů.* [online]. 3. 11. 2008 [cit. 2009-02-25] Dostupné z:
<<http://www.mzd.cz/Odbornik/Pages/881-mkn-10-mezinarodni-klasifikace-nemoci.htm>>.
26. MPSV. *Problematika restriktivních opatření.* [online]. Poslední aktualizace 7.11.2008 [cit.2009-03-14] Dostupné z:
<<http://www.mpsv.cz/cs/1087>>.
27. NAKONEČNÝ, M. *Základy psychologie.* 1. vyd., dotisk. Praha: Academia 2002. 590 s. ISBN: 80-200-0689-3
28. NRZP. *Národní opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení.* [online]. Poslední aktualizace 2007. [cit. 2009-04-10] Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/narodni-plan-opatreni-pro-snizeni-negativnich-dusledku-zdravotniho-postizeni/>>.
29. PIPEKOVÁ, J., et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky.* 2. vyd. Brno: Paido, 2006. 408 s. ISBN 80-7315-120-0.

30. PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. 1. vyd. Brno: MSD, 2006. 208 s. ISBN 80-86633-40-3.
31. POKORNÝ, V. et al. *Prevence sociálně patologických jevů. Manuál praxe*. 2. vyd. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky r.s., 2001. 71 s. ISBN: 80-86568-03-2
32. PONĚŠICKÝ, J. *Agrese, násilí a psychologie moci*. 1. Vyd. Praha: Triton, 2005. 226s. ISBN: 80-7254-593-0
33. SCHULZE, R. – ROBERTS, D. R. *Emoční inteligence: přehled základních postupů*. 1. vyd. Praha: Portál 2007. 368 s. ISBN: 978-80-7367-229-4
34. SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
35. SOBEK, J., et al. *Práva lidí s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Portus, 2007, 99s, ISBN: 978-80-239-9399-8
36. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006. 200 s. ISBN 80-7367-060-7.
37. VALENTA, M. - MÜLLER, O.: *Psychopedie*. 3. vyd. Praha: Parta, 2007. 378 s. ISBN 978-80-7320-099-2.
38. VOKURKA, M. - HUGO, J. et al. *Velký lékařský slovník. Speciální vydání*. Praha, Maxdorf, 2002, 925 s, ISBN: 80-85912-70-8

39. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004, 870 s, ISBN: 80-7178-802-3
40. MOTEJL, O. *Zpráva za třetí čtvrtletí roku 2008*. [online] 2008. [cit. 2009-04-03] Poslední aktualizace 22. 10. 2008 Dostupné z: <<http://www.ochrance.cz/dokumenty/dokument.php?back=/cinnost/zpravy.php&doc=1350>>.
41. VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika: Integrace školní a sociální*. 2. vyd. Brno: Paido, 2004, 463s, ISBN: 80-7315-071-9
42. *Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění.*
43. *Zákon č. 140/1961Sb., trestní zákon, ve znění pozdějších předpisů*
44. *Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, v platném znění*
45. *Zákon č. 65/ 1965 Sb., zákoník práce, v platném znění*
46. *Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění.*
47. *Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů*
48. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.*

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Agresivita

Klasifikace mentální retardace

Mentální retardace

Opatření omezující pohyb osob

Restriktivní opatření

Ústavní péče

9 PŘÍLOHY

Příloha 1: Dotazník pro zaměstnance

Příloha 2: Záznamový arch pro lidi s mentálním postižením

Příloha 1

Dotazník pro zaměstnance pracující s lidmi s mentálním postižením

Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Jitka Baštová a jsem studentka ZSF Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Dovolte mi prosím položit Vám několik otázek, které mi budou podkladem při vypracování bakalářské práce na téma: „ *Problematika agresivního chování u lidí s mentálním postižením.*“

Proto prosím o zodpovědné a pravdivé vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní a veškeré údaje, které zde uvedete, použiji pouze pro svou práci. Vybranou odpověď prosím označte zaškrtnutím, případně doplňte.

Děkuji za upřímné odpovědi, ochotu a čas věnovaný tomuto dotazníku.

1. Jste: muž žena

2. Kolik Vám je let?

- Méně než 20
- 21 až 30
- 31 až 40
- 41 až 50
- 51 až 60
- 61 a více

3. Jak dlouho pracujete s mentálně postiženými lidmi?(let)

4. Jste seznámen/a s paragrafem 89, zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, který vymezuje postup při použití opatření omezujících pohyb osob?

ano

ne

5. Setkal/a jste se v průběhu své práce s projevy agresivního chování u vašich klientů?

ano

ne

V případě odpovědi NE, dotazník pro vás končí, ještě jednou děkuji za odpovědi.

6. Jaké pocity ve Vás agrese vyvolává? (Máte pocit, že to zvládáte?)

Prosím rozepište:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

7. Domníváte se, že projevy agrese mentálně postižených lidí zvládáte?

- ano
- ne
- nevím

8. S jakými projevy agrese jste se setkal/a? (Prosím, doplňte číslicí v kolika případech; může být zaškrtnuto i více možností.)

- agrese verbální
- agrese fyzická
- autoagrese
- odmítání požadavků a nerespektování skupiny.....

9. Bylo nutné použití opatření omezující pohyb osob (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, par. 89)

- ano
- ne

10. Pokud ano, jaká opatření byla použita? (Prosím, doplňte číslicí, v kolika případech; může být zaškrtnuto i více možností.)

- domluva.....
- odvrácení pozornosti.....
- úchopová technika
- umístění osoby do místnosti určené k bezpečnému pohybu
- kurty
- kazajky
- podání tlumivé medikace

Příloha 2

Záznamový arch pro lidi s mentálním postižením

Pohlaví: muž žena

Věk:

1. Co rád/a děláš?

2. Co nemáš rád/a?

3. Je tady někdo, s kým se kamarádíš?
 ano ne

4. Zlobíš? ano ne

5. Co děláš, když zlobíš?

6. Co se stane, když zlobíš? (Jsi trestán? Jak jsi trestán?)

7. Křičíš? ano ne

8. Rozbíjíš někdy věci?