

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Lucie Bašeová

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
Zdravotně sociální fakulta

**Schopnost sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách
pracovat
s agresivitou u klienta s těžkým mentálním postižením**

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce:
doc. PhDr. Ing. Hana Konečná, Ph.D.
datum odevzdání : 14.8.2012

Autor bakalářské práce:
Lucie Bašeová

Abstrakt

Agrese a agresivní projevy chování klientů jsou běžnou součástí života v sociálním zařízení. Zaměstnanci jsou školeni na zvládnutí projevů nepřiměřeného chování klientů, mnohdy se v této souvislosti musí vypořádávat s velmi nepříjemnými situacemi a snažit se zabránit zvyšování jejich četnosti. V současné době je tato problematika velmi aktuální a je nutno říci, že ne vždy je pracovníky v sociálních službách zvládnuta tak, aby došlo k co nejmenší újmě jak na straně klienta, tak na straně sociálního pracovníka.

V úvodu své práce jsem se zabývala pojmem mentální retardace, podrobněji jsem se zaměřila na její stupně podle mezinárodní klasifikace nemocí. Dále zmiňuji nejčastější přidružená onemocnění a typy služeb a zařízení, která jsou v současné době lidem s postižením k dispozici. Protože bych čtenáři ráda poskytla co nejucelenější přehled o dané problematice, zabývám se zde nejen základními pojmy z této oblasti (mentální retardace, autismus, sociální pracovník či zařízení sociální péče), ale snažím se také o její rozkrytí širšímu okruhu pracovníků v sociálních službách.

Cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat schopnost pracovníků v sociálních službách zvládat agresivní projevy chování u klientů, určit spouštěče tohoto chování, zmapovat konkrétní metody používané ke snížení četnosti těchto projevů, ať už se jedná o systematickou práci s jednotlivcem nebo ve skupině, nebo přímo o úchopové techniky. Pokud jsou naplněny základní potřeby klienta, pracovníci jsou pravidelně vzděláváni a dodržují strukturovaný režim, je četnost projevů jejich agresivního chování výrazně nižší.

V bakalářské práci jsem pro svůj výzkum použila kvantitativní přístup. Data jsem získala prostřednictvím anonymního dotazníku, který jsem rozdala respondentům. Z výzkumu vyplynulo, že všech 42 dotazovaných osob se při své práci alespoň jedenkrát v životě setkalo s agresivním chováním klientů. Ke zvládnutí situace pak většinou stačilo odvést pozornost klienta jinou alternativní činností nebo jej slovně uklidnit, případně použít některou z úchopových technik.

Abstract

Aggression and aggressive behaviour of clients is a common part of life in a social facility. Employees are trained to cope with inappropriate behaviour of clients and often have to deal with really awkward situations and have to try hard to prevent the increase of frequency of such behaviour. This issue is really topical and it is necessary to say that the employees do not always cope with the situation in a way that would pose minimum harm to both the client and the social worker.

In the introduction I dealt with clarification of types of mental retardation, I looked in detail at its degrees according to international classification of diseases. I also mentioned most frequent associated diseases and types of services and facilities that are available to people with disabilities.

I would like to provide a reader of the thesis with a complex overview of this issue and thus I deal not only with basic concepts that relate to the topic (mental retardation, autism, social worker or facilities of social care), but I also try to uncover it and bring it closer to wider range of personnel in social services.

The objective of the thesis was to clarify causes of aggressive behaviour of a client with heavy mental retardation, to mention some triggers of this behaviour and to focus on particular methods used by workers in social services – both on systematic work with an individual or in a group, or on grip techniques. If client's elementary needs are fully met – the workers are regularly trained and follow a structured regime that is really beneficial for a client with heavy mental retardation – the frequency of aggressive behaviour is significantly lower.

Quantitative methods of data gathering were applied for the thesis. I used a quantitative questionnaire in a printed form to obtain the data. The data showed that all 42 respondents (100%) experienced at least once in their life aggressive behaviour of their clients. At a time when a client behaved aggressively, to divert his attention to an alternative activity helped in most cases to cope with the situation. Alternatively, to calm down the client verbally or to use verbal calming down in combination with grip techniques also helped.

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

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

V Praze dne 14. srpna 2012

.....

Lucie Bašeová

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla velice poděkovat paní doc. PhDr. Ing. Haně Konečné, Ph.D. za její vstřícnost, ochotu, trpělivost a pomoc při zpracování mé bakalářské práce.

Dále bych moc ráda poděkovala své rodině za trpělivost a Mgr. Tereze Kolářové za věcné připomínky.

OBSAH

ÚVOD	9
1 SOUČASNÝ STAV	10
1.1 Mentální retardace	10
1.1.1 Charakteristika mentální retardace	10
1.1.2 Dělení mentální retardace	10
1.1.3 Klasifikace mentální retardace	10
1.1.4 Druhy mentální retardace	12
1.1.5 Příčiny vzniku mentální retardace	12
1.1.6 Nejčastější přidružená onemocnění u lidí s MR	13
1.2 Agresivita	16
1.2.1 Agrese a agresivita	16
1.2.2 Problémové chování klientů v zařízení sociální péče	16
1.2.3 Základní lidské potřeby a jejich naplňování	16
1.2.4 Spouštěče problémového chování u klienta s MR	19
1.2.5 Možné zdroje problémového chování uživatelů soc. zařízení	19
1.2.6 Postupy vedoucí ke zvládnání problémového chování klienta	22
1.3 Zařízení sociální péče	23
1.3.1 Vymezení pojmu „zařízení sociální péče“	23
1.3.2 Zařízení sociálních služeb dle zákona 108/2006 Sb.	24
1.3.3 Formy poskytování sociálních služeb	25
1.3.4 Principy poskytování sociální služby	25
1.3.5 Ochrana práv uživatelů	26
1.3.6 Sociální pracovník, pracovník v sociálních službách	27
1.3.6.1 Sociální pracovník	27
1.3.6.2 Pracovník v sociálních službách	27
1.4 Zařízení sociální péče Modrý Klíč	28
1.4.1 Charakteristika zařízení	28

1.4.2	Cíle zařízení	29
1.4.3	Principy služeb	29
1.4.4	Cílová skupina	29
1.4.5	Služby směřované přímo k lidem s mentálním postižením	30
1.4.6	Aktivity zaměřené na pracovníky	30
2	CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	31
3	METODIKA	32
3.1	Použité metody a techniky výzkumu	32
3.2	Charakteristika výběrového souboru	33
4	VÝSLEDKY	34
5	DISKUZE	42
6	ZÁVĚR	46
7	KLÍČOVÁ SLOVA	48
8	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	49
9	PŘÍLOHY	54
9.1	Příloha č. 1- Dotazník	54
9.2	Příloha č.2 - Ukázka úchopových technik	57

ÚVOD

„Člověk s postižením má stejné potřeby jako zdravý člověk. První z nich je být uznán a milován takový, jaký je.“

sestra Michele Pascale Duriez

Agrese a agresivní projevy chování klientů jsou běžnou součástí života v sociálním zařízení. Zaměstnanci jsou školeni na zvládnání projevů nepřiměřeného chování klientů, mnohdy se v této souvislosti musí vypořádávat s velmi nepříjemnými situacemi a snažit se zabránit zvyšování jejich četnosti. V současné době je tato problematika velmi aktuální a je nutno říci, že ne vždy je pracovníky v sociálních službách zvládnána tak, aby došlo k co nejmenší újmě jak na straně klienta, tak na straně sociálního pracovníka.

Problematika agresivity klientů s těžkým mentálním postižením mi vstoupila do života v momentě, kdy jsem začala pracovat jako asistentka pedagoga na ZŠ speciální. Toto téma jsem si vybrala především proto, že já sama jsem se s agresivitou klientů téměř denně na pracovišti setkávala a musela jsem být schopna tyto nepříjemné, a jak psychicky, tak fyzicky velmi náročné situace řešit. Ačkoli jsem totiž absolvovala několik kurzů jak agresivitu klienta zvládat, vždy to pro mne bylo v danou chvíli velmi stresující.

Protože bych čtenáři své bakalářské práce ráda poskytla co nejucelenější přehled o dané problematice, zabývám se zde nejen základními pojmy, které s ní souvisí (mentální retardace, autismus, sociální pracovník či zařízení sociální péče), ale snažím se i o její rozkrytí a přiblížení širšímu okruhu pracovníků v sociálních službách.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Mentální retardace

1.1.1 Pojem mentální retardace

Pojmy jako debilita, imbecilita a idiocie byly v odborné terminologii opuštěny coby výrazy pejorativní, stigmatizující, společensky diskriminující a diagnosticky nedostatečně specifikující (37). V souladu s Mezinárodní klasifikací nemocí je proto v současné době užíván pojem mentální retardace (22).

1.1.2 Charakteristika mentální retardace

Mentální retardace je vývojovou poruchou integrace psychických funkcí, která postihuje všechny složky osobnosti jedince, tedy složku duševní, tělesnou i sociální. Jejím nejvýraznějším rysem je trvale narušená poznávací schopnost, projevující se především v procesu učení.(30)

Mentálně retardovaní tvoří heterogenní skupinu, která je charakteristická celou řadou odlišností. Jedinečnost a různost mentální retardace vede část autorů k názoru, že může být tolik druhů mentálně retardovaných osobností, s kolika se setkáme. Z toho vyplývá nutnost výrazně individuálního přístupu k výchově a vzdělávání mentálně postižených. (9)

Od roku 1992 vstoupila v platnost 10. revize *Mezinárodní klasifikace nemocí*, zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která poněkud mění dříve užívanou klasifikaci. Podle nové klasifikace se mentální retardace dělí do šesti základních kategorií. (36)

1.1.3 Dělení mentální retardace

Lehká mentální retardace

Jedinci s lehkou mentální retardací často úspěšně zvládají život podobně jako zdraví lidé. Může se sice objevit opožděné osvojení si řeči, ale v běžné komunikaci jsou většinou schopni užívat řeč účelně. I když je vývoj proti normě mnohem pomalejší,

většina z nich dosáhne úplné nezávislosti v péči o svou osobu a v praktických domácích dovednostech. Pokud jsou respektovány jejich schopnosti a možnosti, dokážou se učit. Vyjadřují se konkrétně, tzn. jejich myšlení a řeč jsou konkrétní. V dospělosti jsou schopni dosáhnout určitého stupně samostatnosti a pracovního začlenění, potřebují však nad sebou dohled. (2)

Většinu jedinců na horní hranici lehké mentální retardace je možné zaměstnat prací, která vyžaduje spíše praktické než teoretické schopnosti, a to včetně nekvalifikované či málo kvalifikované manuální práce. (36)

Středně těžká mentální retardace

Jedinci se středně těžkou mentální retardací mají výrazně opožděný vývoj řeči a rozvoj chápání i jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou omezené. Jejich verbální projev je chudý, agramatický a špatně artikulovaný. K zapamatování jakékoli dovednosti potřebují časté opakování. Jsou schopni osvojit si jednoduché dovednosti hlavně v oblasti sebeobsluhy. V dospělosti jsou tito lidé obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže jsou úkoly pečlivě strukturovány, a jestliže je zajištěn odborný dohled. V dospělosti je zřídka možný úplně samostatný život. (17)

Těžká mentální retardace

U těžké mentální retardace bývá výrazné opožďování ve vývoji zřetelné již od velmi útlého věku a často se jedná o postižení kombinované. K postižení rozumových schopností se přidružuje i postižení smyslové a pohybové, a to různého stupně. Jedinci trpící těžkou mentální retardací chápou jen základní souvislosti a vztahy. Používají jen několik málo slov nebo výrazů, které používají nepřesně. U mnohých jedinců se může stát, že nemluví vůbec. Jsou schopni naučit se základy sebeobsluhy a plnit několik základních pokynů. Jsou závislí na péči jiných osob. Velmi často se jako přidružené onemocnění vyskytuje epilepsie. (14)

Hluboká mentální retardace

U většiny jedinců jde o kombinované postižení. Tito jedinci bývají velmi často umístováni do ústavů sociální péče. Řeč a kognitivní schopnosti se u nich nerozvíjejí. Dokážou maximálně rozlišit známé podněty od neznámých, jejich reakce se omezují buď na libost nebo nelibost. Jsou zcela odkázáni na péči druhé osoby. IQ nelze přesně změřit, je odhadováno, že je nižší než 20. (29)

Další dělení MR dle Světové zdravotnické organizace

Dle Světové zdravotnické organizace se dělí mentální retardace na další dvě kategorie, a sice na *jinou mentální retardaci* a *nespecifikovatelnou mentální retardaci*. Pojem jiná mentální retardace je používán pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné či nemožné. Poslední kategorií je *nespecifikovatelná mentální retardace*. Tato kategorie se užívá v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit pacienta do jedné se shora uvedených kategorií. (36)

1.1.4 Druhy mentální retardace

Rozlišujeme tři základní druhy mentálního postižení. *Vrozená nebo časně získaná mentální retardace* je vrozený nebo časně získaný rozumový deficit na základě poškození mozku, který je přes všechna opatření postižením trvalého rázu. Rozumové schopnosti jsou sníženy na úroveň IQ nižší než 70, i přesto že se jedinci dostává adekvátního způsobu výchovy a podnětové stimulace.

Získaná mentální retardace neboli *demence* je nezvratný a trvalý úbytek rozumových schopností na základě organického poškození mozku z různých příčin.

Sociálně podmíněná mentální retardace neboli *pseudooligofrenie* vzniká poškozením rozumového vývoje sociálními vlivy, zejména zanedbáním výchovy. Je stavem získaným, ale může být i stavem přechodným. (37)

1.1.5 Příčiny vzniku mentální retardace

Mentální retardace může vzniknout ve třech obdobích. *V prenatálním období* se

jedná především o infekci matky během těhotenství, její špatnou výživu, působení záření a toxických látek na organismus matky či úrazy. V *perinatálním období* se jedná zejména o hypoxii plodu, porod může být protražovaný. V *postnatálním období* se jedná o infekce novorozence, záněty mozku, úrazy nebo špatnou výživu. (30)

Mentální retardace může být způsobena jak *příčinami endogenními (vnitřními)*, tak *exogenními (vnějšími)*. Endogenní příčiny jsou již zakódovány v systémech pohlavních buněk, jde o příčiny genetické. Exogenní faktory mohou, ale nemusí být bezprostřední příčinou poškození mozku plodu nebo dítěte. Člení se podle období působení na prenatální, perinatální a postnatální. (36)

1.1.6 Nejčastější přidružená onemocnění u lidí s mentální retardací

Epilepsie

Epilepsie je porucha postihující mozek, která se projevuje různými typy záchvatů a je doprovázena přechodnými poruchami vědomí. Toniccko-klonické křeče se vyznačují ztuhlostí a záškuby celého těla, mohou být doprovázeny výkřiky.

Toniccké záchvaty křeče nedoprovází, člověk při záchvatu ztuhne, pokud stojí, upadne. Návrat vědomí bývá celkem rychlý. Dalším typem záchvatů jsou absence, které mohou být nesprávně zaměňovány s denním sněním, nepozorností, ignorací apod. Záchvat se projevuje několikavteřinovým zahleděním, nečinností, nevnímáním okolí, a proto mohou dlouho dobu unikat pozornosti okolí i osobě samé.

Epilepsie se vyskytuje u 0,5 až 1 % populace. Často se spoluvyskytuje s řadou genetických syndromů (např. TBC, Rettův syndrom apod.). U některých dětí je součástí tzv. epileptického syndromu, který se často pojí s MR či poruchami učení.

Dle klasifikace záchvatů Mezinárodní ligy proti epilepsii, která ovšem nehledí na anatomické podklady záchvatů a nebere v úvahu věk a pohlaví, se epileptické záchvaty dělí na parciální, generalizované a neklasifikované.

Vzhledem k faktu, že v populaci lidí s mentálním postižením nebo poruchami autistického spektra se epilepsie vyskytuje relativně často, je zapotřebí jejímu možnému výskytu věnovat zvýšenou pozornost. V případě podezření je nutné zajistit odborné

vyšetření neurologem a zahájit medikamentózní léčbu, která může mít pozitivní vliv na vyskytující se změny v chování. **(15)**

Demence a Downův syndrom

Demencí rozumíme sekundární snížení rozumových schopností. Je velmi častým problémem, s nímž se u lidí s MR setkáváme. Obzvláště lidé s Downovým syndromem mají zvýšené riziko Alzheimerovy choroby, která se u lidí s MR objevuje již okolo 40. roku života. Alzheimerova choroba se řadí k degenerativním onemocněním mozku.

V důsledku nemoci v mozku vznikají škodlivé bílkoviny, které se ukládají v okolí mozkových buněk jako tzv. amyloidové plaky a způsobují poškození a odumírání buněk a jejich spojů. Prvním projevem je zhoršující se krátkodobá paměť i ostatní kognitivní funkce (myšlení a úsudek).

Downův syndrom patří k poruchám, které jsou zřejmé ihned po narození. Vzniká v důsledku abnormálního vývoje plodu. Jedná se o genetickou poruchu 21. chromozomu, kdy se místo dvou chromozomů vytvoří chromozomy tři. Nemoc je také označována jako Trisomie 21. **(33)**

Po 50. roce věku zjišťujeme přibližně u poloviny lidí s Downovým syndromem příznaky Alzheimerovy choroby, často se přidávají také epileptické záchvaty. Demencí trpí před 70. rokem života již 75 % lidí s Downovým syndromem. Demence a Alzheimerova choroba se netýkají jen lidí s Downovým syndromem, ale jsou velkým rizikem i pro ostatní jedince s MR.

Mezi typické projevy demence u lidí s MR patří nesoustředěnost, neklid a neschopnost přizpůsobit se běžným požadavkům, epizody afektivních výbuchů a agresivity. Často se přidružuje sociálně nevhodné chování a deprese. **(3)**

Autismus

Ačkoli existují různé definice autistického syndromu, všechny shodně označují za oblasti postižení sociální vztahy, komunikaci a chování. **(21)**

Autismus je jednou z nejzávažnějších poruch dětského mentálního vývoje. Jedná

se o vrozenou poruchu některých mozkových funkcí, jež vzniká na neurobiologickém podkladě. Důsledkem poruchy je, že dítě dobře nerozumí tomu, co vidí, slyší a prožívá. Duševní vývoj dítěte je v důsledku tohoto postižení narušen hlavně v oblasti komunikace, sociální interakce a představivosti. Autismus doprovází specifické vzorce chování.

Autismus je označován jako porucha komunikace a sociálních vztahů. **(35)** Dříve byl autismus řazen mezi duševní onemocnění, v poslední době však začal převažovat názor, že lidé postižení autismem mají celou řadu specifických problémů v chování, které lze pochopit srovnáním s normální vývojovou škálou. Předpokládá se, že určitou roli zde hrají genetické faktory, různá infekční onemocnění a chemické procesy v mozku.

Autismus je obvykle diagnostikován mezi třetím a čtvrtým rokem života dítěte, i když příznaky se objevují dříve. Absence očního kontaktu a pohledu na ostatní, špatná pozornost a orientace při zavolání jménem patří mezi rané známky dysfunkce kolem jednoho roku věku. **(16)**

Autismus může být, a často bývá, kombinován s jinými poruchami psychického i fyzického rázu (mentální retardace, epilepsie, smyslové poruchy, geneticky podmíněné vady atd.). Často se přidružuje problematické chování rozdílné intenzity. Někteří lidé s autismem mají pouze mírné problémy (např. nemají rádi změny), u druhých pozorujeme agresivní nebo sebezraňující chování. Také hyperaktivita, neschopnost soustředění nebo výrazná pasivita se často s autismem pojí.

Jediným prokazatelně úspěšným způsobem, jak pomoci dětem s autismem, je speciální pedagogická péče s využitím kognitivně behaviorální terapie. Umožníme-li dítěti svým speciálním přístupem porozumět světu, který ho vzhledem jeho postižení „chaoticky“ obklopuje, je velmi velká šance, že dojde ke zlepšení stavu dítěte. Speciálně vyškolení pedagogové užívají nejčastěji metodiku strukturovaného učení, jež považuje za prioritu nácvik funkční komunikace a rovněž individuální přístup v psychoedukaci. Základními metodickými pilíři přístupu k lidem s autismem jsou vizualizace a strukturalizace. **(1)**

1.2. Agresivita

1.2.1. Agrese a agresivita

Agrese je vnějším projevem agresivity, jedná se o vlastní akt agresivního chování. Podle převažujících názorů patří agresivita k přirozené výbavě živých tvorů včetně člověka. Zastává důležitou roli jak fylogenetickou, tak ontogenetickou.

Agresivitu klasifikujeme jako vnitřní pohotovost jednat útočně. Je to přirozená a nutná vlastnost živočichů, aby přežili v přírodních podmínkách. Sklon k útočnému jednání, které se transformuje do různých podob. (28)

Druhy agrese

Rozeznáváme více typů agrese. Prvním typem je agrese myšlenková, verbální a nebo fyzická. Druhým typem je agrese afektivní, instrumentální. Třetím typem je agrese zaměřená proti osobám, věcem, na jiný objekt, než který byl u klienta spouštěčem. Poslední čtvrtým typem je agrese přesunutá neboli zadržovaná. (27)

1.2.2 Problémové chování klientů v zařízeních sociální péče

Neexistuje snad jediný pracovník zařízení sociální péče, který se ve své práci alespoň jednou nesekal s problémovým chováním klienta. Pod pojmem problémové chování spadají především agrese fyzické i verbální, autoagrese, krádeže, obnažování se na veřejnosti, odmítání požadavků a respektování skupiny. Je nutné se zamyslet nad tím, co je spouštěčem takového chování – zda je jeho výskyt opravdu jen důsledkem klientova postižení, nebo zda příčina spočívá i ve službě samé, byť je tato poskytnuta s nejlepším úmyslem. (3)

Občané se zdravotním postižením mají nárok na stejná práva jako všichni občané ČR. Mají také stejná práva na naplnění všech základních životních potřeb jako ostatní občané ČR. Každá tělesně postižená osoba má právo na nezávislý výběr života a místa, kde chce žít. (10)

1.2.3 Základní lidské potřeby a jejich naplňování

Mezi základní lidské potřeby patří základní fyziologické potřeby. Potřeba bezpečí, jistoty a soukromí, potřeba někam patřit a být milován, potřeba úcty a respektu

a potřeba seberealizace:

Fyziologické potřeby klienta jsou naplněny, pokud

- se klient může najíst a napít nejen v předem určený čas, ale i ve chvíli, kdy má hlad, žízeň nebo na něco chuť,
- může usnout ve chvíli, kdy je unaven a zároveň není v pracovním procesu,
- může uspokojit svou sexuální potřebu sociálně přijatelným způsobem.

Potřeba bezpečí, jistoty a soukromí je naplněna, pokud klient

- ví, kdy, kde, s kým a co má dělat,
- může kdykoliv opustit skupinu (alespoň v rámci upravené místnosti, relaxační kout atd.),
- má volný přístup k předmětům, které mu pocity jistoty navozují (fotografie, hračky.. atd.),
- ví, že se personál chová předvídatelně (dělá přesně to, co říká, nedává plané sliby a nevyhrožuje tím, co nemůže splnit).

Potřeba někam patřit a být milován je u klienta naplněna ve chvíli, kdy

- personál vstupuje s klientem do sociálního kontaktu i v situacích, kdy mu nedává určité pokyny a neklade na něj žádné požadavky (společné pití kávy atd.),
- personál dává klientovi, který není smířen s pobytem v zařízení, najevo své porozumění v jeho tíživé situaci, hledá s ním reálné řešení situace, nebo pokud jiné řešení není, nesnaží se ho přesvědčovat o ideálnosti stávající situace.

Potřeba úcty a respektu je u klienta naplněna ve chvíli, kdy

- s ním personál jedná společensky vhodně a s ohledem na jeho fyzický věk,
- personál nezlehčuje a nezesměšňuje jeho citové prožívání, touhy, požadavky, připomínky, stížnosti a přání, i když nejsou reálná.

Potřeba seberealizace je naplněna ve chvíli, kdy klient

- má možnost rozhodnout se úměrně svým aktuálním možnostem a schopnostem o tom, kdy se nají, půjde spát, vstane, bude se bavit s ostatními, odloží určitou aktivitu, událost nebo interakci, nebo se jí bude věnovat déle,
- může někoho ovládat (např. Jak často se děje něco podle mě).

Jakmile nejsou základní životní potřeby u člověka naplněny, zvyšuje se u něj pravděpodobnost výskytu problémového chování. Vzhledem ke zdravotnímu postižení klientů je nutná větší míra asistence při naplňování jejich základních potřeb. **(11)**

Čím má klient větší možnost naplnit své základní potřeby samostatně, tím se u něj snižuje pravděpodobnost výskytu problémového chování. **(6)** Pokud není naplněna některá z potřeb zdravého člověka, dokáže si k jejímu uspokojení obstarat prostředky samostatně, nebo si najde jinou, dostupnější potřebu, kterou naplní. U lidí s postižením tomu tak však být nemusí a často se také stává, že bez pomoci druhé osoby nejsou schopni své potřeby plně uspokojit. Nenaplněná potřeba pak u nich vyvolá frustraci, která může být spouštěčem problémové chování. **(3)**

Klíčem tedy není potlačení agresivních projevů chování klienta restriktivními postupy. Tímto způsobem sice můžeme úspěšně vyřešit jeden incident, ale dlouhodobě terapeuticky v jeho chování nic nezměníme. Jakmile zmizí hrozba restrikce, výskyt problémového chování se logicky vrací, protože jsme neřešili jeho příčinu.

Pomoc správným směrem představuje snaha zjistit ty potřeby, které si klient není schopen sám uspokojit, a v těchto potřebách mu poskytnout dostatečnou míru asistence. Tím předcházíme výskytu problémového chování. I přes veškerou snahu personálu však u některých klientů k problémovému chování docházet bude stejně – může totiž primárně plynout právě z jejich postižení.

Nemusí se vždy podařit správně rozpoznat nenaplněné potřeby uživatele. Avšak i když nenaplněné potřeby známe, nemusí se nám je z objektivních důvodů podařit naplnit. **(3)**

1.2.4 Spouštěče problémového chování u klienta s MR

Agresivní chování u lidí s MR a s autismem má dva základní spouštěcí faktory. Prvním faktorem je *organické a funkční poškození mozku*. Tento faktor je tzv. vnitřní a převážně spočívá v nedostatečné myšlenkové kontrole vlastních emocí. Vnitřní faktor můžeme částečně korigovat farmakoterapií a kognitivně-behaviorální terapií. Druhým činitelem je *prostředí*, ve kterém uživatel každodenně žije. Tento faktor je tzv. vnější a zahrnuje nepohodlnost prostředí (teplo, světlo, oděv uživatel, nábytek) a zmatečnost (např. příliš velké skupiny).

Dalším častým spouštěčem problémového chování jsou přísná pravidla daná velikostí zařízení a jejich nastavením podle klienta s nejtěžším mentálním postižením. Pokud klient žije v bytě se sedmi spolubydlícími, není problémem mít společnou lednici. Klient tak nemá přístup k jídlu pouze v daný čas, ale může se obsloužit (pokud si jídlo nakoupil) i v čase mezi hlavními jídly. Tyto „maličkosti“ obecně zlepšují kvalitu jeho života a zároveň snižují pravděpodobnost výskytu problémového chování. (3)

Vlastní terapie spočívá v předcházení incidentům, protože to je z pohledu personálu jednodušší než jejich následné řešení. Proto se převážná část terapie věnuje prevenci problémového chování a o restriktivních postupech uvažujeme až jako o metodě poslední volby. Nejdříve však musíme rozhodnout, jaký typ terapie použijeme. (11)

1.2.5 Možné zdroje problémového chování uživatelů

Základem pochopení obtížného chování klienta je nehodnotící, respektující postoj sociálního pracovníka, uznání klienta jako plnohodnotné bytosti, uznání jeho pocitů a potřeb a hledání odpovědi nikoli na otázku proč je klientovo chování nestandardní, ale na otázku co se uživatel svým chováním snaží vyjádřit a co asi cítí. (23)

Výzkumy zabývající se lidmi trpícími demencí prokázaly, že chování těchto lidí významně ovlivňuje chování poskytovatelů služeb, a to jak v kladném, tak záporném smyslu. V praxi se ukázalo, že tyto poznatky lze použít i v práci s dalšími skupinami uživatelů s postižením rozumových schopností.

Níže uvedené postoje personálu zařízení mohou významně ovlivnit chování a pocit pohody nebo nepohody uživatele služeb. Bez ohledu na to, že pracovník jedná tzv. v dobré víře a škodlivosti svého jednání si není vědom, nebo že takové jednání dokonce považuje za bezvadné, může být výsledkem podivné nebo obtížné chování uživatelů.

Podvádění je užití nějaké formy oklamání, podvedení uživatele s cílem přimět ho udělat to, co si sociální pracovník přeje, nebo zabránit uživateli v jednání, které je z pohledu poskytovatele obtížné, např. předat uživateli neexistující zprávu od blízké osoby, která ho nabádá k chování vyžadovanému poskytovatelem, předstírat komunikaci s nepřítomnou blízkou osobou uživatele s cílem uživatele uklidnit. Krátkodobý úspěch podvádění (uživatel souhlasí s tím, že neodejde hned) utvrzuje sociálního pracovníka v přesvědčení, že takový postoj je správný a obvykle již nespojuje pozdější nepohodu, agresi, nebo jinak obtížné chování uživatele se svým předchozím chováním. Uživatel však vnímá rozpor ve verbálním (maminka volala, že přijde později, psa jsme za dveřmi nakrmili) a neverbálním (budeme hrát tyhle hry, aby uživatel jedl, vykoupal se, neutíkal apod.) projevu poskytovatele, který v těchto postojích není autentický. Tento rozpor mu může působit dlouhodobou nepohodu, prohlubovat zmatenost a ústít v obtížné nebo problémové chování.

Zneschopňování je zabránění klientovi, aby využil schopnosti, které má, nebo aby činil rozhodnutí, kterých je schopen, např. poskytování služeb plošně, bez ohledu na to, jaké schopnosti má ten který uživatel, resp. jaké schopnosti by si mohl s podporou poskytovatele udržet nebo je znovu nabýt, omezování samostatného jednání uživatele, v němž je obsaženo nějaké riziko.

Infantilizace je chování sociálních pracovníků vyjadřující přesvědčení, že dospělí lidé nebo lidé vysokého věku s omezenými rozumovými schopnostmi „jsou jako malé děti“, a je proto vhodné se k nim chovat tak, jak se někteří rodiče k malým dětem chovají, tj. blahosklonně, shovívavě a také za ně rozhodovat.

Zastrašování je vzbuzování strachu u klienta s cílem přimět ho k požadovanému jednání, nebo jej naopak od určitého jednání.

Nálepkování je označování klienta nebo skupiny klientů podle jejich chování

nebo postižení výrazem, který se pak užívá v hovoru o něm nebo o nich, např. „ležáci“, „ta zmatená“, „ten co se pořád svléká“, „ta co utíká“, nebo označovat uživatele diagnózou – např. „ta dementní“.

Stigmatizace je chování sociálního pracovníka, které vyjadřuje odpor ke klientovi/skupině klientů, jako by jejich postižení bylo nakažlivé. Patří sem i viditelné označení oděvů a jiných osobních věcí uživatelů nebo zavedení odlišného přístupu k určité skupině uživatelů.

Nerespektování tempa je podávání informací bez respektování základních zásad komunikace s uživateli s omezenými rozumovými schopnostmi (oční kontakt, pomalé tempo, jasné, přesné sdělení, atd.), nátlak na klienta, aby vykonával určité činnosti rychleji než je schopen (chůze, jídlo, mytí, oblékání).

Neuplatňování je chování sociálního pracovníka, kterým dává najevo, že neuznává to, co uživatel říká, nebo co cítí, např. odpovídat žertem nebo káravě na uživatelem vyjádřené přání zemřít, naplnit své sexuální potřeby apod.

Odhánění je odmítání poskytovatele s uživatelem mluvit, být v jeho blízkosti, vylučování ve smyslu fyzickém i psychologickém, např. při klubových sezeních uživatelů vyloučit jednoho z nich protože „by rušil“, „včera zlobil“, „určitě by nezvládl kontrolu nad vyměšováním a páchl by“.

Zvěčňování je jednání, manipulace s klientem jako s věcí, např. měnit jeho polohu, upravovat jeho zevnějšek bez jeho souhlasu, bez upozornění.

Ignorování je chování v přítomnosti klienta, jako by přítomen nebyl, mluvení o něm v jeho přítomnosti s další osobou (např. pohybování se v soukromém prostoru uživatele bez jeho předchozího souhlasu, vejítí bez zaklepání apod.)

Vnucování je chování poskytovatele, které nerespektuje uživatelské právo na výběr, na svobodnou volbu, nátlak na uživatele, aby udělal něco, co poskytovatel pokládá za vhodné (např. nedovolit uživateli obléci si svetr, protože venku je teplo nebo naopak trvat na tom, že si uživatel musí vzít čepici, šálu, protože je venku zima, odložil kabelku, která je obnošená, nechal si ostříhat vlasy, protože je to praktické apod.).

Odpírání pozornosti je odmítání pozornosti uživateli, když o ni žádá, nebo odmítání vyjít vstříc zjevné potřebě uživatele (např. odmítnutí potřeby vřelého

fyzického kontaktu, ignorace volání uživatele, který se chce napít, nebo vyžaduje jinou službu, která je z pohledu poskytovatele jen obtěžováním).

Obviňování je otevřené nebo skryté obviňování klienta z něčeho, co způsobil nebo naopak neudělal kvůli svým omezeným možnostem nebo proto, že neporozuměl situaci (např. obviňování uživatele z toho, že nezabránil znečištění lůžkovin nebo oděvu tím, že včas neinformoval personál o potřebě se vyprázdnit).

Vyrušování je přerušování rozhovoru uživatele, jeho činnosti nebo narušování jeho soukromí – např. přerušování rozhovoru uživatele proto, že je čas oběda, je naplánována koupel apod.

Vysmívání je chování poskytovatele, které obsahuje skrytý nebo zjevný výsměch, pobavení nad „zvláštním“ chováním, „zvláštními“ poznámkami uživatele, např. vyzývání uživatele, aby opakoval zmatenou „směšnou“ větu, svolávání ostatních členů pracovního týmu, aby se podívali na „směšné“ chování uživatele, upozorňovat členy pracovního týmu nebo návštěvníky na nevhodné oblečení uživatele, poukazovat na „směšnost“ nebo „trapnost“ uživatelovy snahy projevit pozornost osobě opačného pohlaví.

Ponižování je chování poskytovatele, kterým poukazuje na neužitečnost, bezcennost uživatele, chování, které v sobě obsahuje zprávy poškozující uživatelovo sebehodnocení.

V komunikaci s uživateli, kteří mají určité omezení rozumových schopností (demence, mentální postižení), je důležité vycházet z předpokladu, že podivné či obtížné chování má skrytý význam. (23)

1.2.6 Postupy vedoucí ke zvládnání problémového chování klienta

Agresivní chování často slouží k nevědomému uspokojování nenaplněných základních potřeb. V takových případech je možné mluvit o problémovém agresivním jednání jako o „volání o pomoc“. (27)

Klient svým problémovým chováním často reaguje na nepřiměřené požadavky ze strany dospělých i dětí. Nepřiměřený způsob kladení požadavků, nedostatky v komunikaci, dítě nerozumí a ani není schopno vyjádřit základní potřeby a přání,

smyslové obtíže či zdravotní obtíže. To vše může u klienta vyvolat problémové chování. Pokud klient začne pracovat pod vedením terapeuta podle intervenčního programu, řada problémů v chování se zmírní, popřípadě i zcela vymizí. (4)

Ke zjištění správného vztahu mezi vlastními projevy a cílem chování nám pomůže správně provedená funkční analýza chování. Pro změnu problémového chování používáme terapeutický postup. Tento postup je rozdělen do pěti kroků.

První krok je zaznamenání problémového chování, behaviorální a funkční analýza chování, lékařské posouzení. Druhým krokem je analýza prostředí. Třetím krokem je analýza činnosti. Čtvrtým krokem je diferenční zpevňování - odměny vhodného chování. Pátým a posledním krokem je averzivní tlumení a restriktivní postupy.

V prvních třech krocích se ptáme, co máme dělat, aby se problémové chování nevyskytlo. Teprve čtvrtý a pátý krok se zabývá tím, co máme dělat ve chvíli, kdy už se problémové chování vyskytne. (27)

1.3 Zařízení sociálních služeb

1.3.1. Vymezení pojmu

V textu standardů se na mnoha místech setkáváme s pojmem *zařízení*, který byl zaveden za účelem zpřehlednění mnohdy velmi složitých struktur organizací poskytujících sociální služby. V publikovaných Standardech kvality je zařízení definováno jako samostatná jednotka pro poskytování sociálních služeb charakterizovaná adresou, skupinou uživatelů, pracovním týmem, souborem na sebe úzce navazujících služeb a prostorem pro poskytování služeb a/nebo oblastí působnosti.

Na rozdíl od zákona č. 114/1988 Sb., části čtvrté, kde je definováno zařízení sociální péče výčtem budov, v nichž jsou poskytovány přesně definované služby pro stanovené skupiny uživatelů,

je smyslem nové definice zařízení zahrnout do sociálních služeb také služby čistě terénní, které jsou poskytovány výhradně v domácnostech uživatelů, na ulici apod. Vzhledem k tomu je zařízení v definici popsáno z několika hledisek. (23)

1.3.2 Zařízení sociálních služeb dle zákona 108/2006 Sb.

Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci. Prostřednictvím sociálních služeb, příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních

služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách. Více napoví přehledná tabulka zařízení sociálních služeb, která se zřizují dle zákona 108/2006 Sb.

Tabulka 1: Zařízení sociálních služeb

Zařízení poskytující pobytové služby	Zařízení poskytující ambulantní služby	Zařízení poskytující terénní služby
Týdenní stacionáře	Centra denních služeb	Centra sociálně
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	Denní stacionáře	rehabilitačních služeb
Chráněné bydlení	Nízkoprahová denní centra	Intervenční centra
Domovy pro seniory	Terapeutické komunity	Nízkoprahová centra pro
Domovy se zvláštním režimem	Sociální poradny	drogově závislé
Azylové domy	Sociálně terapeutické dílny	
Domy na půl cesty	Pracoviště rané péče	
	Zařízení následné péče	

Zdroj: Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Kombinací zařízení sociálních služeb lze zřizovat mezigenerační a integrovaná centra (41).

1.3.3 Formy poskytování sociálních služeb

Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb.

Ambulantní službou se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování. Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí. (41)

Celý systém poskytování sociálních služeb prošel v poslední době četnými změnami. Došlo zde ke kvantitativnímu nárůstu objemu poskytovaných služeb, vznikly nové metody a formy práce s klienty a nové typy zařízení. Nejčastějšími klienty sociálních služeb jsou senioři a lidé se zdravotním postižením. (13)

1.3.4 Principy poskytování sociální služby

Principy zachycují a vyjadřují hodnoty, kterými se řídí pracovníci při práci s uživateli a při poskytování služeb. Principy mohou být obsaženy např. v etickém kodexu, který si pracovníci dané služby vytvoří jako součást vyjádření kultury, v níž pracují. Podobně jako v předchozích případech platí, že na formulování etického kodexu či jiných dokumentů tohoto typu by se měli podílet všichni pracovníci. V souladu s všeobecně uznávanými principy by služby měly odrážet zejména následující hodnoty:

- **Dodržování práv uživatelů** – uživatelé jsou v nevýhodném postavení vůči zařízení a jeho pracovníkům, zařízení usiluje o vytváření podmínek, v nichž uživatelé služeb mohou svá práva naplňovat.
- **Respektování volby uživatelů** – zařízení vytváří podmínky, v nichž se uživatelé služeb mohou cítit důstojně, rozhodovat se s porozuměním důsledků svého rozhodnutí.
- **Individualizace podpory** – služby jsou „šity na míru“ jednotlivých uživatelů.
- **Zaměření na celek** – na situaci uživatele služeb se pohlíží v souvislostech, nikoli jen na dílčí aspekty

- **Flexibilita** – služby se pružně přizpůsobují potřebám uživatelů, nikoli uživatelé potřebám pracovníků, zaběhaným způsobům práce a režimu zařízení **(23)**.

1.3.5 Ochrana práv uživatelů

Zařízení ve své činnosti respektuje základní lidská práva uživatelů služeb, jejich nároky vyplývající z dalších platných obecně závazných norem a pravidla občanského soužití. Práva uživatelů můžeme rozdělit na základní lidská práva a svobody, která vyplývají z mezinárodních úmluv a ústavních norem České republiky a další práva, která jsou zakotvena v jednotlivých zákonech a jejich prováděcích předpisech. Pravidly občanského soužití je třeba rozumět dodržování psaných i nepsaných etických a zvykových norem upravujících obvykle vztahy mezi lidmi.

Ochrana práv uživatelů služeb se stává vůdčím principem v činnosti poskytovatelů sociálních služeb a měřítkem jejich kvality. Nelze hovořit o kvalitní sociální službě, nejsou-li v jejím průběhu respektována lidská práva uživatelů. Ve všech činnostech i ve všech etapách průběhu poskytování služby je nutno se zaměřit na prevenci případného porušování práv uživatelů. Pojem i obsah základních lidských práv a svobod bývá vnímán rozporuplně. Stále ještě se objevuje náhled na lidská práva jako „třešničky na dortu“ běžného života, opak je však pravdou.

Základní lidská práva člověku přináležejí nezávisle na jakýchkoliv dalších skutečnostech. Těmi jsou nejen obvyklé „barva pleti, pohlaví, rasa, náboženství, zdravotní stav“. Patří všem lidem bez rozdílu věku, počtu končetin, ostrosti vidění či výšky tzv. IQ. Ani stát, v našem případě Česká republika, tím, že tato práva uvede v pozitivním právním dokumentu, je svým občanům „nepřiděluje“. Člověku jsou vlastní od narození, právě proto, že je člověkem. Případné omezení základních práv a svobod je možné pouze na základě zákona. Ani tak nesmí být ohrožena podstata a smysl těchto práv. Mimo zákonnou úpravu nelze základní lidská práva omezit vůbec! Informativní přehled základních lidských práv a svobod obsahuje Listina základních práv a svobod - ústavní zákon č. 2/1993 Sb. **(3)**

Vedle toho se při poskytování sociálních služeb setkáme s právy individuálními, můžeme je označit jako konkrétní, jednotlivá práva. Jde např. o právo obdržet stravu,

o právo opustit zařízení rezidenčních služeb či o právo na poskytnutí pečovatelské služby. Hovoříme o nich jako o subjektivních právech – a jejich podstatu vystihuje i termín oprávnění, který se užívá pro označení subjektivního nároku občana vyplývajícího z ustanovení platných právních norem. Těmi jsou zákony a další prováděcí předpisy zejména odvětví práva sociálního zabezpečení. (23)

1.3.6 Sociální pracovník, pracovník v sociálních službách

1.3.6.1 Sociální pracovník

Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace. (41)

1.3.6.2 Pracovník v sociálních službách

Pracovník v sociálních službách vykonává

- přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb,
- základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti a provádění osobní asistence,
- pečovatelskou činnost v domácnosti osoby spočívající ve vykonávání prací

spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péči o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění sociálních depistáží pod vedením sociálního pracovníka, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti,

- pod dohledem sociálního pracovníka činnosti při základním sociálním poradenství, depistážní činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, činnosti při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (23)

1.4 Zařízení sociální péče Modrý Klíč

1.4.1 Charakteristika zařízení

Modrý klíč je nestátní zařízení, jehož zřizovatelem je Sdružení pro pomoc mentálně postiženým. Za dobu šestnácti let své existence si vydobyl nezastupitelné místo v oblasti poskytování komplexní péče dětem i dospělým osobám s mentálním postižením a kombinovanými vadami. Škola SPMP Modrý klíč (dále jen Modrý klíč) je nezisková nestátní organizace poskytující sociální služby dětem i dospělým lidem s mentálním a kombinovaným postižením. Organizace byla vybudována v Praze na principech občanské společnosti z iniciativy rodičů dětí s těžkou formou mentálního a kombinovaného postižení. Modrý klíč v současné době poskytuje zázemí komplexní péče pro 110 klientů.

Sociální služby denního stacionáře, týdenního stacionáře a odlehčovací péče jsou uživatelům nabízeny v různých formách přizpůsobených druhu a hloubce jejich postižení i jejich věku. Rozvoj těchto forem je veden snahou k maximálně možnému přiblížení života lidí s postižením normálnímu životu jejich vrstevníků. Dětem je umožněno vzdělávání na úrovni mateřské školy a základní školy speciální. Pro starší uživatele služeb je denní program realizován v zácvikových pracovištích, chráněných dílnách a autistickém centru. Kromě výchovně vzdělávacího a pracovního programu pro uživatele služeb je v rámci projektu řešeno jejich stravování, doprava, fyzioterapeutické

služby a dále poradenská činnost, další vzdělávání pracovníků a edukační program rodinných příslušníků a opatrovníků uživatelů služeb

Základním posláním sociálních služeb Školy SPMP Modrého Klíče je prostřednictvím denního, týdenního stacionáře a odlehčovací služby podporovat uživatele služby v jejich fyzické a psychické soběstačnosti a nejvyšší možné míře je zapojovat do běžného života společnosti. A v případech, kdy to vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné zacházení a prostředí. (24)

1.4.2 Cíle zařízení

Poskytnout individuálně přiměřenou výchovnou a aktivizační činnost, která zajišťuje další rozvoj k naplnění poslání. Vytvářet takové podmínky, které napomáhají uživatelům projevit a uplatnit svou vlastní vůli při naplňování a řešení osobních potřeb. Snižovat jejich závislost, případnou péči změnit v podporu při cestě k jejich samostatnosti. Zabezpečovat důstojný život uživatelů, chránit je před předsudky a negativním hodnocením.

1.4.3 Principy služeb

Principem poskytovaných služeb je respektování individuálních zvláštností a speciálních potřeb uživatele. Respektování potřeb v širokém spektru vývojových fází jedince. Respektování základních potřeb člověka a dodržování lidských práv uživatel. Respektování možnosti volby uživatelů. Individualizace podpory samostatnosti. Respektování a naplňování práva na vzdělání a práci. Úzká spolupráce se zákonnými zástupci a opatrovníky uživatele.

1.4.4 Cílová skupina

Cílovou skupinou zařízení Modrý klíč jsou osoby s mentálním postižením, osoby s kombinovaným postižením, děti předškolního věku (2 – 7 let), mladší děti (7 – 10 let), starší děti (11 – 15 let), dorost (16 – 18 let), mladí dospělí (19 – 26 let) a dospělí (27 – 64 let).

1.4.5 Služby zařízení Modrý klíč směřované k lidem s MR

Denní program k zajištění podmínek pro běžné úkony péče o vlastní osobu a osobní hygienu. Dále výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociálně terapeutické činnosti. Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Zabezpečení stravování. Klientům je poskytována každodenní fyzioterapie jak individuální formou, tak formou skupinovou.

Samozřejmostí je zajišťování dopravy (denní svoz uživatelů z domova do centra dle smlouvy). Neméně důležitou službou je poradenství.

1.4.6 Aktivity zaměřené na pracovníky zařízení

Hlavní aktivity zaměřené na pracovníky jsou pořádání vzdělávacích akcí (akreditovaná vzdělávací instituce MŠMT ČR). Dále zprostředkovávání odborné a metodické literatury. Umožnění absolvování praxe pro studenty středních a vysokých škol. (24)

2 CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE A HYPOTÉZY

Tato bakalářská práce si klade tyto cíle:

- C1: Zmapovat postupy používané v zařízení Modrý klíč, které vedou ke zvládnutí agresivních projevů klientů
- C2: Zjistit úroveň informovanosti pracovníků (odborní asistenti, speciální pedagogové) o používaných metodách
- C3: Popsat metodiku práce s klienty s agresivními projevy chování.

V těchto oblastech bude ověřena platnost následujících hypotéz:

- H1: Všichni pracovníci zařízení Modrý klíč přicházející do styku s klienty jsou schopni zvládat projevy jejich agresivního chování
- H2: Správná volba metodiky práce s klientem snižuje četnost agresivních projevů chování klienta

3. METODIKA

3.1 Použité metody a techniky výzkumu

Pro bakalářskou práci byly použity kvantitativní metody získávání i zpracování dat. Tato data jsem získala prostřednictvím dotazníku, který jsem v tištěné formě rozdala zkoumaným osobám k vyplnění. Podkladem pro tvorbu výzkumných otázek mi byla jednak odborná literatura, jednak mé konkrétní zkušenosti z mého působení v zařízení Modrý klíč.

Dotazník byl anonymní a obsahoval celkem 12 otázek, z toho dvě identifikační a jednu filtrační. Při tvorbě otázek jsem dbala především na jejich srozumitelnost, a protože mám s danou problematikou osobní zkušenosti, snažila jsem se vyvarovat jakékoli sugestivnosti. Dotazník jsem zvolila jako efektivní metodu sběru dat. Ostatně jako uvádí Disman (5), tato technika umožňuje snadno získat informace, v poměrně krátkém čase a od velkého počtu jedinců. Důležitá je však ochota respondentů.

V úvodu dotazníku, který jsem respondentům osobně rozdala, jsem představila svou osobu, Jihočeskou univerzitu v Českých Budějovicích i Zdravotně sociální fakultu a téma své bakalářské práce. Respondenty jsem zároveň informovala o tom, že budou mít možnost do mé práce nahlédnout na internetových stránkách fakulty. Samozřejmostí bylo poděkování za čas strávený vyplněním dotazníku.

Výsledky dotazníkového šetření byly následně zpracovány v grafické podobě v programu MS Excel.

3.2 Charakteristika výběrového souboru

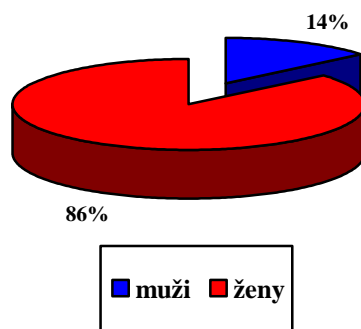
Základní soubor tvořili pracovníci zařízení Modrý klíč, z nichž byl vybrán výběrový soubor skládající se ze 47 respondentů, v jejichž pracovní náplni je každodenní přímá interakce s klientem. Jejich výběr byl záměrný, nepravděpodobnostní a proběhl účelově. Vzhledem k důvěrné povaze získávaných informací byla všem respondentům předem zaručena anonymita. Dotazník vyplnilo celkem 42 osob, jeho návratnost tedy byla 89,3 %.

4. VÝSLEDKY

Graf 1: Pohlaví respondentů

Tento graf znázorňuje podíl mužů a žen ve výzkumném souboru. Výzkumu se účastnilo pouze šest mužů, naprostou většinu dotazovaných (36) tedy tvořily ženy.

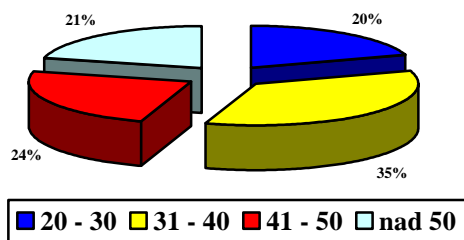
Graf 1: Pohlaví respondentů



Graf 2: Věková struktura respondentů

Graf 2 znázorňuje rozdělení dotazovaných osob z hlediska věku. Ze 42 dotazovaných označilo osm respondentů (cca 20 %) věkové rozmezí mezi 20 a 30 lety. Dalších 15 respondentů (cca 35 %) uvedlo věk 31 až 40 let. Deset dotazovaných respondentů (cca 24 %) spadalo do rozmezí 41 až 50 let, devět dotazovaných (cca 21 %) uvedlo věk nad 51 let. Největší část respondentů tedy tvořili lidé ve věku od 31 do 40 let.

Graf 2: Věková struktura respondentů

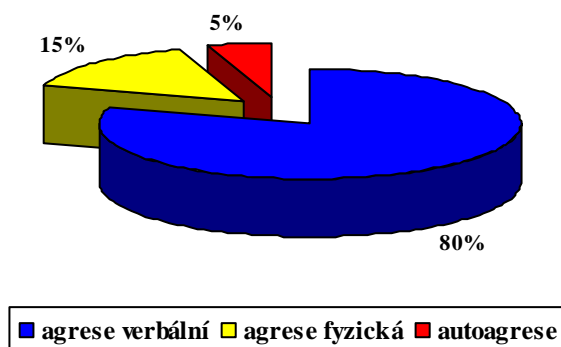


Graf 3: Délka praxe v zařízení sociálních služeb pro klienty s mentální retardací

Graf 3 udává délku praxe jednotlivých sociálních pracovníků v zařízení sociálních služeb pro klienty s mentálním postižením.

Ze 42 dotazovaných (100 %) odpovědělo 14 zaměstnanců (cca 33 %), že nepracuje s lidmi s mentálním či kombinovaným postižením déle než pět let, 19 zaměstnanců (cca 46 %) odpovědělo, že pracuje s lidmi s mentálním či kombinovaným postižením více jak pět ale méně jak deset let. Pouze devět zaměstnanců (cca 21 %) odpovědělo, že pracují s lidmi s mentálním či kombinovaným postižením více jak jedenáct let.

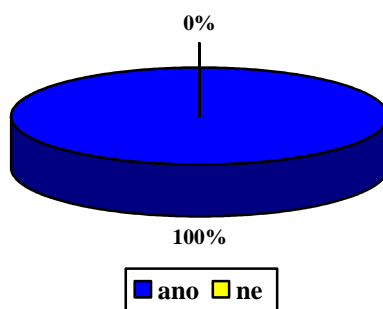
Graf 3: Délka praxe v zařízení sociálních služeb pro klienty s mentální retardací



Graf 4: Zkušenosti sociálních pracovníků s projevy agresivního chování klientů

Graf 4 znázorňuje dosavadní zkušenosti pracovníků zařízení Modrý klíč s projevy agresivního chování klientů. Lze z něj vyčíst, že se s nimi alespoň jedenkrát při své práci setkalo všech 42 respondentů (100 %).

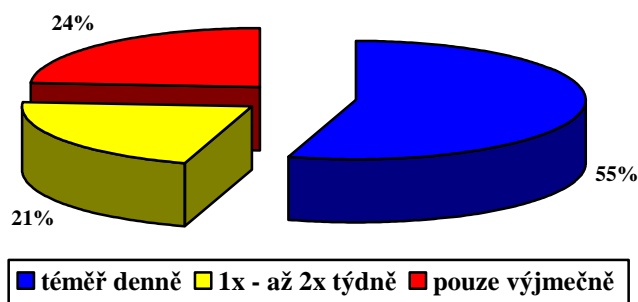
Graf 4: Zkušenosti sociálních pracovníků s projevy agresivního chování klientů



Graf 5: Četnost projevů agresivního chování ze strany klientů

Graf 5 mapuje četnost projevů agresivního chování ze strany klientů. Z celkového počtu 42 dotazovaných (100 %), odpovědělo 23 zaměstnanců (cca 55 %), že se s agresivními projevy chování u klientů setkává v průměru 1 – 2 x týdně. Devět zaměstnanců (cca 21 %) odpovědělo, že je pro ně tento druh chování u klientů běžnou součástí jejich práce a s projevy agresivního chování se u klientů setkávají téměř denně. Oproti tomu deset zaměstnanců (24 %) uvedlo, že se s agresivními projevy chování ve své praxi setkávají pouze výjimečně.

Graf 5: Četnost projevů agresivního chování ze strany klientů



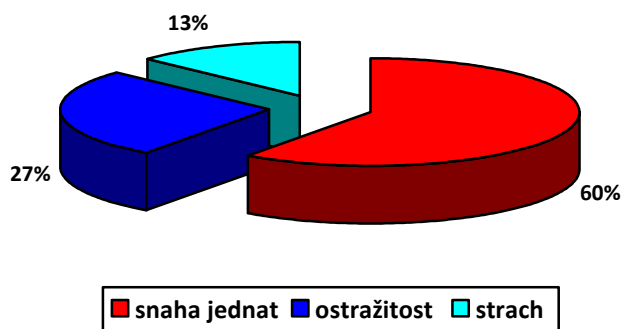
Graf 6: Pocity respondentů vyvolané v souvislosti s agresí klienta

Graf 6 znázorňuje pocity, se kterými se pracovníci zařízení Modrý klíč nejčastěji setkávají v souvislosti s agresivním chováním klienta. Ze 42 dotazovaných (100%), odpovědělo 25 zaměstnanců (cca 60 %), že u nich agrese ze strany klienta vyvolává snahu jednat, zabránit nebo zmírnit situaci, která nastala.

Jedenáct zaměstnanců (cca 27 %) odpovědělo, že u nich toto chování vyvolává pocit ostražitosti, jsou nuceni být opatrnější a to nejen během konkrétní situace, kdy se u klienta agrese objeví, ale i určitou dobu po jejím skončení.

Šest respondentů (cca 13 %) uvedlo, že v nich agresivní projevy chování klienta v určitých situacích vyvolávají strach, ať už o vlastní bezpečí, tak o bezpečí ostatních klientů. Žádný z dotazovaných neodpověděl, že by u něj agrese ze strany klienta vyvolala vztek, zaskočení či úzkost.

Graf 6: Pocity respondentů vyvolané v souvislosti s agresí klienta

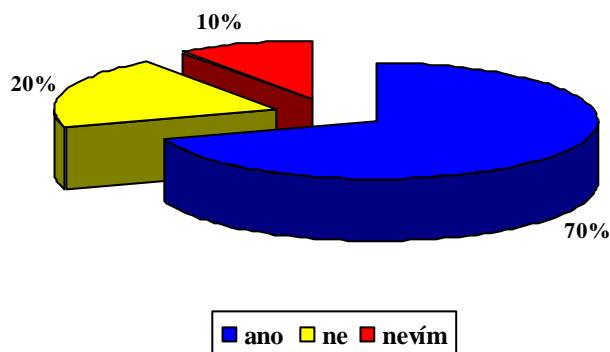


Graf 7: Zvládání agresivních projevů chování u klienta

Z grafu 7 je patrné, jak pracovníci zařízení Modrý klíč dle vlastního mínění zvládají projevy agresivního chování u klientů, se kterými pracují.

Tato otázka mapuje subjektivní vnímání vlastní schopnosti zaměstnanců zvládat situace, při kterých se objevují ze strany klienta projevy agresivního chování. Ze 42 dotazovaných (100%) odpovědělo 29 zaměstnanců (cca 70 %), že si myslí, že tyto projevy ze strany klientů zvládají. Osm zaměstnanců (cca 20 %) uvedlo, že si myslí, že tyto situace dostatečně nezvládají. Pět zaměstnanců (cca 10 %) nebylo schopno svou schopnost zvládat projevy agresivního chování u klientů posoudit.

Graf 7: Zvládání agresivních projevů chování u klienta

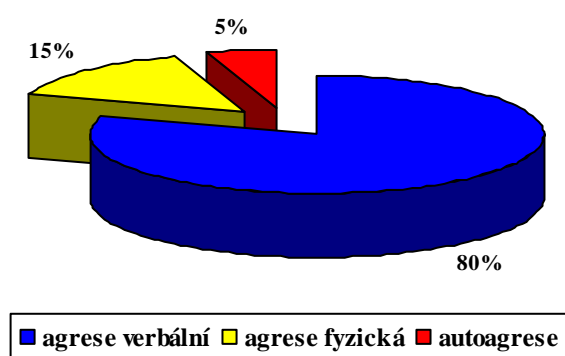


Graf 8: Nejčastější agresivní projevy chování u klientů

Graf 8 znázorňuje, s jakými agresivními projevy chování se dotazované osoby při své práci nejčastěji setkávají.

33 ze 42 dotazovaných (80 %) se ve své praxi nejčastěji setkává s agresí fyzickou. Šest ze 42 respondentů (15 %) uvedlo, že se při své práci nejvíce setkává s agresí verbální. Pouze tři zaměstnanci (5 %) uvedli, že se při práci u svých klientů nejvíce setkávají s autoagresí.

Graf 8: Nejčastější agresivní projevy chování u klientů



Graf 9: Nejčastější metody zvládnání agresivních projevů chování u klientů

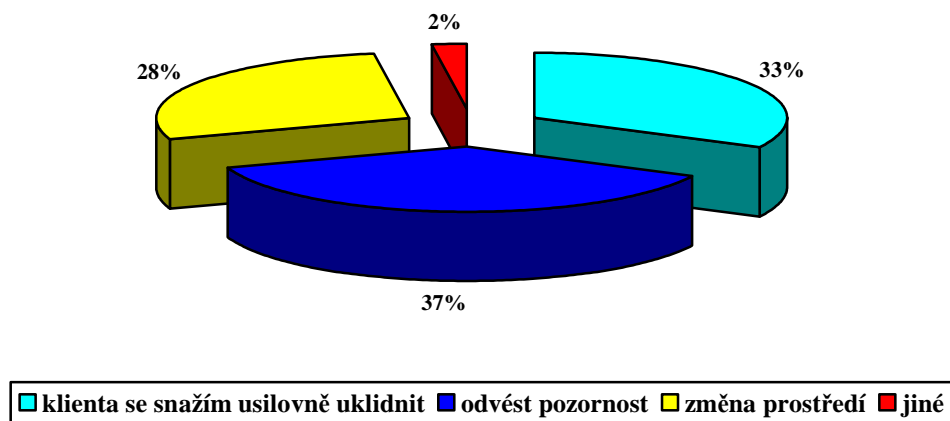
Graf 9 udává, jaké metody zvládnání agresivních projevů chování jsou používány nejčastěji. Ze 42 respondentů (100%) jich 14 (cca 33 %) uvedlo, že se při řešení agresivních projevů chování snaží klienta slovně uklidnit, popřípadě slovní uklidňování s použitím úchopových technik.

16 respondentů (cca 37 %) uvedlo, že se nejčastěji snaží pro odvedení pozornosti klientovi nabídnout alternativní činnost, čímž většinou situaci zvládnou.

12 respondentů (cca 28 %) uvedlo, že nejvíce používají metodu změny prostředí (klient např. opustí místnost).

Pouze jeden respondent (cca 2 %) uvedl, že používá jiné metody, přímo zaměřené na potřeby a zvyklosti klienta.

Graf 9: Nejčastější metody zvládnání agresivních projevů chování u klientů

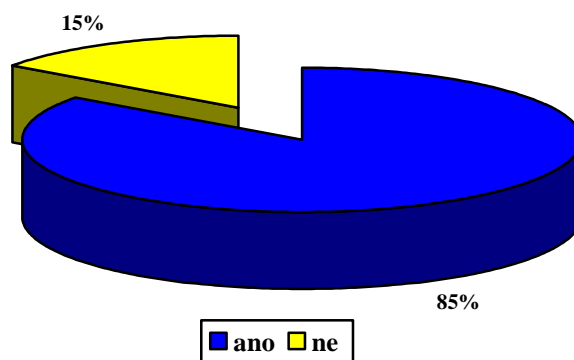


Graf 10: Zvládnání práce s neznámým klientem

Z grafu 10 můžeme vyčíst, zda dotazované osoby považují práci s neznámým klientem jako problematickou či nikoli.

Ze všech dotazovaných v počtu 42 (100 %) jich naprostá většina (34 osob, tedy cca 85 %) odpověděla, že jim činí problém pracovat s klientem, kterého příliš neznají. Zbytek dotazovaných (cca 15 %) uvedlo, že problém pracovat s nepříliš známým klientem nemá.

Graf 10: Zvládnání práce s neznámým klientem

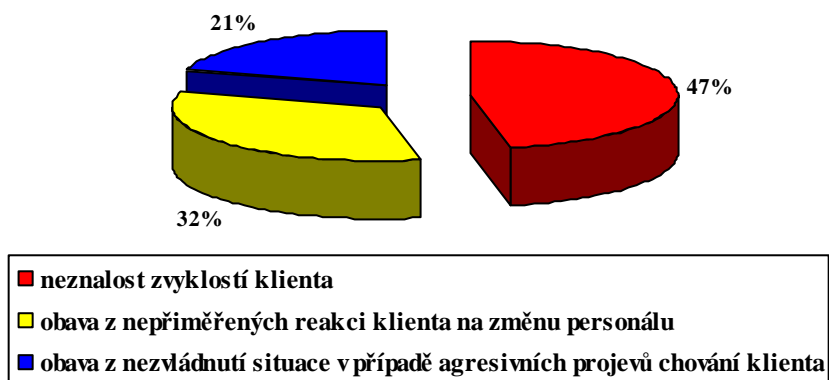


Graf 11: Příčiny obtížného zvládnutí práce s klientem

Graf 11 udává, jaké jsou nejčastější příčiny obtížného zvládnutí práce s klientem. Ze 42 dotazovaných respondentů jich 34 (cca 80%) uvedlo, že mají problém pracovat s klientem, kterého příliš neznají. Z těchto 34 respondentů jich 16 (cca 47 %) jako největší problém uvedlo neznalost zvyklostí klienta. 11 respondentů (cca 33 %) uvedlo jako největší problém svou obavu z nezvládnutí situace u klienta, kterého příliš neznají, a nevědí tudíž, co od něj mohou očekávat.

Zbýlých sedm respondentů (cca 20%) uvedlo, že jako největší problém vidí obavu z nepřiměřených reakcí klienta, vyvolaných změnou personálu.

Graf 11: Příčiny obtížného zvládnutí práce s klientem

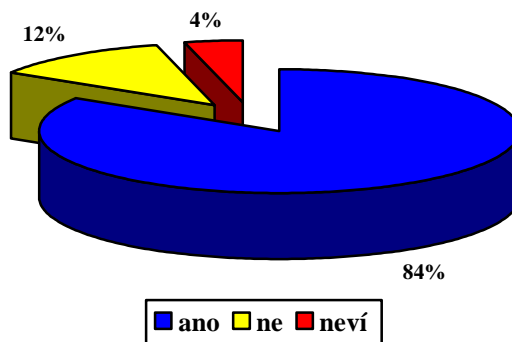


Graf 12: Vliv užití správné metodiky práce na snížení četnosti výskytu projevů agresivního chování klienta

Graf 12 znázorňuje vliv užití správné metodiky práce na snížení četnosti výskytu projevů agresivního chování klienta. Ze 42 dotazovaných respondentů jich na tuto otázku 35 (84 %) odpovědělo odpovědí „rozhodně ano“. Dalších pět respondentů (cca 12 %) si myslí, že vhodně zvolený přístup a správná metodika práce žádný velký vliv na chování klienta nemá.

Pouze 2 respondenti (cca 4 %) nebyli schopni vliv správné volby metodiky práce na snížení četnosti agresivních projevů chování klientů posoudit.

Graf 12: Vliv užití správné metodiky práce na snížení četnosti výskytu projevů agresivního chování klienta



5. DISKUZE

V úvodu diskuze bych ráda upozornila na všeobecně známé změny v terminologii, která se používá v sociální oblasti. Tyto změny přinesl zejména zákon o sociálních službách 108/2006 sb. Ustoupilo se od mnoho let používaných „hanlivých“ či diskriminujících pojmů označujících jedince s postižením. Mezi odborníky bychom se v dnešní době již neměli setkat s označením typu „zaostalý člověk“, které člověka hanlivě označuje, ale měli bychom se setkávat například s označením „člověk s mentálním postižením“. V první řadě je důležité uvědomit si, že hovoříme o člověku a následně můžeme hovořit o jeho specifiku či nějaké odlišnosti. Zásadní je mít na paměti, že je to člověk „s postižením“, nikdy ne „postižený člověk“.

V začátku své práce jsem se zabývala osvětlením typů mentální retardace, podrobněji jsem se zaměřila na její stupně podle MKN, dále jsem zmínila nejčastější přidružená onemocnění a typy služeb a zařízení, která jsou v současné době lidem s postižením k dispozici. V této souvislosti bych se ráda zaměřila se na personální obsazení zařízení sociálních služeb. Z grafů 1 a 2 vyplývá, že např. v zařízení Modrý klíč pracuje převážná většina žen, nejčastěji ve věku od 31 do 40 let. Mezi zaměstnanci je tedy zanedbatelné minimum pracovníků mužského pohlaví.

Dle mého názoru by bylo velkým přínosem, kdyby zejména v přímé práci s klienty bylo zastoupeno vyšší procento mužských pracovníků. Z vlastní několikaleté zkušenosti z práce s klienty s těžkým mentálním postižením a s klienty s kombinovaným postižením vím, jak velmi fyzicky náročné je manipulovat s ležícími klienty (polohování, rehabilitace), nebo zvládat jejich agresivní projevy tak, aby klient neublížil sobě nebo někomu dalšímu.

Troufám si říci, že pracovník - muž zvládá projevy agresivního chování ze strany klienta lépe, a to zejména díky své fyzické dispozici. Během své praxe s těmito klienty jsem si rovněž uvědomila, že klient projevuje větší respekt k muži než k ženě a i jeho chování je odlišné. V tomto si dovoluji souhlasit s panem Jünem, který se agresivitou u klientů s těžkým mentálním postižením zabývá již celá léta. Je důležité, aby byl klient ve styku jak s ženskými, tak s mužskými pracovníky. (4)

Nemyslím si, že nedostatek mužských pracovníků v sociálních službách by byl způsoben tím, že by měli menší sociální citění, či by nebyli ochotni pracovat s klienty s těžkým mentálním postižením. Vím, že pokud zařízení sociálních služeb hledá například asistenty do sociálních služeb, či asistenty do chráněného bydlení, uvádí, že preferuje muže. A muži se skutečně na tato pracovní místa se zájmem hlásí.

Potřeba zvýšení podílu mužských pracovníků v sociálních službách však naráží na významnou překážku, kterou je jejich nízké platové ohodnocení. Během své praxe jsem se setkala s tím, že muži o práci v sociálních službách sice zájem projevují, na nabízenou pozici však vzhledem k platovým podmínkám buď vůbec nenastoupí, nebo ji v momentě, kdy se rozhodnou založit rodinu, opouštějí a hledají pozici lukrativnější. To je podle mého názoru důvodem, proč v sociálních službách pracují převážně ženy. Podfinancování sociální sféry odpovídají i platové tabulky sociálních pracovníků (19). To je však vážné téma, které přesahuje rozsah mé bakalářské práce. Pozornost tomuto tématu by měli věnovat zejména naši zákonodárci.

Jak dokládá graf 3, pouze 21% zaměstnanců pracuje s lidmi s mentálním postižením více jak 11 let. Můžeme se domnívat, že hlavním důvodem je velká fyzická a hlavně psychická zátěž. Práce s těmito lidmi je velmi náročná na sebeovládání, na empatii, na porozumění. Tato oblast je velmi riziková pro vznik tzv. syndromu vyhoření, jehož vzniku je nutné vhodným způsobem předcházet.

S projevy agresivního chování klientů se alespoň jednou během své praxe v zařízení sociálních služeb pro osoby s mentálním či kombinovaným postižením setkala 100 % dotazovaných. Více než pětina zaměstnanců zařízení Modrý klíč, kteří pracují v přímém kontaktu s klientem, se u něj s agresivními projevy chování setkává dokonce téměř každý den. Jedná se tedy o problematiku, kterou rozhodně nelze podceňovat, a to nejen s ohledem na klienta, ale také s ohledem na osobnost pracovníka.

60 % dotazovaných se snaží vzniklé situaci zabránit svým aktivním jednáním, naopak jen asi 7 % respondentů uvádí, že agrese ze strany klienta v nich vyvolává především pocit strachu, a to ať už o bezpečí vlastní, nebo o bezpečí ostatních klientů. Dle mého názoru, který byl potvrzen i v rámci provedeného výzkumu, se v tomto

případě jedná především o pracovníky, kteří s tímto typem klientů pracují kratší dobu, nebo s ním přicházejí do kontaktu pouze zřídka, a se zvládním agresivního chování tudíž ještě nemají dostatek zkušeností.

Co se týče subjektivního vnímání vlastní schopnosti zaměstnanců zvládat situace, při kterých se objevují ze strany klienta projevy agresivního chování, lze říci, že jejich naprostá většina (cca 70 %) je přesvědčena, že je v této oblasti úspěšná. Protože kladně na otázku týkající se úspěšného zvládní těchto situací odpověděli převážně pracovníci, kteří v osobami s mentálním postižením pracují déle než pět let, lze říci, že velkou roli zde hraje zkušenost. 20 % dotazovaných naopak uvedlo, že tyto situace dostatečně nezvládají. Myslím si, že řešením by mohlo být absolvování příslušných akreditovaných kurzů z této oblasti, např. kurzu Agresivita u klientů s těžkým mentálním postižením a nácvik úchopové techniky.

Nejčastějším projevem agresivního chování u klientů je dle 79 % dotazovaných osob agrese verbální. Přesto jsem se sama přesvědčila, že mnohem nebezpečnější je agrese fyzická, která může být zaměřena proti zaměstnanci, ale i také proti ostatním klientům. Osoby s mentálním postižením mají obrovskou fyzickou sílu a zároveň sníženou schopnost vnímání bolesti, na kterou nás často ani nejsou schopni upozornit. Proto je vždy, a především při použití některé z úchopových technik, potřeba dbát na to, abychom klientovi fyzicky neublížili, a aby byla situace ukončena v rámci možností k jeho spokojenosti. Vhodným způsobem tak můžeme zabránit i dalšímu opakování celé situace.

Kromě použití úchopových technik, nejčastěji v kombinaci se snahou klienta slovně uklidnit, patří k nejčastěji používaným metodám řešení agresivních projevů chování u klienta odvedení pozornosti k jiné, alternativní činnosti. Je tomu tak proto, že klient se přestane soustředit na činnost, která jej rozrušuje nebo znepokojuje a místo toho zaměří svou pozornost na nově nabídnutou aktivitu.

Naprostá většina dotazovaných osob (cca 85 %) odpověděla, že jim činí problém pracovat s klientem, kterého příliš neznají. Nejčastějším důvodem byla neznalost klientových zvyklostí, spolu s nejistotou ohledně toho, co od něj lze očekávat. Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že k potížím v této oblasti často dochází v důsledku nástupu

nového, nebo při zastupování stávajícího pracovníka jiným, např. v době jeho pracovní neschopnosti nebo dovolené. Nový či zastupující pracovník detailně nezná klientovy zvyklosti, nebo není dostatečně obeznámen s tím, jakým způsobem s ním konkrétně pracovat. Jakákoli změna v přístupu ke klientovi u něj však může vyvolat neklid, negativní reakce či přímo agresivní chování.

Jak vyplynulo z mého výzkumu, velký význam při práci s klientem s mentálním postižením má volba správné metodiky a vhodného přístupu ke klientovi. Také z toho důvodu je velmi důležité průběžné vzdělávání pracovníků v sociálních službách.

Jeho významným prvkem jsou individuální a skupinové supervize na pracovišti, které se uskutečňují několikrát do roka, či podle potřeby skupiny nebo samotného pracovníka. Při práci s klientem s těžkým mentálním postižením, je nezbytné, aby byl pracovník v dobré psychické kondici. Jak už jsem zmínila výše, aby se pracovník lépe vyrovnával se zátěžovými situacemi (např. agresivní projevy ze strany klienta), jsou důležitým prvkem akreditované vzdělávací kurzy, zaměřené přímo na tuto problematiku. Já sama jsem tyto kurzy absolvovala a mohu potvrdit jejich přínos v přímé práci s klientem.

Jedná se zejména o nácvik úchopových technik, kterými se snaží pracovník zmírnit či odvrátit hrozící možnost, kdy by si mohl klient ublížit nebo ublížit někomu jinému. Během těchto kurzů se nacvičují modelové situace přímo z praxe. Pracovník se učí, jak tyto nepříjemné situace co nejlépe zvládat. Velmi zajímavým způsobem problematiku agresivity u klienta s těžkou mentální retardací a úchopovou techniku pojednává Netušil ve své knize *Agresivita a prevence problémového chování u lidí s mentálním postižením (27)*. Ukázky úchopové techniky jsou zároveň součástí příloh mé bakalářské práce.

6. ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se snažila čtenáři poskytnout co nejširší a nejucelenější přehled o dané problematice. Hlavním cílem práce bylo zmapovat schopnost pracovníků v sociálních službách zvládat agresivní projevy chování u klientů, určit spouštěče tohoto chování, zmapovat konkrétní metody používané ke snížení četnosti těchto projevů a potvrdit či vyvrátit v těchto oblastech stanovené hypotézy.

Ve svém výzkumu jsem zvolila kvantitativní přístup. Data jsem získala prostřednictvím anonymního dotazníku sestávajícího z 12 otázek, který jsem rozdala zkoumaným osobám. Podkladem pro jejich tvorbu mi byly jednak odborná literatura, jednak mé konkrétní zkušenosti z mého působení v zařízení Modrý klíč.

Výzkumný soubor tvořili pracovníci zařízení Modrý klíč, z nichž bylo vybráno 47 respondentů, v jejichž pracovní náplni je každodenní přímá interakce s klientem. Jejich výběr byl záměrný, nepravděpodobnostní a proběhl účelově. Všem respondentům byla zaručena anonymita. Dotazník vyplnilo 42 osob, jeho návratnost tedy byla 89,3 %. Výsledky dotazníkového šetření byly následně zpracovány v grafické podobě v programu MS Excel.

Hypotéza č. 1 (Všichni pracovníci zařízení Modrý klíč přicházející do styku s klienty jsou schopni zvládat projevy jejich agresivního chování) nebyla na základě zjištěných skutečností potvrzena. Za schopné úspěšně zvládat práci s agresivním klientem se považuje pouhých 70 % dotazovaných, zbylí respondenti se buď domnívají, že tyto situace nezvládají, případně své schopnosti nedokážou posoudit.

Oproti tomu hypotéza č. 2 (Správná volba metodiky práce s klientem snižuje četnost agresivních projevů chování klienta) se potvrdila. Více než 80 % respondentů považuje správné zvolení metodiky a postupů práce s klienty za faktor, který výrazně snižuje četnost agresivních projevů ze strany klienta.

Ze zjištěných skutečností vyplývá, že agresivní projevy chování nelze zcela odstranit. Lze je pouze minimalizovat a pracovat s nimi, správně zvolenými prostředky. Velmi důležité je prostředí, ve kterém se pracovníci a uživatelé nacházejí. Čím více je prostředí klientům uzpůsobeno a čím je pracovník empatičtější k potřebám samotného

uživatele, tím méně dochází k nepříjemným situacím. Ty vznikají nejčastěji právě z důvodu nespokojenosti klienta.

Pracovník by se měl kontinuálně vzdělávat v oboru, měl by ke každé nepříjemné situaci přistupovat jako k přirozené součásti své práce. Důležité je snažit se do těchto situací nevnášet osobní pocity a emoce a jednat s rozvahou a klidem.

7. KLÍČOVÁ SLOVA

- agrese
- agresivita
- agresivní projevy chování
- mentální retardace
- sociální služby

8. POUŽITÉ ZDROJE

1. APLA Praha, střední Čechy, o. s. : Asociace pomáhající lidem s autismem [online]. 2011 [cit. 2011-07-25]. O autismu. Dostupné z WWW: <<http://www.praha.apla.cz/autismus-2.html>>
2. BABIAKOVÁ, Mira, Eva MARKOVÁ a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
3. ČADILOVÁ, Věra, Hynek JŮN a Kateřina THOROVÁ. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. 243 s. ISBN 978-807-3673-192.
4. ČADILOVÁ, Věra a Zuzana ŽAMPACHOVÁ. *Strukturované učení: vzdělávání dětí s autismem a jinými vývojovými poruchami*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008. 405 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-807-3674-755.
5. DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. 3.vyd. Praha: Karolinum, 2000. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
6. EMERSON, Eric. *Problémové chování u lidí s mentální retardací*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008. 166 s. ISBN 978-807-3673-901.
7. Frühkindlicher Autismus und dessen wissenschaftliche Aspekte [online]. 2010 [cit. 2011-07-25]. Symptomatik. Dostupné z WWW: < <http://www.autismus-web.de/symptomatik.htm>>
8. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-717-8303-X.

9. IRA, Václav, *Speciální pedagogika: psychopedie*. České budějovice, Zdravotně sociální fakulta, 2006, studijní text
10. JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-725-4329-6.
11. JŮN, Hynek. *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010. 141 s. ISBN 978-807-3675-905.
12. KOZLOVÁ, Lucie a Veronika KUBELOVÁ. *Jak psát bakalářskou a diplomovou práci*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2008. 56 s. ISBN 978-80-7394-112-3.
13. KOZLOVÁ, Lucie. *Sociální služby*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2005. 79 s. ISBN 80-725-4662-7.
14. KREJČÍŘOVÁ, Dana a Marie VÁGNEROVÁ. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. 791 s. ISBN 978-807-3675-660.
15. KUČEROVÁ PŘIKRYLOVÁ Hana a PREISS, Marek. *Neuropsychologie v neurologii*. Vyd. 1. Praha: Grada., 2006. 362 s. ISBN 80-247-0843-4.
16. LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. xxxiii, 951 s., čb. obr. ISBN 80-247-0668-7.
17. MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 168 s. Sestra. ISBN 978-802-4721-385.

18. MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003. 287 s. ISBN 80-717-8549-0.
19. Medical tribune CZ : Tribuna lékařů a zdravotníků [online]. 2010 [cit. 2011-07-25]. Plat pracovníka v sociálních službách. Dostupné z WWW: <http://www.tribune.cz/clanek/5997-plat-pracovnika-v-socialnich-sluzbach>
20. MedicineNet.com [online]. 2011 [cit. 2011-07-25]. Definition of Mental retardation. Dostupné z WWW: <<http://www.medterms.com/script/main/art.asparticlekey=20174>>
21. MESIBOV Gary B., SCHOPLER, Eric a Miroslava JELÍNKOVÁ. *Autistické chování*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1997. 303 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-717-8133-9.
22. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná verze k 1. 1. 2009*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008. 860 s. ISBN 978-809-0425-903.
23. Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. 2006 [cit. 2011-07-25]. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Dostupné z WWW: <https://sluzbyprevence.mpsv.cz/dok/zakon-108_2006.pdf>.
24. Modrý klíč : Škola SPMP Modrý klíč [online]. 2011 [cit. 2011-07-25]. Dostupné z WWW: <<http://www.modry-klic.cz>>.
25. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: průvodce poskytovatele*. Vyd. 1. Praha:, 2002. 111 s. ISBN 80-865-5245-4.

26. MÜLLER Oldřich a Milan VALENTA. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 2. vyd. Praha: Parta, 2004. 443 s. ISBN 80-732-0063-5.
27. NETUŠIL, Radovan, *Agresivita a prevence problémového chování u lidí s mentálním postižením*, Nakladatelství Modrý Klíč, Praha, 2005, ISBN: 80-86980-00-6.
28. PAVLOVSKÝ, Pavel. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 3., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2009. 226 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4726-182.
29. PEŠOVÁ, Ilona a Miroslav ŠAMALÍK. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 150 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1216-4.
30. PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido - edice pedagogické literatury, 1998. 234 s. ISBN 80-859-3165-6.
31. *Pravidla českého pravopisu: s Dodatkem Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky*. Vyd. 1. Praha: Academia, 1998. 391 s. ISBN 80-200-0475-0.
32. PRŮCHA, Jan. *Pedagogický slovník*. 1.vyd. Praha: Portál, 1995. 292 s. ISBN 80-717-8029-4.
33. SELIKOWITZ, Mark. *Downův syndrom: definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělání, dospělost*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 197 s. Rádci pro zdraví. ISBN 80-717-8973-9.

34. SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 160 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4717-333.
35. ŠNÝDROVÁ, Ivana. *Psychodiagnostika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008. 143 s. Psyché. ISBN 978-802-4721-651.
36. ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. 184 s. ISBN 80-717-8506-7.
37. ŠVINGALOVÁ, Dana. *Úvod do teorie a praxe psychopedie*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2006. ISBN 80-737-2042-6.
38. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-717-8802-3.
39. Vyhláška č. 505/2006 Sb., *kteou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách v platném znění*
40. Zákon č. 114/1988 Sb. *o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení*
41. Zákon č. 108/2006 Sb. *o sociálních službách*
42. Zákon č. 100/1988 Sb. *o sociálním zabezpečení ve znění pozdějších předpisů*

9. PŘÍLOHY

9.1 Příloha č. 1 – Dotazník

Vážený respondente,

jmenuji se Lucie Bašeová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru Rehabilitace - Rehabilitační psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory na Zdravotně sociální fakultě univerzity v Českých Budějovicích. Ráda bych Vás tímto požádala o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce.

V té zpracovávám téma agresivity a agresivních projevů chování klientů v zařízení sociální péče Modrý Klíč a dále zvládnání těchto situací odbornými pracovníky pracujícími v tomto zařízení. Veškeré informace, které v dotazníku uvedete, budou sloužit pouze jako podklady pro tuto práci. Dotazník je zcela anonymní, proto prosím nikde neuvádějte své jméno.

Do výsledků výzkumu i celé práce budete mít možnost nahlédnout na internetových stránkách fakulty www.zsf.jcu.cz, kde bude celá práce k dispozici.

Děkuji za Vaši ochotu a čas při vyplňování dotazníku.

Lucie Bašeová

Informace k vyplnění dotazníku:

Prosím, u otázek s nabízenými možnostmi zakroužkujte vždy jen jednu odpověď, nebo pokud to otázka dovoluje, odpovídejte vlastními slovy.

OTÁZKA Č. 1: Jste muž nebo žena?

- a) muž b) žena

OTÁZKA Č. 2: Kolik je Vám let?

- a) 20 – 30 let b) 31 – 40 let c) 41 – 50 let d) 51 let a více

OTÁZKA Č. 3: Jak dlouho pracujete s lidmi s mentálním postižením?

- a) 0-5 let b) 6-10 let c) 11 a více let

OTÁZKA Č. 4: Setkal/a jste se již v průběhu své práce s projevy agresivního chování u Vašich klientů?

- a) ano b) ne

OTÁZKA Č. 5: Jak často se při své práci setkáváte s projevy agrese ze strany klientů?

- a) téměř denně b) 1x- 2x týdně c) pouze výjimečně

OTÁZKA Č. 6: Jaké pocity u Vás agrese klienta vyvolává?

- a) strach b) úzkost c) zaskočení
d) vztek e) snaha jednat f) ostražitost

OTÁZKA Č. 7: Myslíte si, že projevy agresivního chování zvládáte?

- a) ano b) ne c) nevím

OTÁZKA Č. 8: S jakými agresivními projevy chování se při Vaší práci nejčastěji setkáváte?

- a) agrese verbální
b) agrese fyzická
c) autoagrese

OTÁZKA Č. 9: Jakou metodu používáte při řešení agresivních projevů chování u klientů?

- a) klienta se snažím slovně uklidnit
- b) odvést pozornost jinou (nabízenou) činností
- c) změna prostředí
- d) jiné

OTÁZKA Č. 10: Máte problém pracovat s klientem, kterého příliš neznáte?

- a) ano
- b) ne

OTÁZKA Č. 11: Pokud ano, proč?

- a) neznalost zvyklostí klienta
- b) obava z nepřiměřených reakcí klienta na změnu personálu
- c) obava z nezvládnutí situace v případě agresivních projevů chování klienta

OTÁZKA Č. 12: Pokud při práci s klientem s projevy agresivního chování zvolíte správnou

metodiku práce a vhodný přístup, snižuje se četnost těchto projevů?

- a) rozhodně ano
- b) rozhodně ne
- c) nejsem schopen/na to posoudit

9.2 - Příloha č.2 – Ukázka úchopové techniky

Úchop za vlasy zepředu



U: drží P za vlasy zepředu.
P: uchopí ruku a tlačí ji ke své hlavě.



P: tlačí na loket U vzhůru na jeho osu
a dělá úkrok k U



P: kontroluje U a čeká na zklidnění

Úder otevřenou dlaní



U: chce udeřit P otevřenou dlaní z boku do obličeje



P: zkracuje vzdálenost pohybem vpřed a uniká tak z kritické zóny



P: popřípadě nastaví paži přímo před obličej U a zmírní tak intenzitu útoku

Kop

Obecně můžeme říci, že kopání představuje vážné ohrožení pro pracovníky. Největší nebezpečí je, když se pracovník nachází ve vzdálenosti největšího účinku kopu. Tato vzdálenost je na konci dráhy pohybu prováděného kopu. Z toho vyplývá, že když pouze zmenšíme vzdálenost k uživateli služeb s problémovým chováním, snížíme významně destruktivní účinky kopu, i když mu nezamezíme zcela. Další snahou pracovníky by mělo být dostat se z úhlu, kde uživatel může kopy provádět. To znamená být co nejvíce z boku uživatele.



U: kope na spodní část těla



P: provádí rukou kryt a poté kontroluje a stabilizuje U zezadu



P: blokuje nohou kopnutí U už v začátku pohybu U



U: kope na spodní část těla



P: provádí rukou kryt a poté kontroluje a stabilizuje U zezadu



P: blokuje nohou kopnutí U už v začátku pohybu U

Zdroj: NETUŠIL, Radovan, *Agresivita a prevence problémového chování u lidí s mentálním postižením*, Nakladatelství Modrý Klíč, Praha, 2005, ISBN: 80-86980-00-6.