

Projevy agresivity u lidí s mentálním postižením

Jana Světlíková

Bakalářská práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana SVĚTLÍKOVÁ**

Osobní číslo: **H09167**

Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Projevy agresivity u lidí s mentálním postižením**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvantitativního výzkumu.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat a jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

ČADILOVÁ, Věra ; JŮN, Hynek ; THOROVÁ, Kateřina . Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem. Praha : Portál, 2007. 237 s. ISBN 978-80-7367-319-2

JŮN, Hynek. Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví : Strategie práce s klienty, krizové scénáře. Praha : Portál, 2010. 141 s. ISBN 978-80-7367-590-5.

KOPŘIVA, Karel. Lidský vztah jako součást profese. Praha : Portál, 1997. 145 s. ISBN 80-7178-150-9.

NAKONEČNÝ, Milan. Motivace lidského chování. Praha : Academia, 1996. 268 s. ISBN 80-200-0592-7.

PIPEKOVÁ A KOL., Jarmila. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno : Paido, 1998. 234 s. ISBN 80-85931-65-6.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Eva Machů, Ph.D.

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

30. listopadu 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

4. května 2012

Ve Zlíně dne 12. ledna 2012



doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka



Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně
K. F. 2011

.....
K. F. 2011

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3;*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k vyšší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce se věnuje projevům agresivity u lidí s mentálním postižením, a to z pohledu personálu pracujícího s těmito lidmi. Teoretická část se zaměřuje vymezení pojmů agrese, agresivita, dále se zabývá tematikou lidí s mentálním postižením, klasifikací mentálního postižení, příčinami vzniku mentálního postižení a problémovým chováním lidí s mentálním postižením.

V praktické části jsou uvedeny výsledky výzkumného šetření, jehož cílem bylo zmapovat projevy agresivity u lidí s mentálním postižením.

Klíčová slova:

agrese, agresivita, mentální retardace, Downův syndrom, domov pro osoby se zdravotním postižením

ABSTRACT

Bachelor work devotes to display aggression of people with mental handicap, and that is described from view of staff working with these people. Theoretic part is focused on definition of term aggression, also is concerned of theme of people with mental handicap, classification of mental handicap, cause of development of mental handicap and problematic behavior of people with mental handicap. In practical part are mentioned results of research survey, of which aim was to describe symptoms of aggression of people with mental handicap.

Keywords:

aggression, mental handicap, Down syndrom, facility for disabled people

Motto:

„... jiné je tvé dítě. Jiné ve svém duševním bohatství, jiné v rozvoji svých schopností, jiné ve vztazích ke světu, jiné ve svém jednání a počínání, jiné v běžných reakcích. Je jiné, ale není horší“. Heinrich Behm.

Poděkování.

Děkuji Mgr. Evě Machů, Ph.D., za odborné rady, metodické vedení a pomoc při zpracování mé bakalářské práce.

Děkuji všem respondentům za ochotu při realizaci výzkumného šetření. Děkuji rodině a všem blízkým za celkovou podporu v době studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická, nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 AGRESE, AGRESIVITA.....	11
1.1 TEORETICKÉ VYMEZENÍ POJMU AGRESE.....	11
1.2 AGRESE JAKO VROZENÁ PUDOVÁ SÍLA.....	14
1.3 AGRESE ZÍSKANÁ V DŮSLEDKU FRUSTRACÍ	14
2 MENTÁLNÍ RETARDACE	16
2.1 ETIOLOGIE MENTÁLNÍ RETARDACE.....	17
2.1.1 Geneticky podmíněná mentální retardace.....	17
2.1.2 Mentální retardace jako následek působení škodlivých vnějších faktorů.....	18
2.1.3 Mentální retardace podle doby vzniku	19
2.2 KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE.....	19
2.3 CHARAKTERISTIKA JEDNOTLIVÝCH STUPŇŮ MENTÁLNÍ RETARDACE.....	21
2.4 PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ U LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	23
2.4.1 Problémové chování u uživatelů s mentálním postižením v DOZP.....	23
3 DOMOV PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....	24
3.1 DOMOV PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM JAVORNÍK CHVALČOV	24
II PRAKTICKÁ ČÁST	27
4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	28
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	28
4.2 CÍL VÝZKUMU	28
4.2.1 Výzkumný vzorek	29
4.2.2 Metody výzkumu.....	29
5 ZPRACOVÁNÍ VÝZKUMNÝCH DAT.....	30
5.1 METODA ZPRACOVÁNÍ DAT.....	30
5.2 PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	30
5.3 SHRnutí VÝSLEDKŮ VÝZKUMU.....	48
ZÁVĚR	51
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	53
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	55
SEZNAM PŘÍLOH	56

ÚVOD

V sociálních službách pracuji už víc jak dvacet let. Posledních sedmnáct let je mým pracovištěm Domov pro osoby se zdravotním postižením Javorník ve Chvalčově.

V posledních, téměř patnácti, letech mohu tak sledovat velký a výrazný posun v sociálních službách pro lidi s mentálním postižením a s problémovým chováním. Dochází k plynulému přechodu od restriktivního náhledu na problémové chování uživatelů služeb k náhledu podpůrnému. Pod pojmem problémové chování se nám vybaví hlavně agrese fyzická i verbální, autoagrese, obnažování na veřejnosti, odmítání požadavků a respektování skupiny.

Hlavním tématem mé bakalářské práce je oblast projevů agresivity u lidí s mentálním postižením.

Cílem práce je zmapovat projevy agresivity u uživatelů, kteří žijí v domovech pro osoby se zdravotním postižením, a to z pohledu personálu, který v těchto domovech pracuje.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou.

Teoretická část se věnuje objasňování pojmů agrese, agresivita, mentální retardace a domov pro osoby se zdravotním postižením.

Praktickou část tvoří popis výzkumného šetření – stanovení výzkumného problému a cíle, vymezení výzkumného vzorku, metody a nástroje.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 AGRESE, AGRESIVITA

Až na několik výjimek si pod agresí vybavíme násilí, rány, někdy i výprask, které se oběti dostane, aniž o něco takového žádala. Agrese je v psychologicko-sociologickém pojetí chování, které vědomě a se záměrem ubližuje, násilně omezuje svobodu a poškozují jiné osoby nebo věci. Agrese, je buď fyzická či verbální. Rozeznáváme více typů agrese: myšlenková; verbální; fyzická; afektivní; instrumentální; zaměřená proti osobám, věcem, na jiný objekt, než podnětový; přesunutá; zadržovaná.

„Agrese – chování, které škodí nějakému cizímu člověku – buď bezprostředně (tělesné zranění), nebo zprostředkovaně (duševní příkoří). Agrese může být ofenzivní (útok) nebo defenzivní (obrana). Někteří autoři rozlišují mezi agresí konstruktivní (stavebnou) a destruktivní (ničící), což umožňuje další vyjasnění. Boj proti zkorumpované diktatuře – i za použití násilí – je nepochybně agresivní, přesto však může mít naprosto konstruktivní rysy, zatímco násilně rozšiřovaná rasová nenávisť je jen ničící. Na druhé straně však výraz jako konstruktivní nebo oprávněná („přirozená“) agrese znamená nebezpečí zakrývání zásadní obtížnosti konstruktivního užití násilí“. (Schmidbauer, 1994, s. 10).

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

Cílem agrese je zastrašit druhého, zmocnit se objektu či ho odstranit, zajistit si společenské výhody a jinému je zmařit. Agrese může být primitivní a krátkodobá nebo naopak promyšlená a dlouhodobá. Agrese je zabudovaná do celého způsobu našeho života. Někteří autoři považují agresi za hnací sílu veškerého lidského konání. (Spurný, 1996)

1.1 Teoretické vymezení pojmu agrese

Podle Bandury a R. H. Walterse (In Nakonečný, 1996) je agrese osvojený způsob chování a platí pro ni zákony sociálního učení.

Dle Poněšického (2005) je agrese psychologická mohutnost, jejímž cílem je poškození přírody, lidí, věcí nebo i sebe samého. Je spíše abstrakcí zahrnující jisté emoční stavy a vnitřní impulzy, které vedou k určitému jednání např. zlost nebo vztek.

Spurný (1996) agresí rozumí destruktivní chování, směřující k fyzickému (branchiálnímu), slovnímu (urážka, pomluva) nebo symbolickému (pomocí gest) útoku vůči jedinci (předmětu).

Jak Nakonečný píše (1996), již Dougall chápal agresi jako „bojový pud“, ale s nástupem behaviorismu, jež chápe člověka jako bytost reaktivní, nejsou příčiny lidské agrese hledány v něm, ale v jeho okolí.

Fürst (1997) uvádí, že Freud vychází z předpokladu o pudové vrozenosti agrese u člověka. Hovoří o pudu destruktivním, popř. pudu smrti, jež staví proti pudu sexuálnímu a pudu uchování života.

„Autoři se shodují v názoru, že agrese je pojem, který zahrnuje řadu různých druhů chování, počínaje slovním útokem, přes šikanu, vyvolávání rvaček, až po loupeže, znásilnění a vraždu“ (Koukolík, Drtilová, 2001, s. 176)

Buss a Durkee (In Nakonečný, 1996) uvádějí inventář agresivního chování:

1. napadnutí – fyzické násilí, útok
2. nepřímá agrese – intriky, pomlouvání
3. popudlivost – pohotovost k afektivní explozi
4. negativismus - oponování
5. nevole, resentment – nenávisť, nevraživost, závistivost
6. podezřívání – projekce nepřátelství na druhé
7. verbální agrese – nadávky

Buss (In Nakonečný, 1996) nás seznamuje s existencí determinant agresivity:

a/ předchozí zkušenosti s agresí – subjekt pokud je opakovaně vystavován situacím vyvolávající vztek, bude pravděpodobně agresivnější než jiný subjekt, který zažil vzteku jen málo

b/ historie zpevnění – časté a silné zpevnování útočných reakcí čili odměna získaná za agresi vede ke zvyku útočit

c/ sociální facilitace – antropologové potvrdili rozdíly v agresivitě u příslušníků různých kultur, zvláště pak v souvislosti s různými praktikami výchovy dítěte v rodině

d/ temperament – temperament je styl, který se vztahuje k tomu, jak je utvářena odpověď (rychlost, síla)

Montau (In Poněšický, 2005) uvádí pět motivací pro vznik agrese s následným násilím, z hlediska sociologie.

1. Napětí, jež je vyvoláno přímou frustrací, narůstáním nezvladatelného stresu s chybějící možností řešení
2. Násilí, které je výrazem protestu. Jde o chronickou frustraci v důsledku nezájmu rodičů, společnosti či hrubého zacházení.
3. Agrese jako prostředek k získání sebevědomí, sebeúcty, hrdosti, jako jediná možnost osvědčit se, potlačit slabost a zbabělost.
4. Agrese jako motiv sociálního zařazení a reputace ve skupině či v nepřátelském gangu – agrese zajišťující určité místo v hierarchii společnosti, teritoriální agrese.
5. Agrese ve své interaktivní funkci něčeho dosáhnout.

Výrost, Slaměník (1997) uvádí znaky agresivního jednání.

- poškozuje jinou osobu
- je záměrné
- porušuje situačně relevantní normy
- není motivované snahou pomoci dané osobě ani jinými prosociálními úmysly

1.2 Agrese jako vrozená pudová síla

Někteří vědci tvrdí, že agresivní síly v člověku jsou pudy podobné jako sex, hlad a jiné. Nedostatečné odreagování těchto pudových tlaků pak vede k jejich hromadění v jednotlivcích, ve skupinách i celých národech. Zvyšování jejich naléhavosti vede k jejich prosazování ve formě individuálního teroru, nebo teroru v mezinárodním měřítku, tedy k válce. (Šimek, 1995)

Podle Lorenze (In Poněšický, 2005) se u agrese primárně nejedná o reakci na příslušný podnět, ale o pudové narůstající vnitřní napětí, hledající ve svém okolí příležitost k vybití. Tento biologický proces zajišťuje přežití jedince i druhu a přispívá k přirozenému výběru nejsilnějších.

„U lidí, zvláště v civilizovaných zemích, na základě smluvních norem nenásilného spoluzití chybí dostatečné množství podnětů a příležitostí k agresi (v pozitivním smyslu k prokazování odvahy či k zažití dobrodružství). Proto si sami jaksi uměle, vytváříme specificky lidské konfliktní a kompetitivní situace, dochází ke vnitrodruhové agresi, k válkám. (Poněšický, 2005, s. 23)

Také S. Freud chápal agresi jako pudovou záležitost, postuloval pud smrti a uváděl, že jeho projevem je agrese zaměřená na druhé lidi i sebe sama. Smrt pak chápal jako konečnou sebedestrukci, když se již nedostává sil k boji o život. (Nakonečný, 1997)

1.3 Agrese získaná v důsledku frustrací

Frustrace patří k činitelům, které se v uplynulém období dávaly nejčastěji do příčinné souvislosti s agresi.

Frustrace je definována jako stav, který vzniká tehdy, když okolnosti znemožňují dosažení cíle. Znamená to, že frustrace je výsledkem neschopnosti jednotlivce ukončit probíhající sekvenci chování. Hypotéza o vztahu frustrace a agrese, zmiňovaná jako frustrační teorie agrese, byla a je předmětem diskusí. (Výrost, Slaměnik, 1997)

Velké množství psychologů zdůrazňuje reaktivní moment agrese, a to jako normální či maladaptivní reakci na frustraci, na překážky v průběhu dosahování důležitých uspokojení a cílů, nebo jako následek psychických traumat.

„Domnívám se, že tato frustrační teorie platí hlavně v případech aktuálních agresivních reakcí které by měly být naopak dle této teorie tím slabší, čím méně frustrací zažije napří-

klad dítě ve výchově“., nikoliv však obecně, zvláště pokud jde o celkovou agresivitu, připravenost k násilnému reagování, (Poněšický, 2005, s. 35)

2 MENTÁLNÍ RETARDACE

„Mentální retardaci rozumíme vývojovou poruchu integrace psychických funkcí, která postihuje jedince ve všech složkách jeho osobnosti – duševní, tělesné a sociální. Nejvýraznějším rysem je trvale porušená poznávací schopnost – různá míra snížení rozumových schopností, která se projevuje nejnápadněji v procesu učení. Možnosti výchovy a vzdělávání jsou omezeny v závislosti na stupni postižení.“ (Dolejší, in Pipeková, 1998, s. 171)

Dle Pipekové(1998) je mentální retardace stav, který je charakterizovaný snížením intelektových schopností, zahrnující schopnosti myslet, učit se a přizpůsobovat se svému okolí. Jde o trvalý, vrozený nebo časně získaný stav a je nutné jej odlišovat od defektů získaných po druhém roce života, které se označují jako demence.

„Mentální retardace je vrozený stav, který se vyznačuje omezením rozumových a adaptivních schopností, jinými slovy nedošlo k přiměřenému a úplnému rozvoji mentálních schopností člověka“. (Čadilová, 2007, s. 26)

Mentální retardace není nemoc, je to spíše stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností, který vzniká v průběhu vývoje jedince a je obvykle provázen poruchami adaptace, tj. nižší schopností orientovat se v životním prostředí. Nedostatek v adaptaci na prostředí souvisí také se zpomaleným, zaostávajícím vývojem, s omezenými možnostmi vzdělávání a s nedostatečnou sociální přizpůsobivostí. Uvedené příznaky mohou mít různou intenzitu a mohou se projevovat samostatně nebo ve vzájemných kombinacích.

Pokud je mentální retardace vrozená nebo vznikla do dvou let věku, mluvíme o oligofrenii. Dochází-li ke ztrátě rozumových schopností po druhém roce života jedince, hovoříme o demenci – může postihnout celou psychiku nebo jen některou její oblast.

Mentální retardace je dle autorů vymezena:

1. Nízkou úrovní rozumových schopností, která se projevuje především v oblasti myšlení, a to jeho nedostatečným rozvojem, dále omezenou schopností učení a také ztíženou adaptací na běžné životní podmínky.
2. Jde o trvalý stav, vrozený nebo časně získaný, musíme jej ale odlišovat od demence, tedy od defektů získaných po druhém roce života.

Odhad výskytu lidí s mentální retardací v populaci se pohybuje mezi 1-5 %, nejpravděpodobnější hodnota leží někde uprostřed – asi u 3 % populace byl diagnostikován různý stupeň mentální retardace. Nejvíce lidí s mentální retardací, které vyžadují speciální péči, je

ve věku 0- 16 let, později jejich počet klesá díky sociální adaptaci a dosažení vyššího intelektuálního vývoje.

2.1 Etiologie mentální retardace

Mentální retardace je spojována s odchylnou strukturou nebo odchylným vývojem, či určitým poškozením centrálního nervového systému. Příčiny vzniku jsou různorodé a třídění můžeme provádět z různých hledisek, např. Jde-li o faktory dědičné a vrozené nebo faktory vzniklé působením vnějšího prostředí – škodlivými vnějšími vlivy. Dle doby vzniku ve vývoji máme pak etiologii prenatální, perinatální a postnatální.

2.1.1 Geneticky podmíněná mentální retardace

Na základě geneticky určené etiologie rozlišujeme tři podskupiny:

a/ Nediferencovaná mentální retardace

Uvádí se jako mentální retardace fyziologická. Je přenášena pomocí mnoha genů malého účinku, tzv. minor genů. Vyznačuje se chyběním dalších somatických odchylek. U těchto jedinců se nenacházejí jiné příznaky poškození CNS než mentální retardace, ve většině případů lehčího stupně. Snížený stupeň inteligence bývá zjištěn u většiny, či dokonce u všech členů rodiny.

b/ Mentální retardace na základě genových mutací

Zde jde o monogenně podmíněné vývojové poruchy nebo metabolické vady, chorobný stav je závislý na jednom páru genů. Když ke vzniku vývojové vady postačuje jen jeden gen, hovoříme o dědičnosti dominantní a v této situaci bývá postižen i jeden z rodičů. Pokud je potřeba účinku obou genů daného páru, jde o dědičnost recesivní. V takovém případě rodiče postižení nejsou, ale jsou přenašeči chorobné vlohy, jež pak mohou předávat svým potomkům.

Velkou část těchto poruch tvoří metabolické poruchy vrozené, postihující 7-10 % jedinců z celkového počtu lidí s mentálním postižením. Jde o taková onemocnění, při nichž vzniká mentální retardace na základě hromadění určité látky v těle, na základě čehož dochází k poškození CNS. Příkladem takového onemocnění fenylketonurie, jejíž podstatou je neschopnost organismu přeměňovat kyselinu fenylalanin na aminokyselinu tyrosin, následkem této chyby v metabolismu vzniká kyselina fenylpyrohroznová, a ta je pak příčinou mentální retardace různého, většinou těžšího stupně.

Další metabolickou odchylkou je galaktosemie – jedná se o neschopnost přeměny mléčného cukru galaktózy a jeho hromadění v organismu.

c/ Mentální retardace na základě chromozómových aberací

U novorozenců je výskyt chromozómových odchylek ve stavbě nebo počtu chromozómů 0,5 %. Změny v počtu chromozómů jsou spojeny s řadou vrozených tělesných anomálií a s různým stupněm mentální retardace. Některé jsou neslučitelné se životem a děti s postižením umírají krátce po narození. Chromozomální odchylky se nejčastěji vyskytují u dětí, jejichž rodiče mají vyšší věk.

Mezi klasické případy chromozomální odchylky patří Downova choroba, jež je způsobena trisomií 21. chromozómu. Vyskytuje se asi u 5 % lidí s mentálním postižením. Jedná se o vrozenou vývojovou poruchu, pro kterou jsou charakteristické určité znaky v tělesné i duševní oblasti jedince – mají šikmý tvar očí, také víčka jsou šikmá a úzká. Tito jedinci mají menší a v převážné většině zavalitější postavu. Mají mohutnější krk, dlouhý a zvláště rýhovaný jazyk, menší uši, malé, ale silné ruce a chodidla, slabý svalový tonus, ochablé vazy a uvolněná kloubní spojení. Je u nich častý výskyt různých srdečních vad. Jsou tvrdohlaví, citliví. Mají své stereotypy, které se snaží vždy dodržovat. (Selikowitz, 2005)

2.1.2 Mentální retardace jako následek působení škodlivých vnějších faktorů

Vnější prostředí, tedy prostředí obklopující jedince, přináší celou řadu nežádoucích vlivů. Můžeme je rozdělit, podle jejich základních vlastností, do tří skupin – na fyzikální, chemické a biologické.

a/ Fyzikální faktory – zde se jedná buď o mechanické poškození mozku plodu v důsledku úrazu matky či úrazu při porodu, nebo se jedná o působení rentgenového záření v prenatalním období.

b/ Chemické faktory – jsou to škodliviny působící především v prenatalním období a jsou schopny závažně a trvale poškodit vyvíjející se plod. Jedná se o různé medikamenty, alkohol, nikotin, návykové látky, organická rozpouštědla

c/ Biologické faktory – sem patří poškození vzniklá prostřednictvím různých virů, jako jsou např. zarděnky, příušnice. Dále poškození vznikají působením mikrobů (např. toxoplazmózy) nebo jinak změněným prostředím v těle matky. Patří sem různé hormonální poruchy, placentární poruchy, které narušují transport látek, jež pak způsobuje špatnou výživu a nedostatek kyslíku.

Do této skupiny bychom mohli též zařadit mentální retardaci způsobenou nedostatečnou stimulací jedince různými podněty z prostředí, jde o tzv. pseudooligofrenii – zdánlivou mentální retardaci. Jak uvádí Pipeková (1998), vzniká výchovnou zanedbaností, sociokulturním znevýhodněním jedince a psychickou deprivací. Zdánlivá mentální retardace není však trvalý stav, při změně nepodnětného prostředí a vhodným výchovným působením může dojít ke zlepšení stavu.

2.1.3 Mentální retardace podle doby vzniku

a/ Prenatální období – doba od uhníždění vajíčka do porodu. Toto období můžeme rozdělit, podle vývoje zárodku, na tři období, tzv. trimestry. Nejkritičtější bývá pro plod 1. trimestr (přesněji 3. - 10. týden). V tomto období se vytváří orgánový systém a poškození v těchto třech měsících způsobuje nejzávažnější odchylky.

b/ Perinatální období – tedy období kolem porodu. V této době dochází k poškozením způsobeným především problematickým nebo nešetrným porodem. Atypické porody mohou mít též za následek nedostatečné zásobení kyslíkem (hypoxie).

c/ Postnatální období – tedy v období po porodu hrozí nebezpečí otravy, úrazu, nakažení různými chorobami (meningitida, encefalitida). Ve všech těchto případech může docházet k poškozením rozvoje rozumových schopností jedince.

2.2 Klasifikace mentální retardace

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

1. jeho úroveň rozumových schopností (IQ – intelektový kvocient, VQ – vývojový kvocient) je pod úrovní sedmdesáti bodů
2. člověk musí mít na dané vývojové úrovni zřetelné problémy v přizpůsobení se nárokům běžného života. V předškolním věku se jedná o komunikaci, senzomotorické a sebeobslužné dovednosti, ve školním věku dochází k selhávání ve školních dovednostech a v dospělosti je omezena či znemožněna schopnost samostatného života.
3. jedná se o poruchu vrozenou, která je u daného jedince přítomna již od dětství, při správné diagnóze dochází ke zlepšení pouze v rámci základního handicapu.

Pipeková (1998) uvádí dělení jedinců s mentálním postižením podle druhu chování na

- typ eretický (nepokojný, dráždivý, instabilní)
- typ torpidní (apatický, netečný, strnulý)
- typ nevyhraněný, procesy vzruchu a útlumu jsou relativně v rovnováze, popř. Jeden z nich mírně převládá

Hloubku mentální retardace je možné určit pomocí inteligenčního kvocientu, jenž vyjadřuje úroveň rozumových schopností. Možnost rozvoje inteligence jedince je dána geneticky a dále působením zevních vlivů, které inteligenci rozvíjejí. Uvádí se, že nejméně za 50 % stavu inteligence u člověka odpovídají genetické vlivy.

V inteligenčních testech, kterými lze inteligenci měřit, jsou definovány úkoly, které zvládá většina osob daného věku s průměrnou inteligencí. Jedinci, kteří tyto úkoly nezvládnou, mají inteligenci nižší a v těchto případech mluvíme o mentální retardaci. Dělíme ji podle 10. revize Mezinárodní klasifikace WHO z Ženevy (r. 1992). Písmeno F před číslem diagnózy nám říká, že jde o diagnózu z oblasti psychiatrie.

F 70 lehká mentální retardace IQ 69 – 50

F 71 středně těžká mentální retardace IQ 49 – 35

F 72 těžká mentální retardace IQ 34 – 20

F 73 hluboká mentální retardace IQ 20 a níže

F 78 jiná mentální retardace – tato kategorie se užívá tehdy, jestliže stanovení stupně mentální retardace je nesnadné či nemožné z důvodu přidruženého senzorického nebo somatického postižení (hluchota, slepota), dále pak pro poruchy chování a pro autismus.

F 79 nespecifikovaná mentální retardace – mentální retardace je u těchto jedinců prokázána, ale není dostatek informací, aby byl jedinec zařazen do některé z uvedených kategorií

2.3 Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace

Lehká mentální retardace

Pipeková (1998) podotýká, že do tří let, u takto postižených jedinců můžeme pozorovat jen nepatrné zpomalení psychomotorického vývoje. Závažnější problémy nastávají mezi 3 – 6 rokem, patří sem malá slovní zásoba, opožděný vývoj řeči a vady řeči, opožděný vývoj komunikativních dovedností. Mezi hlavní problémy v období školní docházky patří především omezená schopnost logického myšlení, slabší paměť, vážne analýza a syntéza. V oblasti motoriky se jedná spíše o lehké opoždění. Sebeobsluhu zvládají bez závažnějších problémů. Rozvoj sociálních dovedností je také zpomalen, tito jedinci mají problémy v oblasti sociokulturních vztahů. Jejich vzdělávání probíhá ve speciálních školách a následně jsou schopni zvládnout jednoduché učební obory. Jak uvádí Čadilová a kol.(2007), jde o nejrozšířenější formu retardace a je diagnostikována asi u 80 % lidí s mentálním postižením.

Středně těžká mentální retardace

Celkový vývoj u těchto jedinců je opožděn. Tento stav je pozorovatelný už v kojeneckém věku. Je opožděn i vývoj motoriky. Výrazně je opožděn vývoj řeči a myšlení, což přetrvává až do dospělosti. Řeč je jednoduchá, slovník chudý. Vývoj jemné i hrubé motoriky je zpomalený, přetrvává celková neobratnost, nekoordinovanost pohybů. V sebeobsluze jsou tito jedinci samostatní pouze částečně, dále jsou emocionálně labilní, nevyrovnaní, trpí častými afektivními nepřiměřenými reakcemi. Jsou neschopni úspěšně a samostatně řešit náročnější situace. Některé je nutno zbavit svéprávnosti nebo je omezit v právních úkonech. Tato mentální retardace je diagnostikována asi u 12 % lidí s mentálním postižením (Pipeková 1998).

Jak uvádí Čadilová a kol.(2007), nejsou tito jedinci schopni samostatného života a potřebují každodenní asistenci. Nacházejí uplatnění v chráněných dílnách. U mnohých bývá též diagnostikována porucha autistického spektra, což snižuje celkovou adaptivitu a praktické využití jakýchkoli schopností. Mnozí, takto postižení jedinci, mají přidruženou vývojovou afázi, znamená to, že jejich slovní zásoba nepřesahuje deset slov, řeč má tedy omezený komunikační charakter.

Těžká mentální retardace (IQ 20 – 34)

Pipeková (1998) uvádí, psychomotorický vývoj je u těchto jedinců výrazně opožděn již v předškolním věku – jsou neobratní, mají časté motorické poruchy a příznaky celkového

poškození CNS. Dlouhodobým tréninkem je možné u nich docílit osvojení základních hygienických návyků a jiných dovedností týkajících se sebeobsluhy. Někteří však nejsou schopni udržet tělesnou čistotu ani v dospělosti. Mají značné omezení v oblasti psychických procesů, jejich řeč je primitivní, omezující se na jednotlivá slova, jsou nestálí, náladoví, impulzivní. Potřebují celoživotní péči. V populaci lidí s mentálním postižením se vyskytuje asi 7 % těchto jedinců.

Hluboká mentální retardace (IQ méně než 20)

Pipeková (1998) podotýká, téměř všichni takto postižení jedinci nejsou schopni sebeobsluhy a vyžadují péči ve všech základních životních úkonech. Většinou mají těžké pohybové postižení, nápadné stereotypní pohyby. Toto postižení se vyskytuje také v kombinaci s postižením sluchu, zraku nebo těžkými neurologickými poruchami. Časté je u těchto jedinců sebepoškozování.

Čadilová a kol. (2007) nás seznamuje s tím, že v současné době jsou známy metodické postupy, s jejichž pomocí lze rozvíjet u části lidí s hlubokou mentální retardací řadu dovedností v oblasti komunikace nebo motorických dovedností. Slovo nevzdělavatelnost by mělo vymizet z našich slovníků.

Klinicky se mentální retardace projevuje zejména:

- Zpomalenou chápavostí, jednoduchostí a konkrétností úsudků
- Sníženou schopností až neschopností vyvozování logických vztahů
- Sníženou mechanickou a zejména logickou paměť
- Těkavostí pozornosti
- Nedostatečnou slovní zásobou a neobratností ve vyjadřování
- Poruchami pohybové koordinace
- Citovou vzrušivostí
- Nerovnováhou aspirací a výkonů
- Zvýšenou potřebou uspokojení a bezpečí
- Poruchami v interpersonálních skupinových vztazích a komunikaci
- Sníženou přizpůsobivostí k sociálním požadavkům (Švarcová, 2000)

2.4 Problémové chování u lidí s mentálním postižením

Pod pojem problémové chování spadají hlavně agrese fyzická a verbální, autoagrese, obnažování na veřejnosti odmítání požadavků a respektování skupiny.

„Problémové chování je takové chování, které se svou intenzitou, frekvencí nebo dobou trvání natolik odlišuje od běžné společenské normy, že může vážně ohrozit fyzické bezpečí dané osoby nebo druhých.

Problémové chování může být i takové, které může vážně ohrozit zapojení člověka do komunity, ve které žije“. (Emerson, In Jůn, 2010, s. 16)

2.4.1 Problémové chování u uživatelů s mentálním postižením v DOZP

Téměř všichni pracovníci v DOZP se v různé míře setkávají ve své praxi s problémovým chováním uživatelů.

Spouštěčem problémového chování může být:

- handicap uživatele
- nenaplnění potřeb uživatele (fyziologické potřeby, potřeba bezpečí soukromí a jistoty, potřeba někam patřit a být milován, potřeba úcty a respektu, potřeba seberealizace)
- prostředí, ve kterém uživatel žije (jde o vnější faktor a zahrnuje nepohodlnost prostředí – osvětlení, oblečení, zařízení pokoje, strava)
- přísná pravidla daná velikostí zařízení

Uživatelé s problémovým chováním v DOZP mají velmi často jeden společný prvek svého jednání. Snaží se nás svým jednáním ovládat, pokoušejí se personál někam tlačit a stále s ním manipulovat. Pokud se personál chová přesně tak jak chtějí, jsou uživatelé často spokojeni a cítí se v pohodě. Personál má však úplně stejný cíl.

3 DOMOV PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Domov pro osoby se zdravotním postižením je jednou z forem pobytových sociálních služeb a má svoje ukotvení v zákoně:

1. *V domovech pro osoby se zdravotním postižením se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.*
2. *Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:*

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

3.1 Domov pro osoby se zdravotním postižením Javorník Chvalčov

Pro názornější představu uvádím několik základních údajů o svém pracovišti, o Domově pro osoby se zdravotním postižením Javorník Chvalčov, dále jen DOZP Javorník. Zde jsem také realizovala část svého výzkumného šetření.

DOZP Javorník je státním zařízením začleněným do Sociálních služeb Uherské Hradiště, příspěvkové organizace, poskytující sociální služby s celoročním, týdenním a denním pobytem.

Poslání zařízení:

DOZP Javorník je státním zařízením poskytujícím a zprostředkující klientům širokou paletu sociálních služeb včetně stravy, ubytování, zdravotní péče a rehabilitace, výchovy, vzdělávání a podpory kontaktu s okolím. Posláním DOZP Javorník je – na základě individuál-

ního přístupu sloužit klientům ke kvalitnímu prožívání života a jejich uplatňování ve společnosti.

U uživatelů v týdenním pobytu je kladen důraz na zachování a prohlubování kontaktů s běžným prostředím. U klientů v denním pobytu je kladen důraz na prožívání běžného životního rytmu.

Cíle:

Dlouhodobými cíli DOZP Javorník jsou:

- rozšiřování a zkvalitňování nabídky sociálních služeb
- podpora klientů při jejich uplatňování ve společnosti
- rozšiřování a zkvalitňování nabídky volnočasových aktivit
- u uživatelů v týdenním pobytu je kladen důraz na prohlubování spolupráce s rodiči a příbuznými klienta
- u uživatelů v denním pobytu je kladen důraz na rozšíření nabídky služeb v oblasti výchovy, vzdělávání, pracovní terapie a zájmové činnosti

Cílová skupina:

DOZP Javorník je koedukované zařízení pro děti, mládež a dospělé s mentálním postižením s celkovou kapacitou 123 klienti. Přijímáni jsou i uživatelé s kombinovaným postižením, případně osoby s tělesným nebo jiným zdravotním postižením a také se soudně nařízenou ústavní výchovou.

Kapacita:

- 114 uživatelů celoroční pobyt
- 5 uživatelů týdenní pobyt
- 4 uživatelé denní pobyt

Koncepce našeho zařízení vychází ze základní filozofie - „člověk s mentálním postižením není nemocný, je jen svým způsobem jiný“. Snahou pracovníků domova je poskytovat našim uživatelům nejen kvalitní ubytování, stravu a nutné sociální služby, ale poskytovat a zprostředkovávat také léčebnou péči a rehabilitaci, výchovu a vzdělávání, pracovní, kulturní a sportovní vyžití – vše s důrazem na vytvoření jejich pocitu spokojenosti a sebeuplatnění. Naši uživatelé žijí v běžném životním rytmu, to znamená, že povinnost a práce se střídá se zábavou a odpočinkem. DOZP Javorník byl postaven „na zelené louce“. Tvoří jej

hlavní budova a čtyři samostatné pavilony. V hlavní budově jsou umístěna dvě ošetrovná oddělení pro uživatele s těžkým mentálním postižením, ordinace externích lékařů, rehabilitace s vodoléčbou, relaxační místnost a tělocvična, dále jsou zde aktivizační místnosti, dílny pracovní terapie a atelier pro arteterapii.

V již zmiňovaných, samostatných pavilonech bydlí téměř osmdesát uživatelů. Žijí zde životem, jež připomíná běžný rodinný život. S pomocí zaměstnanců se učí samostatnosti, pracovním návykům, vzájemné pomoci.

Pět uživatelů využívá chráněného bydlení v hlavní budově. Jde o bydlení s větším soukromím, kladoucím nároky na vyšší samostatnost a odpovědnost uživatelů.

Domov Javorník Zabezpečuje pro své uživatele kvalitní zdravotní péči formou pravidelných návštěv lékařů přímo v zařízení (praktický lékař, stomatolog, psychiatr, neurolog). Další odborná lékařská péče je uživatelům poskytována lékaři ve specializovaných pracovištích nebo v ambulancích v Bystřici pod Hostýnem a okolí.

Výtvarně nadaní uživatelé se realizují v ateliéru pro arteterapii. Pro manuálně zručné uživatele jsou k dispozici čtyři dílny pracovní terapie – keramická, tkadlecká, další se zaměřením na vyšívání a poslední se zaměřením na šití. Výrobky našich uživatelů je možné obdivovat na různých výstavách v širokém okolí.

Principy a zásady:

Základními zásadami a principy naší péče jsou zejména:

- individuální přístup k uživatelům
- schopnost vcítění se do potřeb klientů
- úcta k uživatelům
- bezpečnost uživatelů
- odbornost
- flexibilita
- týmovost
- důvěra
- sebereflexe

PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Ve druhé polovině své bakalářské práce se věnuji praktické části. V této kapitole rozebírám cíl výzkumu, vymezuji výzkumný vzorek, stanovuji výzkumný problém, uvádím výzkumnou metodu a nástroj výzkumu, které jsem pro výzkum použila.

4.1 Výzkumný problém

Projevy agresivity u klientů s mentálním postižením, žijících v DOZP, z pohledu personálu pracujícího v těchto zařízeních.

Jedná se o výzkumný problém popisný.

Hlavním důvodem, proč se ve své bakalářské práci věnuji právě tomuto výzkumnému problému, je moje dlouholetá praxe v oboru a také skutečnost, že jsem se s výzkumem na toto téma nikde nesetkala a v neposlední řadě mě zajímala situace v této oblasti i v jiných DOZP.

4.2 Cíl výzkumu

Cílem mé práce bylo zmapovat projevy agresivity u lidí s mentálním postižením, žijících v DOZP, a to z pohledu zaměstnanců pracujících s těmito klienty. Dále jsem chtěla svým výzkumem zjistit, o jaké projevy agrese jde, a dále, jestli mají zaměstnanci dostatek informací, týkající se této problematiky, ať už praktických či teoretických.

V průběhu svého výzkumu jsem si kladla tyto dílčí otázky:

1. Jak často se zaměstnanci DOZP setkávají s projevy agresivity u uživatelů?
2. O jakou agresi se nejčastěji jedná?
3. Je možné přesně určit spouštěče agresivního chování a o jaké spouštěče se jedná?
4. Jaké je pracovní zařazení a délka praxe pracovníků v zařízeních, kde šetření probíhalo?
5. Je personální obsazení, vzhledem k počtu uživatelů dostačující?
6. Mají zaměstnanci DOZP dostatek informací z této oblasti a jestli mají zájem o další poznatky či vzdělávání?
7. Jak situace, kdy dojde k agresi, zaměstnanci zvládají a jak se s nimi vnitřně vypořádávají?

4.2.1 Výzkumný vzorek

Výzkumný soubor tvořili zaměstnanci pěti DOZP ze zlínského a jihomoravského kraje. Výzkumný vzorek tvořilo 155 respondentů z těchto zařízení. Z metodologického hlediska šlo tedy o výběr záměrný a dostupný. Celkově jsem do těchto zařízení osobně doručila nebo zaslala 161 dotazníků. Jak jsem již uvedla, šetření se aktivně zúčastnilo 155 respondentů. Návratnost dotazníků byla tedy překvapivě vysoká, dosáhla 96%. Tento dílčí úspěch přisuzuji osobnímu jednání, a v neposlední řadě i kolegiálně pracovníkům z těchto zařízení.

Výzkumné šetření probíhalo v únoru 2012

4.2.2 Metody výzkumu

Pro svůj výzkum jsem si zvolila metodu kvantitativního výzkumu. Ten má svá pozitiva i negativa. Způsob získávání dat je omezen na standardizované postupy, kategorie a teorie použité výzkumníkem nemusejí odpovídat lokálním zvláštnostem, získaná znalost může být příliš abstraktní a obecná pro přímou aplikaci v místních podmínkách – to je výčet negativ kvantitativního výzkumu. Pozitivní na této metodě je relativně rychlý sběr dat a jejich rychlá analýza, sběr dat probíhá pomocí standardizovaných technik. Dále poskytuje přesná numerická data a jistotu, že výsledky nejsou závislé na výzkumníkovi. Metoda kvalitativního výzkumu je užitečná při zkoumání velkých skupin.

Jako výzkumný nástroj pro získání dat jsem použila dotazník, pomocí kterého je možné ve velké míře a také poměrně rychle získávat informace. Dotazník byl anonymní a obsahoval uzavřené a polouzavřené otázky. Dotazník čítal 18 položek, u kterých jsem se snažila o srozumitelnou formulaci, jež vedla ke snadnému pochopení.

Vzor dotazníku se nachází v přílohách mé bakalářské práce na straně 56.

Realizovala jsem též předvýzkum, a to se záměrem zjistit reliabilitu (přesnost výzkumného nástroje). Dotazník jsem předala pěti kolegyním na svém pracovišti, které jej vyplnily a poskytly mně tak zpětnou vazbu z hlediska srozumitelnosti jednotlivých položek.

5 ZPRACOVÁNÍ VÝZKUMNÝCH DAT

Tato kapitola je zaměřena na výsledky výzkumného šetření, které vznikly na základě dotazníků vyplněných zaměstnanci pěti DOZP ze zlínského a jihomoravského kraje. V této části práce dále uvádím metodu zpracování dat a prezentaci výsledků.

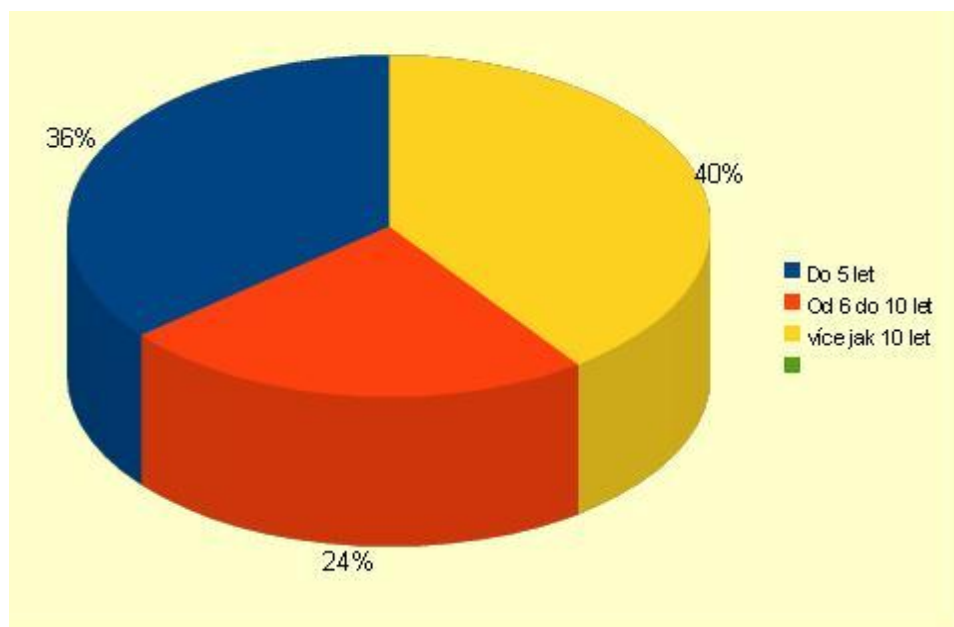
5.1 Metoda zpracování dat

Údaje, získané pomocí dotazníkového šetření, byly zpracovány pro každou otázku do tabulek dle absolutní a relativní četnosti, které jsem pak pomocí Excelu převedla do příslušných grafů, čímž jsem myslím zajistila dobrou přehlednost získaných výsledků. Ke každému grafu ještě náleží i slovní hodnocení.

5.2 Prezentace výsledků výzkumu

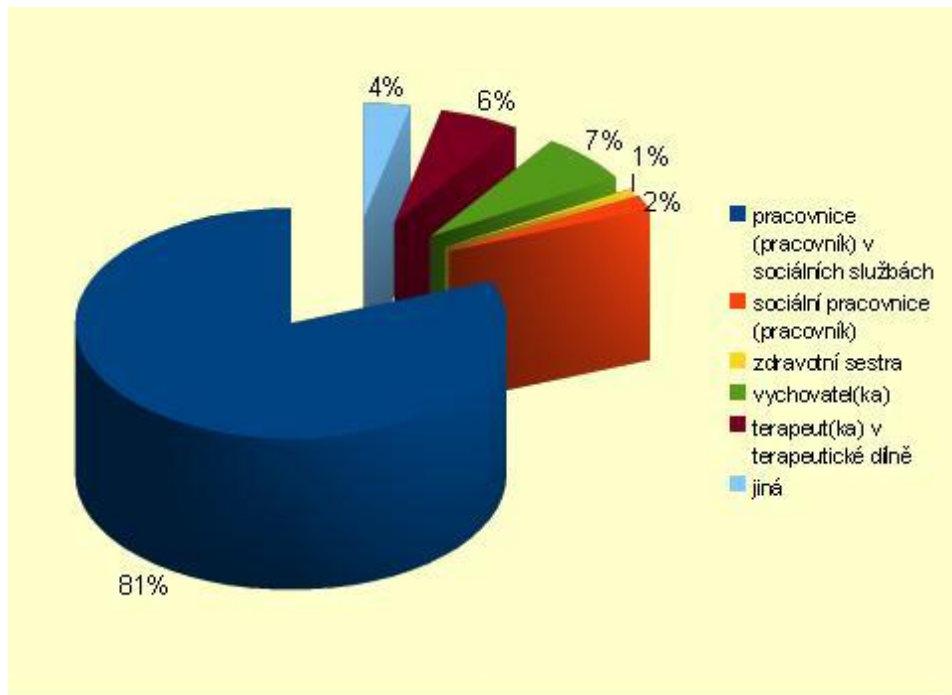
Otázka č. 1. - Jak dlouho pracujete v DOZP?

Graf č.1 složení respondentů dle délky praxe



Otázka č. - 2 Jaká je Vaše pracovní pozice?

Graf č. 2 složení respondentů dle pracovní pozice

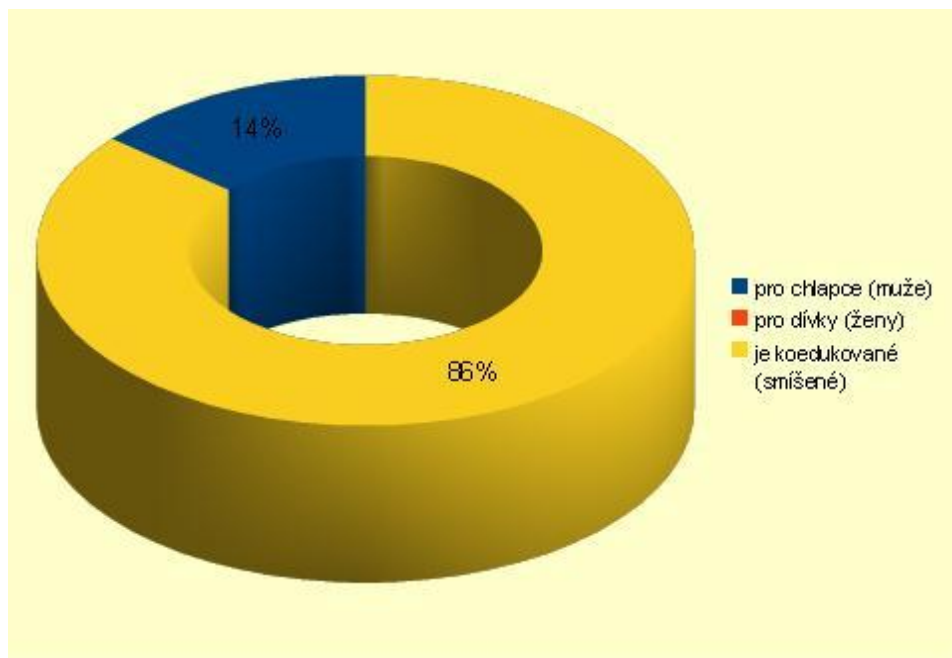


První graf znázorňuje složení respondentů dle délky praxe v DOZP, z celkového počtu (100 %) respondentů je nejsilněji zastoupena kategorie s praxí trvající déle jak 10 let – 40%.

Druhý graf ukazuje na jakých pozicích respondenti pracují. Převážná většina (81 %), je zaměstnána jako pracovník (pracovnice) v sociálních službách, tzn. že pracují v přímé obslužné péči. Tento aspekt je velmi důležitý pro můj výzkum, neboť tito zaměstnanci jsou s uživateli v nejužším kontaktu.

Otázka č. 3. - Pro koho je Vaše zařízení určeno?

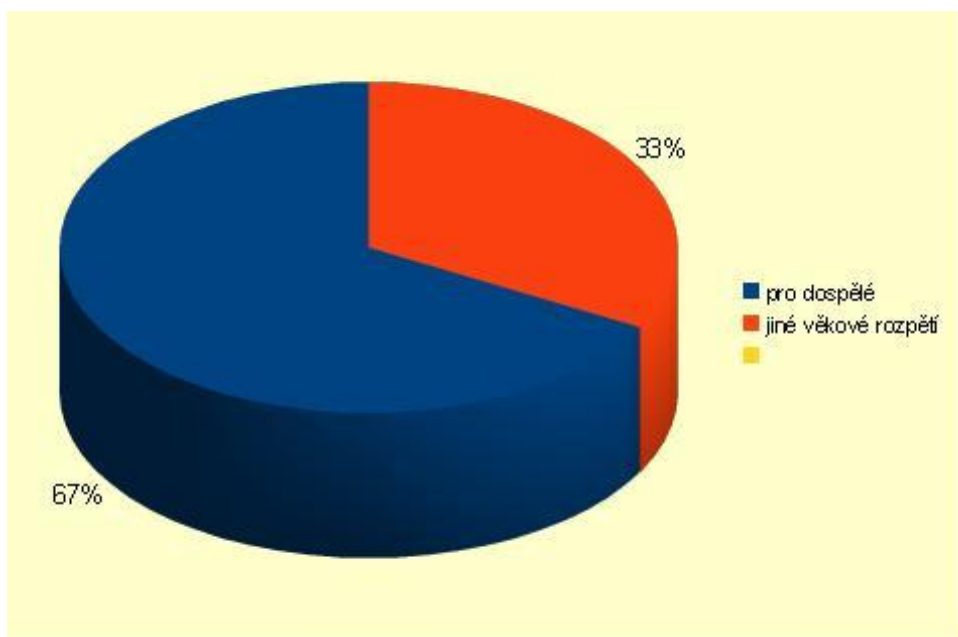
Graf č. 3 pohlaví uživatelů v DOZP



Jak jsem už výše uvedla, šetření probíhalo celkem v pěti DOZP, pouze 14 % respondentů pracuje v zařízení určené pouze pro chlapce (muže), zbývajících 86 % je zaměstnáno v koedukovaných zařízeních. I toto je určitá změna oproti minulým letům, kdy tato zařízení byla koncipována striktně buď pro ženy či muže.

Otázka č. 4 – Pro jakou věkovou kategorii váš DOZP slouží?

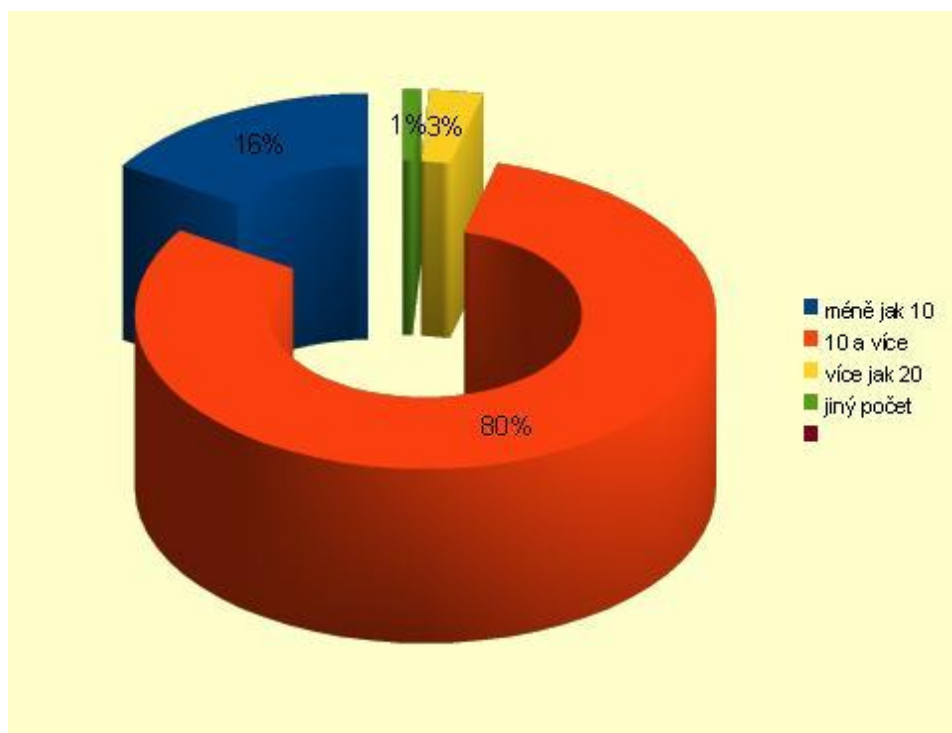
Graf. č. 4 - věkové rozpětí u uživatelů v DOZP



Výsledný graf ukazuje, že 67 % respondentů pracuje s dospělými uživateli, zbývajících 33 % uvedlo jiné věkové rozpětí. Jednalo se např. o rozpětí od tří let až na dožití, od 8 let až na dožití nebo od 16 let až na dožití.

Otázka č. 5 – Kolik uživatelů připadá na jednoho pracovníka konajícího denní službu na Vašem oddělení?

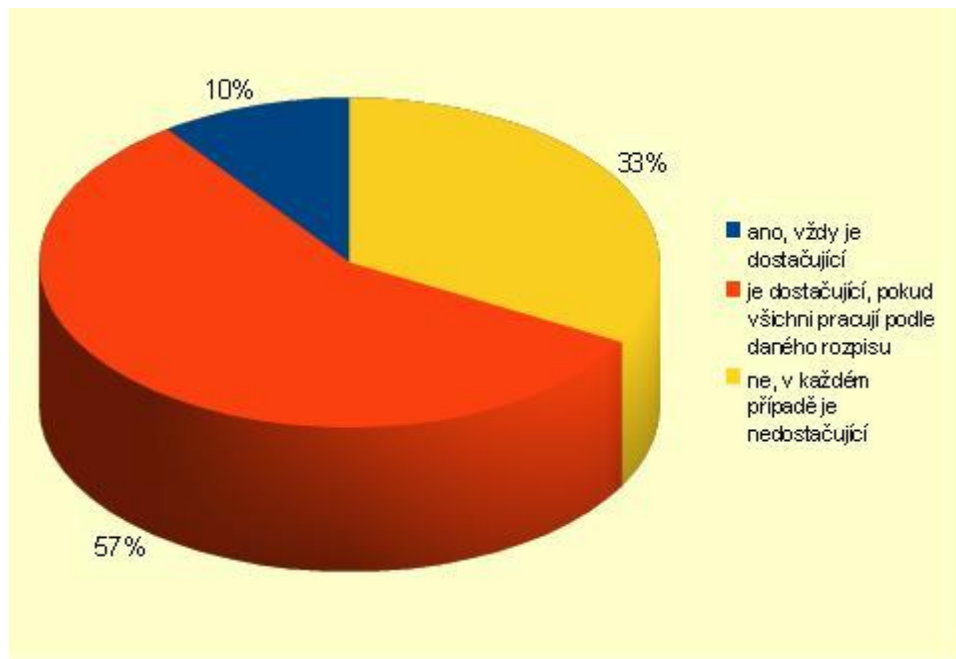
Graf č. 5 – počet uživatelů připadajících na jednoho pracovníka



Převážná většina, 80 %, ze 100 % dotazovaných uvedla jako běžný počet uživatelů připadající na jednoho pracovníka více než 10. Méně jak 10 uživatelů uvedlo jen 16 % z dotazovaných. Vyskytli se i respondenti, na které připadne i více jak 20 uživatelů, ale jednalo se jen o 3 % z celkového počtu dotazovaných.

Otázka č. 6 – Myslíte si, že personální obsazení, vzhledem k počtu klientů na Vašem oddělení, je dostačující?

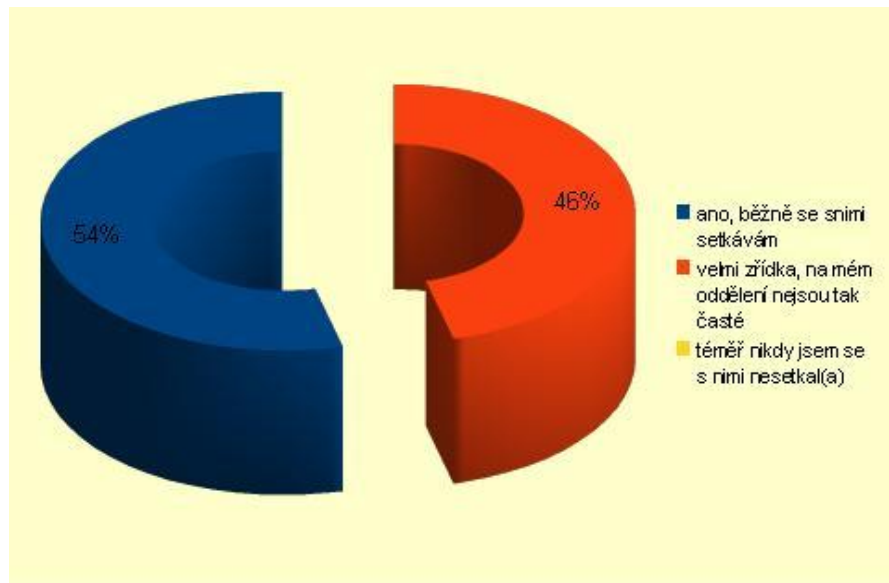
Graf č. 6 k otázce č. 6



33 % respondentů je přesvědčeno o nedostatečném personálním obsazení na svých odděleních. Tento údaj mě při mém výzkumném šetření nepřekvapil. Podobně je tomu i v našem DOZP. 57 % dotázaných zastává názor o dostatečném personálním obsazení, ale podmínkou je, že nikdo z pracovníků nemá žádné absence a vše funguje podle daného rozpisu služeb. Pro zbývajících 10 % je personální obsazení v každém případě dostačující.

Otázka č. 7 – Jak často se setkáváte ve své praxi s projevy agresivity?

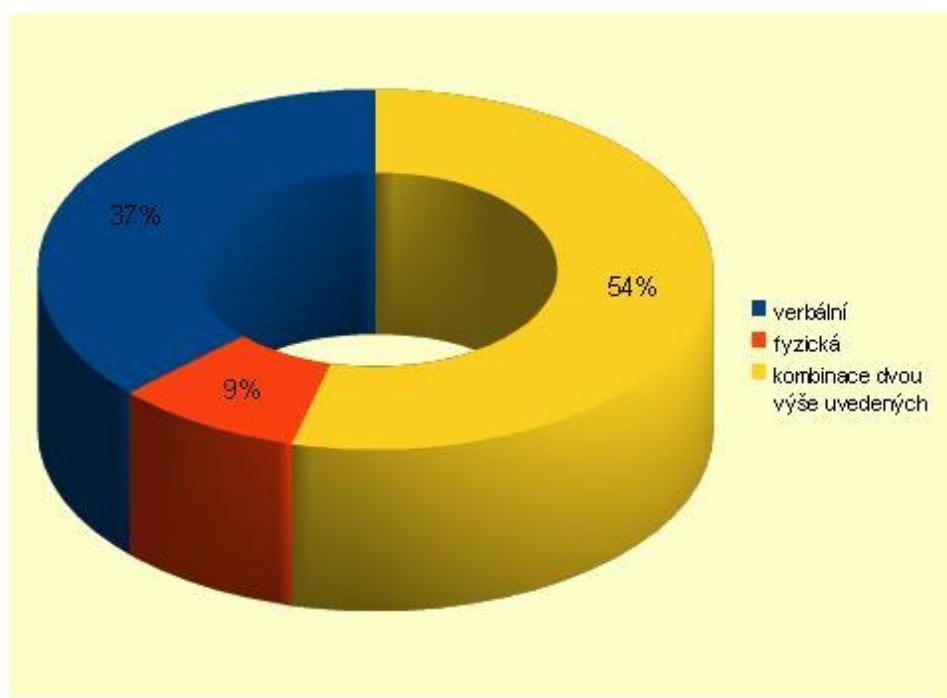
Graf č. 7 k otázce č. 7



V případě této otázky se všichni respondenti setkali ve své praxi s projevy agresivity. Více jak polovina, přesně 54 %, se s projevy agresivity setkává ve své práci běžně. Zbývajících 46 % respondentů se s tímto problémem potýká zřídka.

Otázka č. 8 – Jde-li o agresi uživatele obrácenou proti jinému uživateli, je nejčastěji

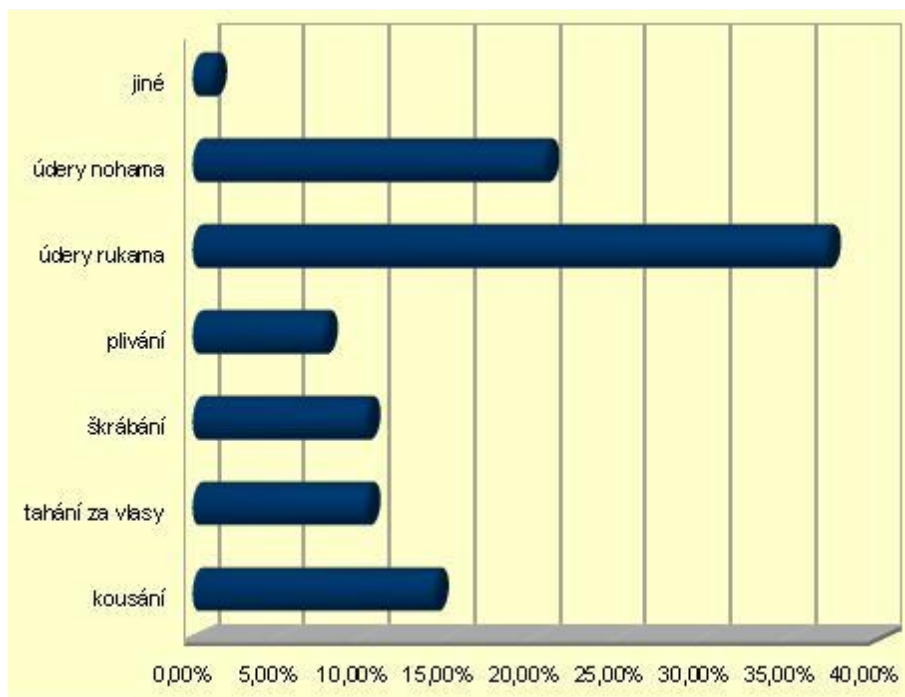
Graf č. 8 k otázce č. 8



Jak vyplynulo z dotazníkového šetření, nejčastěji se jedná o kombinaci verbální a fyzické agrese, odpovědělo tak 54 % dotázaných. Ve 37 % případů se jedná o agresi verbální a zbylých 9 % připadá na agresi fyzickou.

Otázka č. 9 – Dojde-li k fyzické agresi, nejčastěji se jedná o

Graf č. 9 Způsob fyzické agrese

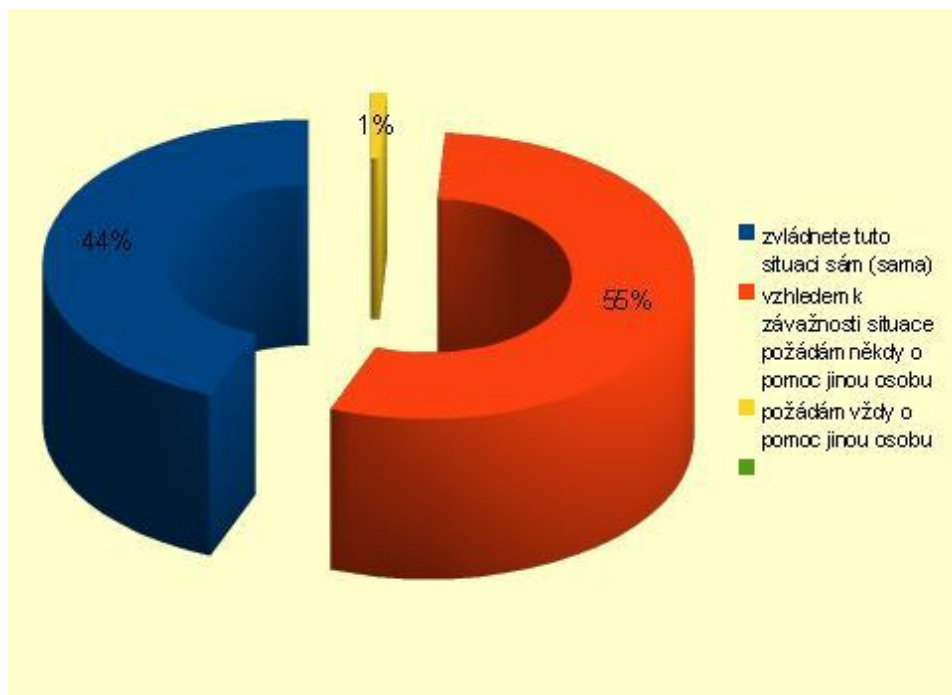


Nejčastěji se v odpovědích vyskytovaly údery rukama (37 %), údery nohama (20,5 %), následovalo kousání (14 %).

Téměř stejných výsledkových hodnot dosahovaly tahání za vlasy, škrábání a plivání. 1 % respondentů uvedlo i jiné projevy fyzické agrese. Jednalo se o najíždění vozíkem, štípání nebo postrkování.

Otázka č. 10 – Pokud dojde k agresi přímo na vašem oddělení, pak

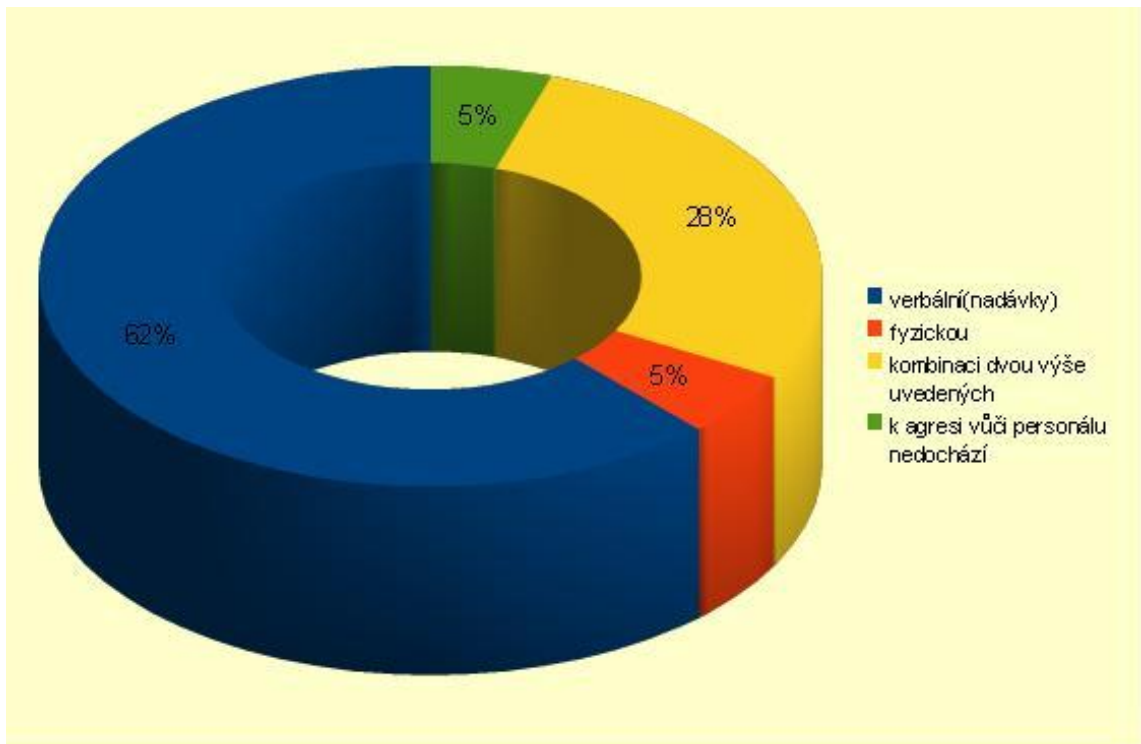
Graf č. 10 – Zvládání agrese přímo na oddělení



Pouze 1 % dotazovaných požádá vždy o pomoc jinou osobu. 55 % požádá o pomoc jinou osobu jen v naléhavých případech. Zbývajících 44 % respondentů situaci zvládne samo bez pomoci někoho jiného.

Otázka č. 11 – Pokud dojde k agresi vůči personálu, nejčastěji jde o agresi?

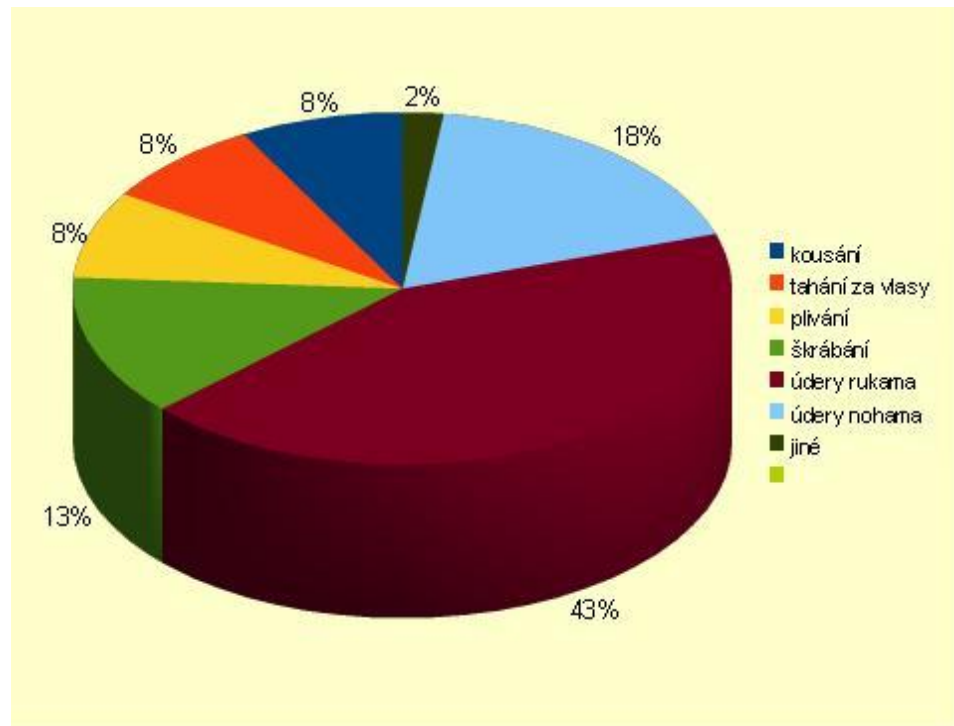
Graf č. 11 – druh agrese obrácené proti personálu.



Ze 100 % dotázaných respondentů, kteří se ve své praxi setkali s agresi klientů obrácenou vůči personálu, 62 % uvedlo verbální podobu agrese, 5 % dotazovaných uvedlo agresi fyzickou a 28 % kombinaci fyzické a verbální agrese. Jen 5 % respondentů se s agresi vedenou vůči personálu na svém pracovišti neseťkalo.

Otázka č. 12 – dojde-li k fyzické agresi obrácené vůči personálu, jedná se většinou o?

Graf č. 12 – Způsoby fyzické agrese vůči personálu.

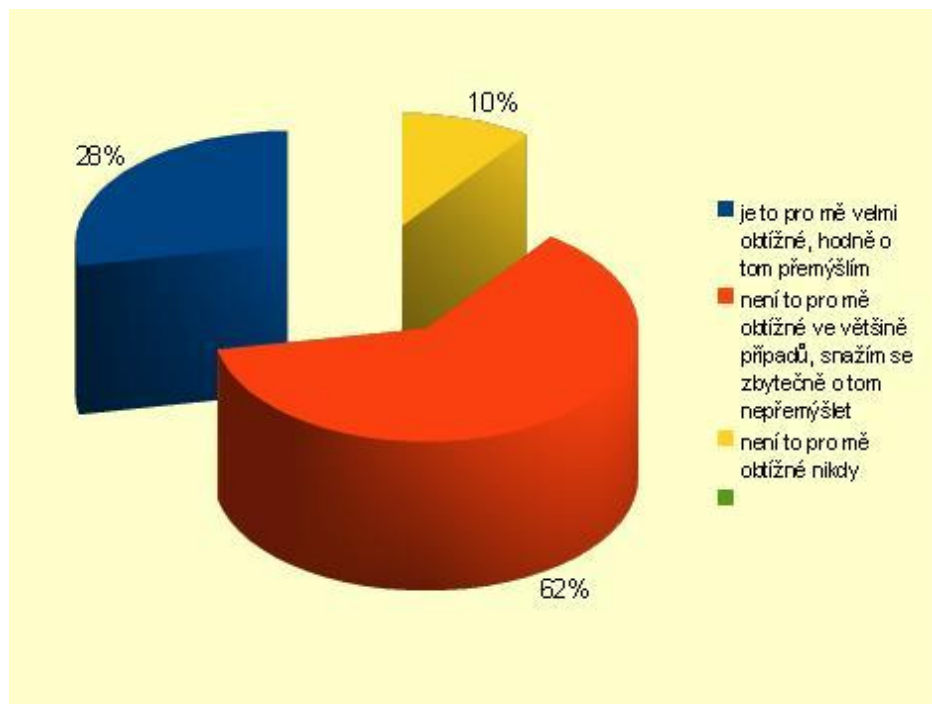


Nejvyšší procentuální zastoupení v tomto grafu mají úder rukama (43 %) a údery nohama (18 %), podobně tomu je i u agrese uživatele obrácené vůči jinému uživateli.

Přibližně stejné jsou v tomto srovnání i ostatní položky u této otázky. Z toho vyplývá, že uživatelé používají při fyzické agresi přibližně stejné způsoby, ať už se jedná o útok vůči jinému uživateli nebo o útok vůči personálu.

Otázka č. 13. - Jak je pro Vás obtížné vypořádat se vnitřně s případy agrese?

Graf č. 13 – Graf k otázce č. 13.

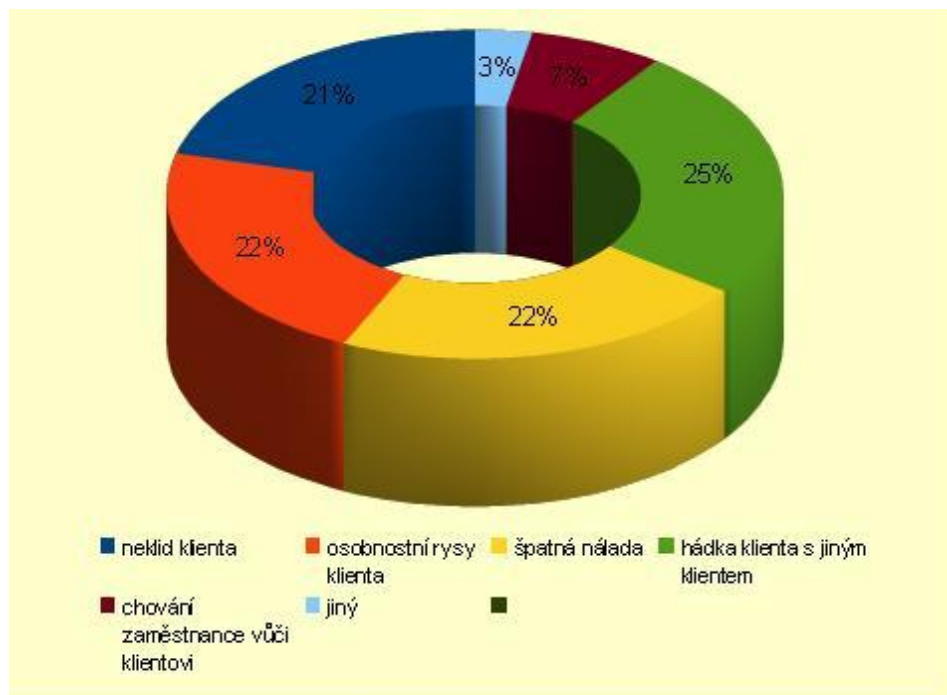


Pro 62 % dotázaných není ve většině případů problémem nějakým způsobem se vyrovnat s případy agrese. Myslím, že je to dané i délkou praxe a zkušenostmi, které tito pracovníci praxí získali.

28 % respondentů, což je téměř jedna třetina, uvedla pravý opak. Jen 10 % uvedlo bezproblémové vypořádání se s takovou situací.

Otázka č. 14. - Jaký je podle Vás nejčastější spouštěč agresivního chování uživatelů?

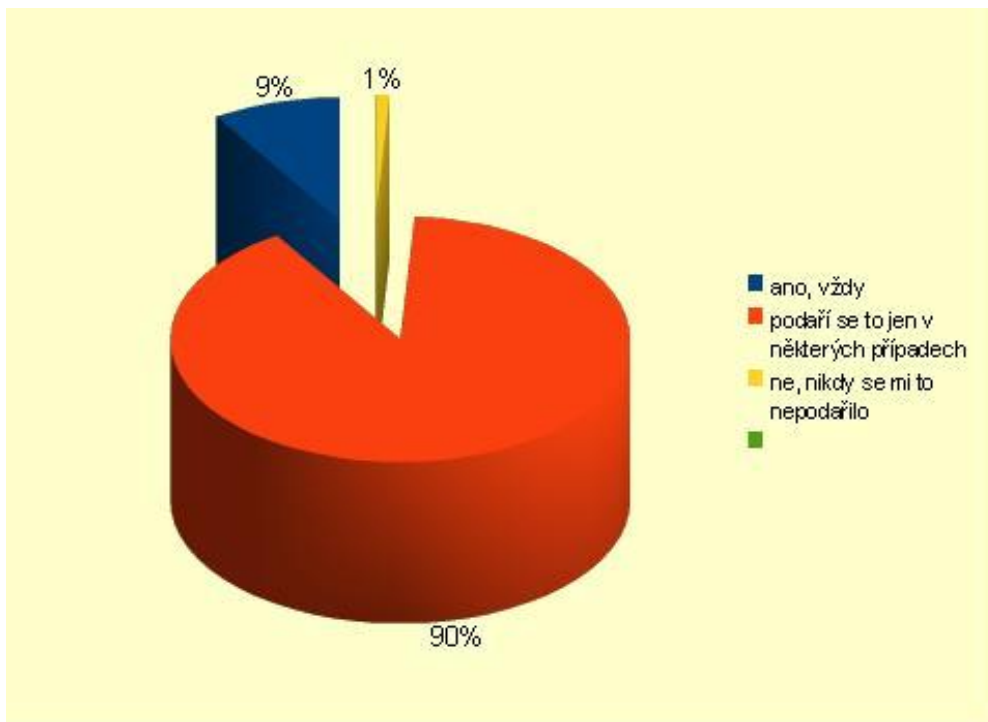
Graf č. 14 – Spouštěče agresivního chování uživatelů



Jako nejčastější spouštěče uváděli respondenti neklid uživatele, osobnostní rysy uživatele, špatnou náladu a hádku uživatele s jiným uživatelem. Tyto položky měly přibližně stejnou procentuální hodnotu – přes 20 %.

Otázka č. 15 – Myslíte si, že je možné vždy přesně určit spouštěč agresivního chování uživatele?

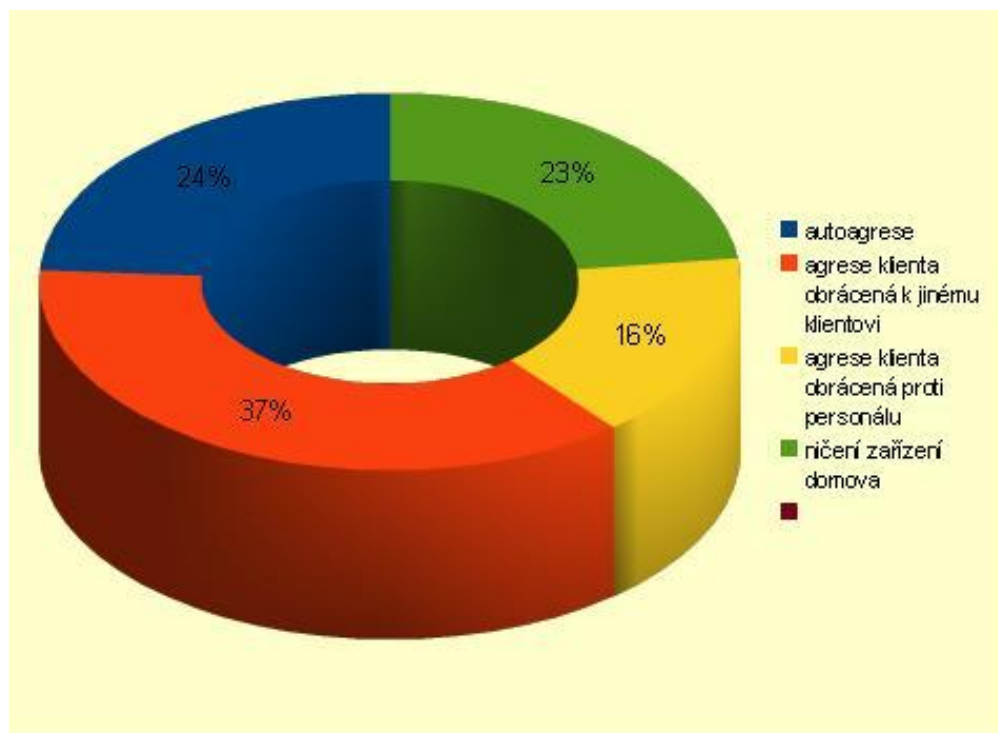
Graf č. 15 – Určování spouštěče agresivního chování



Dotazování v této oblasti mi potvrdilo i můj názor na určování spouštěče agresivního chování – 90 % respondentů uvedlo, že se jim to podaří jen v některých případech. Jen 9 % z dotázaných volilo odpověď – ano, vždy. Pouze jednomu procentu respondentů se nepodařilo spouštěč určit nikdy.

Otázka č. 16 – S jakým druhem agrese jste se ve své praxi nejčastěji setkal (a)?

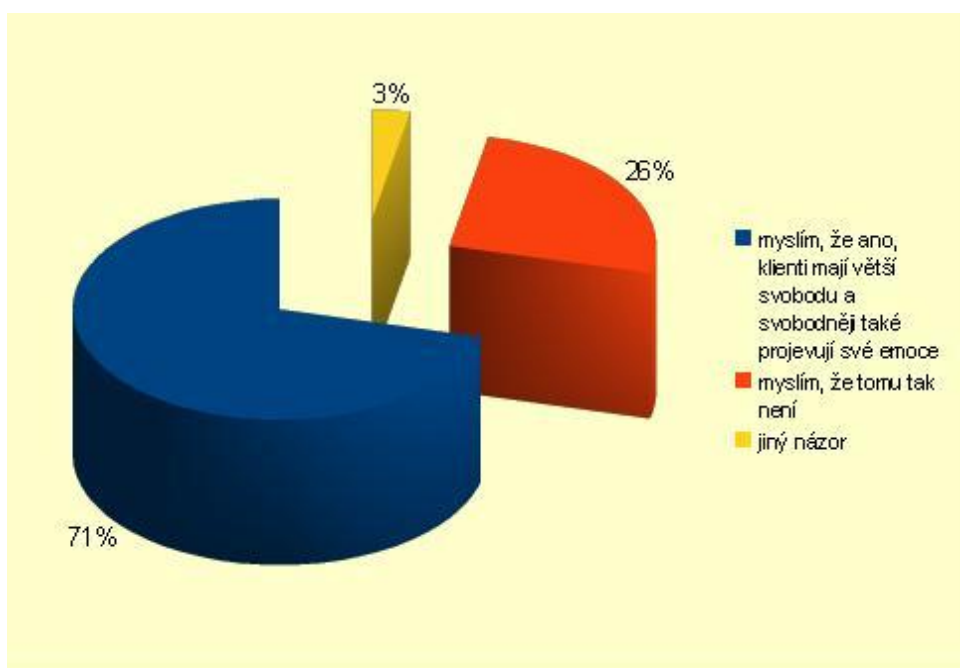
Graf č. 16 k otázce č. 16



Nejčastěji se respondenti setkávají ve své praxi s agresí uživatele obrácenou vůči jinému uživateli – ve 37 % případů, hodnoty 24 % dosáhla autoagrese, tedy sebepoškození. Ničení zařízení domova uživatelem zaznamenalo ve své praxi 23 % dotazovaných a 16 % zaměstnanců uvedlo agresi uživatele obrácenou vůči personálu.

Otázka č. 17 – Všeobecně dochází ve společnosti k nárůstu agrese, myslíte si, že je tomu tak i u uživatelů ve Vašem zařízení?

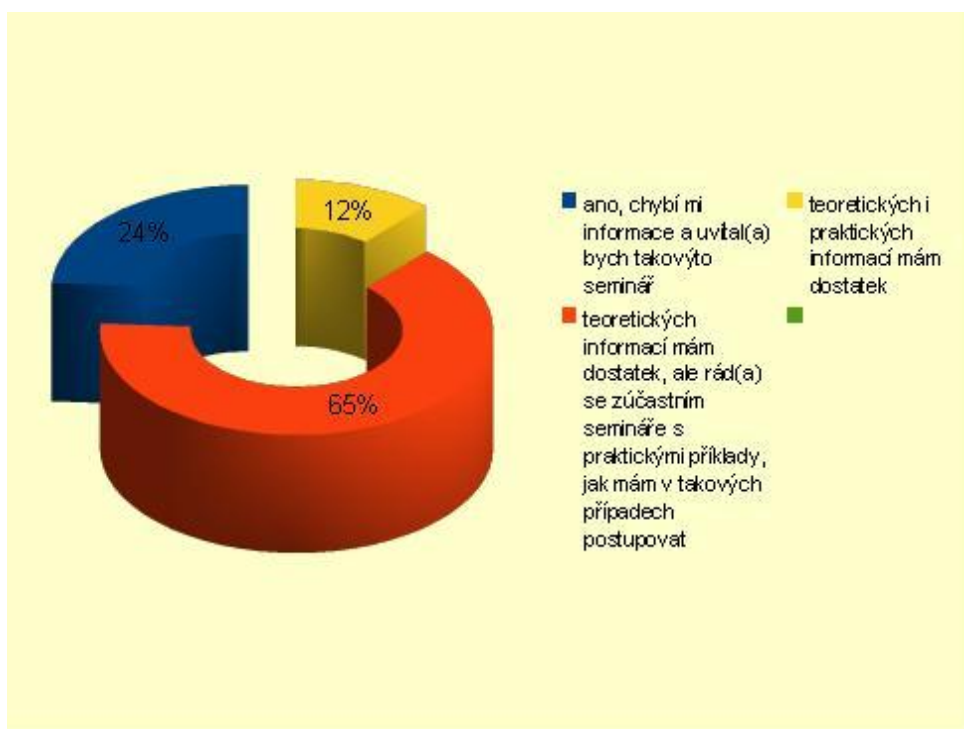
Graf č. 17 – k otázce č. 17



Téměř tři čtvrtiny respondentů, přesně 71 %, se shodlo v tom, že uživatelé mají větší svobodu a svobodněji také vyjadřují svoje emoce. 26 % dotazovaných sdílelo opačný názor. Zbývající 3 % respondentů uvedla názor jiný.

Otázka č. 18 – Chybí Vám více odborných informací z této oblasti a uvítal(a) byste seminář na toto téma?

Graf k otázce č. 18 – Potřeba informací a vzdělávání na téma agrese, agresivita.



V odpovědích na tuto otázku je nejvíce zastoupena odpověď s potřebou praktického vzdělávání na téma agresivita – odpovídalo tak 65 % respondentů. 24 % respondentů postrádá takové informace vůbec a jen 12 % dotazovaných má informací z této oblasti dostatek.

5.3 Shrnutí výsledků výzkumu

Cílem mé práce bylo zmapovat projevy agresivity u lidí s mentálním postižením, žijících v DOZP, a to z pohledu zaměstnanců pracujících s těmito uživateli.

Z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že všichni dotazovaní se ve své praxi s agresí uživatelů, se kterými pracují, setkali. Nejčastěji šlo o agresi obrácenou proti jinému uživateli (37 %), následovala autoagrese (24 %), pak ničení zařízení domova (23 %) a nakonec agrese obrácená vůči personálu (16 %).

V této kapitole jsem také vyhodnotila odpovědi na výzkumné otázky, které jsem si stanovila v kapitole 4.2. Tyto otázky jsou zodpovězeny z hodnot, které vyplynuly z dotazníkového šetření.

1. Jak často se zaměstnanci DOZP setkávají s projevy agresivity u uživatelů?

54 % zaměstnanců se s agresí setkává ve své praxi běžně, 46 % pak velmi zřídka, nenašel se ani jeden pracovník, který by se za dobu své praxe s agresí vůbec nesetkal.

2. O jakou agresi se nejčastěji jedná?

Nejvyšší procentuální zastoupení měla v tomto případě agrese uživatele obrácená vůči jinému uživateli – 37 %, docházelo k ní nejčastěji ve formě kombinace fyzické a verbální agrese, bylo tomu tak v 54 % případů. 37 % tvořila verbální agrese a zbytek, 9 %, byla agrese fyzická.

V 16 % případů šlo o agresi vůči personálu – k ní docházelo v 62 % případů ve verbální formě, 28 % tvořila kombinace fyzické a verbální agrese, 5 % respondentů uvedlo agresi fyzickou a 5 % nepotvrdilo agresi vůči personálu žádnou.

Zbytek tvořila autoagrese (24 %) a ničení zařízení domova uživatelem (23 %).

3. Je možné přesně určit spouštěče agresivního chování uživatelů a jaké spouštěče to jsou?

Převážná většina respondentů (90 %) sdílí názor, že se toto podaří jen v některých případech. Vždy se podaří určit spouštěč jen 9 % dotazovaných, 1 % se nepodaří určit spouštěč nikdy.

Jako nejčastější spouštěč dotazovaní uvedli hádku s jiným uživatelem – 25 %, pak následovaly položky špatná nálada a osobnostní rysy uživatele oba spouštěče dosáhly hodnoty 22 %. Neklid uživatele dosáhl hodnoty 21 %, chování zaměstnance vůči uživateli – 7 %, zbývající 3 % respondentů uvedla spouštěč jiný, např. vliv počasí, nedostatek cigaret.

4. Jaké je pracovní zařazení a délka praxe pracovníků v zařízeních, kde šetření probíhalo?

Většina respondentů, přesně 81 %, je zařazena na pozici pracovníce (pracovník) v sociálních službách, což bylo výhodou pro mé šetření, protože tito zaměstnanci pracují v přímé obslužné péči a jsou tím pádem s uživateli nejčastěji ve styku.

7 % respondentů jsou vychovatelé, 6 % terapeutky či terapeuté, 2 % tvoří sociální pracovníce či pracovníci, 0,5 % zdravotní sestry a 3,5 % dotazovaných uvedlo pracovní pozici jinou – jednalo se o pracovníce v aktivizačních místnostech nebo o pozici vedoucí aktivizačních činností.

40 % respondentů pracuje v DOZP více jak 10 let, 24 % v rozmezí 6 -10 let, zbývajících 36 % uvedlo délku praxe v zařízení do pěti let.

5. Je personální obsazení, vzhledem k počtu uživatelů dostačující?

Podle šetření připadá na jednoho pracovníka více jak deset uživatelů v 80 % případů. V odborné literatuře se uvádí jako ideální, poměr 1:10. Méně jak 10 uživatelů uvedlo 16 % dotázaných a 3 % uvedla dokonce více jak 20 uživatelů připadajících na jednoho pracovníka.

Jako plně dostačující hodnotí personální obsazení v DOZP jen 10 % dotázaných, za nedostačující v každém případě považuje personální obsazení 33 % respondentů a 57 % respondentů uvedlo, že je dostačující, pokud všichni pracují dle daného rozpisu služeb, tedy pokud nikdo nemá neschopenku nebo není mimo pracoviště z jiných důvodů.

6. Mají zaměstnanci DOZP dostatek informací z této oblasti a mají zájem o další poznatky či vzdělávání?

Celých 64,5 % dotázaných nemá zájem o teoretické informace, ale uvítali by seminář s praktickými ukázkami, jak v takových situacích jednat. 24 % respondentů by se zúčastnilo dalšího vzdělávání, které by obsahovalo jak teoretickou tak praktickou stránku problému agrese uživatelů v DOZP. Zbytek respondentů (11,5 %), má teoretických i praktických informací i dovedností dostatek.

7. Jak situace, kdy dojde k agresi, zaměstnanci zvládají a jak se s nimi vnitřně vypořádávají?

44 % respondentů zvládá tyto situace bez pomoci jiné osoby, 55 % dotázaných požádá o pomoc jinou osobu vzhledem k závažnosti situace a jen 1 % požádá o pomoc jinou osobu vždy, když taková situace nastane.

62 % respondentů zbytečně o takových situacích následně nepřemýšlí a není pro ně obtížné vypořádat se s těmito problémy, 28 % dotazovaných o tomto hodně přemýšlí a vnitřně se s agresí uživatelů velmi obtížně vypořádává a pro zbývajících 10 % nejsou takové případy obtížné nikdy.

ZÁVĚR

Cílem mé práce bylo zmapovat projevy agresivity u lidí s mentálním postižením, žijících v DOZP, a to z pohledu personálu, který zde pracuje.

Téma projevů agresivity u lidí s mentálním postižením jsem si vybrala záměrně, a to hned ze dvou důvodů. Prvním důvodem je má dlouholetá práce v oboru a střety s touto problematikou přímo v praxi, druhým důvodem byla vlastně zvědavost, jak tuto problematiku vnímají v podobných zařízeních jako je náš DOZP, jelikož jsem neobjevila žádný ucelený výzkum, který by mi tyto informace poskytl.

Z posledních dvacet let se změnila celá naše společnost, změnil se i model zařízení, které poskytují sociální služby lidem s mentálním postižením. Klasický ústavní model, který byl běžný v druhé polovině minulého století se zaměřil spíše na léčebný a výchovný proces. Člověk s mentálním postižením byl chápán spíše jako pacient nebo jako svěřenec, na kterého je nutno celoživotně působit dle výchovných programů. Pokud k případům agresivity v těchto zařízeních docházelo, řešily se tyto případy restriktivními opatřeními nebo zvýšenou medikací. Člověk s mentálním postižením se tak nalézal v pasivním postavení, rozhodoval o něm někdo jiný – zdravotník nebo pedagog. Navíc obyvatelé velkých ústavů museli své individuální potřeby podřizovat kolektivu a chodu instituce. Svě se hrála i skutečnost, že drtivá většina byla zbavena způsobilosti k právním úkonům.

V moderně pojatých sociálních službách převládá model sociálního začlenění. Člověk s mentálním postižením se stává aktivním partnerem v procesu plánování a poskytování sociální služby. Stěžejní je jeho přání a potřeba. Důraz je kladen na začlenění do běžného života, na vytvoření podmínek, které jsou srovnatelné s životními podmínkami lidí bez postižení. Člověk s mentálním postižením je v rámci moderních sociálních služeb respektován jako dospělá osoba a jako občan.

Mezi moderní typy sociálních služeb patří i ty, které nevytrhují člověka z jeho přirozeného prostředí. Jejich společným znakem je podpora samostatnosti a vlastních schopností uživatele služeb. Sociální služba by měla uživateli umožnit žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný.

Neumožníme-li lidem s mentálním postižením nést odpovědnost za vlastní rozhodování s přiměřenou mírou rizika, nikdy jim nedovolíme být odpovědní a nést odpovědnost za své

jednání. Každý člověk nese rizika, každý člověk dělá chyby. Z nich se pak následně učí a získává zkušenosti.

Současné, moderní sociální služby mají prostřednictvím týmu zaměstnanců pracovat individuálně s rizikem každého uživatele. Nejdůležitější změna, která se musí odehrát, je změna myšlení a pohledu na lidi s mentálním postižením.

Myslím, že je velmi těžké přetvořit a změnit zažitá mechanismy, je proto důležité, aby se zaměstnanci v oblasti problémového chování vzdělávali. Jak z výzkumného šetření vyplynulo, sami zaměstnanci by o takové vzdělávání zájem měli, i z důvodu, že více jak dvě třetiny z dotázaných uvedlo nárůst agresivity u lidí s mentálním postižením, žijících v DOZP. Moje bakalářská práce se tak může stát vodítkem pro vedoucí pracovníky při plánování dalšího vzdělávání pracovníků v přímé obslužné péči.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1.] ČADILOVÁ, Věra, Hynek JŮN a Kateřina THOROVÁ. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál, 2007, 237 s. ISBN 978-80-7367-319-2.
- [2.] DRTILOVÁ, Jana a František KOUKOLÍK. *Zlo na každý den: Život s deprivanty I*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. Makropulos. ISBN 80-7262-088-6.
- [3.] EMERSON, Eric. *Problémové chování u lidí s mentální retardací*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 978-80-7367-390-1.
- [4.] FŮRST, Maria. *Psychologie*. Olomouc: Votobia, 1997. ISBN 80-7198-199-0.
- [5.] GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.
- [6.] HELUS, Zdeněk. *Psychologie: psychologie pro střední školy*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 1995. ISBN 80-7168-245-4.
- [7.] JŮN, Hynek. *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví: Strategie práce s klienty, krizové scénáře*. Praha: Portál, 2010, 141 s. ISBN 978-80-7367-590-5
- [8.] KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 1997, 145 s. ISBN 80-7178-150-9.
- [9.] NAKONEČNÝ, Milan. *Motivace lidského chování*. Praha: Academia, 1996, 268 s. ISBN 80-200-0592-7.
- [10.] PIPEKOVÁ, Jarmila et al.. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998, 234 s. ISBN 80-85931-65-6.
- [11.] PONĚŠICKÝ, Jan. *Agrese, násilí a psychologie moci*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-593-0.
- [12.] SELIKOWITZ, Mark. *Downův syndrom*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-973-9.
- [13.] SCHMIDBAUER, Wolfgang. *Psychologie: Lexikon základních pojmů*. 1. vyd. Praha: Naše vojsko, 1994. ISBN 80-206-0459-6
- [14.] SPURNÝ, Joža. *Psychologie násilí: O psychologické podstatě násilí, jeho projevech a způsobech psychologické obrany proti němu*. 1. vyd. Praha: Eurounion, 1996. ISBN 80-85858-30-4.
- [15.] ŠIMEK, Jiří. *Lidské pudy a emoce: Jak jim porozumět a jak s nimi žít*. Praha: Lidové noviny, 1995. ISBN 80-7106-121-2.
- [16.] ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-506-7

[17.] VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK. *Sociální psychologie - Sociálna psychológia.*

1. vyd. Praha: ISV, 1997. ISBN 80-85866-20-X.

[18.] Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

CNS Centrální nervová soustava

IQ Inteligenční kvocient

DOZP Domov pro osoby se zdravotním postižením

WHO World Health Organisation – Světová zdravotnická organizace

SEZNAM PŘÍLOH

P I Dotazník

Příloha P I: Dotazník

Vážená kolegyně, vážený kolego,

pracuji jako vychovatelka v DZP Javorník Chvalčov a zároveň studuji 3. ročník oboru sociální pedagogika na UTB ve Zlíně.

Žádám Vás o laskavé vyplnění zaslaného dotazníku. Jeho vyplnění nezabere více jak 15 – 20 minut. Vašeho času a mně poskytne cenná data pro výzkum, který je součástí mé bakalářské práce. Dotazník je anonymní a zavazují se, že v žádném případě nedojde k jakémukoliv zneužití získaných údajů. Vámi zvolenou odpověď označte prosím křížkem.

Tímto Vás ještě žádám o navrácení vyplněného dotazníku v co nejkratším termínu.

Děkuji Vám za spolupráci. Jana Světlíková, DZP Javorník Chvalčov.

Projevy agresivity u klientů DOZP z pohledu personálu.

1. Jak dlouho pracujete v domově pro osoby se zdravotním postižením? (dále jen DOZP)

- do 5 let
- od 6 do 10 let
- více jak 10 let

2. Jaká je Vaše pracovní pozice?

- pracovnice (pracovník) v sociálních službách
- sociální pracovnice (pracovník)
- zdravotní sestra
- vychovatel (ka)
- terapeutka (terapeut) v terapeutické dílně
- jiná

3. Pro koho je Vaše zařízení určeno?

- pro chlapce (muže)
- pro dívky (ženy)
- je koedukované (smíšené)

4. Pro jakou věkovou kategorii Váš DOZP slouží?

- pro děti a mládež do 26 let
- pro dospělé
- jiné věkové rozpětí, uveďte.....

5. Kolik klientů připadá na jednoho pracovníka konajícího denní službu na Vašem oddělení?

- méně jak 10
- 10 a více
- více jak 20
- jiný počet, uveďte.....

6. Myslíte si, že personální obsazení (počet pracovníků vykonávající denní službu), vzhledem k počtu klientů na Vašem oddělení, je dostačující?

- ano , je vždy dostačující
- je dostačující, pokud všichni pracují podle daného rozpisu služeb (tzn. pokud nemá nikdo z pracovníků neschopenku apod.)
- ne, v každém případě je nedostačující

7. Jak často se setkáváte ve své praxi s projevy agresivity?

- ano, běžně se s nimi setkávám
- velmi zřídka, na mém oddělení nejsou tak časté
- téměř nikdy jsem se s nimi nesetkal(a)

8. Jde-li o agresi klienta obrácenou proti jinému klientovi, je nejčastěji

- verbální
- fyzická
- kombinace dvou výše uvedených

9. Dojde-li k fyzické agresi, nejčastěji se jedná o

(lze zatrhnout více možností)

- kousání
- tahaní za vlasy
- škrábání
- plivání
- údery rukama
- údery nohama
- jiné.....

10. Pokud dojde k projevům agresivity přímo na Vašem oddělení, pak

- zvládnete tuto situaci sám (sama)
- vzhledem k závažnosti situace požádám někdy o pomoc jinou osobu
- požádám vždy o pomoc jinou osobu

11. Pokud dojde k agresi vůči personálu, nejčastěji jde o agresi

- verbální (nadávky)
- fyzickou
- kombinaci dvou výše uvedených
- k agresi vůči personálu nedochází

12. Dojde-li k fyzické agresi obrácené vůči personálu, pak se většinou jedná o

(lze zatrhnout více možností)

- kousání
- tahání za vlasy
- plivání
- škrábání
- údery rukama
- údery nohama
- jiné.....

13. Jak je pro Vás obtížné, vypořádat se vnitřně s případy agresivity?

- je to pro mě velmi obtížné, hodně o tom přemýšlím
- není to pro mě obtížné ve většině případů, snažím se zbytečně o tom nepřemýšlet
- není to pro mě obtížné nikdy

14. Jaký je podle Vás nejčastější spouštěč agresivního chování u klientů?

- neklid klienta
- osobnostní rysy klienta
- špatná nálada
- hádka klienta s jiným klientem
- chování zaměstnance vůči klientovi
- jiný, jaký.....

15. Myslíte si, že je možné vždy přesně určit spouštěč agresivního chování u klienta?

- ano, vždy

- podaří se to jen v některých případech

- ne, nikdy se mi to nepodařilo

16. S jakým druhem agresivity jste se ve své praxi nejčastěji setkal(a)?

- autoagrese (sebepoškozování)

- agrese klienta obrácená k jinému klientovi

- agrese klienta obrácená proti personálu

- ničení zařízení domova klientem

17. Všeobecně dochází ve společnosti k nárůstu agresivity, myslíte si, že je tomu i u klientů ve Vašem zařízení?

- myslím, že ano, klienti mají větší „svobodu“ a svobodněji také projevují své emoce

- myslím, že tomu tak není

- jiný názor.....

18. Chybí Vám více odborných informací z této oblasti a uvítal (a) byste seminář na toto téma?

- ano, chybí mi informace a uvítal (a) bych takovýto seminář

- teoretických informací mám dostatek, ale rád (a) se zúčastním semináře s praktickými příklady, jak mám v takových případech jednat

- teoretických i praktických informací mám dostatek

Na závěr Vám děkuji za vaši trpělivost při vyplňování dotazníku.

