

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**  
**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2012**

**Štěpánka Vondráčková**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

**Štěpánka Vondráčková**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**AGRESIVNÍ CHOVÁNÍ V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI A  
ZPŮSOBY JEHO ZVLÁDÁNÍ V ÚSTAVECH SOCIÁLNÍ  
PÉČE**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Vlasta Roubalová

PLZEŇ 2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne: 25. 3. 2012

.....  
vlastnoruční podpis

Poděkování:

Děkuji Mgr. Vlastě Roubalové za odborné vedení práce a poskytování rad při psaní mé bakalářské práce.

ÚVOD.....	11
1 POJEM AGRESIVITA.....	13
1.1 Agresivní chování.....	13
1.2 Příbuzné pojmy.....	13
1.3 Teorie agrese.....	14
1.4 Příčiny agresivního chování.....	15
1.5 Dělení agresivity.....	15
2 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ.....	17
2.1 Lehká mentální retardace.....	17
2.2 Středně těžká mentální retardace.....	18
2.3 Těžká mentální retardace.....	18
2.4 Hluboká mentální retardace.....	19
2.5 Jiná a nespecifikovaná mentální retardace.....	19
2.6 Downův syndrom.....	19
2.7 Příčiny vzniku mentální retardace.....	20
3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	21
4 HIERARCHIE LIDSKÝCH POTŘEB.....	23
4.1 Základní lidské potřeby u osob s mentálním postižením.....	24
4.2 Sexuální potřeba mentálně postiženého jedince.....	24
5 PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	26
5.1 Možné příčiny problémového chování.....	27
5.2 Psychické poruchy a problémové chování.....	27
5.3 Psychiatrická péče u osob s mentálním postižením.....	28
5.4 Základní chyby v myšlení personálu.....	29
6 ÚČINNÉ CESTY K ŘEŠENÍ AGRESIVNÍHO CHOVÁNÍ.....	30
6.1 Komunikace.....	30
6.2 Uklidňující vlivy při komunikaci s agresorem.....	31
6.3 Aktivní naslouchání.....	32
6.4 Snoezelen jako prostředek uvolnění.....	33
6.5 Zavádění standardů kvality sociálních služeb do zařízení.....	34
7 ZPŮSOBY A MOŽNOSTI ŘEŠENÍ FYZICKÉ AGRESE.....	36
7.1 Restriktivní opatření.....	37
7.1.1 Fyzická restrikce.....	38
7.1.2 Mechanická restrikce.....	38
7.1.3 Chemická restrikce.....	39
7.2 Způsobilost k právním úkonům.....	39
8 VZDĚLÁVACÍ PROGRAMY.....	40
8.1 Supervize v pomáhajících profesích.....	40
8.2 Školení personálu v technikách preventivních a restriktivních.....	41
9 FORMULACE PROBLÉMU.....	42
10 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU.....	42
10.1 Dílčí cíle.....	42
11 METODIKA PRŮZKUMU.....	43
12 HYPOTÉZY.....	43
13 VZOREK RESPONDENTŮ.....	44
13.1 Pilotní studie.....	44
14 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ.....	45
15 DISKUZE.....	60
ZÁVĚR.....	65

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Štěpánka Vondráčková

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Agresivní chování v ošetrovatelské praxi a způsoby jeho zvládní  
v ústavech sociální péče

Vedoucí práce: Mgr. Vlasta Roubalová

Počet stran: číslované 56, nečíslované 24

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 24

Klíčová slova: agresivita – mentální postižení – problémové chování – lidské potřeby – komunikace – restrikce – vzdělávací programy.

## **Souhrn:**

V teoretické části bakalářské práce jsem se zabývala agresivitou u lidí s mentálním postižením. Část práce je věnována i způsobům jak toto problémové chování zvládat. Poslední kapitola se věnuje vzdělávacím programům. V praktické části jsem chtěla pomocí výzkumného šetření zjistit, zda je nelékařský zdravotnický personál připraven na jednání s agresivním klientem po absolvování školení v preventivních a restriktivních technikách.

## **Annotation**

Surname and name: Štěpánka Vondráčková

Department: Nursing and maternity assistance

Title of thesis: Aggressive behavior in nursing practice and ways of coping in social care

Consultant: Mgr. Vlasta Roubalová

Number of pages: 56 unnumbered pages. 24

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 24

Key words: aggressive – mental disability – problem behavior – human needs – communication – restriction – educational programs

## **Summary:**

In the theoretical part of the thesis I dealt with aggression in people with mental disabilities. Part is devoted to this problem as how to manage behavior. Last chapter is devoted to educational programs. In the practical part, I wanted to use the research to determine whether non-medical health professionals prepared for dealing with aggressive client after completing training in preventive and restrictive techniques.

# ÚVOD

## Motto

„Kvalita společnosti se může měřit podle způsobu, jak se stará o své nejzranitelnější a nejzávislejší členy. Společnost, která se o ně stará nedostatečně, je pochybená.“

Adrian D. Ward

Pracuji jako všeobecná sestra v ústavu sociální péče. Naším posláním je poskytovat služby osobám s mentálním a kombinovaným postižením, tak aby dosáhly co největší míry soběstačnosti. Vize našeho zařízení jsou: v pohybu je život, návrat k přírodě a pojd'te mezi nás. Problematice lidí s mentálním postižením se i v současné době věnuje málo pozornosti. Představy lidí o mentálně postižených osobách jsou značně rozdílné. Stále se někteří domnívají, že takoví lidé patří do zařízení, kde je o ně dobře postaráno a jsou tak určitým způsobem schováni mimo „normální“ společnost.

Tématem mé bakalářské práce je agresivní chování v ošetrovatelské praxi a způsoby jeho zvládnání v ústavech sociální péče. S agresivním chováním se setkáváme v současné době stále častěji. Agresivně se choval ve svém životě snad každý z nás. Můžeme tedy říci, že je součástí našeho života. Existuje mnoho teorií o agresivitě. V dřívějších dobách byla agresivita uvolňována přirozeným způsobem např. v boji. V dnešní vyspělé době je tomu jinak, člověk nepotřebuje chránit svá teritoria ani si obstarat obživu lovem. Právě proto se nahromaděná energie může uvolňovat jiným způsobem. Agresivitu můžeme pozorovat již u malých dětí a to hlavně při hrách. Jak jsem tedy již řekla, agresivně se určitým způsobem chováme všichni. I lidé s mentálním postižením se tedy mohou chovat agresivně. Hlavně těžká a hluboká mentální retardace vede k problémovému chování, jako je agresivita, sebepoškozování nebo nepřiměřené sexuální chování. K mentálnímu postižení se často přidružuje i řada psychických poruch, jako je např. schizofrenie, afektivní poruchy.

Ústavy sociální péče spadají pod sociální služby. V poslední době došlo k velkému posunu v těchto službách. Péče o lidi s mentálním postižením je v současné době na dobré úrovni. K velkým změnám došlo s platností zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zrušila se např. klecová a síťová lůžka a došlo k úpravě restriktivních opatření. Dochází i ke změnám názvů mnoha ústavů sociální péče a to na různé domovy. Jako příklad bych uvedla změnu názvu zařízení, kde pracuji. Od 1. 1. 2012 se



ústav sociální péče přejmenoval na Domov „Bez zámků“ Tuchořice, příspěvková organizace.

Bakalářská práce je zaměřena na agresivní chování osob s mentálním postižením a na způsoby, kterými lze co nejlépe tuto agresi zvládnout, nebo jí předejít.

Práce je rozdělena do dvou částí. První, teoretická část se zaměřuje na pojmy spojené s agresivitou, problémovým chováním a způsoby jak tomuto chování předejít.

Druhá, praktická část zjišťuje úroveň a připravenost nelékařského zdravotnického personálu na jednání s agresivním klientem. Dále zjišťuje, zda má personál dostatečné znalosti o potřebách klientů a zda personál zná krizové plány, které by měly být vytvořeny u agresivních klientů.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 POJEM AGRESIVITA

Agresivita vznikla z latinského slova *aggredi*. V překladu to znamená přiblížit, napadat, útočit. Agresivita je komplexním psychologickým pojmem. Můžeme ji také popsat jako chování, které má charakter násilí. Dochází při tom k celé řadě projevů, a to jak verbálních, tak neverbálních. Agresivně můžeme myslet, ale i komunikovat. Agresivita může být obsažena jen v našich představách. (Vymětal, 2003)

Agresi můžeme také definovat jako záměrné ubližování druhým. Není přitom důležité, jakou podobu mají následky. Může jít o zranění, kdy je způsobena hlavně fyzická bolest. Může však mít i podobu poškození majetku, nebo podobu psychologického zranění, jako je ponižování, zastrašování. Důležitým znakem agrese je její cílevědomý charakter. Větší předpoklady k agresivitě mají většinou muži. (Výrost a kol., 2008)

### 1.1 Agresivní chování

Agresivní chování se velmi často definuje jako porušení sociálních norem, které omezuje práva a poškozuje živé bytosti či neživé objekty. Toto chování můžeme také chápat jako přirozenou součást sociálního chování, které je zaměřeno na uspokojování potřeb a dosahování cílů. To, jestli budeme reagovat agresivně či nikoli, závisí na mnoha okolnostech. V první řadě na našem aktuálním stavu. Budeme-li se cítit ohroženi, pak jistě zareagujeme agresivně. Stejně tak je tomu u člověka, který cítí silnou bolest, nebo je nějak frustrován. (Vágnerová, 2008, Výrost a kol., 2008)

### 1.2 Příbuzné pojmy

**Hněv** – je specificky lidská emoční reakce, lze předpokládat její vrozené základy. Často je podmínkou a předchází agresivnímu chování. Člověk se většinou hněvá tehdy, jestliže se ho někdo něčím dotkne, ohrozí ho či zraní jeho sebepojetí. Hněv se někdy může vystupňovat až v afekt zuřivosti. (Vymětal, 2003)

**Hostilita** – Agresi a hostilitu lze zřetelně významově odlišit. Hostilita je obecným nepřátelským postojem vůči lidem, který se však nemusí projevit ubližováním jiné osobě. Jedinec nemá rád jiné osoby, negativně se o nich vyjadřuje, přeje jim neúspěch. Hostilita se může a nemusí projevit v agresivitě.

**Násilí** – Tento pojem je prakticky synonymem agrese, konkrétně v oblastech společenských vztahů (např. domácí násilí, násilí na pracovišti). Násilí je tedy agrese s těžkými důsledky. (Výrost a kol., 2008)

**Neklid** – můžeme definovat jako stav zvýšené pohybové aktivity. Projevuje se zvýšenou gestikulací, přešlapováním, podupáváním. Může však přerůst až v celkový neklid, kdy jedinec začne pobíhat a zasahovat do okolí. Tento neklid se označuje jako agitovanost. (Marková a kol., 2006)

### 1.3 Teorie agrese

**Agrese jako instinkt** – Teorií o agresivitě je mnoho. Jedna z nich předpokládá, že agrese může být odvozená od instinktu. V těle se pak může hromadit ve formě energie. Pokud tato energie není uvolňována přirozeným způsobem, např. v boji, mohou ji pak uvolňovat i jiné podněty. (Výrost a kol., 2008)

**Agrese coby vrozená pudová síla** – Tato teorie popisuje agresi jako vrozenou vlastnost či připravenost, která slouží k adaptaci, udržení života, získání obživy či obraně. V civilizovaných zemích chybí dostatečné množství podnětů a příležitostí k agresi. Proto si sami vytváříme specificky lidské konfliktní situace ke vnitrodruhové agresi.

**Frustrace a agrese** – Frustrační teorie platí v případě aktuálních agresivních reakcí. Při výchově se nedají všechny frustrace předvídat. Například, když rodiče odstraní všechny překážky, tak se později všechny životní těžkosti můžou projevit jako frustrační. Dítě se tak nenaučí znát svoje i cizí hranice, často je pak překračuje a dochází ke konfliktu. Ukazuje se, že děti zahrnuté bohatstvím a bezstarostným životem, jsou ve skutečnosti připraveny o radosti z překonávání různých překážek. V původní formulaci se frustrace formuluje jako stav, který vzniká, pokud okolnosti znemožňují dosažení cíle. (Poněšický, 2005)

## 1.4 Příčiny agresivního chování

Sklon k agresivitě bývá podmíněn mnoha faktory, jako je:

**Dědičnost** – Člověk má vrozené dispozice k agresivnímu chování, ty jsou užitečné k zajištění a obraně teritoria a vytvoření společenské hierarchie. Předpoklady k násilnému chování nejsou u všech lidí stejné. Nejvíce lidí má průměrnou dávku předpokladů k agresivnímu chování, zatímco extrémní varianty jsou vzácnější.

**Biologické předpoklady** – Tyto předpoklady k agresivnímu způsobu reagování mohou být dány změnou ve struktuře či funkci mozku. Odchylky mohou vzniknout v důsledku poškození centrální nervové soustavy (dále jen CNS). Sklon k agresi není v mozku jednoznačně lokalizován, mohou jej ovlivnit změny v korových i podkorových centrech. Zvýšená pohotovost k agresi má i biochemický základ. Předpokládá se, že je spojena s nízkou koncentrací serotoninu v krvi. Vzrůst agrese může souviset i se změnami hladiny acetylcholinu.

**Vlivy prostředí** – mohou posilovat sklon k agresivitě, ale na druhou stranu ho můžou i tlumit. Nejvýznamnějším zdrojem rané zkušenosti je rodina, tendenci k agresivitě ovlivňují již primární zkušenosti. Důležité je i učení nápodobou, kdy dítě dělá to, co vidí u ostatních.

**Aktuální situace** – resp. určité prostředí může působit jako spouštěč agresivního chování, tendence tak reagovat závisí i na aktuálním stavu jedince. Zátěž může být na úrovni psychické, např. útok, či somatické, jako je nadměrné vyčerpání nebo bolest. (Vágnerová, 2008)

## 1.5 Dělení agresivity

Agresivitu můžeme rozdělit podle místa jejího projevu na **vnitřní** a **vnější**. Dále ji rozdělujeme na **verbální** neboli slovní a na **brachiální** neboli fyzickou. Podle motivace agresivitu můžeme dělit na čtyři základní typy a to je:

**Agresivita instrumentální** – je nejběžnější, jedinec chce touto formou obvykle něčeho dosáhnout. Stává se tedy nástrojem, který je osvojený učením. Do tohoto typu můžeme zařadit vývojově podmíněné agresivní projevy dětí.

**Agresivita samoučelná** – její motivace souvisí se subjektivními potřebami jedince. Většinou člověku přináší užitek sama o sobě.

**Agresivita jako důsledek afektu** – vyskytuje se nejčastěji u lidí s narcistickou poruchou osobnosti. Tito lidé jsou citliví na ponížení a reagují pak často agresivně. Stává se, že po takovém jednání mají amnézii.

**Agresivita reaktivní** – bývá odpovědí na ohrožení vitálních potřeb. Silná fyzická nebo duševní bolest může vyvolat tuto agresivitu a člověk chce pak samozřejmě odstranit její zdroj. (Vymětal, 2003)

## 2 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

Mentální retardace (dále jen MR), je postižení vývoje rozumových schopností. K tomuto postižení může dojít v prenatálním, perinatálním nebo časně postnatálním období. Postižený člověk se špatně adaptuje v sociálním prostředí. Při určení diagnózy MR by měl jedinec selhávat v testech inteligence, ale hlavně musí selhávat i v plnění věku přiměřených očekávání ve svém sociálním prostředí.

Doporučovaný termín pro osoby s MR je v současné době osoba s mentálním postižením.

MR má vliv na celý socializační vývoj jedince. Chování dětí je nepřiměřené a stává se často zdrojem konfliktů. Pro pomoc rodinám s dítětem s mentálním postižením je velmi důležitá včasná a kvalitní diagnostika a zavádění programů včasné stimulace. Některá střediska pracují s programem Portage, kde je podrobně rozpracován nácvik pohybových, rozumových a sociálních dovedností, řeči a obsluhy. Speciální pedagogové a psychologové dochází pravidelně do rodin s postiženým dítětem a pomáhají rodičům najít strategie učení.

Současně se vyskytuje postižení kognitivních schopností a můžou se přidružit i poruchy chování. Stereotypní pohyby (např. kývání hlavou, prohlížení rukou) jsou součástí normálního vývoje v kojeneckém věku, u jedinců s mentálním postižením však mohou přetrvávat až do dospělosti. Autostimulační stereotypie, nadměrné agresivní projevy, sebepoškozování lze kvalitním vedením alespoň utlumit. U lidí s mentálním postižením jsou velmi často přítomny psychické poruchy. Současně jsou velmi citlivé k emočním podnětům z okolí, reagují na zvýšené napětí a konflikty. (Říčan, 2006)

Štěrbová (2007) popisuje klasifikaci MR, která podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (1992), zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, dělí MR do šesti základních kategorií.

### 2.1 Lehká mentální retardace

Diagnóza lehké MR bývá často stanovena až v předškolním věku, nejedná-li se o kombinované postižení. Pohybové dovednosti jsou často opožděny jen mírně nebo jsou i v pásmu normy. U větších dětí je postižena schopnost abstrakce, je zpomalené logické myšlení. Děti většinou zvládnou učivo osnov speciální školy, současně mohou

mít i poruchy učení, jako je dyslexie, dysgrafie. Mnozí postižení dosáhnou úplné nezávislosti v osobní péči a praktických domácích dovednostech. Většina těchto lidí se vyučí pro jednoduchá zaměstnání. Při dobrém vedení můžou v dospělosti dosáhnout úplné samostatnosti. Důsledky retardace se mohou projevit, pokud je postižený emočně a sociálně nezralý, pak není schopný vyrovnat se např. s požadavky manželství. Klienti jsou schopni se naučit sexuální dovednosti v souladu s normami společnosti. (Říčan, 2006)

## **2.2 Středně těžká mentální retardace**

Opoždění vývoje se většinou zachytí již v kojeneckém věku. Je opožděn pohybový vývoj a vývoj řeči. Lidé si osvojí minimální slovní zásobu, která stačí na základní dorozumění s ostatními. V dětství je velmi důležitá cílená stimulace. Při kvalitním vedení dosáhnou osoby s mentálním postižením dovednosti sebeobsluhy a osvojí si jednoduché pracovní činnosti. Často uplatní své dovednosti v chráněných dílnách. K životu potřebují každodenní asistenci a vedení. Mentální věk zůstává většinou na úrovni předškolního věku, maximálně dosáhnou úrovně 7 až 8 let. Klienti se středně těžkou MR se ve svém sexuálním chování dají snadno ovlivnit. Pochvalou nebo pokáráním jim můžeme vysvětlit, že se chovají vhodně, nebo naopak nevhodně. (Štěrbová, 2007, Říčan, 2006)

## **2.3 Těžká mentální retardace**

Retardace je zřetelná od útlého věku, většinou jde o kombinované postižení. Např. postižení rozumových schopností, pohybové postižení, poruchy zraku, sluchu. Mnoho z těchto dětí se nenaučí mluvit, nebo se naučí jen několik slůvek. Na prvním místě je zvládnutí základní verbální komunikace. V praxi se používají alternativní komunikační systémy. Při výraznější dopomoci dokážou zvládnout řadu dovedností. V oblasti motoriky je výrazná neobratnost a dyskoordinace, často trpí epilepsií. Mentální věk se pohybuje na úrovni kojence až batolete.

## **2.4 Hluboká mentální retardace**

S postižením intelektu bývá pravidlem i postižení pohybové. Jedinci jsou často imobilní nebo jsou schopni jen minimálního pohybu. Neosvojí si základy mluvené řeči a porozumí jen některým pokynům. Spokojenost dávají najevo úsměvem, nespokojenost naopak pláčem. Zhruba polovina osob není schopna základní sebeobsluhy. Cílem výuky je dosažení co největší možné samostatnosti v dospělosti. Pomocí metodických postupů je možné rozvíjet mnoho dovedností. Děti s hlubokou MR citlivě reagují na taktilní podněty a zvuky. (Říčan, 2006)

## **2.5 Jiná a nespecifikovaná mentální retardace**

Kategorie jiná mentální retardace se používá, pokud nelze stanovit stupně intelektové retardace obvyklým způsobem, např. u nevidomých, neslyšících, u jedinců s těžkými poruchami chování.

Kategorie nespecifikovaná mentální retardace se užívá v případech, kdy je prokázána MR, ale je nedostatek informací, aby bylo možno zařadit pacienta do jiné kategorie. (Štěrbová, 2007)

## **2.6 Downův syndrom**

Downův syndrom (dále jen DS) je genetická porucha, vzniklá na bázi odlišného počtu nebo struktury autozomů. Výsledkem je MR a specifické fyzické rysy. Postižení DS mají typický habitus, jsou tedy na první pohled tělesně odlišní. Riziko výrazně vzrůstá s věkem matky. Nadpočetný chromozom specificky ovlivňuje vzhled a stavbu těla. Lidé s DS dosahují menšího vzrůstu, na dlani mají příčnou rýhu. Chování těchto dětí je různorodé. Mentální schopnosti dosahují různého stupně, od lehké až po hlubokou MR. Může se však přidružit i celá řada psychických i fyzických poruch, včetně poruch autistického spektra. (Vágnerová, 2008)



## 2.7 Příčiny vzniku mentální retardace

Příčiny vzniku mentální retardace jsou nejednotné. Roli hraje i to, jestli je přítomna jiná porucha, jako je např. porucha smyslová nebo pohybová. Pak mluvíme o kombinovaném postižení. Na postižení se podílí celá řada faktorů. Nejčastější příčinou vzniku MR je postižení CNS. Tato porucha může vzniknout různým způsobem. Etiologie se projeví v klinickém obrazu jak kvalitativně, tak kvantitativně. Může se na něm podílet jak porucha genetických dispozic, tak různé exogenní a endogenní faktory.

**Genetická podmíněnost** – základem je porucha struktury nebo funkce genetického aparátu. Typickým příkladem je trizomie 21. chromozomu, známá jako DS.

**Teratogenní faktory** – tyto faktory mohou negativně ovlivnit prenatální vývoj jedince a to prostřednictvím organismu matky. Mohou to být faktory fyzikální, např. ionizující záření. Další faktory mohou být chemické, např. některé léky. Další faktory, které mohou negativně ovlivnit prenatální vývoj jedince, jsou faktory biologické, např. virové nebo mikrobiální.

**Postnatální poškození mozku** – je v raném věku dané zánětlivým onemocněním, úrazem nebo otravou. Takový handicap není tedy vrozený, do této kategorie jsou zařazována pouze postižení vzniklá přibližně do 2 let. V této době je velmi obtížné odlišit primární postižení od později vzniklé stagnace vývoje. (Vágnerová 2008)

### **3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM**

Ošetrovatelská péče o osoby s mentálním postižením je poskytována prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Je rovnocenná nebo by se dala přirovnat k ošetrovatelské péči o pacienty v nemocničním zařízení. Jen s tím rozdílem, že klienti jsou v těchto zařízeních umístěni dlouhodobě a personál má tedy možnost je velmi dobře poznat. Práce s lidmi s mentálním postižením vyžaduje velké znalosti cílové skupiny. Klienti s tímto postižením se většinou neumí vyjádřit, sestra pak musí spoléhat na své zkušenosti a znalosti. Ošetrovatelská péče se liší stupněm mentálního postižení.

Ošetrovatelská péče o osoby s lehkým mentálním postižením je snazší z důvodu lepší spolupráce ze strany klienta. S tímto klientem se zpravidla lépe komunikuje, umí většinou vyjádřit a popsat své pocity, potřeby, bolest. S klientem se středně těžkým mentálním postižením se většinou spolupracuje hůř, proto se spoléháme hlavně na předchozí zkušenosti a informace z týmové spolupráce. Práce s klientem s těžkým mentálním postižením je práce velmi náročná. Klient zpravidla nespolupracuje a tak je potřeba vycházet hlavně ze zkušeností a znalostí. Velmi důležitá je aktuální situace a zdravotní stav klienta, např. zda je klient v dobré pohodě nebo jestli je agresivní.

Ošetrovatelská péče jako taková je poskytována všem klientům stejně, bez ohledu na jejich postižení. Spočívá především ve sledování fyziologických funkcí a záznamů do zdravotní dokumentace. Zajištění činností spojených s přijetím, překladem a propuštěním klientů. Odběry biologického materiálu, asistence lékaři při odborných výkonech, podávání léků a následná kontrola jejich užití. Klienti si velmi často léky schovávají pod jazyk. Aplikace inzulinů a depotních injekcí. Musíme si všimnout vedlejších účinků léků. Velmi významnou část zaujímá péče o hygienu. Zde se naplno projeví odlišnost od klientů bez mentálního postižení. Neustále musíme klienty edukovat a podporovat je při péči o své tělo. Důležitá je péče o kůži a to hlavně u imobilních klientů, kdy pravidelnou péčí a polohováním předcházíme vzniku dekubitů. Při ošetrování bércových vředů je důležitá neustálá kontrola klientů, aby si do rány nezanesli nečistoty. Obvaz si sami umí sundat a ránu si pak škrábou a znečistí. Péče o výživu a pitný režim hraje také důležitou roli, hlavně má-li klient nějakou poruchu příjmu potravy. U klientů hodnotíme hlavně nedostatečný nebo nadbytečný příjem potravy. Klienti si po jídle mohou vyvolávat zvracení, ať už z přejedení, nebo za

účelem vyzvracení požitých psychiatrických léků. Rozsah a druh pomoci klientům závisí na jejich fyzických a psychických schopnostech. Významnou úlohu má péče o spánek a odpočinek, klienti mohou trpět nespavostí, pak budí na pokoji ostatní klienty. Z nedostatku spánku pak mohou být agresivní. Podporujeme různé spánkové návyky a rituály. Ošetrovatelská péče spočívá i v péči o vyprazdňování moče a stolice. Na možné somatické obtíže mohou mít klienti různou psychickou odezvu. I když dbáme na prevenci zácpy, ať už dostatečným pitným režimem, dostatečnou pohybovou aktivitou, nácvikem pravidelného vyprazdňování, tak k zácpě může dojít. Pak podáváme dle ordinace lékaře laxancia nebo klyzma. Dechovou gymnastiku zajišťujeme pomocí lehkých cviků končetin a trupu. Důležitá je péče o bezpečnost klienta. Osoby s mentálním postižením mají mnoho poruch hybnosti, sníženou výkonnost, poruchy kognitivních funkcí, poruchy soběstačnosti a s tím se zvyšuje riziko úrazů. Ošetrovatelská péče spočívá i v péči o pocit jistoty a bezpečí. Při ztrátě této potřeby reagují klienti různě, nejčastěji však agresí. Velmi důležité je rozpoznat, zda klient netrpí bolestí, tedy pokud nám to sám neřekne. Údaje, které získáváme při anamnéze bolesti, je těžké rozpoznat a lokalizovat. I osoby s mentálním postižením mají poruchy sebekoncepcce a sebeúcty. Snažíme se, aby uměli vyjádřit své pocity, posilujeme jejich sebedůvěru. Zajišťujeme pravidelný kontakt s psychologem. Dbáme také na rozvoj komunikace, ať už verbální, nebo procvičujeme komunikaci pomocí alternativních technik.

Základním úkolem ošetrovatelské péče je tedy péče o zachování, udržení a rozvoj sebepéče a soběstačnosti. K hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech používáme Barthelův test. Dále pak hodnocení úrovně sebepéče podle M. Gordonové. U většiny klientů posuzujeme riziko pádu. K hodnocení bolesti užíváme Melzackovu škálu bolesti a také vizuální analogovou škálu bolesti. Pro vyšetřování poruch paměti užíváme test kognitivních funkcí Mini Mental State Exam (MMSE). Na rizika vzniku dekubitů užíváme rozšířenou škálu dle Nortonové.

Nutností při práci je klidné vedení, pochvala, povzbuzení a ocenění všech klientů.

## 4 HIERARCHIE LIDSKÝCH POTŘEB

Obecně je potřeba chápána jako projev nedostatku nebo nadbytku něčeho. Můžeme také říci, že potřeba je něčím, co lidé nutně potřebují. Prožívání tohoto nedostatku nebo nadbytku ovlivňuje psychiku každého člověka a tím vytváří specifický vzorec jeho chování.

Lidské potřeby se neustále vyvíjejí a kultivují. V průběhu života se potřeby u každého jedince mění, jak kvalitativně, tak kvantitativně. Potřeby dělíme na **biologické a psychosociální**.

Známa je také teorie psychologa Abrahama Maslowa, která popisuje rozdělení potřeb na nedostatkové a růstové. Potřeby nedostatkové jsou základní a jsou tedy nezbytné pro život. Jsou-li tyto potřeby uspokojeny, hlásí se ke slovu potřeby růstové, ty jsou kvalitativně vyšší. Frustrace potřeb v dětství má negativní dopad na osobnostní rysy jedince.

### **Hierarchie potřeb podle Maslowa:**

**Fyziologické potřeby** slouží k přežití. Jedinec uspokojuje tyto potřeby dříve, než se stanou aktuálními a ovlivní pak celkové chování a jednání člověka. Mezi tyto potřeby patří např. potřeba výživy, spánku, kyslíku, vyprazdňování, sexuální potřeba.

**Potřeba jistoty a bezpečí** se projevuje vyhledáváním těchto potřeb a vyhýbáním se neznámému. Objevuje se, když člověk ztrácí svůj pocit jistoty, např. je tomu tak u nemocného člověka.

**Potřeba lásky a sounáležitosti** je také nazývána potřebou afiliační. Patří sem potřeba milovat a být milován, potřeba sounáležitosti a náklonnosti, potřeba být sociálně integrován.

**Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty.** První je potřeba sebeúcty a sebehodnocení, druhá vyjadřuje touhu po respektu druhých.

**Potřeba seberealizace, sebeaktualizace** vystupuje jako tendence realizovat své schopnosti a záměry. Jde o tzv. metapotřeby, nebo také potřeby růstu. Patří sem potřeby jednoty, rovnováhy, harmonie, poznání a porozumění. (Trachtová a kol., 2008)

## **4.1 Základní lidské potřeby u osob s mentálním postižením**

Osoby s mentálním postižením mají stejná práva jako všichni občané České republiky. Mají tedy také právo na uspokojení svých potřeb.

Fyziologické potřeby si naplní, když se můžou najíst a napít i ve chvíli, kdy mají hlad nebo žízeň, a ne když jim to někdo řekne. Velmi důležitá pro jedince s postižením je potřeba bezpečí a jistoty. Potřebují mít vztah k určitému člověku nebo ke skupině. Zároveň však musí vědět, že tuto skupinu můžou opustit, kdy budou chtít. Mají i potřebu milovat a být milován, často udržují partnerské vazby. Osoby s mentálním postižením mají také potřebu úcty a respektu, personál s nimi musí jednat s ohledem na jejich mentální úroveň. Potřebu seberealizace si naplňují ve chvíli, kdy se můžou sami rozhodnout, např. kdy půjdou spát. Mentálně postižení mají tendenci uspokojovat své potřeby neodkladně a bez zábran. Způsob jakým toho dosahují, odpovídá jejich mentální úrovni.

Problémového chování se podstatně zvyšuje při neuspokojení základní životní potřeby u jakéhokoli člověka. U osob s mentálním postižením je nutná větší míra asistence při naplňování jejich základních potřeb. Zdravý člověk si dokáže k uspokojení potřeb obstarat prostředky, nebo si najde jinou potřebu, kterou naplní. Osoby s mentálním postižením toho nejsou bez asistence schopni. Nenaplněná potřeba pak může spustit problémové chování. Klíčem pomoci není potlačení agrese klienta restriktivními postupy. Vyřešíme tím pouze jeden incident, ale chování terapeuticky nezměníme. Naší největší snahou je tedy zjistit potřeby, které si klient není schopen sám uspokojit. Právě tím předcházíme problémovému chování. I přes veškerou naši snahu stejně k problémovému chování dochází. Někdy se nám nepodaří rozpoznat nenaplněné potřeby klienta, někdy je naopak známe, ale nedokážeme je uspokojit k jeho plné spokojenosti. (Čadilová a kol., 2007)

## **4.2 Sexuální potřeba mentálně postiženého jedince**

Velkým problémem u osob s mentálním postižením mohou být neuspokojené sexuální potřeby. Mentálně postižený člověk si zpravidla se svými sexuálními pudy neví rady. Nemá ani příležitosti tyto potřeby uspokojit a často neví, jak by to měl udělat.

Sexuální potřeba bývá nahrazována autostimulací, někdy se objevují nápadnosti v chování, např. obnažování a masturbace na veřejnosti. Mohou se objevit i neselektivní sexuální ataky s vyžadováním pohlavního styku. Tato agresivita je často zaměřena i na členy rodiny. Mentálně postižení mohou být snadno manipulováni, zanedbáváni, týráni či zneužíváni. Nedovedou se bránit a ani si neuvědomují, že by se bránit měli. Často totiž nevědí, na co má jiný člověk ve vztahu k nim právo. (Vágnerová, 2008)

## 5 PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Existuje několik definic problémového chování. Např. se toto chování definuje „jako 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“ (Emerson, 2008, s. 17).

Mezi problémové chování se nejčastěji zařazuje: agrese a násilí, ničení majetku, pokusy o sebepoškození, sebevražda, verbální napadení, výhružky, lhaní, krádeže, zneužívání návykových látek, plivání na ostatní, obtěžování, dotírání, obviňování druhých, chování bez sexuálních zábran, manipulace se zaměstnanci.

Vyhodnocování a následné terapeutické postupy u problémového chování jsou ovlivňovány postoji personálu. Prvním, kdo problémové chování hodnotí, je personál v přímé péči.

Můžeme tedy říci, že mezi problémové chování se obvykle řadí jakékoli chování, které personál jako problémové vyhodnotí. Např. klient se středně těžkou MR sprostě nadával personálu, protože ho nepouští na vycházky za matkou. Ta ovšem o syna neměla žádný zájem. Personál vyhodnotil toto chování jako problémové, protože si bral nadávky příliš osobně. Po změně personálu, který si nadávek nevšímal a nebral si je osobně, přestal i ostatní personál vyhodnocovat chování jako problémové. Personál přestal klienta napomínat a počet nadávek se snížil. (Emerson, 2008)

Také Vágnerová (2008) popisuje agresivní sklony u osob s mentálním postižením. Při agresivní atace většinou nerozlišují, na koho útočí. Zrovna tak nevnímají, za jaké situace se to děje, a je-li to zrovna vhodné. Mentálně postižený se násilným způsobem chová ke komukoli. Vzácněji se můžeme setkat i s kriminálním chováním, především u mladších mužů. Obvykle jde o bezvýznamné krádeže či impulzivní násilí. Toto násilí může mít i sexuální charakter. Činy nejsou předem naplánované či připravené. Mentálně postižení jedinci bývají častěji oběťmi trestné činnosti než jejími pachateli. Potíže se mohou objevit i na základě nově vzniklé zátěže.

**Dopad problémového chování** – Toto chování může závažně poškodit zdraví nebo kvalitu života jak člověka samotného, tak i osob v jeho přímé blízkosti. Opakované sebepoškození může mít za následek druhotné infekce a poúrazové hematomy. Může také způsobit ztrátu zraku nebo sluchu. Při polykání cizích předmětů může dojít

k poranění v ústech nebo jiných částech trávicí soustavy. Jsme-li svědkem toho, že se klient před námi sebepoškozuje, samozřejmě se mu v tom snažíme zabránit. Je to ale nebezpečné, musíme dávat pozor, abychom se sami vážně neporanili. Problémové chování má vliv na ošetřující personál. Ten může na klienta s problémovým chováním nahlížet jinak než na ostatní klienty. (Emerson, 2008)

## **5.1 Možné příčiny problémového chování**

Příčin problémového chování je mnoho. Mezi vnitřní příčiny zařazujeme duševní zdraví, epilepsie, potíže se sluchem či zrakem, bolest, vedlejší účinky léků, dietu, tělesné postižení, zneužívání návykových látek. Mezi vnější příčiny řadíme hluk, teplotu, nerespektování soukromí, narušený osobní prostor, nepředvídatelné zvuky. Do mezilidských můžeme zařadit naučené chování, strach, zklamání, postoje a očekávání, kulturu a víru, nedostatečné oceňování. (MPSV, 2007)

Agresivní chování u osob s mentálním postižením má dva spouštěcí faktory. Prvním faktorem je organické a funkční poškození mozku. Faktor spočívá v nedostatečné myšlenkové kontrole vlastních emocí. Jde o tzv. faktor vnitřní. Druhým činitelem je prostředí, ve kterém se uživatel nachází. Faktor je vnější a patří sem nepohodlnost prostředí a zmatečnost, jako jsou např. velké skupiny, příliš volného času. Dalším faktorem, který může spouštět problémové chování, jsou přísná pravidla daná zařízením. (Čadilová a kol., 2007)

## **5.2 Psychické poruchy a problémové chování**

MR je komplexní vrozenou vývojovou poruchou rozumových schopností. Riziko výskytu psychických poruch u osob s mentálním postižením je mnohem vyšší. Zároveň jsou tyto lidé vystaveni stresujícím událostem, mezi něž patří např. ztráta důležitých vazeb, nedostatek soukromí, špatné sebepojetí, negativní interakce se sociálním okolím. Psychické poruchy u těchto lidí jsou velmi těžce rozpoznatelné. Přesná diagnostika je komplikovaná. Osoby s mentálním postižením mají omezené dovednosti kognitivní, verbální a komunikační. Mají tedy problém popsat své prožívání a pocity. Neumí vyjádřit své představy, myšlenky a náladu. U osob s mentálním postižením mohou být symptomy psychických poruch vyjádřeny jinak než u ostatních lidí.



Někdy se vyskytuje chyba, že se k problematickému chování automaticky přistupuje, jako k přirozenému znaku MR. Často není provedeno detailní psychiatrické vyšetření, analýza chování a prostředí, kde dotyčný žije. Po stanovení léčebného plánu začne klient agresivně reagovat a následně se zvyšuje tlumivá medikace. Ta však potlačuje problematické projevy a začíná bludný kruh. Vždy je nutné prozkoumat, zda se za agresivním chováním neskrývají např. vedlejší účinky užívaných léků, somatické problémy, neschopnost klienta komunikovat, neuspokojené základní životní potřeby. Psychická porucha se může projevovat také autoagresivním chováním, jako je sebepoškození. Agresivním chováním můžou klienti ukončit nepříjemnou a nezvladatelnou situaci. Jako je emoční nepohoda, bolest, úzkost, strach. (Čadilová a kol., 2007)

### **5.3 Psychiatrická péče u osob s mentálním postižením**

Psychiatrická léčba zaujímá v sociálních službách co do objemu velmi významné místo. Osoby s mentálním postižením užívají velmi často psychofarmaka. Nejčastěji jsou ordinována neuroleptika s depotními preparáty, která ovlivňují pochody v myšlení a jsou účinná i v léčbě schizofrenie. Dále antiepileptika, která se užívají k symptomatice různých forem epilepsie. Anxiolytika se užívají k odstranění úzkosti a strachu. Antidepresiva se užívají k léčbě deprese, ale i u jiných psychiatrických poruch. Při jejich užívání se snižuje množství nutkavých myšlenek a rituálů. Extrémně vysokými dávkami jsou léčeni uživatelé s problémovým a to hlavně agresivním chováním.

**Organizace psychiatrické péče** – lékařská péče o osoby s mentálním postižením je organizována podle stejných pravidel jako o ostatní občany. Většinou jsou klienti pojištěni u Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP). Dále jsou klienti registrováni u svého praktického lékaře a psychiatra. Psychiatři většinou za svými klienty dojíždí, často je dostupnost ústavů komplikovaná. Klienti jsou umísťováni do zařízení, která jsou na okrajích měst nebo na venkově. S psychiatrem komunikuje spíše personál, nejčastěji vrchní sestra. Pokud klient potřebuje psychiatrickou hospitalizaci, je většinou hospitalizován ve spádových psychiatrických léčebnách. Léčbu může doporučit praktický lékař nebo psychiatr. Akutní případy jsou řešeny přes rychlou záchrannou službu. Jedná se většinou o krátkodobé hospitalizace, kdy je nastavena nová účinnější

medikace. Někdy využívá personál pobyt uživatele s problémovým chováním v psychiatrické léčebně jako odlehčovací službu. (Čadilová a kol., 2007)

## **5.4 Základní chyby v myšlení personálu**

Personál se může snadno dopustit ve smýšlení o klientech dvou základních chyb. Tou první je efekt pořadí a druhou jsou základní atribuční chyby. Personál si vytvoří chybná přesvědčení a pak se následně i ke klientům chybně chová. Toto chybné chování pak může spustit problémové chování u klienta. V praxi se to může projevit následujícím způsobem, např. při příjmu nového klienta, se personál nejdříve seznamuje s dokumentací, aniž by před tím klienta viděl. Do zpráv se však často zapisuje jen negativní chování, jako je právě agrese. Mnohdy však u tohoto popisu chybí podrobný popis a incident je tak vytržen z kontextu. Personál pak následně na to začne přisuzovat problémovému chování příčiny. To provádí především na základě předešlých zkušeností. Podceňování situačních vlivů na chování a předpoklad, že chování je vyvoláno určitou vlastností klienta je označováno jako základní atribuční chyba.

Chování je ovlivněno temperamentem, osobnostními vlastnostmi a vnějšími okolnostmi. Kombinace těchto faktorů, pak rozhoduje o výskytu problémového chování. Při volbě terapie musí personál bezpečně znát tyto faktory. Žádné lidské chování se nevyskytuje náhodně. Jen to, že je někdo mentálně postižený, ještě neznamena, že musí být agresivní. Personál má na starosti klientů více, program se tedy musí přizpůsobit na větší skupinu lidí. Z toho tedy mohou vzniknout incidenty. Klasickým příkladem, je kdy se klient ze skupiny rozhodne k jinému programu, než který je naplánovaný. Incident, není tedy spouštěn handicapem klienta, ale systémem, kterému se klient neumí přizpůsobit.

Personál by se měl tedy aktivně vzdělávat, aby uměl analyzovat chování klientů. Musí si uvědomit, že za většinu chování klient nemůže. Personálu může velmi pomoci i supervize, kde se mimo jiné naučí i sestavovat terapeutický postup na eliminaci agresivity u klientů. (Jůn, 2010)

# 6 ÚČINNÉ CESTY K ŘEŠENÍ AGRESIVNÍHO CHOVÁNÍ

## 6.1 Komunikace

Komunikační schopnosti člověka s mentálním postižením jsou závislé na stupni jeho postižení a na jeho IQ. Ještě větší význam má tzv. emoční inteligence, vyjadřovaná pomocí EQ (emočního kvocientu). Ta totiž souvisí s úrovní sociálních a vztahových dovedností člověka. Můžeme se setkat např. s jedincem se středně těžkou MR, který je schopný navázat vztahy a hovořit plynule. Někdy naopak člověk s lehkou MR není schopen navázat kontakt téměř žádný.

První a nejproblematictější zásadou partnerské komunikace s osobami s mentálním postižením je nerespektování jejich mentální úrovně. V žádném případě nemáme právo snižovat jejich důstojnost a přistupovat k nim jako k méněcenným. Projevy osob s mentálním postižením jsou spíše spontánní. Tendence manipulovat s nimi a rozhodovat za ně bývá velmi silná, především ze strany jejich rodiny. U člověka s psychiatrickou diagnózou je dobré budovat vzájemnou osobní důvěru. Rizikovým projevem např. u schizofrenie bývá chorobná izolace. Abychom mohli takovému člověku porozumět, musíme se pokusit nahlédnout do jeho vnitřního světa.

Při rozhovoru je důležitá správná volba komunikačních prostředků, to znamená používat výrazy, které dotyčný prokazatelně zná. Systémů alternativní komunikace existuje dnes již více. Neverbální prostředky, jako je mimika, gestikulace, by měly být synchronizované s obsahem sdělení. Jiné dorozumívací prostředky jsou založeny na speciálních pomůckách, jako jsou:

**Piktogramy** – jednoduché obrázky, dobře srozumitelné, lze jimi vysvětlit slova i jednoduché věty.

**Bliss** – symbolický systém tvořený piktogramy a ideogramy složenými z jednoduchých geometrických tvarů.

**Makaton** – symbolický systém, který kombinuje jednoduché grafické symboly nesoucí význam klíčových slov s jejich pohybovým vyjádřením.

**Dotykové dorozumívací systémy** – např. Lormova abeceda často preferovaná hluchoslepyi osobami. Metoda využívá domluvených dotykových bodů v dlani.

**Facilitovaná komunikace** – metoda založená na podpoře neverbálních projevů klienta při jeho vyjadřování, např. vedení jeho ruky, která ukazuje obrázky nebo symboly.

U osob s těžkou a hlubokou MR je komunikace běžnou řečí prakticky vyloučena, mezi efektivní praktiky patří metoda bazálního dialogu. Je velmi náročná na čas a vyžaduje značné zkušenosti. Využívá se při ní nonverbálních komunikačních projevů, které mají významnou sdělovací hodnotu. Signály jako je pohyb očí, frekvence a intenzita dýchání, neartikulované zvuky, mohou při správném porozumění jejich významu výrazně zvyšovat kvalitu života těchto lidí.

Častou chybou v komunikaci okolí s osobami s mentálním postižením bývá ponižující přístup, to je typický případ snižování lidské důstojnosti. Tito lidé jsou velmi snadno ovlivnitelní, na to bychom měli pamatovat. (Slowík, 2010)

## **6.2 Uklidňující vlivy při komunikaci s agresorem**

V první řadě si musíme uvědomit, že nepotřebujeme nad klientem dominovat. Pokud přijmeme tuto myšlenku, dojde k výraznému zmírnění tenze mezi námi a potenciálním agresorem. Při komunikaci zvolíme pomalejší tempo řeči, klient pak postupně přejímá naše tempo řeči a dojde k celkovému zpomalení psychomotorického tempa. Všimáme si verbálních i neverbálních projevů klienta. Podaří-li se nám agresora posadit, zklidní to celkovou situaci, za žádnou cenu ho však nenutíme. Vždy si udržujeme bezpečnou vzdálenost a necháváme si volnou únikovou cestu. I člověk, který se chová násilnicky, má své potřeby. V akutní situaci se snažme tyto potřeby identifikovat, a pokud je to možné, tak je i naplnit. Uklidnění pomůže např. zatelefonování blízké osobě, zakouření. Někdy je lepší nemyslet si, že vše zvládneme sami, nebojme se tedy požádat svého kolegu o pomoc.

Chyby v přístupu jsou např., hovoříme-li pouze s doprovodem, klientovi tak dáváme najevo jeho bezvýznamnost, používání zdobnělin, jakoby dětská řeč, posměch, pohrdání. (Venglářová a kol., 2006)

### 6.3 Aktivní naslouchání

Při aktivním naslouchání se snažíme porozumět tomu, kdo se nám svěřuje se svými problémy. Je to nejlepší způsob, jak porozumět druhému člověku. Musíme odložit vlastní pocity a vcítit se do pocitů druhého. Aktivně naslouchající je ten, který také reaguje a dává zpětnou vazbu. Tento způsob naslouchání můžeme nazvat jako empatické naslouchání. Při naslouchání sdílíme pocity druhého člověka, a to mu pomáhá situaci zvládat. Když mluvíme o svých pocitech s jinými lidmi, získáváme tím nad svými pocity kontrolu. Při naslouchání si musíme uvědomit, že můžeme svůj postoj změnit a tím i zlepšit. Musíme si říci a hlavně si uvědomit, proč některým lidem neradi nasloucháme. V jakém prostředí se nám poslouchá druhé lidi dobře, a v jakém naopak špatně. Nasloucháme pouze myšlenkám, nebo dovedeme naslouchat i pocitům.

Umět naslouchat druhým je velmi obtížné. Můžeme se při tom dopustit celé řady chyb. Způsoby reagování, které nepomohou člověku, který potřebuje pomoc, jsou např., popírání pocitů, hodnotící reagování, zobecňující reagování, kladení otázek, vyjádření soucitu, předsudky a odhadování, různé rady, neverbální projevy. Skutečné naslouchání vyžaduje ze strany naslouchajícího značné úsilí. K naslouchání musíme přistupovat nezaújatě. Dobrý posluchač si pamatuje více, než slyší. Důležitý je kontakt očima, vnímání neverbálních signálů. Všimáme si obličejů, nevyhýbáme se pohledům. (Mikuláščík, 2003)

Při aktivním naslouchání dáváme klientovi najevo, že nás zajímá, co nám říká, že mu nasloucháme. Můžeme pak pracovat s tím, jak chceme dál rozhovor vyvíjet. K tomu nám slouží techniky aktivního naslouchání:

**Povzbuzování** – Při komunikaci klienta povzbuzujeme co nejvíce a co nejčastěji, vyjadřujeme tím i respekt, dáváme najevo, že vše má klient ve svých rukách. Chceme-li klienta povzbudit k dalšímu rozhovoru, např. řekneme, aby mluvil dále o tom, z čeho má strach, nebo vyprávěl ještě o svých dětech, že nás to moc zajímá.

**Objasňování** – Klademe otázky tak, abychom získali více informací. Chceme, aby nám to klient vysvětlil. Např. řekneme: „Jestli tomu dobře rozumím, tak si myslíte, že se to stalo asi takhle.“ nebo „Chápu, že jste moc smutný z toho, že nemáte přátele.“

**Rezonance** – Dáme najevo porozumění a máme možnost ověřit si, zda mluvíme oba o stejné věci. Problém trochu jinými slovy zopakujeme a tak si vlastně ověříme, že rozumíme tomu, co nám klient řekl.

**Soucítění** – Chceme projevit, že klientovi rozumíme, že vnímáme jeho pocity a emoce.

**Shrnutí** – Jde o poskytnutí celkového přehledu o sdělení. Nevyjádříme se jen o jedné věci, kterou nám právě klient řekl, ale shrneme dohromady celé sdělení. Např. klient dokola vypráví o vyšetření, které ho čeká. My reagujeme slovy, jako: „Právě jste mi pověděl, že máte obavy a strach z vyšetření. Přemýšlím, jestli jste rozuměl všemu, co vám lékař při rozhovoru říkal.“ Můžeme přijít na to, že se klient styděl zeptat se lékaře na podstatné věci. Máme tedy možnost dále v rozhovoru pokračovat. (Venglářová, 2006)

## **6.4 Snoezelen jako prostředek uvolnění**

Snoezelen je metoda, která vznikla při práci s osobami s mentálním postižením. Je tedy zvláštní nabídkou k využití volného času. Vytváříme takové podmínky, které pomáhají klientovi v jeho vývoji k dosažení samostatnosti. Jde o aktivity běžného života, jako je orientace, zpěv a hudba, uvolnění, pohyblivost, procvičování jemné motoriky. Proniknout do způsobu vnímání a prožívání u osob s nejtěžším postižením je těžké. Na základě zkušeností ze styku s nimi jsme však schopni některé znaky rozpoznat. Osoby s mentálním postižením prožívají určité smyslové podněty jinak.

Cílem snoezelenu je celkové uvolnění těchto osob. Postižení jsou často vystaveni napětí a stresu, např. z přítomnosti dalších klientů. Sami se neumí odreagovat, najít si nějakou aktivitu, která by jim pomohla se uvolnit. Pak jsou podráždění a vznikají konflikty a agresivní chování. Jednou ze zásad je, že nic se nemusí, a přitom je vše dovoleno. Personál, který klienta působí, nesmí vnučovat své představy. Klient má naprostou volnost. V některých místech je možné nabízet zvuky, postižení je slyší z reproduktorů nebo sluchátek. K čichovému vnímání slouží výběr z mnoha voňavých předmětů. Jako objekty k hmatání se používají plyšová zvířátka nebo např. vlněné koberečky. Může tam být také stůl s nádobami s vodou, pískem nebo umyvadlo s pěnou. Klienti se také mohou procházet ve speciálně upravených žlábcích s pískem různé zrnitosti nebo jemným štěrkem. Jsou zde i hudební nástroje, jako jsou bubínky, flétny, činely. Podmínkou je však dobrovolnost ve výběru. Klient si sám určí, co chce dělat. Může se aktivně zapojit, nebo jen ležet na koberci a odpočívat při relaxační

hudbě. Někdy chce být klient v místnosti sám, jindy zase naopak vyžaduje přítomnost ostatních.

Další variantou jsou speciálně upravené psychorelaxační místnosti. Někdy se označují jako bílý pokoj. V místnosti se po zatemnění oken mohou klienti přenést do světa zvuků, barev, světla a fantazie. (Švarcová, 2006)

## 6.5 Zavádění standardů kvality sociálních služeb do zařízení

Standardy kvality sociálních služeb jsou souborem měřitelných kritérií, která definují úroveň kvality poskytování sociálních služeb. Jsou tedy považovány za mapu či písemného průvodce. Standardy jsou rozděleny do tří základních skupin, a to na procedurální standardy, personální standardy a provozní standardy. Ze standardů kvality sociálních služeb vychází vnitřní pravidla. Pravidla popisují průběh poskytování služeb, definují jednotlivé úkony, ale i práva a povinnosti jak zaměstnanců, tak i klientů. Důležité je, aby byl vytvořen krizový plán a protokol sexuality. (Bicková a kol., 2011)

**Krizový plán** – by měl být vytvořen pro klienta s rizikem v chování. Metodické vedení MPSV (Ministerstvo práce a sociálních věcí) doporučuje, aby na vytvoření plánu spolupracoval víceoborový tým, který analyzuje a navrhuje řešení pro snížení nebo úplné odstranění rizikového chování. Vytvoření takového plánu není jednoduché. Obsahem plánu je: definování možné příčiny, která spouští toto chování, varovné signály předcházející agresivitě, stručný a konkrétní popis agresivního jednání. Tým pak vypracuje určité strategie, které slouží ke zklidnění klienta, aniž by bylo třeba ho omezit v pohybu. Dále se určí restriktivní opatření. Krizový plán je přístupný všem, kteří s klientem pracují. Je velmi důležité, aby všichni postupovali podle tohoto plánu. Jednotný přístup všech zaměstnanců je nutný pro jeho efektivitu. Po určité době se plán vyhodnocuje. Pokud nedošlo ke zmírnění projevů agresivity u klienta, tak se plán přepracovává.

Součástí týmu v rámci zařízení je většinou speciální pedagog, klíčový pracovník, vrchní nebo staniční sestra, sociální pracovník, intervizor, který vede konzultaci celého týmu. Dále je přítomen důvěrník a kdokoli další. Součástí týmu mimo zařízení je většinou psychiatr, nebo sexuolog, dále supervizit, který má nadhled a je nezávislý. (Vnitřní předpis č. 2/7 – Pravidla pro použití zklidňujících prostředků v Domově „Bez zámků“ Tuchořice, 2012)

**Protokol sexuality** – V tomto protokolu jsou zaznamenány postoje, hodnoty a normy k sexualitě lidí s mentálním postižením. Protokol je závazný pro všechny pracovníky. Jsou zde popsány např. projevy tělesných prožitků, antikoncepce a možné důsledky sexuality, osvěta a prevence, zodpovědnost pracovníků a odborníků ohledně sexuality. Snahou je pomoci klientům prožít jejich sexualitu způsobem, který si zvolí a který jim vyhovuje v souladu s platnými normami. Klienti se můžou se vším, co je zajímá, obrátit na sexuálního důvěrníka, který je k tomuto účelu vyškolený. (Vnitřní předpis č. 2/3 – Protokol sexuality, 2012)



## 7 ZPŮSOBY A MOŽNOSTI ŘEŠENÍ FYZICKÉ AGRESE

Při výskytu fyzické agrese klienta vypadají naše vyhlídky často beznadějně, ale nabízejí se nám určité postupy. Měli bychom znát určité strategie, ale hlavně vědět, kdy jakou použít. To je ovšem velmi náročné pro personál.

Emoční prožívání klienta si můžeme představit jako kolo s kyvadlem, které můžeme rozdělit do tří částí. Na fázi rozčilující, agresivní a zklidňující. Když je klient neutrálně naladěný, kyvadlo visí volně dolů a nehýbe se. Klient se tedy nerozčiluje a je zřejmě spokojený. Pokud klienta něco rozčílí a dostává se do nepohody, kyvadlo je ve fázi rozčilující. Klient v této chvíli zrychleně dýchá, je opocení, nadává, plive kolem sebe, nadměrně gestikuluje. V této fázi však není fyzicky agresivní. V prostřední fázi klient začíná fyzicky ohrožovat sebe nebo své okolí. Může tedy kopat kolem sebe, kousat, škrábat se. Ve zklidňující fázi pak klient přestává být agresivní, dochází k ústupu negativních emocí a klient se postupně uklidňuje. Pokud dojde k agresivnímu chování, pak je naším cílem, aby klient nezranil sebe nebo někoho z okolí. Ve zklidňující fázi se snažíme, aby se kyvadlo nedostalo znovu do agresivní fáze.

Při práci s klientem používáme určité strategie. Musíme však postupovat s rozmyslem a musíme mít na ně dostatek času. Ten však často nemáme, protože klient začne agresivně reagovat okamžitě. První strategií je **ignorace**. Ignorovat chování klienta lze, pokud má klient pouze nízkou intenzitu negativních emocí. Např. při sprostých nadávkách personálu, pokud si toho nebudeme všimnout, a budeme na klienta mluvit klidným hlasem, pak se s největší pravděpodobností klient uklidní. Později, když je pak klient v naprosté pohodě, se můžeme k incidentu vrátit a v klidu si o něm s klientem pohovořit. Nesmíme to však udělat ve fázi rozčilující. V této chvíli by nás klient s určitostí verbálně a možná i fyzicky napadl. Druhou strategií je **vyřešení problému**. Pokud problém známe a dá se vyřešit, je to pro klienta nejlepší. Často problém neznáme, nebo prostě vyřešit nejde. Další strategií je **převedení klientovy pozornosti** na něco jiného. To však lze jen ve fázi rozčilující. Pokud má klient těžší stupeň mentálního postižení, odvedeme pozornost dodáním jiného stimulu. Např. jdeme klienta vykoupat, dáme mu jídlo, které má rád. Strategií, která se využívá pro vyšší intenzitu negativních emocí, je **verbální zklidňování**. Nehledáme řešení problému ani se nesnažíme převést jeho pozornost. Pouze se snažíme o sounáležitost v jeho těžké situaci. Dáme klientovi za pravdu a to ho většinou uklidní. Další strategií pro vyšší

intenzitu negativních emocí je **neverbální zklidňování**. V praxi se často rozhodujeme, zda klienta v této chvíli raději pohladit nebo se od něho vzdálit. U klienta můžeme být, pokud jsme si jisti, že nejsme zdrojem jeho vzteku, nebo pokud víme, že klient má rád doteky ve chvílích nepohody. Pokud ze zkušeností víme, že klient v této chvíli nechce být sám. (Jún, 2010)

## 7.1 Restriktivní opatření

Z iniciativy MPSV bylo v ČR přistoupeno k nastavení limitů omezování pohybu uživatelů sociálních služeb. Vychází se jak ze snahy ochránit klienty před zneužíváním prostředků, tak ze snahy ochránit pracovníky zařízení před nemožností kompetentně zasáhnout při zvýšené agresivitě klientů.

Doporučený postup upravuje problematiku užití opatření omezující pohyb osob vycházející z § 89 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, tento zákon nabyl účinnosti 1. ledna 2007.

Restriktci lze tedy rozdělit na fyzickou, do této kategorie patří fyzické úchopy. Do mechanické restriktce řadíme místnost zřízenou k bezpečnému pohybu. Užití léků řadíme do restriktce chemické.

K omezení klientů se může přistoupit pouze tehdy, když byly neúspěšně vyzkoušeny všechny strategie omezující rizikové chování. Klient tedy ohrožuje zdraví nebo život svůj nebo jiné osoby. Rizika vyplývající z neomezení pohybu klienta jsou větší, než rizika vyplývající z jeho omezení. O celé záležitosti musí být do zákonem stanovené doby informován zákonný zástupce klienta. Za velký pokrok kupředu v oblasti ochrany práv klientů je vedení záznamu o celé události (viz příloha č.3). Je v něm zaznamenáno, kdo opatření proti klientovi použil, kdy se tak stalo, důvod, který vedl k opatření. Dále se přesně popisuje situace a svědkové incidentu. Součástí je i záznam o délce trvání a ukončení opatření. Do jisté míry zabraňuje vedení záznamu možnému zneužívání omezujících prostředků. Poskytovatel sociálních služeb musí v průběhu kalendářního pololetí písemně sdělit zřizovateli, zda byla použita tato opatření.

### **7.1.1 Fyzická restrikce**

Fyzické úchopy vycházejí z metodiky pravidel šetrné sebeobrany podle MPSV. Souhlas s použitím fyzických zásahů může dát sám klient, pokud je toho schopen. Zda může dát klient informovaný souhlas či nikoli, posuzuje tým. Složení týmu definuje poskytovatel služeb ve vnitřních pravidlech. Klient je vždy informován, že bude proti němu použit zásah za účelem omezení pohybu.

Klientovi, u kterého byla použita opatření omezující pohyb, je nutné poskytnout odbornou péči, revidovat způsob poskytované péče a hledat možnosti a způsoby zkvalitnění péče v souladu s jeho potřebami. Fyzické úchopy jsou především vymyšleny tak, aby při jejich použití byly v bezpečí obě strany - jak zasahující, tak klient. Především jsou bezbolestné, dále pak kladou důraz na to, aby klient nebyl pokud možno zcela znehybněn, ale v mezích situace se mohl pohybovat a o svých pohybech rozhodovat. Zařízení musí mít písemně zpracována pravidla používání fyzických zásahů. Klient je s pravidly seznámen při nástupu do zařízení a měl by je chápat a souhlasit s nimi.

### **7.1.2 Mechanická restrikce**

Důvodem k umístění klienta do místnosti zřízené k bezpečnému pobytu je zvládnutí jeho chování, které ohrožuje jeho zdraví a život nebo zdraví a život jiných osob. Toto opatření můžeme použít tehdy, pokud byla neúspěšně použita jiná opatření. Pro toto opatření jsou písemně zpracována jasná pravidla, podle kterých se musí postupovat. Klient je umístěn do místnosti jen po dobu nezbytně nutnou. Klient musí mít vždy možnost si přivolat pomoc. Klient je v místnosti kontrolován a vše je v pravidelných intervalech zaznamenáváno do dokumentace. Místnost zřízená k bezpečnému pobytu musí svým vybavením odpovídat cílové skupině uživatelů. Musí poskytovat tepelný a světelný komfort. Pobyt v místnosti je ukončen, pokud nehrozí ohrožení zdraví klienta nebo jiné osoby, ukazatelem je verbální a neverbální zklidnění. Místnost by neměla být uzamčena v době, kdy není využívána, aby ji mohli klienti sami využít, postup slouží i jako preventivní opatření.

### 7.1.3 Chemická restrikce

K užití léků lze přistoupit, pokud byla neúspěšně použita preventivní opatření a ke zklidnění nedošlo ani po užití fyzických úchopů. Jediným důvodem je rychlé zklidnění klienta, který ohrožuje zdraví a život svůj, nebo jiných osob. O ordinaci a aplikaci léků rozhoduje přivolaný lékař, který je přítomný, až do celkového zklidnění klienta. (MPSV, 2008)

## 7.2 Způsobilost k právním úkonům

**Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník.** Způsobilost k právním úkonům, znamená podle občanského zákoníku způsobilost nabývat práv a brát na sebe povinnosti. Právní úkon je projev vůle, který směřuje ke vzniku, zániku nebo změně práv a povinností, které právní předpisy s takovým úkonem spojují. Této způsobilosti nabývá fyzická osoba dosažením zletilosti, tj. dosažením 18. roku věku, či uzavření manželství před dosažením zletilosti.

Způsobilost k právním úkonům lze zcela zbavit či ji omezit. Rozdíl mezi zbavením a omezením je jednoznačný, zbavení má za následek úplný zánik způsobilosti k právním úkonům. Omezení se vztahuje pouze k těm úkonům, které jsou uvedeny v rozhodnutí. Omezením může být např. to, že osoba nesmí disponovat s určitým peněžním obnosem.

Návrh na zahájení řízení o způsobilosti k právním úkonům může dát fyzická osoba, zdravotnické zařízení či státní orgán. Řízení o způsobilosti probíhá podle občanského soudního řádu. Soud přibere soudního znalce k vypracování znaleckého posudku. Soud pak ustanoví k ochraně práv dotyčné osobě opatrovníka. (Čadilová a kol., 2007)

## **8 VZDĚLÁVACÍ PROGRAMY**

Na základě zákona 108/2006 Sb., §116, je zaměstnavatel povinen zabezpečit pracovníkům další vzdělávání, kterým si obnovují, upevňují a doplňují kvalifikaci. Individuální vzdělávací plány vychází především z kritérií hodnocení každého zaměstnance. Dále pak z vlastních vzdělávacích potřeb jednotlivých pracovníků. Podle rozpisu je pak zajišťováno průběžné školení zaměstnanců v souvislosti se zaváděním nových legislativních a odborných postupů a potřeb pro práci s cílovou skupinou. (Vnitřní předpis č. 10/2 – Pravidla pro profesní rozvoj zaměstnanců, 2012)

### **8.1 Supervize v pomáhajících profesích**

Supervize je mezilidskou interakcí, jejímž cílem je podpora pracovníka nebo celého pracovního týmu. Není určena jen pro supervidovaného, ale je také k užítku klientovi. Smyslem supervize je ochrana nejlepších zájmů klienta. Popisují se tři hlavní funkce supervize a to je vzdělávací, podpůrná a řídicí. Nejvíce zdůrazňována je funkce vzdělávací, která se týká rozvoje dovedností, porozumění. To se děje hlavně prostřednictvím reflektování a rozebírání práce. Při rozebírání jim supervizit může pomáhat: lépe klientovi porozumět, více si uvědomovat své reakce, hledat další možnosti a způsoby práce s klienty.

Z hlediska časového můžeme supervizi rozdělit na krátkodobou, střednědobou a dlouhodobou. Z hlediska zaměření na cílovou skupinu na individuální, kdy se pracuje jen s jedním pracovníkem. Dále na skupinovou supervizi, kdy se pracuje s celým týmem pracovníků. Supervize se věnuje i managementu, jedná se tedy o supervizi manažerskou. Z hlediska tématu je velmi důležitá případová supervize, kdy se projednává konkrétní případ klienta. (Hawkins a kol., 2004)

## 8.2 Školení personálu v technikách preventivních a restriktivních

Asociace průvodců v problematice rizikového chování (APPRCH) je nezávislé sdružení fyzických osob, jejímž základním cílem je prosazování dodržování lidských práv v oblasti sociálních služeb. Posláním sdružení je podporovat rozvoj profesních kvalit průvodců, šířit vzdělávání v oblasti lidských práv, podporovat komunikaci a spolupráci asociace s veřejností.

Nabídka akreditovaných kurzů nabízí např.:

**Úvod do komunikace s klientem s rizikem v chování** – Seznamuje účastníku kurzu a učí je rozpoznávat spouštěče problémového chování. Seznamuje je s metodami práce s klientem s rizikem v chování a s příslušnou legislativou. Účastníkům kurzu umožňuje vyzkoušet si některé šetrné úchopy a držení, které se používají u klienta s agresí.

**Rozpoznávání potřeb u nekomunikujících klientů a nácvik intuitivních technik**, cílem je nejen vytvořit hypotézu potřeb, ale také ji prodiskutovat v pracovním týmu a shodnout se na plánu podpory pro určitého klienta.

**Komunikace s problémovým klientem** – Účastníci kurzu se seznamují s právním užitím restriktivních postupů v sociálních službách. Dále se učí tvořit krizové plány na agresivního klienta.

**Základní zásady komunikace** – Absolventi kurzu se seznamují se základy verbální a neverbální komunikace. Osvojí si pravidla aktivního naslouchání.

**Pravidla šetrné sebeobrany** – Jedná se o ucelený vzdělávací akreditovaný 56 hodinový program. Základní podstatou výcviku je prevence eskalace napětí. Dále pak analýza možných zdrojů napětí, analýza potřeb klienta, změna prostředí a jiné spouštěče problémového chování. Kurz se opírá o zákon o sociálních službách. Kurz je ukončen závěrečným vědomostním písemným testem. Dále je účastník přezkoušen z ovládnutí jednotlivých úchopů. Absolvent získá akreditované osvědčení. (APPRCH, 2012)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 9 FORMULACE PROBLÉMU

Práce nelékařského zdravotnického personálu v přímé péči o osoby s mentálním postižením, u kterých se často vyskytuje agresivní chování, je velmi náročná. Na personál jsou kladeny vysoké nároky, a tudíž dochází nejen k fyzické, ale hlavně psychické zátěži. Personál musí znát potřeby u osob s mentálním postižením, ale hlavně by měl být schopen alespoň z části tyto potřeby uspokojit. Chování klientů s mentálním postižením je nevyzpytatelné, při kontaktu a práci s těmito lidmi musí být personál kvalifikovaný a neustále proškolený. Jako další problém vidím nejednotnost v přístupu personálu ke klientům. Za velmi důležité považuji vypracování a hlavně používání krizových plánů u agresivních klientů. Tyto plány by měly být vytvořeny v týmové spolupráci všech pracovníků, kteří se o klienta starají. Výsledkem by mělo být zamezení, nebo alespoň snížení agresivního chování klientů na únosnou míru pro personál.

## 10 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU

Zjistit, zda je nelékařský zdravotnický personál připraven na jednání s agresivním klientem po absolvování školení v preventivních a restriktivních technikách.

### 10.1 Dílčí cíle

Zjistit, zda má nelékařský zdravotnický personál dostatečné znalosti v potřebách klientů, které by mohly být možným zdrojem agresivního chování.

Zjistit, zda nelékařský zdravotnický personál zná pojem krizový plán.

## 11 METODIKA PRŮZKUMU

Bylo zvoleno kvantitativní šetření formou dotazníku (viz příloha 1). Do anonymního dotazníku bylo zvoleno 17 uzavřených otázek. Dotazník obsahoval otázky k přehledu znalostí personálu ohledně zkoumání dané problematiky. Odpovědi na otázky byly zaznamenány do tabulek a grafů a na konci je každá zodpovězená otázka ještě krátce shrnuta.

## 12 HYPOTÉZY

Ve své bakalářské práci jsem si stanovila čtyři hypotézy:

**H1** – Předpokládám, že proškolený nelékařský zdravotnický personál umí lépe rozpoznávat potřeby u nekomunikujících klientů, než personál, který se tohoto školení neúčastnil.

**H2** – Předpokládám, že proškolený nelékařský zdravotnický personál zná lépe restriktivní techniky, ke zklidnění agresivního klienta, než personál, který se tohoto školení neúčastnil.

**H3** – Předpokládám, že většina dotazovaného nelékařského zdravotnického personálu má dostatečné znalosti o potřebách klienta s mentálním postižením, které mohou vést k agresivnímu chování.

Kritériem pro dostatečné znalosti o potřebách klienta s mentálním postižením je prokázání znalostí u dvou ze tří položených otázek. U otázky číslo 11 je kritériem z nabízených pěti možností označení tří správných a to počtem alespoň 65 odpovědí. Kritériem na otázku číslo 12 je označení pěti ze sedmi nabízených možností alespoň počtem 40 odpovědí.

**H4** – Předpokládám, že většina dotazovaného nelékařského zdravotnického personálu zná pojem krizový plán.

Kritérium k hypotéze je, že respondenti, kteří odpoví na lehčí otázku číslo 16 správně, zároveň musí znát správnou odpověď na otázku číslo 15.



## **13 VZOREK RESPONDENTŮ**

Výzkumné šetření bylo prováděno v pěti ústavech sociální péče. Bylo rozdáno celkem 120 dotazníků s návratností 84 dotazníků. Toto šetření probíhalo v prosinci 2011 a v lednu 2012. Výběr respondentů nebyl záměrný, i přesto, že bylo potřeba zmapovat proškolený i neproškolený personál. Při zpracování zjištěných údajů byl počet proškoleného a neproškoleného personálu pro potřeby výzkumného šetření dostačující.

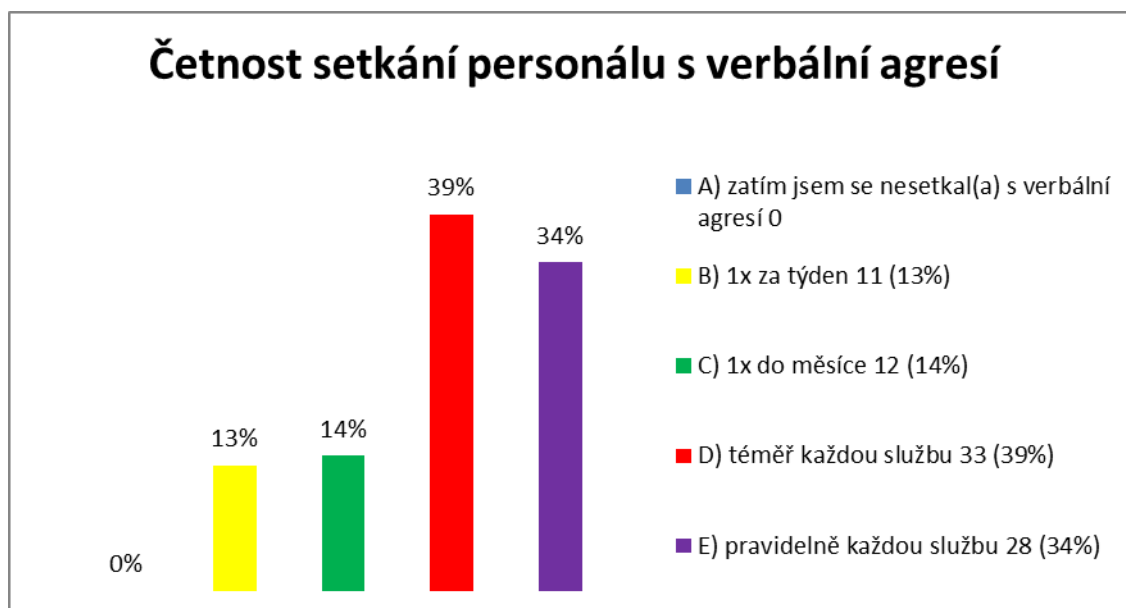
### **13.1 Pilotní studie**

Před rozdělením dotazníků byla provedena pilotní studie u šesti respondentů. Byly zjištěny nedostatky v otázkách 3, 8, 10, 11, 15 a to z důvodu špatné formulace otázek, které pak respondenti nedostatečně pochopili.

## 14 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Otázka č. 1: Jak často se setkáváte při své praxi s verbální agresí vůči personálu?

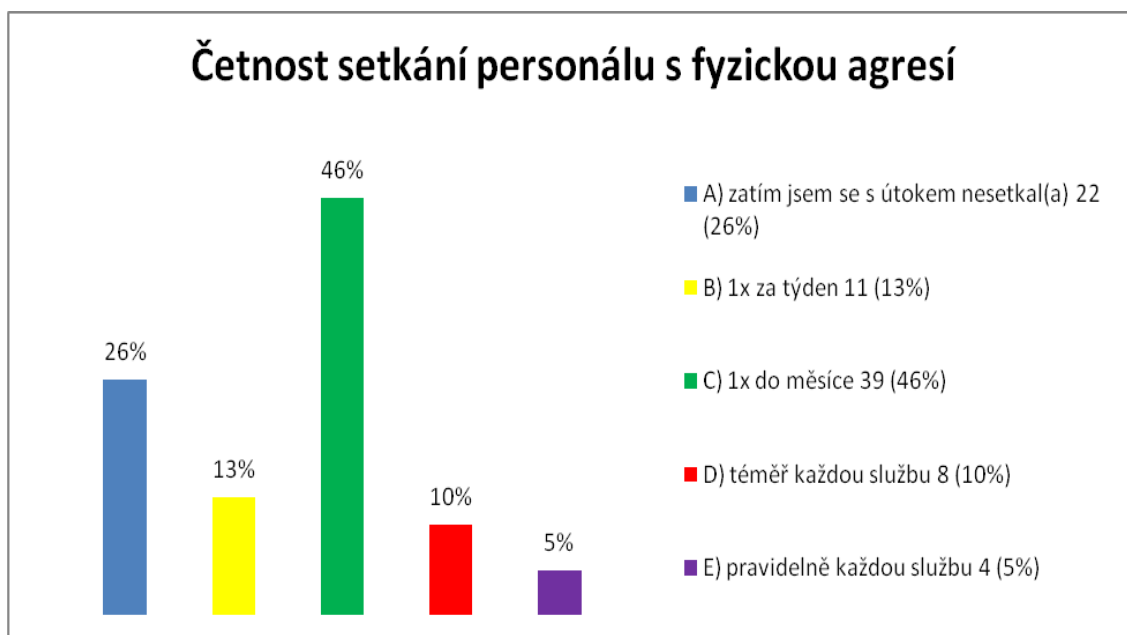
Graf 1 Četnost setkání personálu s verbální agresí



Z šetření vyplývá, že 33 respondentů, což je 39% se setkala s verbální agresí téměř každou službu. Pravidelně každou službu se setkala s verbální agresí 28 (34%) respondentů. 1x do měsíce se s verbální agresí setkala 12 (14%) respondentů. Odpověď 1x za týden uvedlo 11 (13%) respondentů. Z odpovědí dále vyplývá, že s verbální agresí se setkali všichni dotazovaní respondenti.

**Otázka č. 2: Jak často se setkáváte při své praxi s fyzickou agresí – útokem vůči personálu?**

Graf 2 Četnost setkání personálu s fyzickou agresí



Nejvíce dotazovaných, což je 39 (46%) se setkala s fyzickou agresí 1x do měsíce. S útokem – s fyzickou agresí se zatím neseťkalo 22 (26%) dotazovaných respondentů. 1x za týden se s útokem setkala 11 (13%) dotazovaných respondentů. Téměř každou službu se s útokem setkala 8 (10%) dotazovaných a pravidelně každou službu se s útokem setkala 4 (5%) dotazovaných respondentů.

**Otázka č. 3: Účastnil/a jste se školení zaměřené na rozpoznávání potřeb u nekomunikujících klientů?**

Tabulka 1 Účast respondentů na školení rozpoznávání potřeb

A) ano	45 (54%)
B) ne	39 (46%)

Školení, které bylo zaměřené na rozpoznávání potřeb u nekomunikujících klientů se zúčastnilo 45 (54%) dotazovaných respondentů. Naopak se školení nezúčastnilo 39 (46%) dotazovaných respondentů.

**Otázka č. 4: Co zařadíte mezi metodu bazálního dialogu?**

Tabulka 2 Vymezení metody bazálního dialogu

	<i>proškolený personál</i>	<i>neproškolený personál</i>
A) verbální komunikaci	17 (38%)	18 (46%)
B) signály jako je projev očí, zrychlené dýchání a neartikulované zvuky	19 (42%)	14 (36%)
C) písemný projev	9 (20%)	7 (18%)

Signály jako je pohyb očí, zrychlené dýchání a neartikulované zvuky, zařadilo mezi metodu bazálního dialogu 19 (42%) proškolených respondentů a 14 (36%) neproškolených respondentů. Verbální komunikaci uvedlo 17 (38%) proškolených respondentů a 18 (46%) neproškolených respondentů. Písemný projev uvedlo nejméně proškolených respondentů a to celkem 9 (20%). Neproškolených respondentů zvolilo tuto odpověď 7 (18%).

**Otázka č. 5: Co zařadíte mezi systémy alternativní komunikace?**

Tabulka 3 Vymezení systémů alternativní komunikace

	<i>proškolený personál</i>	<i>neproškolený personál</i>
A) piktogramy	32 (71%)	19 (49%)
B) zpěv při hudbě	8 (18%)	8 (20%)
C) verbální komunikaci	5 (11%)	12 (31%)

Z šetření vyplývá, že 32 (71%) proškolených respondentů uvedlo piktogramy mezi systémy alternativní komunikace. Z neproškoleného personálu tuto odpověď označilo 19 (49%) respondentů. Zpěv při hudbě uvedlo 8 (18%) proškolených respondentů a 8 (20%) neproškolených respondentů. Odpověď verbální komunikaci uvedlo 5 (11%) proškolených respondentů a 12 (31%) neproškolených respondentů.

### Otázka č. 6: Co je podle Vás Falcitovaná komunikace?

Tabulka 4 Názor respondentů na termín Falcitovaná komunikace

	<i>proškolený personál</i>	<i>neproškolený personál</i>
A) dvojruční abeceda	12 (27%)	13 (33%)
B) metoda na podporu neverbálních projevů při vyjadřování klienta	19 (42%)	10 (25%)
C) slovník pro slepeckou komunikaci	14 (31%)	16 (42%)

Z odpovědí vyplývá, že nejvíce, a to 19 (42%) proškolených respondentů uvedlo jako svoji odpověď, metodu na podporu neverbálních projevů při vyjadřování klienta. Z neproškoleného personálu tuto odpověď označilo 10 (25%) respondentů. Slovník pro slepeckou komunikaci uvedlo 14 (31%) proškolených respondentů a 16 (42%) neproškolených respondentů. Dvojruční abecedu uvedlo 12 (27%) proškolených respondentů a 13 (33%) neproškolených respondentů.

**Otázka č. 7: Účastnil/a jste se školení, které bylo zaměřené na restriktivní postupy u agresivních klientů?**

Tabulka 5 Účast respondentů na školení restriktivních postupů

A) ano	38 (45%)
B) ne	46 (55%)

Školení, které bylo zaměřené na restriktivní postupy, se zúčastnilo 38 (45%) respondentů. Zatímco 46 (55%) respondentů se školení nezúčastnilo.



**Otázka č. 8: Jaké jsou podle Vás formy restriktivního opatření?**

Tabulka 6 Formy restriktivního opatření

	<i>proškolený personál</i>	<i>neproškolený personál</i>
A) pravidla šetrné sebeobrany	22 (58%)	17 (37%)
B) neverbální zklidňování	3 (8%)	8 (17%)
C) verbální zklidňování	13 (34%)	21 (46%)

Z šetření vyplývá, že odpověď pravidla šetrné sebeobrany uvedlo 22 (58%) proškolených respondentů a 17 (37%) neproškolených respondentů. Verbální zklidnění jako svoji odpověď uvedlo 13 (34%) proškolených respondentů a 21 (46%) respondentů neproškolených. Nejméně proškolených respondentů a to 3 (8%), uvedlo jako svoji odpověď neverbální zklidňování. Z neproškolených respondentů takto odpovědělo 8 (17%) respondentů.

**Otázka č. 9: Co si představujete pod pojmem fyzické úchopy?**

Tabulka 7 Představa dotazovaných na pojem fyzické úchopy

	<i>proškolený personál</i>	<i>neproškolený personál</i>
A) úchopy, které jsou při použití vždy bolestivé	6 (16%)	11 (24%)
B) úchopy, jsou první možností pomoci u agresivního klienta	14 (36%)	18 (39%)
C) úchopy, které vycházejí z metodiky pravidel šetrné sebeobrany	18 (48%)	17 (37%)

Nejvíce proškolených respondentů, a to celkem 18 (48%) uvedlo jako svoji odpověď úchopy, které vycházejí z metodiky pravidel šetrné sebeobrany. Z neproškoleného personálu takto odpovědělo 17 (37%) respondentů. Úchopy, které jsou první možností pomoci u agresivního klienta, uvedlo jako svoji odpověď 14 (36%) proškolených respondentů a 18 (39%) neproškolených respondentů. Úchopy, které jsou při použití vždy bolestivé, uvedlo jako svoji odpověď 6 (16%) proškolených respondentů a 11 (24%) respondentů neproškolených.

**Otázka č. 10: Kdo podle Vás rozhoduje o podání léků ke zklidnění agresivního klienta?**

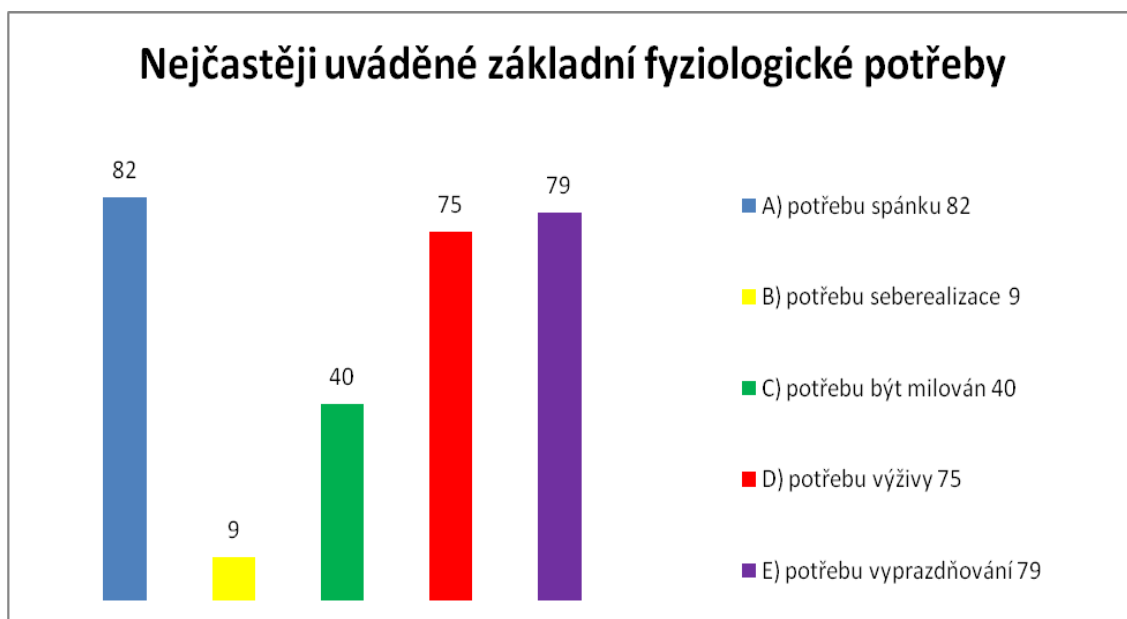
Tabulka 8 Názor respondentů na rozhodnutí o podání léků klientovi

	<i>proškolený personál</i>	<i>neproškolený personál</i>
A) všeobecná sestra může podat zklidňující léky vždy, když je klient agresivní	5 (13%)	8 (17%)
B) o podání léků ke zklidnění rozhoduje přivolaný lékař	24 (62%)	22 (48%)
C) zklidňující léky se aplikují vždy před použitím fyzických úchopů	9 (25%)	16 (35%)

Z výsledků šetření vyplývá, že nejvíce, a to 24 (62%) proškolených respondentů uvedlo, že o podání léků ke zklidnění rozhoduje přivolaný lékař. Z neproškoleného personálu tuto odpověď zvolilo 22 (48%) respondentů. Zklidňující léky se aplikují vždy před použitím fyzických úchopů, uvedlo 9 (25%) proškolených respondentů a 16 (35%) neproškolených respondentů. Všeobecná sestra může podat zklidňující léky vždy, když je klient agresivní, jako svoji odpověď uvedlo 5 (13%) proškolených respondentů a 8 (17%) neproškolených respondentů.

**Otázka č. 11: Jaké potřeby zařadíte mezi základní potřeby fyziologické? Můžete označit i více odpovědí.**

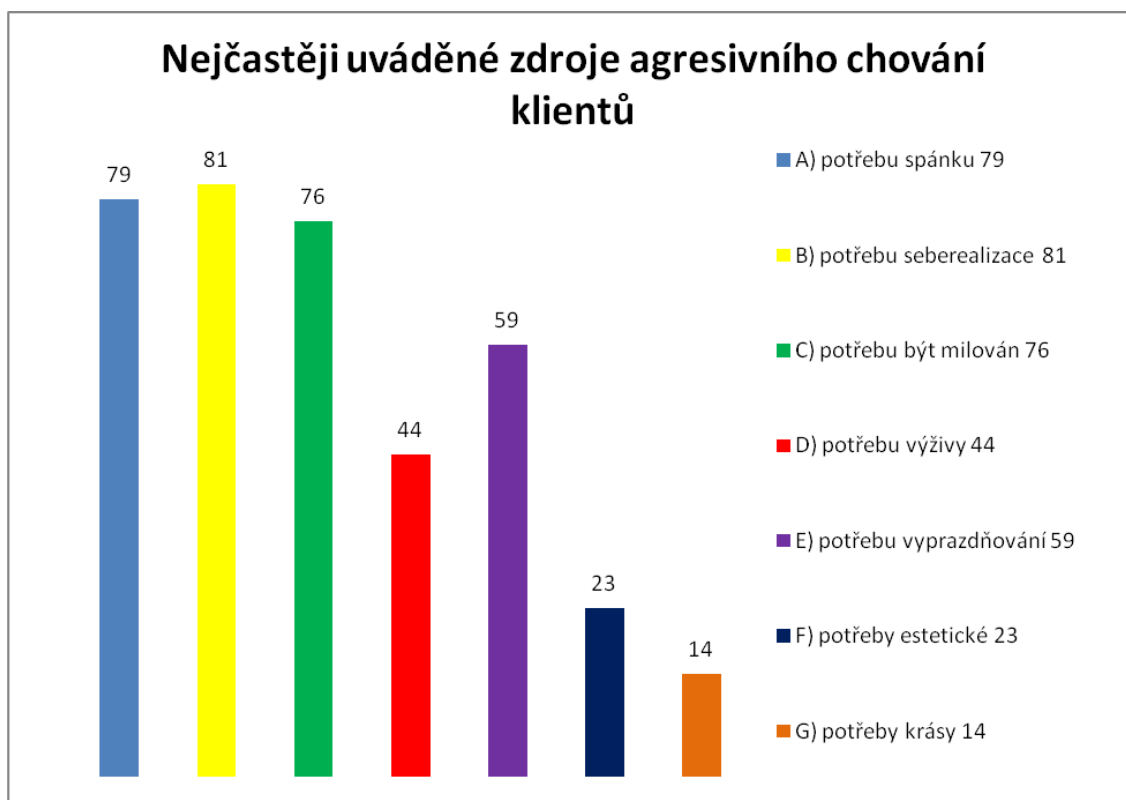
Graf 3 Nejčastěji uváděné základní fyziologické potřeby



Jak vyplývá z grafu, respondenti nejčastěji uváděli mezi základní fyziologické potřeby potřebu spánku a to celkem 82 respondentů. Potřebu vyprazdňování uvedlo 79 respondentů. Potřebu výživy 75 respondentů. Potřebu být milován uvedlo 40 respondentů. Potřebu seberealizace uvedlo 9 respondentů.

**Otázka č. 12: Co by podle Vás mohlo být možným zdrojem agresivního chování u osob s mentálním postižením? Můžete označit i více odpovědí.**

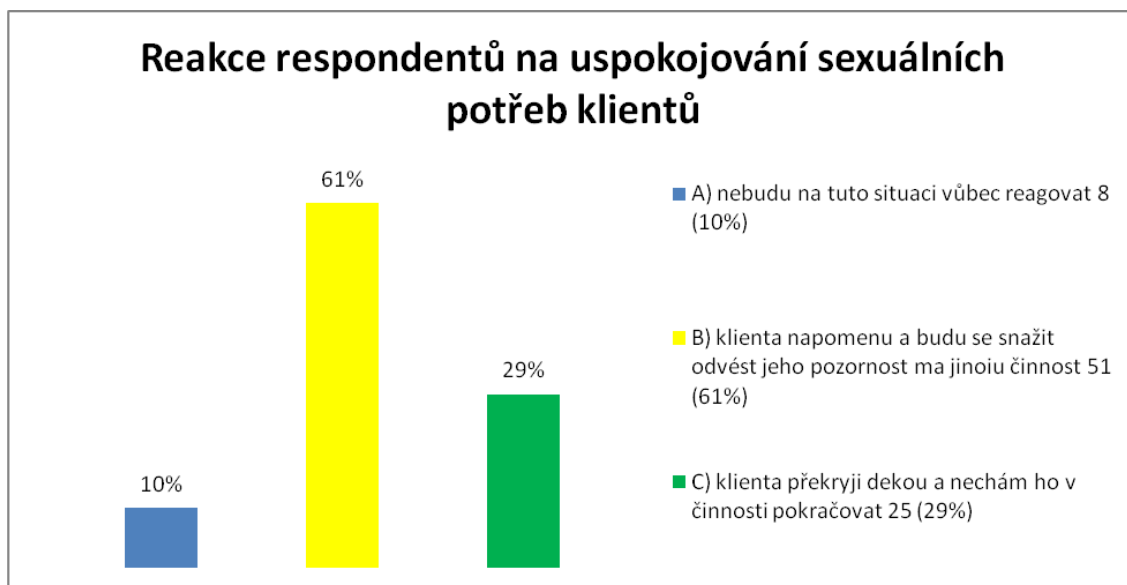
Graf 4 Nejčastěji uváděné zdroje agresivního chování klientů



Respondenti nejvíce uváděli jako možný zdroj agresivity bolest, to uvedlo celkem 81 respondentů. Nedostatek spánku uvedlo 79 respondentů. Neuspokojené sexuální potřeby uvedlo 76 respondentů. Potřebu bezpečí uvedlo 59 respondentů. Potřebu seberealizace uvedlo celkem 44 respondentů. Potřeby estetické uvedlo celkem 23 respondentů. Nejméně a to 14 respondentů uvedlo potřebu krásy.

**Otázka č. 13: Jak se zachováte v situaci, kdy klient začne uspokojovat své sexuální potřeby za přítomnosti ostatních klientů?**

Graf 5 Reakce respondentů na uspokojování sexuálních potřeb klientů



Z výsledků vyplývá, že nejvíce respondentů a to celkem 51 (61%) uvedlo, že klienta napomenou a budou se snažit odvést jeho pozornost na jinou činnost. Klienta překryjí dekou a nechám ho v činnosti pokračovat, uvedlo celkem 25 (29%) respondentů. Nejméně a to 8 (10%) respondentů, by na tuto situaci vůbec nereagovalo.

**Otázka č. 14: Znáte pojem krizový plán?**

Tabulka 9 Znalost pojmu krizový plán

A) ano	63 (75%)
B) ne	21 (25%)

Většina a to 63 (75%) respondentů zná pojem krizový plán. 21 (25%) respondentů nezná pojem krizový plán.

### Otázka č. 15: Co je podle Vás krizový plán?

Tabulka 10 Vymezení pojmu krizový plán

A) plán, který je vytvořen na klienta s rizikem v chování	26 (31%)
B) plán, který je vytvořen na každého klienta	46 (55%)
C) plán, který obsahuje potřeby, které musíme u klienta uspokojovat	12 (14%)

Nejvíce respondentů uvedlo jako svoji odpověď plán, který je vytvořen na každého klienta a to celkem 46 (55%) respondentů. Plán, který je vytvořen na klienta s rizikem v chování uvedlo jako svoji odpověď 26 (31%) respondentů. Nejméně respondentů, a to 12 (14%) si myslí, že je to plán, který obsahuje potřeby, které musíme u klienta uspokojovat.

### Otázka č. 16: Co obsahuje mimo jiné krizový plán?

Tabulka 11 Obsah krizového plánu

A) faktory, které mohou spouštět problémové chování, tedy i agresi	56 (67%)
B) všechny léky, které klient může užívat	26 (31%)
C) každodenní nákupy s klientem	2 (2%)

Z výsledků vyplývá, že 56 (67%) respondentů si myslí, že krizový plán obsahuje faktory, které mohou spouštět problémové chování, tedy i agresi. Všechny léky, které klient může užívat, udalo jako svoji odpověď 26 (31%) respondentů. Každodenní nákupy s klientem označili 2 (2%) respondenti.

**Otázka č. 17: Jak vnímáte krizový plán?**

Tabulka 12 Vnímání krizového plánu z pohledu respondentů

A) jako další administrativní úkon	37 (44%)
B) jako velký přínos při své každodenní práci	18 (21%)
C) jako jasně daná pravidla k ochraně zaměstnanců i klientů	29 (35%)

Krizový plán vnímá jako další administrativní úkon 37 (44%) respondentů. 29 (35%) respondentů vnímá krizový plán jako jasně daná pravidla k ochraně zaměstnanců i klientů. Nejméně respondentů vnímá krizový plán jako velký přínos při své každodenní práci, a to celkem 18 (21%) respondentů.



## 15 DISKUZE

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda je nelékařský zdravotnický personál připraven na jednání s agresivním klientem po absolvování školení v preventivních a restriktivních technikách. Dalším cílem bylo zjistit, zda má nelékařský zdravotnický personál dostatečné znalosti v potřebách klientů, které by mohly být možným zdrojem agresivního chování. Úkolem bylo i zjistit, zda nelékařský zdravotnický personál zná pojem krizový plán.

Z výsledků šetření vyplývá, že 39% respondentů se setkává s verbální agresí téměř každou službu a 34% respondentů pravidelně každou službu. Z odpovědí dále vyplývá, že s verbální agresí se setkali všichni dotazovaní respondenti.

Odpovědi na otázku ohledně setkávání fyzické agrese vůči personálu mě nepřekvapily. Nejvíce dotazovaného personálu, a to 46%, se setkala při své praxi s fyzickou agresí. Z odpovědí jasně vyplývá, že agresivní chování u klientů s mentálním postižením je velmi častým problémem a personál na toto chování musí být připravený. Agresivita se však nevyskytuje jen u osob s mentálním postižením, zajímalo mě, jakou zkušenost s agresivním pacientem mají sestry na lůžkovém oddělení. Dolejší (2010) se ve své bakalářské práci zaměřila na zjištění incidence výskytu agresivity v nemocnici. Z výsledků šetření vyplynulo, že 95% sester se během své praxe setkalo s agresivním pacientem. S fyzickou agresivitou se setkalo 70% sester. Z toho jasně vyplývá, že agresivně se může chovat jak člověk s mentálním postižením, tak i člověk, který mentálně postižený není.

**H - 1** Předpokládám, že proškolený nelékařský zdravotnický personál umí lépe rozpoznávat potřeby u nekomunikujících klientů, než personál, který se tohoto školení neúčastnil.

Hypotéza měla být ověřena pomocí otázek z dotazníku 3, 4, 5, 6.

Z výsledků šetření vyplývá, že 54% dotazovaných, se účastnilo školení. Naopak se školení neúčastnilo 46% dotazovaných. Téměř polovina proškolených respondentů, což je 42% zařadila správně mezi metodu bazálního dialogu signály, jako je pohyb očí, zrychlené dýchání, neartikulované zvuky. Z neproškoleného personálu tuto odpověď uvedlo 36% respondentů. Na další otázku se počet odpovědí také lišil. Proškolený personál věděl, že mezi systémy alternativní komunikace patří piktogramy. Takto

odpovědělo 71% respondentů. Z neproškoleného personálu správnou odpověď zvolilo 49% respondentů.

Na otázku co je Falcitovaná komunikace se také počet odpovědí lišil. Proškolený personál zodpověděl tuto otázku počtem 42% respondentů, neproškolený jen počtem 25% respondentů.

Shrnutím všech odpovědí lze říci, že proškolený personál má lepší vědomosti ohledně rozpoznávání potřeb u nekomunikujících klientů. Hypotéza se tedy potvrdila. Slowík (2010) uvádí ve své knize příběh klientky s mentálním postižením. Její komunikační schopnosti byly na úrovni neartikulovaných výkřiků. Pro okolí to byl nesrozumitelný způsob komunikace. Personál, který však ovládal a uměl tento způsob komunikace dekodovat, se dokázal s klientkou porozumět a tím se i snížilo agresivní chování této klientky. Myslím si tedy, že je velmi důležité, aby se personál v různých technikách komunikace neustále proškoloval.

**H – 2** Předpokládám, že proškolený nelékařský zdravotnický personál zná lépe restriktivní techniky, ke zklidnění agresivního klienta, než personál, který se tohoto školení neúčastnil.

K této hypotéze se vztahuje otázka 7, 8, 9, 10.

Školení se zúčastnilo 45% respondentů. Zatímco 55% respondentů se školení neúčastnilo. Více než polovina osloveného proškoleného personálu věděla, že mezi formy restriktivního opatření patří pravidla šetrné sebeobrany. Výsledky se ovšem lišily v porovnání s neproškoleným personálem, který uvedl, a to celkem 46% respondentů, že mezi formy restriktivního opatření patří verbální zklidňování.

Odpovědi proškoleného a neproškoleného personálu se lišily i v další otázce, kde jsem chtěla zjistit, co si personál představuje pod pojmem fyzické úchopy. Zatímco proškolený personál věděl, že jsou to úchopy, které vycházejí z metodiky pravidel šetrné sebeobrany, což uvedlo 48% respondentů. Naopak nejvíce neproškolených respondentů, a to celkem 39% uvedlo jako svoji odpověď úchopy, které jsou první možností pomoci u agresivního klienta.

Počet odpovědí na další otázku, kdo rozhoduje o podání léků ke zklidnění agresivního klienta, se také lišil. Správně odpovědělo 62% proškolených respondentů a 48% neproškolených respondentů.

Shrnutím všech odpovědí lze tedy říci, že proškolený personál zná lépe restriktivní techniky ke zklidnění agresivního klienta než personál neproškolený. Hypotéza se tedy potvrdila.

Jūn (2010) ve své knize zdůrazňuje důležitost znát a umět použít restriktivní opatření. Důležité je totiž snažit se v rámci prevence předcházet agresivnímu chování, a pokud již k němu dojde, tak se ho snažit zvládnout restriktivním způsobem. Personál by měl být pro klienta pomocníkem při prožívaném incidentu a nikoli původcem jeho incidentu. Což se může v praxi velmi snadno stát, osoby s mentálním postižením můžou nepřiměřeně zareagovat na vše, co personál udělá nebo řekne.

**H – 3** Předpokládám, že většina dotazovaného nelékařského zdravotnického personálu má dostatečné znalosti o potřebách klienta s mentálním postižením, které mohou vést k agresivnímu chování.

K této hypotéze se vztahuje otázka 11, 12, 13.

Kritériem pro dostatečné znalosti o potřebách klienta s mentálním postižením je prokázání znalostí u dvou ze tří položených otázek. U otázky číslo 11 je kritériem z nabízených pěti možností označení tří správných a to počtem alespoň 65 odpovědí. Kritériem na otázku číslo 12 je označení pěti ze sedmi nabízených možností alespoň počtem 40 odpovědí.

Správně uvedlo, a to celkem 82 respondentů, že mezi základní fyziologické potřeby patří potřeba spánku. Druhou nejčastější odpovědí byla potřeba vyprazdňování, tu uvedlo celkem 79 respondentů. Potřebu výživy označilo 75 respondentů.

Druhou otázkou, která měla potvrdit nebo vyvrátit hypotézu byla otázka na zjištění možného zdroje agresivního chování u osob s mentálním postižením. Nejvíce respondentů uvedlo jako možný zdroj agresivity bolest, nedostatek spánku, neuspokojené sexuální potřeby, potřebu bezpečí a potřebu seberealizace.

Z dalších odpovědí u otázky, jak se zachováte v situaci, kdy klient začne uspokojovat své sexuální potřeby za přítomnosti ostatních klientů, je patrné, že personál není ještě dostatečně připravený na tuto situaci. Největší počet respondentů, a to celkem 61% uvedl, že se bude snažit odvést klientovu pozornost na jinou činnost. Tato odpověď mě, ale celkem nepřekvapila, protože v praxi se to tak opravdu děje. Naopak správnou odpověď, že klienta překryji dekou a nechám ho v činnosti pokračovat, uvedlo celkem 29% respondentů.

Závěrem lze tedy říci, že většina nelékařského personálu, zná potřeby klientů s mentálním postižením. Personál si je i vědom zdrojů agresivity. Naopak si neví rady v situaci, kdy se klient sexuálně uspokojuje před ostatními. Problém neuspokojených sexuálních potřeb popisuje ve své knize i Vágnerová (2008).

Hypotéza se tedy potvrdila, nelékařský zdravotnický personál prokázal dostatečné znalosti o potřebách klienta s mentálním postižením, které mohou vést k agresivnímu chování. Zároveň by se měl personál zaměřit na hlubší získání znalostí ohledně sexuálních potřeb klientů. V současné době se tomuto tématu věnuje velká pozornost. Jako příklad bych uvedla Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu pro osoby s mentálním postižením. Na 19. celostátním kongresu této společnosti se tomuto tématu věnovala velká pozornost, hlavně z řad odborníků.

Další velmi dobrou možností jak se s tímto problémem vypořádat je, že se vybere z řad personálu tým pracovníků, který je ochotný se školit a hlavně věnovat se tomuto tématu. Je nutné, aby se neostýchal a nebál se řešit i složitější případy, je-li zapotřebí, tak vyhledat i rady odborníků. Externí, i když dobře specializovaný pracovník není na tuto pozici vhodný, je totiž potřeba, aby k němu měli klienti velkou důvěru.

**H – 4** Předpokládám, že většina dotazovaného nelékařského zdravotnického personálu zná pojem krizový plán.

Kritérium k hypotéze je, že respondenti, kteří odpoví na lehčí otázku číslo 16 správně, zároveň musí znát správnou odpověď na otázku číslo 15.

Jak vyplynulo z výsledků šetření, většina osloveného personálu uvedla, že zná pojem krizový plán. Celkem tomu bylo 75% respondentů.

V otázce číslo 15 jsem si chtěla ověřit, zda personál opravdu krizový plán zná. Nejvíce respondentů, a to 55% uvedlo, že je to plán, který je vytvořen na každého klienta. Správnou odpověď, že krizový plán je vytvořen na klienta s rizikem v chování uvedlo 31% respondentů.

Otázkou číslo 16 jsem si chtěla ověřit, zda respondenti vědí, co mimo jiné obsahuje krizový plán. 67% respondentů si myslí, že krizový plán obsahuje faktory, které mohou spouštět problémové chování, tedy i agresi.

Odpověď na otázku, jak personál vnímá krizový plán, mě překvapila. Největší počet respondentů vnímá krizový plán jako další administrativní úkon.

Na závěr lze konstatovat, že většina nelékařského zdravotnického personálu si myslí, že zná krizový plán. Zároveň si však většina personálu myslí, že je tento plán vytvořený na každého klienta, což není správně. Dokud se klient neprojeví agresivně, nemůže být plán vytvořen. Nejsou totiž do té doby známy všechny projevy a příčiny agresivního chování.

Hypotéza se nepotvrdila. Správnou odpověď na otázku číslo 15 a 16 uvedlo současně jen 26 respondentů. K variantě, že by těžší otázka číslo 15 byla zodpovězena správně a lehčí otázka číslo 16 špatně, nedošlo.

## ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se snažila přiblížit problematiku agresivního a problémového chování u osob s mentálním postižením. Cílem bylo zjistit, zda má proškolený nelékařský zdravotnický personál lepší znalosti a je tedy připravenější na jednání s agresivním klientem, než personál, který se školení nezúčastnil.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. K teoretické části bylo nutné prostudovat odbornou literaturu. Tato část je rozdělena na osm základních kapitol. Je zde popsána agresivita, její formy, příčiny vzniku a různé teorie. Druhá kapitola se věnuje mentálnímu postižení. Vysvětluje definici mentální retardace, popisuje rozdělení mentální retardace podle Mezinárodní klasifikace nemocí. Pozornost je věnována i ošetrovatelské péči o osoby s mentálním postižením, která je velmi náročná a je nutné při ní vycházet hlavně ze zkušeností. Další kapitola popisuje lidské potřeby a potřeby u osob s mentálním postižením. Podrobně je popsána i kapitola o problémovém chování. Pozornost je věnována i řešení agresivního chování. Teoretická část se věnuje i možnostem řešení fyzické agrese. Pohled je zaměřen na restriktivní opatření od fyzických úchopů, až po poslední možnost, kterou je užití léků. Poslední kapitola se věnuje vzdělávacím programům.

Praktická část se věnuje průzkumnému šetření, které se váže ke zvolenému tématu. Z formulovaného problému vyplynuly hlavní a dílčí cíle. Byly stanoveny celkem čtyři hypotézy. Úkolem bylo zjistit, zda má proškolený nelékařský zdravotnický personál lepší znalosti ohledně restriktivních postupů, než personál neproškolený. Zda umí tento personál lépe rozpoznávat potřeby u nekomunikujících osob. Dále nás zajímalo, zda má personál dostatečné znalosti o potřebách osob s mentálním postižením. Poslední hypotéza zjišťuje, zda personál zná pojem krizový plán. Je velmi důležité, aby personál krizové plány znal a uměl je pak v praxi použít. Pokud personál jednotně podle krizového plánu postupuje, pak je určitě velkým přínosem v nelehké každodenní práci o osoby s mentálním postižením.

Své průzkumné šetření jsem prováděla v pěti ústavech sociální péče. Z výsledků celého šetření vyplývá, že agresivita je velmi častým problémem u osob s mentálním postižením. Personál se poměrně často s agresivitou při své praxi setkal. Ať už šlo o agresivitu verbální, nebo fyzickou. Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že nelékařský zdravotnický personál je po absolvování školení v preventivních

a restriktivních technikách připravenější na jednání s agresivním klientem, než personál neproškolený. Proto jsou vzdělávací programy velkým přínosem pro personál, který se o handicapované osoby stará. Proškolený personál prokázal i lepší znalosti o potřebách klientů, které při neuspokojení mohou být možným zdrojem agresivního chování. Personál by se však měl zaměřit na školení zaměřené na problematiku sexuality. Jak bylo zjištěno, personál nevěděl, jak se v některých situacích zachovat.

Jak dále z dotazníkového šetření vyplynulo, většina personálu se domnívá, že zná krizové plány. Jak se ale ukázalo, tak většina personálu, se mylně domnívala, že se tento plán vytváří na každého klienta. Plán se může vytvořit, až když se klient projeví nějakou formou agresivity.

Je velmi důležité agresivitě a problémovému chování předcházet, než ho pak složitým způsobem řešit.

Nelékařskému zdravotnickému personálu bych pro praxi doporučila, aby se pravidelně proškoloval a neustále si tak prohluboval znalosti.

Pracovníkům managementu bych doporučila, aby témata k dalšímu vzdělávání navrhovali ve spolupráci se všemi zaměstnanci. Každý pracovník si je nejlépe vědom toho, v jaké oblasti je potřeba se vzdělávat.

Z výsledků šetření vyplývá, že pojem sexualita u osob s mentálním postižením, není ještě tématem běžně diskutovaným. Personál si dostatečně neuvědomuje, jak velkou roli v agresivitě může sexualita znamenat. Proto je na zaměstnavateli, aby personálu nabídl více školení s touto tematikou.

## SEZNAM ZDROJŮ

BICKOVÁ, Lucie, ČERNÁ, Iva a FROULÍKOVÁ, Kateřina, a kol. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů soc. služeb ČR, 2011. 272 s. ISBN 978-80-904668-1-4.

ČADILOVÁ, Věra, JŮN, Hynek a THOROVÁ, Kateřina, a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 248 s. ISBN 978-80-7367-319-2.

DOLEJŠÍ, Lucie. *Agresivita v ošetrovatelské praxi*. Plzeň, 2010. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Mgr. Lenka Kroupová.

EMERSON, Eric. *Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem: Popisy, postupy a doporučení jak zasáhnout*. Z ang. originálu přeložila Kašparovská Hana. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 168 s. ISBN 978-80-7367-390-1.

HAWKINS, Peter, SHOHET, Robin. *Supervize v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 208 s. ISBN 80-7178-715-9.

JŮN, Hynek. *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 144 s. ISBN 978-80-7367-590-5.

MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina a BABIAKOVÁ, Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 368 s. ISBN 80-247-0650-4.

PONĚŠICKÝ, Jan. *Agrese násilí a psychologie moci*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004. 226 s. ISBN 80-7254-593-0.



ŘÍČAN, Pavel, KREJČÍŘOVÁ, Dana, a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. 600 s. ISBN 80-247-1049-8.

SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 160 s. ISBN 978-80-7367-691-9.

ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006. 200 s. ISBN 80-7367-060-7.

ŠTĚRBOVÁ, Dana. *Sexualita osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2007. 101 s. ISBN 978-80-244-1689-2.

TRACHTOVÁ, Eva, a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

VENGLÁŘOVÁ, Martina, MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. aktual.vyd. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.

VÝROST, Jozef, SLAMĚNÍK, Ivan, a kol. *Sociální psychologie*. 2. přeprac. a rozšíř.vyd. Praha: Grada, 2008. 416 s. ISBN 978-80-247-1428-8.

APPRCH. *Nabídka akreditovaných kurzů konaných v zařízeních poskytovatelů sociálních služeb*. [online]. 2012. [cit. 15. 02. 2012]. Dostupné z: [http://www.restrikce.cz/html/edu\\_vzdelavaci.html](http://www.restrikce.cz/html/edu_vzdelavaci.html)

MPSV. *Doporučený postup Ministerstva práce asociálních věcí ČR pro používání opatření omezující pohyb osob*. [online]. 2008. Poslední změna 03. 07. 2008 [cit. 14. 02. 2012]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/5532/doporučený\\_postup.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/5532/doporučený_postup.pdf)

MPSV. *Práce s klientem s rizikem v chování* (manuál průvodce dobrou praxí).[online]. 2007. Poslední změna 04. 05. 2007 [cit. 04. 01. 2012]. Dostupné z:  
<http://www.mpsv.cz/files/clanky/4035/manual.pdf>

*Vnitřní předpis č. 2/3 – Protokol sexuality*. Tuchořice: Domov „Bez zámků,“ příspěvková organizace 2012.

*Vnitřní předpis č. 2/7 – Pravidla pro použití zklidňujících prostředků v Domově „Bez zámků“ Tuchořice*. Tuchořice: Domov „Bez zámků,“ příspěvková organizace 2012.

*Vnitřní předpis č. 10/2 – Pravidla pro profesní rozvoj zaměstnanců*. Tuchořice: Domov „Bez zámků,“ příspěvková organizace 2012.

## **SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

CNS – centrální nervová soustava

MR – mentální retardace

DS – Downův syndrom

MMSE – Mini Mental State Exam

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

IQ – inteligenční kvocient

EQ – emoční kvocient

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

APPRCH – Asociace průvodců v problematice rizikového chování

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Účast respondentů na školení rozpoznávání potřeb

Tabulka 2 Vymezení metody bazálního dialogu

Tabulka 3 Vymezení systémů alternativní komunikace

Tabulka 4 Názor respondentů na termín Falcitovaná komunikace

Tabulka 5 Účast respondentů na školení restriktivních postupů

Tabulka 6 Formy restriktivního opatření

Tabulka 7 Představa dotazovaných na pojem fyzické úchopy

Tabulka 8 Názor respondentů na rozhodnutí o podání léků klientovi

Tabulka 9 Znalost pojmu krizový plán

Tabulka 10 Vymezení pojmu krizový plán

Tabulka 11 Obsah krizového plánu

Tabulka 12 Vnímání krizového plánu z pohledu respondentů

## **SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1 Četnost setkání personálu s verbální agresí

Graf 2 Četnost setkání personálu s fyzickou agresí

Graf 3 Nejčastěji uváděné základní fyziologické potřeby

Graf 4 Nejčastěji uváděné zdroje agresivního chování klientů

Graf 5 Reakce respondentů na uspokojování sexuálních potřeb klientů

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1 Dotazník

Příloha č. 2 Piktogramy

Příloha č. 3 Formulář užití opatření omezující pohyb

## **Příloha č. 1**

### **Dotazník**

**Vážené kolegyně a kolegové,**

jmenuji se Štěpánka Vondráčková a studuji třetí ročník Fakulty zdravotnických studií, obor všeobecná sestra. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku. Všechny získané údaje jsou anonymní a budou použity pro potřebu mé bakalářské práce na téma **Agresivní chování v ošetrovatelské praxi a způsoby jeho zvládnání v ústavech sociální péče**. Pokud není uvedeno jinak, zakroužkujte jednu odpověď.

Předem děkuji za Váš čas  
Štěpánka Vondráčková

#### **1. Jak často se setkáváte při své praxi s verbální agresí vůči personálu?**

- A) zatím jsem se nesečkala s verbální agresí
- B) 1x za týden
- C) 1x do měsíce
- D) téměř každou službu
- E) pravidelně každou službu

#### **2. Jak často se setkáváte při své praxi s fyzickou agresí – útokem vůči personálu**

- A) zatím jsem se s útokem nesečkala
- B) 1x za týden
- C) 1x do měsíce
- D) téměř každou službu
- E) pravidelně každou službu

#### **3. Účastnil/a jste se školení zaměřené na rozpoznávání potřeb u nekomunikujících klientů?**

- A) ano
- B) ne

**4. Co zařadíte mezi metodu bazálního dialogu?**

- A) verbální komunikaci – slovní projev
- B) signály jako je pohyb očí, zrychlené dýchání, neartikulované zvuky
- C) písemný projev

**5. Co zařadíte mezi systémy alternativní komunikace?**

- A) piktogramy
- B) zpěv při hudbě
- C) verbální komunikaci

**6. Co je podle Vás Falcitovaná komunikace?**

- A) dvojruční abeceda
- B) metoda na podporu neverbálních projevů při vyjadřování klienta
- C) slovník pro slepeckou komunikaci

**7. Účastnil/a jste se školení, které bylo zaměřené na restriktivní postupy u agresivních klientů?**

- A) ano
- B) ne

**8. Jaké jsou podle Vás formy restriktivního opatření?**

- A) pravidla šetrné sebeobrany
- B) neverbální zklidňování
- C) verbální zklidňování

**9. Co si představujete pod pojmem fyzické úchopy?**

- A) úchopy, které jsou při použití vždy bolestivé
- B) úchopy, které jsou první možností pomoci u agresivního klienta
- C) úchopy, které vycházejí z metodiky pravidel šetrné sebeobrany



**10. Kdo podle Vás rozhoduje o podání léků ke zklidnění agresivního klienta?**

- A) všeobecná sestra může podat zklidňující léky vždy, když je klient agresivní
- B) o podání léků ke zklidnění rozhoduje přivolaný lékař
- C) zklidňující léky se aplikují vždy před použitím fyzických úchopů

**11. Jaké potřeby zařadíte mezi základní potřeby fyziologické? Můžete označit i více odpovědí.**

- A) potřebu spánku
- B) potřebu seberealizace
- C) potřebu být milován
- D) potřebu výživy
- E) potřebu vyprazdňování

**12. Co by podle Vás mohlo být možným zdrojem agresivního chování u osob s mentálním postižením? Můžete označit i více odpovědí.**

- A) nedostatek spánku
- B) bolest
- C) nespokojené sexuální potřeby
- D) potřeba seberealizace
- E) potřeba bezpečí
- F) potřeby estetické
- G) potřeba krásy

**13. Jak se zachováte v situaci, kdy klient začne uspokojovat své sexuální potřeby za přítomnosti ostatních klientů?**

- A) nebudu na tuto situaci vůbec reagovat
- B) klienta napomenu a budu se snažit odvést jeho pozornost na jinou činnost
- C) klienta překryji dekou a nechám ho v činnosti pokračovat

**14. Znáte pojem krizový plán?**

- A) ano
- B) ne

**15. Co je podle Vás krizový plán?**

- A) plán, který je vytvořen na klienta s rizikem v chování
- B) plán, který je vytvořen na každého klienta
- C) plán, který obsahuje potřeby, které musíme u klienta uspokojovat

**16. Co obsahuje mimo jiné krizový plán?**

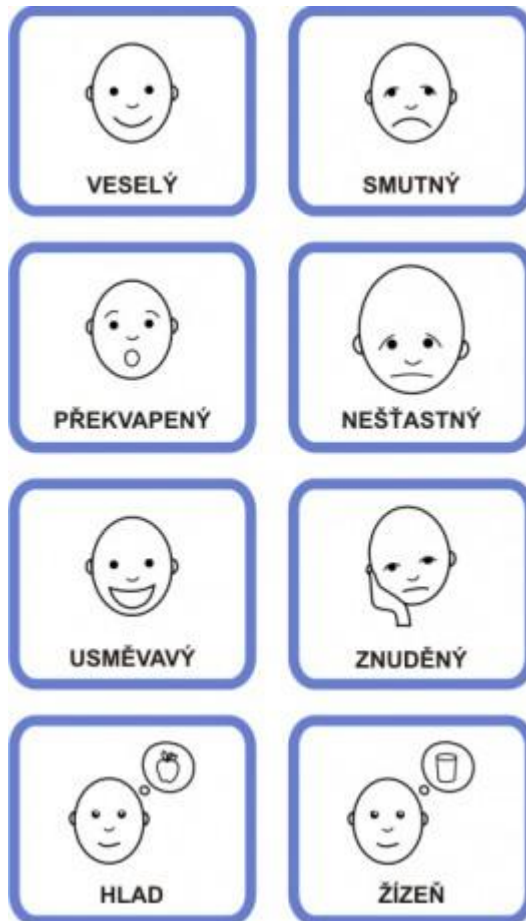
- A) faktory, které mohou spouštět problémové chování, tedy i agresi
- B) všechny léky, které klient může užívat
- C) každodenní nákupy s klientem

**17. Jak vnímáte krizový plán?**

- A) jako další administrativní úkon
- B) jako velký přínos při své každodenní práci
- C) jako jasně daná pravidla k ochraně zaměstnanců i klientů.

## Příloha č. 2

Zdroj: <http://www.maccizpopovic.estranky.cz/fotoalbum/logopedie/komunikacni-karty--piktogramy/piktogramy28.html>



### Příloha č. 3

Zdroj: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/5532/doporuceny\\_postup.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/5532/doporuceny_postup.pdf)

## **FORMULÁŘ UŽITÍ OPATŘENÍ OMEZUJÍCÍ POHYB OSOB**

*(poznámka: Tento formulář je nutné vyplnit při každém užití opatření omezující pohyb uživatele)*

Jméno a příjmení uživatele: \_\_\_\_\_ Datum narození: \_\_\_\_\_

Datum a čas počátku incidentu: \_\_\_\_\_ Datum a čas ukončení incidentu: \_\_\_\_\_

Místo požití opatření omezující pohyb osob: \_\_\_\_\_

Zúčastnění pracovníci: \_\_\_\_\_

Svědci: \_\_\_\_\_

Popište důvod užití opatření omezujícího pohyb uživatele	
Popište vše co předcházelo situaci (a dříve použité strategie)	
Popište událost (a fyzický zásah) a udejte, jak dlouho trval	
Popište, jak incident skončil	
Popište případná zranění (a co se na základě toho stalo)	
Popište případná poškození majetku	
Popište vše, co jste dále podnikli	
Uveďte všechny osoby, které jste informovali	
Návrhy na zvládnutí budoucích incidentů	

*Příloha 1. - souhlas lékaře včetně informace, zda bylo opatření omezující pohyb osob použito na základě předchozí indikace lékařem a vyjádření lékaře v případech, kdy k použití opatření omezujícího pohyb osob došlo bez předchozí indikace lékařem;*

*Příloha 2 - záznam o informování zákonného zástupce uživatele, nebo jde-li o nezletilou osobu, která byla svěřena na základě rozhodnutí příslušného orgánu do péče jiné osoby, tuto osobu;*

Jméno osoby, která vyplňuje formulář: \_\_\_\_\_ Funkce: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_ Datum záznamu: \_\_\_\_\_