

Obsah:

Úvod.....	1
1 Charakteristiky ústavního prostředí	3
2 Agrese	6
2.1 Typologie agrese	6
2.2 Základní teoretická východiska vzniku agrese	7
3 Agrese u osob s mentálním postižením	10
3.1 Životní historie v kontextu zátěžových situací	10
3.2 Stresory vyplývající z podmínek ústavního prostředí.....	13
3.3 Osobnost a agrese	16
3.4 Přidružené poruchy	19
3.5 Komunikace a agrese	22
4 Agrese personálu v institucích ústavní péče	25
4.1 Stres na pracovišti	26
4.1.1 Charakteristiky zaměstnance	27
4.1.2 Charakteristiky klientů.....	28
4.1.3 Pracovní podmínky	28
4.1.4 Sociální podpora	29
4.1.5 Kariérní a profesní rozvoj	30
4.1.6 Role v rámci organizace.....	30
4.1.7 Organizační kultura.....	31
4.1.8 Propojení požadavků práce a domova	32
4.2 Moc a její význam v ústavním prostředí.....	32
5 Atribuce příčin agresivního chování.....	35
5.1 Důsledky atribuce na chování personálu	36
5.2 Vlivy determinující atribuci agrese.....	38
5.3 Základní atribuční chyba.....	41
6 Cíl výzkumu, výzkumné otázky	43
7 Výzkumný soubor	47
8 Metody	49
9 Způsob zpracování dat	51
10 Výsledky	54
10.1 Míra self-efficacy zaměstnanců a kauzální faktory	54
10.2 Atribuce lokalizace příčiny a iniciátor agrese.....	55
10.3 Analýza příběhů	58
10.3.1 Přítomnost konfliktu v příběhu	59
10.3.2 Role zaměstnance v příběhu	59
10.3.3 Příčina vzniku situace	62
10.3.4 Způsoby řešení konfliktu	65
10.3.5 Příběhy označující zaměstnance za iniciátora.....	67
11 Interpretace výsledků	69
12 Diskuse.....	74
Závěr	79
Literatura:.....	81

Úvod

Problematiku agrese v zařízeních ústavní péče pro osoby s mentálním postižením jsem zvolila jako téma rigorózní práce z několika důvodů. V první řadě pro mne představuje osobní předmět zájmu, neboť jsem devět let pracovala v tomto typu zařízení a byla tak pro mne problematika agrese velmi častým tématem, se kterým jsem se ve své práci setkávala. Během těchto let jsem měla možnost navštívit desítky ústavních zařízení a díky tomu nahlédnout na různé způsoby interakcí mezi zaměstnanci a klienty a seznámit se s mnohými postoji zaměstnanců vůči násilí na jejich pracovišti. Získané zkušenosti mne o to více podnítily k tomu, abych se zabývala touto oblastí a upozornila na kontext, ve kterém se násilí v sociálních službách pro osoby s mentálním postižením vyskytuje.

Dalším důvodem pro výběr tohoto tématu jsou začínající veřejné diskuze v oblasti násilí v zařízeních ústavní péče, které neprobíhají pouze na rovině médií, ale také v rámci mezinárodních organizací, např. Mezinárodní organizace práce, Světové zdravotnické organizace či Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004). Díky těmto diskuzím se začíná hovořit nejen o problematice násilí na pracovištích v sociálních službách ze strany klientů – agresorů, ale do podvědomí se postupně začínají dostávat také názory, že agresory mohou být i profesionálové působící v těchto zařízeních. Tento fakt vnímám jako velmi důležitý, neboť nelze považovat příčiny vzniku násilí v sociálních službách izolovaně a přisuzovat příčiny agrese pouze klientům, ale je třeba začít důrazně upozorňovat také na to, že se na agresi podílejí i samotní zaměstnanci. Účelem této rigorózní práce je především upozornit na tuto problematiku psychology a psychiatry, kteří se při diagnostice dle svých zkušeností opírají velmi často pouze o hodnocení pracovníků v oblasti behaviorálních projevů klienta. Tato skutečnost však může vést v důsledku ke zneužívání restriktivních pomůcek v těch případech, kdy z objektivního

hlediska není osoba s mentálním postižením agresivní, ale zaměstnanci ji tak subjektivně hodnotí.

Situace je o to složitější, že je velmi náročné činit výzkumy v této oblasti, neboť zaměstnanci nemají motivaci hovořit o násilí páchaném z jejich vlastní řad, zejména pak proto, že jsou často jeho součástí. Z tohoto důvodu bych chtěla využít mé praxe a kontaktů v zařízeních sociální péče pro osoby s mentálním postižením a na základě současných teoretických poznatků o potenciálních zdrojích agrese jak ze strany klientů, tak především zaměstnanců, provést empirický výzkum v této problematice. Ve výzkumné části rigorózní práce se zaměřím na atribuce příčin agrese z pohledu zaměstnanců v zařízeních ústavní péče a na vybrané vlivy, které do této atribuce mohou vstupovat.

1 Charakteristiky ústavního prostředí

Úvodem je vhodné vysvětlit, z jakého důvodu je v této rigorózní práci používán termín ústavní prostředí (či ústavní péče), přestože v současné legislativě České republiky pojem *Ústav sociální péče* již neexistuje (nyní jsou tato zařízení označována jako Domov pro osoby se zdravotním postižením). Ve smyslu termínu ústavní péče lze tak považovat všechna zařízení, která poskytují soudem nařízenou ústavní výchovu nad nezletilým jedincem, což mohou být i dětské domovy či zařízení výchovné péče. V kontextu této rigorózní práce však znamená ústavní péče takové zařízení, které poskytuje institucionální péči (sociální služby) s celoročními či týdenními pobyty pro osoby s mentálním postižením. Jedná se tedy o pobytové státní instituce, ve kterých tyto osoby žijí a tráví převážnou část svého života. Zažité pojetí pobytových sociálních služeb jakožto služeb ústavní péče mne proto přivádí k tomu, abych pro přehlednější orientaci v textu zanechala tuto terminologii, přestože je dle současné legislativy značně nepřesná. V rámci tohoto pojetí budu v určitých pasážích označovat osobu s mentálním postižením také pojmem klient.

Jak bylo již výše naznačeno, během posledních několika let proběhly v České republice určité proměny ve způsobu poskytování ústavní péče pro osoby s mentálním postižením. Přijetím nového zákona o sociálních službách v roce 2007 jsou veškeré tyto instituce legislativně vázány naplňovat tzv. Standardy kvality sociálních služeb. Základním pilířem standardů je především individuální přístup ke klientovi a důraz na dodržování jeho veškerých nedotknutelných práv a svobod (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2001). V návaznosti na tyto skutečnosti se výrazně změnil metodický přístup zaměstnanců k těmto osobám, zejména v oblasti orientace na individuální potřeby a přání klientů. Výrazně se potlačil kolektivistický přístup, jež byl příznačný pro ústavní péči před přijetím tohoto zákona (zejména v oblasti přísného dodržování rozvrhu dne, výkonu různých typů

výchov jakožto povinných denních činností, hromadných společných vycházek apod.).

I přes tyto změny je ústavní prostředí oproti jiným službám stále velmi specifické, a to z několika důvodů. Na jedné straně představuje pro klienty ústavní zařízení mnohdy jejich jediný skutečný domov, na druhé straně je zde personál zaměstnán jako v jakékoli jiné organizaci (Matoušek, 1995). Již tato asymetrie vztahů naznačuje závislost klientů na zaměstnancích, zejména pak po stránce emocionální. Ačkoliv si klienti hradí sociální služby (tzn. ubytování, stravu, aj.), jsou zde uspokojovány pouze základní fyziologické potřeby. Uspokojení emocionálních potřeb není primárním cílem těchto zařízení. Právě výše zmíněný nový trend poskytování sociálních služeb klade důraz na vnímání klienta jakožto osobu využívající pouze těch služeb, které si zaplatila, tzn. ve smyslu hotelových služeb. V tomto ohledu je zdůrazňována nevhodnost navazování emocionálních vztahů s klienty služeb či snahy poskytovatele vytvářet v těchto zařízeních rodinnou atmosféru. Z tohoto důvodu pak v extrémních případech může neuspokojení emocionálních potřeb a odosobnění vztahů v ústavním prostředí vést až k citové deprivaci klientů (Matějček & Langmeier, 1964).

Právě specifikum ústavní pobytové péče ve smyslu jediného domova klientů vyzdvihuje důležitost kvality sociálního prostředí, které se v ústavním prostředí vytváří. Ústavní prostředí lze v tomto kontextu označit ze sociálně psychologického hlediska za malou formální sociální skupinu (zejména v zařízeních s kapacitou do 20 - 30 klientů), neboť jej lze charakterizovat jako skupinu osob, které se navzájem znají, spolu komunikují, jsou však formálně integrovány společným cílem, v tomto případě potřebou sociálních služeb (Nakonečný, 2000b). Klienti tak společně žijí svůj život vzájemně s ostatními klienty, ačkoliv si tyto druhé osoby nemohou ve skutečnosti vybrat, ale pouze pasivně přijímat nově příchozí a akceptovat je za členy své skupiny. Na druhou stranu dlouholeté soužití může vést k navázání velmi intenzivních přátelských vztahů mezi klienty, což v důsledku uspokojuje jejich emocionální potřeby.

Další charakteristikou ústavního prostředí je dosud používané rozlišování personálu na základě uniformního oblečení. Dosud se lze v těchto zařízeních setkat s bílými plášti, které nosí nejen zdravotničtí pracovníci, ale také vychovatelé či jiný nezdravotnický personál. Nejenže tento jev může zvyšovat pocit moci ze strany zaměstnanců, ale může také představovat snahu distancovat se od klientů alespoň symbolicky na základě barvy oblečení. Na druhou stranu se však může jednat o určitou firemní kulturu dané organizace na základě zažitého stereotypu z dřívějších dob. Tyto úvahy lze podepřít zejména faktem, že není v současné době zjevné příčiny k tomu, aby nezdravotnický personál nosil zdravotnické pracovní uniformy.

Je tak nesporné, že pro každého jedince, bez ohledu na jeho postižení, představuje rodina základní bezpečné prostředí pro život (pokud se nejedná o rodinu dysfunkční). Přesto se lze u některých současných autorů setkat dosud s názorem, že „lidem s mentálním postižením jednoznačně prospívá pobyt v kolektivu lidí s obdobným handicapem“ (Rada, 2006, str. 12). Autor toto tvrzení opírá o fakt, že se pouze tak rozvíjí jejich sebevědomí, komunikační a sociální schopnosti i psychická pohoda. V určitých případech lze takové tvrzení chápat jako pravdivé (zejména v případech, kdy rodinné prostředí není dostatečně podnětné). Samozřejmě zde hraje také roli důležitost vrstevnických vztahů, avšak soužití s lidmi se stejným handicapem nelze považovat za jednoznačný prospěch pro vývoj takového jedince. V zásadě je třeba vždy preferovat žití osob s mentálním postižením v jejich přirozeném prostředí v rodině a umožňovat jim také styk s vrstevníky bez handicapu.

2 Agrese

Agrese představuje hlavní téma této rigorózní práce, z toho důvodu je třeba nejprve vyložit základní teoretická východiska a typologie agrese, které odborníci nabízejí. O jednotnou definici agrese se vedou stále spory a lze předpokládat, že k vytvoření jediné definice v nejbližší době nedojde z důvodu odlišných teoretických východisek, jež vědci zastávají. Není zde důležité zabývat se univerzální definicí, je však třeba objasnit významy, které se pojí s pojmem agrese, a projevy, kterými se odlišuje od jiného lidského chování. V odborné literatuře se lze setkat s mnohými typologiemi a teoretickými východisky příčin vzniku agrese, pro účely této práce se budu zabývat vybranými autory, neboť cílem této práce není obsáhnout veškerý přehled existujících teorií, ale vymezit pojmy, se kterými se lze setkat v následujícím textu.

2.1 Typologie agrese

Čermák (1999) nabízí základní dělení agrese na instrumentální a emocionální. Instrumentální agrese vede k dosažení vnějšího cíle, opírá se o předem připravený plán a zvážení možných variant průběhu jednání. Emocionální agrese pak vyplývá z existence silné negativní emoce, kterou může být hněv, hostilita, afekt, a je cílem sama o sobě (Čermák, 1999).

Projevy agrese pak Čermák (1999) dělí na přímé vs. nepřímé a fyzické vs. verbální, přičemž tyto projevy se vzájemně kombinují. Přímá fyzická agrese tak může nabývat podob přímého napadení objektu např. pěstmi, kopáním, jiným předmětem. Nepřímá pak může být přemístěna na ničení majetku tohoto objektu. Přímá verbální agrese se může projevovat vulgárním osočováním, nadáváním, zesměšňováním. Nepřímou agresí pak mohou představovat pomluvy, žerty či hostilní poznámky (Čermák, 1999).

Fromm (2007) zdůrazňuje potřebu odlišovat dva typy agrese. První z nich autor nazývá „benigní“ agresí, jakožto fylogeneticky programovaný podnět napadnout při ohrožení, je nástrojem biologické adaptability a slouží

k přežití. Druhým typem pak je tzv. „maligní“ (zlá) agrese, která je specificky lidská. Člověk na jejím základě uspokojuje vlastní žádost, je to krutost a destruktivita (Fromm, 2007).

Janata (1999) podobně rozlišuje agrese na „dobrou“ a „špatnou“ s tím, že se obě vzájemně prolínají a i ta zlá může být dle autora nakonec hodnocena jako dobrá. Za „špatnou“ agrese autor považuje převážně poškození či ublížení násilného typu. Souhrnně takové chování označuje za primitivní. Naopak za „dobrou“ agrese označuje takové chování, které je společensky žádoucí a podporované. Takovým chováním může být např. asertivita (Janata, 1999). Někteří autoři (Nakonečný, 1999; Čermák, 1999) odlišují asertivní chování od agresivního chování, agrese je tak chápána primárně jako útočné chování. V tomto úzkém pohledu lze agresivní chování chápat jako „porušení sociálních norem, omezující práva a narušující integritu živých bytostí i neživých objektů“ (Vágnerová, 1999, str. 266). V souvislosti s tím Vágnerová (1999) také odlišuje agresivitu jakožto sklon k takovému chování a agrese jako aktuální projev takového chování.

2.2 Základní teoretická východiska vzniku agrese

V zásadě lze teoretické pohledy na příčiny vzniku agrese rozdělit na biologické, emocionální a sociálně kognitivní. Pokusím se zde v krátkosti přiblížit tato východiska s důrazem na vyjasnění zdrojů agrese, které každá z těchto teorií považuje za primární.

Biologické teorie hovoří o biologické podmíněnosti agresivního chování, vyplývající z heredity, fyziologických, neurofyziologických a chemických substrátů (Čermák, 1999). Příčiny pak lze hledat zejména v genetických souvislostech, v chromozomálních poruchách (např. chromozomální karyotyp XYY), mozkové struktuře, funkcích neurotransmiterů, vlivu drog či hormonálním systému (Čermák, 1999). V souvislosti s hormonálními změnami Janata (1999) upozorňuje na skutečnost, že se s agresivitou můžeme setkat častěji u mužů než u žen, přičemž za příčinu uvádí především mužský pohlavní hormon testosteron.

Autor tvrdí, že vlivem stárnutí se tyto role obracejí, u mužů klesají projevy agrese, kdežto u žen vlivem menopauzy a poklesu estrogenu agresivita nápadně roste. Oproti tomu Nakonečný (2000a) vysvětluje odlišnou četnost výskytu agrese mezi ženami a muži na základě rozdílné výchovy mezi pohlavími.

Představitelem emocionální teorie, která navrhuje vlastní vysvětlení příčiny agresivního chování, je především tzv. frustrační hypotéza agrese (Čermák, 1999). Tato teorie je úzce spojena s emocionálním typem agrese (jak bylo uvedeno v předchozí kapitole). Frustrace může mít jak vnější, tak i vnitřní původ (Nakonečný, 2000a), a představuje reakci na překážku, která brání jedinci dosáhnout určitého cíle (Čermák, 1999). Čermák (1999, str. 33) vysvětluje souvislost mezi frustrací, emocí a agresí následovně: „frustrace vyvolává negativní emoci, nejčastěji hněv, jenž vede k agresivnímu jednání s cílem překonat frustraci.“ V širším pojetí pak k frustraci může napomáhat nabuzení vyplývající z každodenního stresu, tedy z okolností, jakými mohou být např. vlivy prostředí, fyzická bolest či situace obsahující prvky provokace (Čermák, 1999). Prožívání stresu charakterizují neúčelné, negativně zabarvené pocity psychického napětí, mohou se objevovat pocity úzkosti, zlosti, rozladění či ochablosti (Machač & Macháčová, 1991). Tito autoři dále poukazují na to, že toto citově záporné prožívání následně ovlivní chování, které může vést k úhybným, obranným nebo agresivním reakcím. Fromm (2007) k tomu doplňuje, že sílu a frekvenci frustrace nejvíce determinuje charakter daného člověka. Jak autor uvádí: „Charakter člověka určuje především to, co ho frustruje, a v druhé řadě intenzitu, s jakou bude na frustraci reagovat“ (Fromm, 2007, str. 78).

Další kategorii představují sociálně-kognitivní teorie. Agrese tak může vyplývat ze stabilních kognitivních scénářů, rozhodovacích strategií a naučeného chování. Zde bych upozornila především na teorie, které chápou agresi jakožto naučené chování. Právě současné diskuze o vlivu médií na agresi poukazují na důležitost zabývat se tímto fenoménem. Presentované násilí v médiích může sloužit jako vzor k řešení interpersonálních konfliktů,

na základě observačního učení pak dítě přejímá tyto vzorce do své kognitivní výbavy (Čermák, 1999). Avšak nejen média mohou sloužit jako vzor, tím mohou být především rodinní příslušníci či jiné osoby, které jsou pro jedince významné. Agrese se tak může stát naučeným chováním, které jedinec ve svém životě opakuje. Otázkou však zůstává, zda se toto naučené chování bude přenášet i do jiných situací, než jen do té, z které vzešlo (Čermák, 1999). V sociálním kontextu je vhodné se zmínit o sociálním soupeření, ve kterém je agrese vnímána jako prostředek dosažení získat to, čeho je málo a co chce získat i ten druhý. „V pravém soupeření jde o vztah mezi dvěma účastníky vystižený termínem buď já, nebo ty – třetí možnost není. V pozadí je vždy ono kdo s koho“ (Křivohlavý, 2002, str. 41). Jedná se převážně o instrumentální agresi, kdy jsou zvažovány strategie k dosažení cíle.

3 Agrese u osob s mentálním postižením

Mentální postižení (mentální retardaci) lze charakterizovat jako souhrnné označení vrozeného defektu rozumových schopností, který se projevuje především nedostatečným rozvojem myšlení, omezenou schopností učení a následkem toho i obtížnější adaptací na běžné životní podmínky (Vágnerová, 1999). Jedná se o diagnózu, jež má své místo v MKN-10 pod kódy F70. Jak je z výše uvedeného patrné, mezi diagnostická kritéria mentální retardace nepatří agrese jakožto základní symptom. Avšak jak upozorňuje Čadilová (2007), v praxi se často vyskytuje ta chyba, že se k problematickému chování osoby s mentálním postižením automaticky přistupuje jako k přirozenému znaku mentální retardace. Tento postoj k vysvětlení příčin agresivního jednání pak může vést ke zvýšení aplikace tlumivé medikace, která však neléčí podmiňující patologii, ale jen potlačuje problematické chování jakožto symptom. V této kapitole se proto budu zabývat možnými zdroji, jež mohou vést k agresivnímu chování u osob s mentálním postižením s důrazem na pochopení vztahu mezi těmito zdroji a charakteristikami mentální retardace jako diagnózy.

3.1 Životní historie v kontextu zátěžových situací

Nelze pochybovat o tom, že na způsob chování jedince, mezi které patří i projevy agrese, mají vliv jeho minulé životní zkušenosti. Jak uvádí Vágnerová (1999, str. 267): „Sklon k agresivnímu chování se rozvíjí učením, není tedy závislý jen na dědičnostech, ale i na vlivech prostředí“. Právě v kontextu teorie sociálního učení lze chápat agresi jako naučenou reakci, a to na základě pozorování a přímé zkušenosti (Čermák, 1999). Primárním prostředím, ve kterém se jednotlivec učí takovým vzorcům chování, je pak rodina a nejbližší sociální prostředí. Avšak nelze vysvětlovat vznik agrese pouze na základě sociálního učení, je třeba brát v potaz agresi jakožto adaptační mechanismus na vnější podmínky, jež jedince obklopují.

Narození dítěte s mentálním postižením představuje pro rodiče velmi tíživou životní situaci, která zpočátku vyvolává silnou úzkost a pocit beznaděje (Matějček, 1992). Takoví rodiče pak procházejí určitými obdobími, které představují postupné vyrovnávání se s touto tíživou skutečností, to vše může trvat až několik let. Přijetí postiženého dítěte a vyrovnání se rodičů s touto skutečností je důležitou podmínkou, aby takové dítě bylo v životě šťastné, aby mělo uspokojeny veškeré své potřeby, které jsou stejné jako u dětí bez intelektového handicapu (Matějček, 1992). Dítě s mentálním postižením, které vyrůstá v rodinném prostředí plného stresu, vzájemného obviňování mezi rodiči, zoufalství, pak nemůže prožívat pohodu, cítit přijetí ze strany rodičů. Naopak je takové prostředí pro něj spíše traumatizující, může samo cítit vlastní vinu za to, že je příčinou této rodinné nepohody. To vše tak může napomáhat vytváření maladaptivních mechanismů jakožto obrany vůči vnějším podmínkám. Důležitou roli pak hrají výchovné postoje rodičů, které ovlivňují proces socializace dítěte. Na jedné straně mohou rodiče zaujímat postoje nadměrného ochraňování, na druhé straně však mohou reagovat odmítavě, mohou vůči dítěti projevovat podrážděnost, nadměrnou kritičnost, až skutečný odpor (Pešová & Šamalík, 2006). Pro harmonický vývoj postiženého dítěte je proto nezbytné bezpodmínečné přijetí blízkými osobami a nalezení jeho místa ve struktuře rodiny i ve společnosti.

V oblasti sociálního učení Gjurichová (2000) také upozorňuje na možnost přenášení násilných vzorců chování v rámci vertikální struktury rodiny (mezigenerační přenos). Pokud je tedy dítě vystaveno násilnému chování ze strany rodičů, lze s určitou pravděpodobností předpokládat, že dítě převeze tuto formu jednání jakožto přirozenou součást svého života a bude jej uplatňovat i ve své dospělosti. Mnoho osob s mentálním postižením, které se ocitnou v ústavním prostředí, má za sebou značně náročnou životní historii, zejména pak ty, které přicházejí do zařízení na základě soudně nařízené ústavní výchovy. Dle mých zkušeností mohou být takové osoby oběťmi nejen zanedbávání, ale v extrémních případech také týrání či sexuálního zneužívání, a to nejčastěji ze strany rodiny. Takovéto traumatické prožitky mohou u těchto

jedinců vést až k posttraumatické stresové poruše (MKN 10, 1996). Na druhou stranu i přes své negativní zkušenosti jsou v některých případech tyto osoby silně citově vázány na svou rodinu, touží po nich a přejí si žít nadále s nimi (zejména v dětském věku). Fakt, že jsou pak následně přemístěny do zařízení ústavní péče, nesou velmi těžce, brání se a nechápou účel této změny životního prostředí. V souvislosti s tím si tito jedinci mohou vytvořit vlastní adaptační mechanismy, mezi které lze řadit také agresi jakožto obranný mechanismus (Smékal, 2002). V extrémním případě je pak možné klasifikovat poruchu přizpůsobení (F43.2 dle MKN 10), která je definována (Smolík, 1996, str. 274) jako „stav subjektivních obtíží a poruch emotivity, které jsou obvykle na překážku společenskému styku a výkonu. Vyvíjejí se v období adaptace na významnou životní změnu nebo na stresovou životní událost“. Jedním z příznaků poruchy přizpůsobení pak může být také agresivní chování (MKN 10, 1996).

Umístění do ústavního prostředí představuje závažnou separaci jedince od osob, které dosud představovaly jeho jediné sociální prostředí. Tím, že mohlo docházet v rodině k citové deprivaci z důvodu dysfunkčnosti rodiny, je o to těžší pak v ústavním prostředí tuto deprivaci překonat (Matějček & Langmeier, 1964). Zde proto hraje důležitou roli kvalita vztahů s primární rodinou, která představuje základní zdroj uspokojení citových potřeb jedince. Často se však lze setkat s tím, že přestože osoba s mentálním postižením žije v ústavním prostředí, je v úzkém a pravidelném kontaktu se svou rodinou. Tento fakt je velice důležitý, neboť kvalita vztahů a četnost návštěv jeho rodiny znamená pro takového jedince zásadní moment uspokojení potřeb v jeho sociálním životě. Na druhou stranu četnost návštěv ve své rodině může pro jedince znamenat zátěžové situace, které souvisejí s opakovaným umisťováním zpět do zařízení a pasivnímu přijímání změn výchovného prostředí. Zde pak může docházet k frustraci, neboť je těmto osobám bráněno plně a nastálo žít ve své rodině, po čemž většina těchto jedinců touží. Je tak důležité, aby osoba s mentálním postižením měla možnost navázat kvalitní vztahy i v rámci ústavního prostředí, a to nejen se zaměstnanci, ale také

přátelské či partnerské vztahy s vrstevníky. Bezpodmínečné přijetí klienta zaměstnanci, jejich otevřenost a značná míra empatie, může napomáhat ke zmírnění maladaptivního chování klienta. Je však nutná ze strany zaměstnanců vysoká míra důvěry v to, že je možné toto chování v budoucnu změnit. Jen tím mu lze poskytnout skutečnou šanci na změnu.

Souhrnně řečeno, možnými zdroji agresivního chování jedince s mentálním postižením žijícím v ústavním prostředí z hlediska jeho vlastních životních zkušeností mohou být: ztráta či úplný nedostatek důležitých emocionálních vazeb, nedostatek kontroly nad svým životem, nepřijetí sociálním okolím, necitlivé separace od blízkých osob, neustálé změny životních zvyklostí a podmínek a traumatizující zkušenosti se zneužíváním a týráním.

3.2 Stresory vyplývající z podmínek ústavního prostředí

Již v předchozích kapitolách byly nastíněny některé aspekty, jež souvisejí s vytvářením stresorů v ústavním prostředí. Za stresor lze považovat takový podnět, jež vyvolává u daného jedince stres. Stres však není vyvolán jakýmkoli požadavkem prostředí, ale pouze tím, který daný jedinec vyhodnocuje jako ohrožení, který narušuje adaptaci, kontrolu a brání seberealizaci (Vasiljuk, 1988). Míček (1984) rozlišuje stresory objektivní a subjektivní, přičemž mezi objektivní stresory řadí vnější podmínky prostředí, životosprávu, práci a sociální vztahy. Mezi subjektivní stresory pak patří osobnostní charakteristiky daného jedince. Dle tohoto rozlišení se v této kapitole zaměřím na objektivní stresory, které mohou značně souviset se způsobem uspořádání prostředí, které jedince v ústavní péči obklopuje.

Kvalitu ústavního prostředí lze mimo jiné chápat jako kvalitu bydlení, tzn. kvalitu ubytovacích a společenských prostor v zařízení. V institucích ústavní péče se lze stále setkat s mnoholůžkovými ložnicemi či společnými „hernami“, které znemožňují soukromí jedinců, kteří v tomto prostředí žijí. Vyšší počet lidí na úzce vymezeném prostoru pak může způsobit, že se v těchto místech zdržuje vyšší hluk či nedostatečná cirkulace vzduchu. Také

necitlivé ubytování jedince s osobou, se kterou odmítá žít, je velmi závažným stresorem. Tyto charakteristiky životního prostoru pak mohou způsobovat frustraci u těchto lidí a tím vést u nich k agresivnímu jednání. Roli zde také hraje vybavení prostor, pohodlí nábytku, osvětlení, teplota v místnostech. Neméně důležitou charakteristikou je okolí daného zařízení, zejména pak může negativně působit přílišná separace budovy od „skutečného světa“ či nadměrná vzdálenost od přírody. Jelikož jsou jedinci s těžším stupněm postižení odkázáni na pomoc druhých osob, je důležitá, v případě jejich přání navštívit město či přírodu, existence možnosti uspokojení takové potřeby díky umístění zařízení ve vhodné lokalitě.

Životospráva představuje důležitou oblast uspokojení nejen fyzických, ale také psychických potřeb jedince. Mezi základní oblasti životosprávy lze řadit spánek, výživu a odpočinek (Míček, 1984). Stresory tak mohou vyplývat z neuspokojení těchto oblastí. V oblasti spánku pak mohou být klienti frustrováni z důvodu zabránění možnosti jít spát dle jejich osobní potřeby, častého probouzení ze strany ostatních klientů či personálu nebo ze špatné úpravy prostředí ke spánku (to souvisí s ubytovacími podmínkami). Další stresory mohou vyplývat ze způsobu stravování v ústavních zařízeních. Fakt, že je jídelníček sestavován bez možnosti participace klientů na něm, může u klientů způsobovat nelibost či snahu vyhýbat se jídlům. Nebere se zde také ohled na individuální potřeby v množství či četnosti jídel i nápojů. Naopak personál často vyžaduje po klientech jíst přesně v čase, který je zařízením stanoven téměř na minutu přesně. Neopominutelným faktorem je také míra důstojnosti během stravování, kterou představuje počet osob u stolu či v místnosti a s tím související míra hluku. Taktéž nedostatek odpočinku a s ním spojená dlouhodobá únava vede ke zvýšenému psychickému napětí a tím možnému zdroji agresivního chování.

Z hlediska práce se pak pro jedince v ústavním prostředí může stát stresorem zvýšená míra kladení pracovních požadavků na tohoto jedince. Může se jednat např. o náročnost práce a to tehdy, pokud je klient nucen vykonávat činnost, kterou není schopen zvládnout, nebo např. o neadekvátnost

práce – pokud klient musí provádět takové práce, které nejsou v jeho kompetenci (např. za někoho jiného). Příčinou těchto stresorů je pak samotné chování či osobní postoje zaměstnanců, kteří dle mé zkušenosti mnohdy velmi necitlivě nutí klienty dělat činnost, kterou odmítají a kterou z objektivního hlediska nejsou povinni konat.

O možných stresorech plynoucích z oblasti sociálních vztahů již byla zmínka v předchozích kapitolách, zejména ve spojení s personálem či rodinou. Avšak v zařízeních ústavní péče je důležitým faktorem také kvalita sociálních vztahů mezi jednotlivými klienty. Často se lze setkat s tzv. ponorkovou nemocí. Tento jev vzniká na základě stereotypního prostředí, z něhož se nedá uniknout, důsledkem je pak zvýšená únava, pokles tolerance vůči druhým a čtenější výskyt agresivního jednání (Matoušek, 1995). „V chování přibývá obranných prvků, ubývá očních kontaktů mezi lidmi, zvyšuje se význam osobního teritoria, které je prožíváno jako poslední zbytek soukromí a velmi intenzivně bráněno před průnikem ostatních“ (Matoušek, 1995, str. 108). Právě omezení kontaktů s vnějším světem, zejména u těch jedinců, u nichž jsou zpřetrhány kontakty s primární rodinou, představuje závažný stresor, který závažně ovlivňuje jedincovo prožívání. Je proto důležité u klientů žijících v ústavní péči podporovat přátelské či partnerské vztahy, avšak nejen v rámci klientů daného či jiného zařízení, ale také s osobami žijícími mimo toto prostředí.

Na stresorech ústavního prostředí se dle mých zkušeností z velké části podílejí sami zaměstnanci zařízení. Jejich neústupnost, pedantské dodržování pravidel, kolektivistický a mocenský přístup, vede ke stresu klientů, kteří mohou na tyto aspekty reagovat agresivně. Jedná se tedy u klientů spíše o reakci na stresory, které vytvářejí samotní zaměstnanci, než na stresory z objektivního vnějšího prostředí (např. charakteristiky budov a jejich vnitřní zařízení). Tyto podněty svým způsobem mohou mít formu nepřímé agrese ze strany zaměstnanců (zamezení spánku, stravy, odmítání). Jedná se o určitý začarovaný kruh, kdy klient agresivně reaguje na stresor, který vytváří zaměstnanec. Tato agrese pak působí na zaměstnance jako stresor a on reaguje

na klienta stejným způsobem. Odpovědnost je však kladena především na zaměstnance jakožto profesionálního pracovníka, aby dokázal tento bludný kruh přerušit a nabídnout alternativu řešení.

3.3 Osobnost a agrese

Osoba s mentálním postižením je jako každá jiná osoba bez intelektového handicapu svébytným subjektem, jež má své charakteristické osobnostní rysy (Švarcová, 2000). Dle autorky nese diagnóza mentální retardace i přes tento předpoklad s sebou určité rysy osobnosti, které vyplývají z postižení psychických funkcí a které nelze na jedné straně zobecňovat z důvodu velmi variabilní etiologie, rozsahu a hloubky postižení, avšak na druhé straně je lze s určitou pravděpodobností očekávat u osob s intelektovým deficitem. Švarcová (2000) hovoří o tom, že se jedná především o nedostatek vůle (abulii), nedostatečnou diferenciaci citů a z toho plynoucí nedostatečné řízení citů intelektem a sugestibilitu. Na druhou stranu nelze jednoznačně považovat osobnost jako statický, neměnný aspekt jedince, který dokážeme pochopit bez toho, aniž bychom sledovali vlivy, které ji formují. Osobnost je třeba zkoumat vždy v rámci její ontogeneze, neboť osobnost se vytváří a funguje v interakci se světem, zvláště pak sociálním (Říčan, 1972). Autor hovoří o tom, že je někdy osobnost chápána jako „statická struktura osobnosti“ (Říčan, 1972, str. 36), tedy jako poměrně stálá struktura, to, co je v člověku stálé, co umožňuje předvídat jeho chování. Je sice určitá pravda v tom, že se jedinec nemění ze dne na den, avšak je třeba mít na paměti, že vývoj a růst osobnosti probíhá neustále. Osobnost jedince s mentálním postižením je pak v tomto kontextu formována na základě životních zkušeností s okolním světem. Proto v souvislosti s agresivními projevy považují za důležité nevycházet primárně ze statického vnímání agrese jakožto osobnostní dispozice (např. biologicky dané), kterou již nelze změnit, ale posuzovat agresi spíše jakožto výsledek sociální zkušenosti s možností změny. Jahoda, Trower, Pert a Finn (2001) ve své přehledové studii týkající se agrese u osob s mentálním postižením trefně hovoří o tom, že agresi u osob s mentálním postižením nelze vysvětlovat

pouze na základě osobnostních rysů či self-konceptu, ale právě v rámci sociálního kontextu, ve kterém žijí, neboť, jak autor podotýká „jako každý jiný, také lidé s mentálním postižením nereagují mechanicky na vnější podněty, ale žijí v sociálním světě, který má pro ně vlastní význam.“ (Jahoda et al., 2001, str. 318). Agresivní chování je tak třeba vždy posuzovat v individuálním kontextu, ve kterém se děje. A to nejen v aktuálním kontextu, ale zejména v rámci celoživotních zátěžových situací, kterým jedinec s mentálním postižením musel podstoupit. Osoba, která zažila odmítnutí vlastní rodinou (zejména v raném dětství), nese si takový zážitek jako poselství od nejbližších do svého budoucího života a má logické důsledky na jeho prožívání a chování.

Již od 70. let 20. století se zabývali výzkumníci tím, zda osobnostní proměnné zastávají roli v projevech agrese (Čermák, Hřebíčková & Macek, 2003). I přes jejich značně nejisté výsledky se podařilo identifikovat několik osobnostních indikátorů agrese, které tak lze považovat za základ pro úvahy o osobnostní podmíněnosti agresivního chování (Čermák et al., 2003). Jedná se dle autorů (Čermák et al., 2003) o tyto osobnostní zdroje:

- *iritabilita a náchylnost k emocionálním reakcím* – jde o to, jakou má jedinec schopnost odolat frustraci a zvládnout excitaci a reakci v možných situacích ohrožení. Právě citová vzrušivost, impulzivita a nízká úroveň řízení citů intelektem bývá charakteristická u osob s mentálním postižením (Švarcová, 2000).

- *hostilní přemítání* – v této souvislosti se jedná o to, jakým způsobem jedinec přemítá o agresi, jako např. o odplatač po určité provokaci, nebo jak dokáže překonat negativní touhy po této odplatě. Dle Vágnerové (1999) je myšlení u osob s mentálním postižením charakteristické stereotypností a ulpíváním na určitém způsobu řešení. Hostilní přemítání o agresivitě tak může být u těchto osob značně neflexibilní a vnějšími vlivy těžce ovlivnitelné.

- *tolerance vůči násilí* – jedná se zde o postoj vůči agresivnímu chování. V souvislosti s mentálním postižením bývají u těchto osob jejich postoje často značně rigidní (Švarcová, 2000). Zde může hrát podstatnou roli snížená

schopnost sociálního porozumění u osob s mentálním postižením, z toho důvodu se může mnohdy zdát, že osoba s intelektovým handicapem toleruje násilí ve svém okolí. Ve skutečnosti se zde může jednat o nedostatečné pochopení významu násilné sociální interakce, které je svědkem.

- *strach z trestu a potřeba nápravy* – tyto indikátory jsou spojeny s pocity viny a odpovědnosti, jež jedinec prožívá a s tendencí napravit své činy. V této souvislosti lze tento indikátor spojovat s morálním vývojem. Švarcová (2000) upozorňuje na význam výchovného působení v oblasti morálního vývoje u osob s mentálním postižením. Autorka uvádí, že používání trestů ve výchově dětí s mentálním postižením je velmi málo efektivní, proto je třeba vždy zvážit účinnost použití takové metody (Švarcová, 2000). Je zde také nutno brát v úvahu hloubku postižení. Dá se s určitou pravděpodobností předpokládat, že míra výskytu strachu z trestu a zejména potřeba nápravy se bude snižovat v závislosti na hlubších stupních mentálních retardace.

V souvislosti s osobností nelze také opominout pojetí agrese jakožto motivace k prosazení či ochraně identity a sebeúcty jedince. V tomto kontextu se pak agrese stává prostředkem posílení vlastní hodnoty a může vycházet z některých z následujících motivů: sebepotvrzení, odplata, spravedlivé rozhořčení, opovržení, zajištění výhody posilující vlastní identitu, atribuce úmyslu (Čermák et al., 2003). Švarcová (2000) uvádí, že lze u osob s mentálním postižením sledovat nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“. Avšak dle autorky je třeba tyto znaky rozlišovat dle hloubky, rozsahu a rovnoměrnosti postižení psychických funkcí u jednotlivých osob. Z mého pohledu však tyto nedostatky v osobní identifikaci mohou pramenit právě z životní historie těchto jedinců, tak jak bylo výše uvedeno. Odmítání rodinou, umístění v ústavním zařízení, kde těžce prosazují vlastní hodnotu, stigmatizace společností, to vše nepodporuje zdravou sebeúctu u těchto jedinců. Tak jak hovoří Rogers (1999), pokud by se podařilo vytvořit takové neautoritativní a nehodnotící ústavní prostředí, ve kterém by bylo klientům umožněno svobodně projevit své požadavky či potřeby, byla by posílena jejich sebeúcta a vlastní hodnota. Opět zde tedy můžeme spíše spatřit paralelu

s výše zmíněným modelem agrese jakožto výsledkem životní zkušenosti jedince než chápání agrese jakožto trvalé osobnostní motivační dispozice. Švarcová (2000) sice uvádí nedostatky v osobní identifikaci u osob s mentálním postižením, avšak otázkou zůstává, nakolik prostředí, které tuto osobu obklopuje, vůbec umožňuje nějakou identifikaci získat. Mnozí klienti, se kterými pracuji a kteří docházejí do zaměstnání, se mi několikrát osobně svěřili, že se stydí za to, že pochází z ústavního prostředí a ve svém zaměstnání tuto skutečnost tají (odmítají přijmout roli „klienta ústavu“). Ti však mají alespoň šanci získat určitý společenský status díky své práci. Co však jedinci, kteří nemají kontakt s okolním prostředím a jejich jediným světem je právě ústavní prostředí? Tato skutečnost bývá opomíjena, přitom je značně důležitá pro zdravou sebeúctu klienta a není tak složité tento aspekt osobnosti v ústavních zařízeních posílit. Takovým příkladem pak může být naše organizace, kde jsem v roce 2000 založila Sdružení dobrovolných hasičů, ve kterém působí z 95 % klienti našeho i dalších zařízení. Při povodních v roce 2002 pak bylo možné spatřit obrovské nasazení, se kterým tito klienti v roli hasičů dobrovolně pomáhali občanům zasaženým touto přírodní katastrofou. Role se tak obrátily - klienti, kteří do té doby byli objekty pomáhajících aktivit (dobrovolníků, sponzorů, státu), se stali najednou subjekty, kteří pomáhají osobám „postiženým“ povodní. Jejich sebeúcta a pocit vlastní hodnoty tak byly posíleny a klienti získali společenský status, který je společností oceňován. Z těchto důvodů nelze jednoznačně říci, že osoby s mentálním postižením mají nedostatky v osobní identifikaci, spíše jde o to, zda jim společnost vůbec poskytne příležitost tuto vlastní identitu rozvinout.

3.4 Přidružené poruchy

Dle Čadilové (2007) riziko výskytu psychických poruch či onemocnění u osob s mentálním postižením je 3 – 4x vyšší než u populace bez postižení. Autorka uvádí, že mezi nejčastější typy poruch, které mohou podmiňovat problematické chování typu agrese či autoagrese, patří zejména poruchy

afektivní, schizofrenní, neurotické a stresem vyvolané poruchy, poruchy vyvolané požíváním alkoholu a poruchy osobnosti. Whitaker a Read (2006) na základě přehledové epidemiologické studie upozornili na to, že nelze zobecňovat vyšší výskyt psychických poruch u osob s mentálním postižením bez přihlídnutí k hloubce tohoto postižení. Dle jejich studie není prokázán vyšší výskyt psychiatrických poruch u dospělých osob s lehkou mentální retardací než u osob bez intelektového handicapu. Autoři dále také poukazují na metodologické chyby, které výzkumníci v této oblasti činí. Do celkové populace jsou např. zahrnuty také osoby s mentálním postižením, které nejsou identifikovány. Švédská studie (Gustafsson, 1997) vycházela z předpokladu, že vyšší výskyt psychiatrických poruch u osob s mentální retardací by měl dokázat vyšší počet hospitalizace těchto osob, což jejich výzkumná studie neprokázala. Zajímavým zjištěním pak je, že nejčastěji a nejdéle jsou hospitalizováni na psychiatrických klinikách osoby s lehkou mentální retardací, což autor vysvětluje jednodušší diagnostikou duševní poruchy u těchto osob než u osob s těžším stupněm postižení. Tyto výzkumy proto zpochybňují výše zmiňovanou prevalenci přidružených poruch u osob s mentálním postižením.

Z mé zkušenosti patří mezi nejčastější přidružené poruchy u osob s mentálním postižením především autismus, poruchy chování, poruchy hyperaktivity, demence. Z neurologických poruch se také často setkávám s epilepsií. Z toho důvodu se zde primárně zaměřím na zmíněné poruchy, jež mohou představovat zdroje agresivního chování. Poruchy způsobené požíváním alkoholu či schizofrenní poruchy zde vynechám, neboť tyto diagnózy většinou vylučují pobyt v ústavních zařízeních. Stresem vyvolanými poruchami jsem se již blížeji zabývala v předchozí subkapitole (3.1).

Výskyt mentální retardace u autistických dětí dosahuje téměř 75 % (Vágnerová, 1999; Caplan & Austin, 2000). S agresivním chováním se lze u těchto osob setkat z důvodů souvisejícími s potížemi, které diagnóza autismu přináší. V první řadě možnou příčinou vzniku agrese je snížená adaptabilita u osob s autismem, neboť změny v navyklém řádu a rutíně často tito lidé snášejí

s velkými obtížemi (Čadilová, 2007). V ústavním prostředí, kde jsou tito jedinci pohromadě s osobami bez autistické poruchy, jsou pak nuceni přizpůsobovat se neustálým změnám, které vyplývají z celkového chodu zařízení (např. společné výlety, zájezdy, změny v úpravě vnitřních interiérů budov, ale i změny osob – klientů i zaměstnanců). Vzhledem k tomu, že osoby s autismem mají narušenou schopnost komunikace, mohou dávat svou nelibost či nesouhlas na vědomí často pouze svým chováním, které může mít podobu agrese. Zde bych však rozlišila agresi instrumentální a emocionální. Vyloučila bych instrumentální agresi, neboť osoby s autismem odmítají sociální kontakt, o lidi nemívají zájem a ani nejsou schopné anticipovat důsledky svého jednání vzhledem k poruše kognitivních funkcí (Vágnerová, 1999). Lze tedy očekávat velmi malou pravděpodobnost výskytu agresivního chování, které by bylo instrumentální povahy.

Demence je velmi častým problémem u osob s mentálním postižením, jak uvádí Čadilová (2007). Zvýšené riziko Alzheimerovy choroby se vyskytuje zejména u lidí s Downovým syndromem. Autorka pak dále uvádí typické symptomy demence u lidí s MR, mezi které patří agitovanost (nesoustředěnost, neklid, vznětlivost), neschopnost přizpůsobit se běžným požadavkům, epizody afektivních výbuchů a agresivity. Souvislost mezi demencí u osob s Downovým syndromem a výskytem problémového chování potvrzuje výzkumná studie (Huxley, Van-Schaik & Witts, 2005), která srovnávala výskyt tohoto chování u skupin osob s Downovým syndromem s diagnózou demence či bez ní. Výsledky poukázaly na to, že skupina s diagnózou demence vykazuje četnější a závažnější formy problémového chování než skupina bez diagnózy demence.

Epilepsie je jednou z nejčastějších neurologických poruch u osob s mentální retardací (Caplan & Austin, 2000). Lze ji definovat jako poruchu postihující mozek, která se projevuje různými typy záchvatů a je doprovázena přechodnými poruchami vědomí (Čadilová, 2007). Dle autorky (Čadilová, 2007) se epilepsie v období mezi záchvaty může projevovat poruchami nálady (rozmrzelost, depresivita), chování (agresivita, ulpívavost), emotivity

(explozivita, emoční labilita). V souvislosti s epilepsií je nutné brát také v úvahu, zda daný jedinec požívá antiepileptika, která mohou mít někdy negativní vliv na emocionální a behaviorální funkce jedince, zejména pak u jedinců s poruchou autistického spektra (Gillberg & Peeters, 1998).

Poruchy chování jsou definovány dle MKN 10 jako opakující se a trvalý vzorec chování, při němž jsou porušována buď základní práva jiných, nebo závažnější společenské normy nebo pravidla přiměřená věku (MKN 10, 1996). Dle mých zkušeností se lze setkat u osob s mentálním postižením, jimž byla diagnostikována tato porucha, především s takovými jevy, jakým je lhaní, tělesná krutost jak k lidem tak i ke zvířatům, krádeže, odmítání a záměrné porušování pravidel. Je třeba však upozornit na to, že k diagnostice této poruchy u osob s mentálním postižením je nutné vždy přistupovat velmi obezřetně a vycházet z širších souvislostí, posoudit ostatní možné zdroje problémového chování a také přihlížet k hloubce postižení.

Další přidruženou poruchou, jež může být zdrojem agresivního chování, je hyperkinetická porucha, která se kromě hyperaktivity a poruchy pozornosti vyznačuje také zvýšenou impulzivitou (MKN 10, 1996). Impulzivita vyplývá z okamžitého vnitřního podnětu vycházejícího z potřeby, která je v daném okamžiku tak silná, že nestačí žádné zábrany formované předtím výchovou, jedná se o nedostatek inhibice. „U středních a těžkých forem mentálně postižených je nedostatek útlumu v chování ještě daleko nápadnější, takže dochází i k silným afektům vedoucím k agresivitě a event. k napadání druhých osob“ (Langer, 1995, str. 66).

3.5 Komunikace a agrese

„Agresivní chování má nejen svoji příčinu, ale také svůj účel“
(Sobek, 2007, str. 61).

V předchozích kapitolách jsem se zaměřila na zátěž a stresory vnějšího prostředí, přidružené poruchy a osobnostní předpoklady, které mohou podněcovat vznik agresivního chování osob s mentálním postižením v ústavních zařízeních. Je však třeba brát také v úvahu, že agrese může mít i

účel sdělení, kdy se jedinec pokouší prostřednictvím tohoto chování dosáhnout něčeho, čeho zdánlivě nemůže dosáhnout jinou cestou (Sobek, 2007).

Mezi důležité symptomy mentální retardace řadíme mimo jiné také sníženou komunikační schopnost v závislosti na hloubce a rozsahu postižení. U středně těžké mentální retardace je verbální projev chudý, agramatický, u těžké mentální retardace je jedinec schopen osvojit si jen několik špatně artikulovaných slovních výrazů a u hlubokého stupně pak takový jedinec artikulovanou řeč nezvládá (Vágnerová, 1999). Zde pak hraje důležitou roli kvalifikovanost personálu, který dokáže identifikovat a porozumět potřebám a prožívání takto postižených osob. Nedostatečné pochopení ze strany personálu pak může vést k agresivnímu chování ze strany klientů, kteří tak mohou dávat najevo svou nelibost či přání, neboť způsob chování je mnohdy pouze jediným prostředkem jejich komunikace s okolím. Kevan (2003) upozorňuje na tendenci personálu zaměřit svou pozornost pouze na pozorovatelné chování osob s mentálním postižením, tj. na expresivní složku komunikace, přičemž receptivní komunikace bývá často opomíjena. Autor zdůrazňuje nutnost věnovat pozornost receptivní komponentě z důvodu pochopení obsahu komunikace ze strany osob s mentálním postižením.

Do oblasti komunikace spadá i situace, kdy si jedinec s mentálním postižením v ústavním prostředí pomocí agresivního chování vynucuje pozornost. Jde o to, že mnohdy jedině agresivní chování klienta zaujme personál a přinutí ho k tomu, aby začal s daným jedincem komunikovat (třebaže v negativním kontextu). Jak trefně charakterizuje Matějček (2005, str. 187) v souvislosti s projevem citové deprivace ve formě sociální provokace: „Nemůže-li dostat pohlazení, tedy aspoň pohlavek!“. Klient tak může mít zkušenost, že pouze při agresivním chování se pozornost personálu soustřeďuje plně na něho a stává se na chvíli středem pozornosti. Tato situace je dle mé zkušenosti velice častá a je velmi úzce spojená s několika fakty. V první řadě představuje důsledek vyčerpání personálu z důvodu nedostatku pracovní síly na směně a tím související nechuti komunikovat s klienty, dokud

to nevyžaduje situace. Dále pak tato situace vyplývá z toho, že se personál věnuje především těm jedincům, jejichž komunikační schopnost není snížena a kteří si tak dokáží získat jeho pozornost na základě verbálního projevu. Postižení v oblasti řeči znemožňuje klientům vydobýt si takové podnětové prostředí, které by připoutalo pozornost zaměstnanců. Tací jedinci pak nemohou ostatním konkurovat a prosadit se běžnou formou chování (Matějček, 1981). Zajímavý příspěvek do tohoto tématu představuje longitudinální studie zahraničních autorů (Macleoad, Morrison, Swanston & Lindsay 2002), kteří sledovali důsledky přemístění čtyř osob se střední a těžkou mentální retardací z velkého ústavního zařízení do malého komunitního bydlení. Tyto důsledky byly sledovány v oblasti komunikace a problémového chování. Po jejich přemístění do komunitního bydlení bylo možné na jedné straně sledovat zvýšení komunikačních interakcí ze strany klientů (v důsledku snížení počtu osob), na druhé straně však také vzrůst výskytu problémového chování. Autoři to vysvětlují tím, že v předchozím zařízení trávili tito jedinci celé dny v nečinnosti, s nízkým počtem sociálních interakcí, proto se zde nevyskytovala taková četnost maladaptivního chování jako v novém prostředí, které umožňovalo plně vyjadřovat jejich přání a potřeby.

Na závěr bych chtěla upozornit na fakt, že v průběhu posledních 50 let je patrné dosažení vysokého věku u osob s mentální retardací oproti předchozí době, zejména pak u osob s Downovým syndromem, kde průměrný věk dožití byl dříve okolo 25 let, přičemž v současné době činí tento věk okolo 50. roku a výše (Fisher, 2004). Hartley a MacLean (2007) ve své studii zjistili pokles frekvence a závažnosti problémového chování s rostoucím věkem osob s mentálním postižením, což vysvětlují nižším stupněm energie, deteriorací fyzického zdraví, poklesem kognitivních funkcí a dalšími změnami spojenými se stárnutím.

4 Agrese personálu v institucích ústavní péče

Příčiny agrese v zařízeních ústavní péče jsou obvykle sledovány z hlediska agrese klientů těchto služeb. Wolfensberger (2007) však upozorňuje na to, že právě personál a systém poskytování služeb jsou odpovědní za většinu násilí, které se objevuje mezi klienty a pracovníky, dle jeho odhadu je to až 95 % ze všech případů. Problematika agrese ze strany personálu je o to závažnější, že nebývá tak nápadná. Agrese zaměstnanců může být více rafinovaná (spíše nepřímá než přímá forma agrese), může vyplývat z jejich nadřazené pozice (viz asymetrie vztahů mezi personálem a klientem), a také může být často širší společností mnohdy dokonce i uznávaná. Může se jednat kromě přímého fyzického útoku o zneužívání restriktivních pomůcek v případech, kdy jejich použití není třeba, a to nejen ve formě fyzických úchopů, ale také aplikací psychofarmak či nejrůznějších pomůcek k zabránění fyzického pohybu (kurtování, izolace, dříve používaná klecová lůžka). V extrémních případech pak může mít agrese ze strany personálu podobu zabránění uspokojování základních fyziologických potřeb klienta, jakým může být např. znemožnění přístupu k toaletám (např. při jeho zvýšené potřebě vyprazdňování považuje personál tuto potřebu za naschvál ze strany klienta), trestání klienta tím, že mu je odepráno jídlo či pití, bránění spánku s odůvodněním narušení režimu dne. V neposlední řadě může mít agrese personálu vůči klientům podobu verbálního zesměšňování, ponižování, zastrašování či odhánění.

Třebaže v současné době na jedné straně převažuje snaha zabránit zneužívání restriktivních opatření, na druhou stranu se pak v posledních 20 letech rozrůstá kultura tréninků se zaměřením na zvládnání agresivních klientů. Tyto tréninky pak obvykle obsahují nejrůznější techniky držení a fyzické restriktce (Wolfensberger, 2007). Tento trend je patrný i v České republice, což zřejmě souvisí s odstraněním klecových lůžek v zařízeních ústavní péče a se zpřísněním používání psychofarmak. Na základě toho je zde patrná značná preference používání fyzických úchopů jakožto restriktivního opatření, přesněji řečeno jako obrany proti útoku klienta. Jak k tomu trefně podotýká

Wolfensberger (2007), tyto tréninky personálu ve zvládnání násilí klienta sdělují jak klientům, tak celé společnosti, že klient je nebezpečný pro pracovníky, je „potenciální hrozbou, časovanou bombou, která může kdykoliv vybuchnout, proto potřebují pracovníci trénink k tomu, aby mu v tom zabránili“ (Wolfensberger, 2007, str. 283). Klienti se proti takovému nálepkování sami nemohou ze své pozice bránit, nemohou sdělit, že nejsou násilnými lidmi, tedy těmi, kterým zaměstnanci přisuzují roli násilníků a nebezpečných osob (Wolfensberger, 2007).

Agresivní jednání ze strany zaměstnanců zařízení je závažnější o to více, že jedinci s mentálním postižením nemají v zařízení příliš možností bránit se takovému jednání, třebaže jeden z hlavních standardů kvality sociálních služeb (MPSV, 2001) představuje povinnost těchto zařízení umožnit klientům podávat stížnosti. Takové stížnosti však posuzují kolegové zaměstnance, který násilné jednání činil, proto je pravděpodobné, že daná stížnost nebude dostatečně vyhodnocena s řádnými důsledky pro tohoto zaměstnance. Také zde může hrát roli strach klienta ze msty, neboť v případě zbavení způsobilosti k právním úkonům nemůže sám klient na základě vlastního rozhodnutí změnit sociální službu tak, jak je to běžné v případě nespokojenosti u jiných komerčních služeb. Díky tomu je klient nucen většinou setrvat v daném zařízení. Situace je o to horší, že je často opatrovníkem klienta zaměstnanec zařízení. Klient si také může myslet, že agresivní jednání zaměstnance bylo oprávněné a může sám prožívat pocity viny, že takové jednání u zaměstnance vyvolal (Wolfensberger, 2007). Z těchto důvodů je nezbytné ujasnit možné zdroje agrese, jež mohou být příčinou vzniku problematického chování ze strany zaměstnanců a tím poukázat na to, že agrese v zařízeních sociálních služeb není pouze hlavní doménou klientů.

4.1 Stres na pracovišti

V této části vycházím z kategorizace faktorů, podmiňujících prožívání stresu u zaměstnanců pracujících s osobami s mentálním postižením, vytvořené

autorem Hatton et al. (1999) pro účely vlastního výzkumu. Ačkoliv výzkum potvrdil pouze některé kategorie, které přímo souvisí se vznikem stresu, přesto i ostatní kategorie byly ve výzkumu ohodnoceny jako možné zdroje zátěžových situací. Dle mých zkušeností se jedná právě o tyto faktory, jež mají značný vliv na zvládnání zátěžových situací či vznik stresu. Vycházím zde primárně z frustrační hypotézy agrese, tak jak bylo výše definováno.

4.1.1 Charakteristiky zaměstnance

Mezi základní charakteristiky lze řadit sociodemografické údaje, jakými jsou např. věk, pohlaví, vzdělání. Patří sem však také faktory, které jsou individuální pro každého jedince a vychází z jeho osobnostní podstaty. Výzkumníci Rose, David a Jones (2003) ve svém výzkumu zjišťovali determinanty stresu u zaměstnanců pracujících s osobami s mentálním postižením v zařízení ústavního typu, přičemž se autoři zaměřili nejenom na organizační podmínky, ale také na osobnostní faktory těchto zaměstnanců. Nejvýznamnější zjištění této studie představovala souvislost mezi osobností (resp. mírou neuroticismu), osobním stylem zvládnání (pozitivní myšlení) a stresem. Výsledně lze tedy tento vztah vyjádřit tím, že čím více se vyskytuje u jedince míra neuroticismu, tím klesá stupeň pozitivního myšlení a tím je zřejmá vyšší pravděpodobnost vzniku stresu (a s tím možný vznik agrese jakožto reakce na stres). Mezi osobnostními faktory determinujícími agresi nelze opominout indikátory, které byly již popsány v kapitole Osobnost a agrese (kap. 3.3).

K těmto zjištěním bych dodala, že jsem se osobně v žádném ze zařízení ústavní péče nesetkala s tím, že by při přijímání nového zaměstnance byly odborně zjišťovány osobnostní předpoklady pro práci s klienty. Jediné, co zaměstnavatelé po novém pracovníkovi vyžadují, je výpis z trestního rejstříku, což ukládá legislativa. Tuto skutečnost vnímám negativně, neboť mnohdy by mohl zaměstnavatel předejít nepříjemným zkušenostem. Přestože je zaměstnanec, který projevuje násilnické sklony, propuštěn, může být pro klienta náročné vypořádat se se zkušeností násilného chování ze strany

zaměstnanec. Záleží pak na postojích ostatních zaměstnanců, zda se proti takovému jednání kolegy dokážou vymezit, distancovat a opětovně dokáží získat si důvěru klienta, který se stal obětí násilí ze strany zaměstnance.

4.1.2 Charakteristiky klientů

Je nesporné, že mezi faktory, jež podněcují vznik zátěžových situací v zařízeních ústavní péče, patří charakteristiky klientů těchto služeb. V první řadě mohou zátěžové situace vyplývat ze samotné diagnózy mentální retardace klientů, která je charakteristická sníženou schopností učit se. Hlavním cílem činnosti pracovníků v přímé péči je rozvoj klientů a v tomto rozvoji poskytování podpory. Avšak snížené rozumové schopnosti klientů způsobují velmi pomalý rozvoj či dokonce postupné zhoršování jejich schopností a dovedností vlivem stárnutí. Tato skutečnost může vést obecně k frustraci u zaměstnanců v přímé péči z důvodu nenaplnění jejich očekávání, event. k syndromu vyhoření (Beck & Gargiulo, 1983).

Další charakteristikou může být frekvence a četnost problémového chování ze strany klientů, které může působit zátěžově pro zaměstnance, což dokazují i některé výzkumy. Např. Male (2003) ve svém výzkumu zjišťoval ty aspekty problémového chování, které učitelé osob s mentálním postižením považují za nejvíce stresující, dále pak se zaměřil na to, jak tento stres učitelé prožívají. Výsledky poukázaly na to, že jsou učitelé nejvíce stresováni agresí vůči druhým osobám a sebepoškozováním. Učitelé poukázali na své prožívání, nejčastěji citovanou emocí byla frustrace, hněv, rozčilení a smutek.

4.1.3 Pracovní podmínky

Dlouhodobým obecným problémem v sociálních službách je nedostatek finančních prostředků a z něj vyplývající nedostatečné množství personálu v přímé péči. Běžnou normou v zařízeních ústavní péče se pak stává využití jednoho pracovníka na 15 klientů. Tato skutečnost je závažnější o to více, čím hlubší postižení se u klientů vyskytuje (z důvodu snížené schopnosti péče o vlastní osobu). Náročnost práce po stránce fyzické a psychické představuje

takovou zátěž, která při nedostatečném odpočinku může vést k dlouhodobému stresu či syndromu vyhoření. Úkolem zaměstnavatelů v těchto zařízeních je proto přizpůsobit pracovní dobu tak, aby poskytli co největší možnou míru osobního volna pracovníkům mezi jednotlivými směnami. Nejúčinnějším způsobem se pak zdá být zrušení 12ti hodinových směn a zavedení osmihodinové pracovní doby. Avšak dle mých zkušeností je vzhledem k nedostatečnému počtu zaměstnanců taková úprava pracovní doby za současných podmínek dosti náročná. Mnohdy se samotní zaměstnanci brání takové úpravě z důvodu z ní vyplývající povinnosti docházet do zaměstnání každý den oproti současným občasným směnám. Osobně se však musím přiznat, že psychická únava a podrážděnost, která přichází po 8 hodinách, je neúprosná. Po této době nastává často nechut' komunikovat a snaha vyhybat se klientům.

4.1.4 Sociální podpora

Psychická zátěž, která je charakteristická při práci s osobami s mentálním postižením, vyžaduje sociální podporu (ve formě praktické či emocionální), ať již ze strany kolegů, nadřízených, managementu či externího supervizora. Bohužel, dle mých zkušeností nedostatek finančních prostředků nebo nezáměr samotných zaměstnavatelů často vede k neexistenci supervize. Ta by přitom mohla značně pomoci pracovníkovi k obnovení duševní pohody díky tomu, že může řešit s nezávislou osobou problémy, které se vyskytly v závislosti na výkonu jeho pracovní činnosti (ať již v týmu či v problémové situaci s konkrétním klientem). Pokud se možnost supervize na pracovišti nenabízí, pracovník je nucen zvládat pracovní problémy vlastními silami. Hrozí zde pak prožívání negativních pocitů, které mohou vyústit v agresivní jednání vůči klientovi. Bell a Colin (2002) ve své studii poukázali na to, že míra spokojenosti personálu při jejich práci s osobami s mentálním postižením byla považována za vysokou, pokud cítili praktickou podporu ze strany kolegů. Pokud cítili nízkou spokojenost, vnímali zaměstnanci potřebu obdržet podporu ze strany managementu.

4.1.5 Kariérní a profesní rozvoj

Zařízení ústavní péče mají ve většině případů pevně stanovenou organizační strukturu. Pro každou pracovní pozici je tak stanoveno požadované vzdělání dle katalogu prací. V této oblasti pak mohou vznikat faktory nespokojenosti, vyplývající z nedostatku možnosti kariérního posunu a nedostatku dalšího vzdělávání a rozvoje dovedností. Kariérní rozvoj je úzce spjat s dosaženým vzděláním. Možnost zvyšování vzdělání pak záleží na vedení organizace, zda je otevřené k doplnění vzdělání u svých zaměstnanců. Pracovník, který chce zvýšit své vzdělání, tak mnohdy není podporován ze strany zaměstnavatele, není mu umožněno např. pracovní volno na studium. Z toho důvodu je tento pracovník nucen čerpat na své studium dovolenou na zotavenou či zameškané hodiny napracovávat. Nezáměr zaměstnavatele a neocenění snahy zaměstnance rozšířit své vzdělání pak může působit stresově, neboť tato snaha se pracovníkovi může zdát bezcílná. Výsledkem pak není kariérní posun, ale naopak odchod pracovníka do jiného zařízení na vyšší pracovní pozici.

Také se lze mnohdy dle svých zkušeností setkat s tím, že jedinec, který má vyšší vzdělání, přijme pracovní pozici, která je pod úroveň jeho kvalifikace. Důvodem bývá především nedostatek pracovních příležitostí v dané oblasti (např. u speciálních pedagogů). Tyto osoby pak přijmou práci, která neodpovídá jejich vzdělání. Přesto tuto situaci zpočátku přijímají s radostí, že mohou pracovat alespoň v oboru. Časem se však může dostavit frustrace, neboť se cítí nedocenení a plně nevyužití na pracovišti.

4.1.6 Role v rámci organizace

K negativnímu prožívání zaměstnanců může docházet také v případě nejednoznačnosti jejich role, tj. pokud jim není jasné, co práce obnáší či co je od nich očekáváno. Pokud nemá zaměstnanec vymezeny pracovní kompetence, může se pak stát, že např. zasahuje do činnosti dalším pracovníkům nebo nedostatečně vykonává práce, které jsou od něj očekávány, čímž může vyvolávat interpersonální neshody.

Dalším faktorem, který podporuje vznik stresujícího prožívání u zaměstnance, může být tzv. konflikt rolí. Tato situace je příznačná v současné době zejména u role související s pracovní pozicí sociálního pracovníka na základě nových trendů sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením. Concannon (2006) upozorňuje, že role sociálního pracovníka se stává více administrativní, zaměřená na finanční prostředky, psaní metodik, předpisů. V důsledku toho klesá přímý kontakt s klientem. Význam sociální práce jakožto pomáhající profese se tak odsouvá, přičemž sociální pracovník tuto skutečnost může vnímat jako frustrující, neboť se zde střetává role sociálního pracovníka jakožto pomáhající profese a byrokratická role vyžadovaná na pracovišti. Přímý kontakt s klientem pak přejímá personál, který je často nekvalifikovaný v oboru (Concannon, 2006).

Nevyjasněné role se mohou vyskytovat nejen mezi pracovními pozicemi (např. ošetřovatel x pečovatel), ale také mezi pracovníkem a klientem např. v oblasti rozhodovacích pravomocí. Ztráta práva činit rozhodnutí v závislosti přesunu kompetencí ze strany zaměstnance na stranu klienta může být pracovníkem vnímáno jako narušení osobního prostoru a vést k osobní nepohodě (Sandvide, Astrom, Norberg & Saveman, 2004).

4.1.7 Organizační kultura

Organizační kulturu lze definovat jako „soustavu hodnot, norem, přesvědčení, postojů a domněnek, která asi sice nebyla nikde výslovně zformulována, ale formuje způsob chování a jednání lidí a způsoby vykonávání práce“ (Armstrong, 2002, str. 199). V souvislosti s tímto tématem se pak jedná o postoje celé organizace k páčání násilí. Pokud je v organizaci chápáno násilí ze strany zaměstnanců jako běžný postup k donucení klienta konat činnosti, které režim dne vyžaduje, pak se násilné chování stává součástí organizační kultury. Akceptace násilí v práci může být chápána jako přirozený důsledek činnosti personálu, protože násilí vnímá jako nevyhnutelné a jako součást své každodenní práce, neboť musí plnit své povinnosti za každou cenu (Sandvide

et al., 2004). Pokud nastoupí nový pracovník do zařízení, přijímá normy organizace a může tak respektovat násilí jako běžnou součást své práce.

4.1.8 Propojení požadavků práce a domova

Protikladné požadavky mezi prací a domovem mohou být spojovány s prožíváním vysoké míry stresu (Hatton et al., 1999). Může se např. jednat o situace, kdy pracovnice v přímé péči je samoživitelkou starající se o malé dítě a přitom je zařazena do dvanáctihodinového směnného provozu. Jedná se o konflikt zájmů (Křivohlavý, 2002), který může vyvolávat u pracovnice negativní emoce, neboť na jedné straně je v jejím zájmu mj. zajistit finanční prostředky pro rodinu, na druhé straně se tento zájem střetává s tím, že nedokáže díky 12ti hodinovým směnám zajistit běžný chod domácnosti a péči o své dítě.

4.2 Moc a její význam v ústavním prostředí

„Svobodu chování můžeme potlačit různými druhy moci, nelze ji však odstranit či zcela zničit“.
(Rogers, 1999, str. 144)

V předchozím textu jsem se již krátce zmínila o prezentování moci ze strany zaměstnanců v zařízeních ústavní péče v souvislosti s nošením uniformního oblečení, přestože toto jejich pracovní činnost nevyžaduje. V této kapitole se blíže zaměřím na mocenské chování personálu, které se v zařízeních ústavní péče může vyskytovat.

Jedním z východisek podporující moc v sociální práci je domněnka, že personál musí často jednat proti vůli klienta, který není vždy schopen rozeznat, co je pro něj dobré (Guggenbühl-Craig, 2007). Tento přístup personálu vychází z předpokladu, že jedinec s těžším stupněm postižení má sníženou schopnost úsudku a myšlení. Už se však na druhou stranu zapomíná na to, že i osoba s těžším stupněm postižení dokáže vyjadřovat svou libost či nelibost. V této souvislosti ne vždy, co posuzuje personál za dobré pro klienta, je samotným klientem vnímáno jako dobré a žádané. Rogers (1999) upozorňuje na to, že politika moci a kontroly může být devastující i tehdy,

když ji vykonávají lidé, kteří se jen snaží chránit a starat se o druhé, o bezmocné. Právě princip činění rozhodnutí za osoby s mentálním postižením v jejich „nejlepším zájmu“ může vést nejen ke zneužívání medikace, ale také k rozhodování tom, kde jedinec bude žít či jakým způsobem bude trávit svůj každodenní čas svého života (Crichton, 1998). Tím zaměstnanci přebírají faktickou moc nad jejich životy. Je třeba si v této souvislosti uvědomit, že osoba, která je zbavena způsobilosti k právním úkonům, není zbavena svých práv a svobod. Opatrovník, jež tuto osobu zastupuje, má právo rozhodovat za ni pouze v právních oblastech, proto nelze vnímat osobu s mentálním postižením jako jedince, který nemá právo rozhodovat o běžných záležitostech svého každodenního života. Tento fakt je dle mých zkušeností velmi často v zařízeních ústavní péče opomíjen. Z toho pak vyplývá situace, že chybná interpretace zbavení způsobilosti k právním úkonům jakožto „nesvéprávnost – tzn. bez svých práv“ dává personálu pocit moci nad rozhodováním o lidech užívajících tyto služby. Tento pocit moci je pak zdůvodňován objektivně a morálně správným uznáním dané organizace či celé společnosti (Guggenbühl-Craig, 2007). V rámci této uznané moci pak personál může používat donucovací prostředky, které mohou mít formu násilného jednání.

Důsledkem tohoto přístupu zaměstnanců ke klientům pak může být vysoká míra závislosti klientů na instituci. Namísto toho, aby zařízení připravovalo klienty na život „za zdi“ a podporovalo jejich svobodné rozhodování, diktuje klientům jak žít. Nyní, kdy zákon upravuje individuální přístup a jednotlivá zařízení náhle začínají umísťovat klienty mimo zařízení, se dle mých zkušeností naráží na to, že klienti jsou stresováni z toho, že mají žít podle svého a samostatně se starat o svůj život. Problém však nevidím v tom, že klienti nejsou schopni žít sami a rozhodovat o svém životě, a proto se mnohdy na vlastní přání vracejí zpět do zařízení, ale v tom, že jim samotná instituce již dříve neumožnila samostatné rozhodování a jednání. Místo toho v nich vybuďovala závislost na institucionální péči.

Goffman (1991) upozorňuje na tzv. medicínský model v přístupu ke klientům. Zaměstnanci nejen nemocnic, ale také ústavních zařízení, vystupují

v rámci tohoto modelu jako experti, tzn. nositelé moci. Autor hovoří o tzv. ideologii instituce, jejímž účelem je podpořit tento model ve styku s veřejností. Dle autora k získání podpory veřejnosti tato zařízení využívají nejrůznější prostředky, např. uveřejnění kazuistik „nejtěžších případů“ v médiích, čímž ospravedlňují před veřejností své chování vůči klientům. Svě zacházení s klienty pak zabalují do odborných termínů, např. pracovní bezplatné zneužívání klientů označují za pracovní terapii, izolace a tlumení léky jako restriktivní opatření apod. Pro tuto ideologii jsou charakteristické způsoby, jakými personál definuje a popisuje své klienty. Používání slangových označení klientů jako „mentál“, „ležák“, „epileptik“ apod. udržuje jejich nadřazené postavení. Klíčovým způsobem uvažování personálu o klientech pak bývá, že kdyby nebyl klient neschopný, pak by nebyl umístěn v tomto zařízení (Goffman, 1991). Medicínský model je také podporován ve všeobecné veřejnosti tím, že ve většině zařízení pro osoby s mentálním postižením pracují zdravotní sestry. Ty pak mohou přispívat ke stigmatu osob s mentálním postižením, a to z důvodu významů, které se pojí s touto profesí jakožto ošetřování „nemocných“ (Mitchell, 2000).

Na moc jakožto zdůvodnění příčiny antisociálního chování upozornil Zimbardo (2005) svým stanfordským experimentem simulovaného vězení. Autor poukazuje na to, že pokud chceme porozumět antisociálnímu chování jedinců v institucích, je nutné přisuzovat situačním proměnným větší význam než dispozičním (Zimbardo, 2005). Dle Zimbarda se na vzniku záporných procesů (násilnického chování vůči druhým), které autor zkoumal, podílí především vliv rolí a pravidel, přítomnost druhých osob, vliv vznikajících skupinových norem a skupinové identity, používání uniformního oblečení, sociální modelování, přítomnost autority, vliv symbolů moci a stereotypových obrazů a nálepek (Zimbardo, 2005). Není těžké si všechny tyto faktory představit i v zařízeních ústavní péče, dle mých zkušeností se lze s mnohými z nich v zařízeních setkat. Je zde zřejmá souvislost také s organizační kulturou (viz výše).

5 Atribuce příčin agresivního chování

Ve výše uvedených kapitolách byly nastíněny možné zdroje agresivního chování u zaměstnanců a klientů v institucích ústavní péče. V této části práce se zaměřím na to, jak personál zařízení vnímá agresi ze strany klientů s důrazem na atribuci příčin tohoto chování a na faktory, které způsoby atribuce determinují. Personál zařízení, který je vystaven agresivnímu chování osoby s mentálním postižením, toto chování subjektivně vysvětluje, přisuzuje mu určité příčiny a dle tohoto úsudku o příčinách na něj určitým způsobem reaguje (emocionálně i behaviorálně). Právě na tento proces se následující kapitoly zaměřují.

Nejprve bych zde však upozornila na to, že ve většině výzkumů vycházejí autoři z agrese jakožto existujícího fenoménu ve výzkumných situacích. Avšak mnohdy pracovníci mohou hodnotit chování osoby s mentálním postižením jakožto agresivní, avšak ve skutečnosti toto chování agresivní není, záleží tedy na subjektivním zhodnocení chování samotným pracovníkem. Jak uvádí Matoušek (1995, str. 121): „Profesionál konfrontovaný se stále stejným typem emoční zátěže se stává stále citlivějším na chování klientů, z něhož by třeba jen mohly vyplynout nežádoucí důsledky“. Může se pak následně stát, že se z objektivního hlediska nemusí jednat o agresivní chování, ale ze subjektivního pohledu zaměstnance se již jedná o agresi.

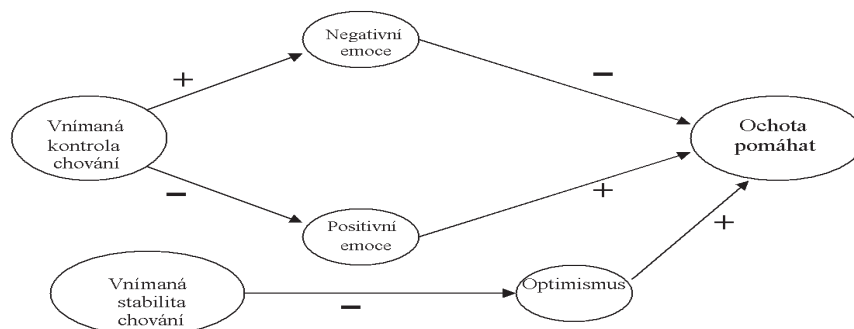
Atribuční teorie se zabývají především vnímáním kauzality a důsledky tohoto vnímání, přičemž se jedná o subjektivní výklad jedince (Výrost & Slaměnik, 1997). Heider (1967) popsal základní 3 typy kauzálních faktorů, které při usuzování o příčinách používají jedinci. Jedná se o stabilitu, kontrolu a o lokalizaci příčiny. V případě stability se jedná o to, že jedinec přisuzuje příčinu stabilním faktorům, např. že se druhý jedinec takto chová vždy, oproti tomu, že jde v daném případě pouze o přechodné chování a nemusí se již v budoucnu vyskytovat. U faktoru kontroly jde o vnímání příčiny chování druhého člověka jako kontrolovatelné či nekontrolovatelné, a to podle úvahy o

tom, zda má tato osoba příčinu pod kontrolou a může ji tak sama vlastní vůlí ovlivnit. Lokalizace příčiny pak poukazuje na umístění zdroje tohoto chování, zde se rozlišují situační (vnější) a dispoziční (vnitřní) faktory. Weiner (1986) pak poukázal na možnosti kombinace těchto tří faktorů. Podle něj mohou být vysvětlovány např. dispoziční faktory jednak jako stabilní (např. agresivní tendence) nebo jako nestabilní (např. momentální špatná nálada). Taktéž lze kombinovat ostatní faktory. Z Heiderovy atribuční teorie pak později byly rozpracovány další koncepty, které se zabývaly důsledky různých způsobů atribuce na chování jedinců.

5.1 Důsledky atribuce na chování personálu

Důsledky způsobu atribuce agresivního chování v zařízeních ústavní péče na behaviorální reakci personálu se zabýval Weiner (1986), který rozpracoval a doplnil Heiderův atribuční model o vliv atribuce na ochotu pomáhat. Ve svém modelu se Weiner zaměřil na faktory vnímané kontroly a stability příčiny chování (viz obrázek č. 1). Tento model může pomoci pochopit emocionální odpovědi personálu na agresivní chování klientů a v důsledku toho jejich výslednou povinnost či nedostatek konané povinnosti (pomáhání) v jejich práci s klienty.

Obrázek č. 1 Weinerův atribuční model pomoci



Weiner (1986) ve svém modelu předpokládá, že pokud personál atribuuje příčinu klientova chování jako kontrolovatelnou, pak bude personál prožívat vůči němu negativní emoce, jako je např. hněv a zlost, což povede

k neochotě mu pomoci. A naopak, pokud bude personál vnímat příčinu jeho chování jako mimo jeho kontrolu, u personálu vyvolá tato atribuce pozitivní emoce (např. sympatii a účast) a zvýší se tím pravděpodobnost pomoci. Dle tohoto modelu je pak míra optimismu založena na vnímané stabilitě příčiny. Pokud má tedy personál zkušenost s předchozími epizodami agresivního chování klientů, atribuuje toto chování jako stabilní příčinu. Model pak předpokládá, že personál sníží svůj optimismus pro další úspěch v potlačení tohoto chování a tím i ochotu pomáhat těmto klientům. Naopak, pokud je příčina chápána jako nestabilní (chování se vyskytuje velmi zřídka), personál je optimistický při řešení tohoto chování a tím zvyšuje svou ochotu pomáhat (Weiner, 1986).

Na ověřování tohoto modelu bylo provedeno několik zahraničních studií, např. Jahoda a Wanless (2005) se ve své studii zaměřili na kauzální atribuci agresivního chování u osob s lehkou a středně těžkou mentální retardací. Účelem této studie bylo podpořit předpoklad, že způsob atribuce příčiny agrese klientů hraje roli ve způsobu reakce personálu na agresivní jedince. Výzkum byl proveden na základě rozhovorů s 36 zaměstnanci, kteří dlouhodobě pracují s jedinci s četnými projevy agresivního chování, tito zaměstnanci byli dotazováni na incidenty agrese, se kterou se setkali. Přibližně polovina zaměstnanců věřila, že agrese klientů byla mířena na ně osobně. V průběhu vyprávění většina zaměstnanců popisovala své klienty v negativních termínech a přiznala se, že jejich prvním impulzem bylo konfrontovat se s klientem. Nejčastěji uvedeným způsobem takové konfrontace bylo napadení klienta, verbální agrese, fyzická agrese, přičemž své rozhodnutí neučinit takové chování vůči klientům zaměstnanci odůvodňovali svou profesionální rolí, mentálním postižením klienta, znalostí chování klienta, strachem z trestu. Pouze 2 odpovědi se týkaly důvodu respektu klienta. Zajímavým zjištěním pak bylo, že i přes negativní emoce zaměstnanců vůči klientům byly atribuovány externí příčiny. Autoři poukazují na potřebu doplnit Weinerův model o externí a interní aspekty atribuce. Stanley a Standen (2000) pak Weinerův model ověřovali na základě rozlišení

problémového chování, které může nabývat podoby agrese vůči druhým nebo vůči sobě (sebepoškozování). Autoři zjistili, že rozlišení těchto podob má vliv na atribuční dimenze. Sebepoškozování bylo vnímané jako méně kontrolovatelné. Z toho byly odvozeny pozitivní emoce a větší ochota pomoci. U agrese vůči druhým tak bylo naopak, což podpořilo Weinerův model.

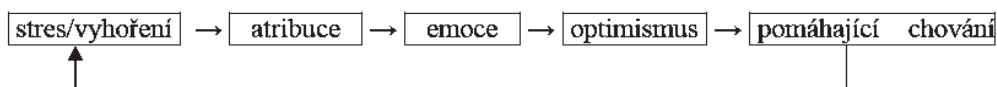
Willner a Smith (2007) provedli analýzu literatury a výzkumů, které se zabývali Weinerovým modelem a výzkumnými výsledky. Autoři zjistili, že je literatura v tomto ohledu nejednotná a neposkytuje jednoznačnou podporu pro tuto teorii. Dle autorů je však možné, že rozdílné výsledky ve výzkumech mohou vycházet z metodologických odlišností či dokonce chyb.

5.2 Vlivy determinující atribuci agrese

V předchozí kapitole jsem se zabývala následky v oblasti chování personálu vůči klientům na základě různorodého způsobu atribuce příčin jejich agresivního chování. Zde se zaměřím na faktory, které hrají roli při usuzování o příčině agresivního chování druhých osob.

Autoři Rose a Rose (2005) využili Weinerův model k tomu, aby posoudili vliv stresu a syndromu vyhoření na způsoby atribuce personálu agresivního chování osob s mentálním postižením. Weinerův model byl později upraven na vztahy uvedené níže a v tomto byly ve výzkumu ověřovány:

Obrázek č. 2 Model atribučního procesu



Výsledky podpořily vztah mezi atribucí a emocí. Ačkoliv zaměstnanci (zkoumané osoby) vykazali vysokou míru stresu a střední míru vyhoření, nebyla zjištěna souvislost stresu a vyhoření s atribucí a emocemi. Nebyl tedy podán důkaz pro tvrzení, že stres hraje primární roli ve vlivu na chování personálu jakožto reakce na agresivní chování klientů.

Usuzování o stabilitě či nestabilitě příčiny a dalších typech kauzálních faktorů vychází také většinou z toho, jakou má pracovník zkušenost s danou

osobou, která se chová agresivně (frekvence chování, intenzita apod.), či jaké má o těchto osobách předem získané informace (tzv. utváření prvního dojmu). Avšak nejen zkušenosti s chováním druhé osoby mohou mít vliv na způsob atribuce. Mohou zde hrát roli i charakteristiky klienta tak, jak dokazují další výzkumy. Výzkum v této oblasti představuje studie autorů Whitehouse, Chamberlain a Tunna (2000), kteří zjišťovali u zaměstnanců vliv rozpoznání demence u osob s mentálním postižením na způsob atribuce agrese a na jejich reakce na toto chování. Výzkumu se zúčastnili zaměstnanci zařízení pro osoby s mentálním postižením, kteří si přečetli 4 příběhy, ve kterých byly popsány hypotetické změny v chování u osob s mentálním postižením, a následně uváděli možné příčiny chování, přičemž u příběhů byl uveden také věk těchto klientů. Zaměstnanci atribuovali u osob nad 65 let příčiny stabilní a mimo kontrolu, neboť si zaměstnanci tyto starší osoby spojovali s pravděpodobnou demencí.

Leggett a Silvester (2003) se ve svém výzkumu zabývali vztahem mezi genderem pacienta v psychiatrické léčebně a atribučním modelem pomáhajícího chování. Autoři zjistili, že gender pacienta hraje roli při rozhodování o příčině násilného chování a zejména pak při způsobu reakcí (použití restriktivních opatření) personálu. Např. používání izolace bylo spojováno s faktorem kontroly pacienta, přičemž ženy byly více izolovány než muži. Naopak medikace byla spojena s faktorem nekontrolovatelnosti a směřovala většinou k mužům. Výzkum byl prováděn na základě rozhovorů s personálem ihned po skončení incidentu.

Autoři Hastings a Brown (2002) se zaměřili ve své studii na faktory, které souvisí s emocionálními reakcemi zaměstnanců na problémové chování klientů s mentálním postižením. Mezi tyto faktory výzkumníci zařadili demografické faktory, přesvědčení o příčinách chování, znalosti o chování (vycházející ze zkušeností, tréninků) a self-efficacy. Výsledky poukázaly na to, že na náchylnost k prožitku negativních emocionálních reakcí u zaměstnance má vliv způsob jeho atribuce problémového chování, nízké self-efficacy zaměstnance a jeho nízká znalost chování. Zajímavým poznatkem

bylo zjištění, že zaměstnanci s formálním vzděláním vykazovali více negativních emocionálních reakcí (úzkost, deprese) než nekvalifikovaní zaměstnanci. To lze vysvětlit možnou vyšší profesionální odpovědností za klienty. Bandura (1997) popsal self-efficacy jako přesvědčení o své schopnosti úspěšně uspokojit v budoucnu situační požadavky v daném kontextu. Je to primární konstrukt, který determinuje chování a je spojen s aktivním výběrem. Pro lepší srozumitelnost textu budu nadále používat termín self-efficacy, neboť český ekvivalent „očekávání vlastní úspěšnosti“ nepovažuji za příliš zjednodušující. Self-efficacy jakožto determinující prvek atribuce a reaktivního chování byl potvrzen dalšími výzkumy (Shields, Brawley & Lindover, 2006). Lze tedy říci, že do atribučního procesu vstupuje u zaměstnance prvek očekávání vlastní úspěšnosti (na základě posouzení příčiny chování a vlastní zkušenosti) a tento prvek se odráží v následné reakci (ať již emocionální či behaviorální) zaměstnance. Úspěšnost pak lze v této oblasti chápat v kontextu zvládnutí agresivního chování klienta. Zaměstnanec s nízkou mírou self-efficacy tak bude spíše prožívat negativní emoce v situaci agresivního jednání, neboť neočekává, že by dokázal úspěšně zvládnout danou situaci. Tuto situaci pak bude vnímat jako neměnnou, nemožnou změnit vlastními silami. Lze tedy předpokládat, že jedinec s nízkou mírou self-efficacy bude příčiny chování považovat za stabilní, dispoziční, nemožné ovlivnit.

V souvislosti s těmito poznatky pro následující výzkum formuluji výzkumnou otázku:

Existuje souvislost mezi jednotlivými faktory atribuce agrese a mírou self-efficacy personálu?

Dalším z faktorů, který byl mimo jiné zkoumán v kontextu atribucí příčiny chování, byla plachost jakožto osobnostní rys (Alm, 2007). Autor vycházel z předpokladu, že plaší lidé jsou si vědomi svých nedostatků v sociálních dovednostech, což je v sociálních situacích může nabudit a tento úzkostně inhibiční cyklus může mít vliv na jejich způsob atribučování. Alm (2007) svým výzkumem poukázal na to, že se zvyšující mírou plachosti (na

základě jejich sebehodnocení) se u těchto osob vyskytovala stoupající tendence atribuovat své emocionální reakce na základě stabilních a interních (dispozičních) příčin.

5.3 Základní atribuční chyba

Základní atribuční chybou se dle Rosse rozumí nadsazování důležitosti dispozičních (osobnostních) faktorů nad situačními při vysvětlování příčin chování druhého jedince (cit. dle Výrost & Slaměník, 1997). Jde pak o to, že v situacích, kdy jedinec usuzuje o příčinách agrese druhého člověka, může přikládat těmto příčinám spíše jeho dispoziční zdroje (osobnost, biologická podmíněnost či porucha) než situační faktory (podmínky prostředí, kontext situace apod.), jedná se tedy o odlišnou lokalizaci příčiny dle Heiderových typů kauzálních faktorů. V souvislosti s tématem této práce se pak základní atribuční chyba může odrážet při interpretaci příčin agrese klientů, tzn. lze předpokládat, že zaměstnanci budou považovat příčiny tohoto chování za stabilní, ovlivnitelné (úmyslné) a dispoziční. Naopak vlastní agresi vůči klientům by měli dle tohoto předpokladu přisuzovat příčinám situačním, nestabilním a mimo kontrolu (neovlivnitelným). Právě základní atribuční chyba může hrát významnou roli z pohledu možnosti šance na budoucí změnu chování klientů, neboť brzdí zaměstnance podívat se na toto chování v rámci širokého životního kontextu klienta, v rámci jeho životní historie a současného života a uvědomit si svůj vlastní podíl na tomto chování.

Jahoda, Pert a Trower (2006) ve svém výzkumu zkoumali, zda existuje souvislost mezi atribuční chybou a vnímání ohrožení sebe sama. V tomto výzkumu bylo přečteno 32 osobám s mentálním postižením 10 příběhů doprovázených fotografiemi. Tři příběhy obsahovaly provokativní scény (vyvolávající agresi), čtyři tyto příběhy obsahovaly scény neurčitého významu a tři příběhy měly pozitivní náboj. Výzkum se zaměřil na první tři příběhy s tím, že zkoumané osoby rozdělili výzkumníci na agresivní a neagresivní skupinu dle hodnocení personálu. Autoři poukazují na to, že je rozdíl v atribucích, pokud předložíme příběhy agresivním či neagresivním jedincům

a zda si mají představovat sebe v dané situaci či nikoliv. Pokud si v tomto příběhu měli probandi představovat sebe, byla zjištěna atribuční chyba, pokud se probandi neztotožnili se situací, pak se tato chyba neprojevila.

V této souvislosti mne pro následující výzkum zajímá, zda se vyskytuje atribuční chyba i v případě, že jsou zaměstnanci vystaveni agresivnímu chování, které směřuje od jejich kolegy vůči klientovi. Pokud bychom měli vycházet ze základní atribuční chyby, zaměstnanec, který sleduje svého kolegu s agresivním chováním, by měl přisuzovat kolegovi spíše dispoziční příčiny. Avšak dle výše uvedených zjištění zde vstupuje také faktor identifikace s agresorem, tj. fakt, že je kolega také zaměstnanec. To může vést dle mých předpokladů k tomu, že atribuce příčiny tohoto chování bude mít situační charakter vysvětlení. Zaměstnanci v zařízeních ústavní péče, u nichž je vysoce pravděpodobné, že v minulosti použili vůči klientovi násilí, se tak spíše identifikují do role agresivního zaměstnance než do role agresivního klienta a podle toho přizpůsobí způsob atribuce.

Na základě těchto skutečností v souvislosti se základní atribuční chybou formulují další výzkumnou otázku:

Existuje rozdíl mezi atribučním faktorem lokalizace v závislosti na tom, kdo je považován za iniciátora agrese?

6 Cíl výzkumu, výzkumné otázky

Na základě teoretických východisek o zdrojích agrese v ústavním prostředí lze konstatovat, že na příčiny vzniku agrese nelze nahlížet staticky a jednostranně je přisuzovat osobám s mentálním postižením. Naopak je třeba vznik agrese posuzovat interakčně v rámci daného kontextu, to znamená zkoumat, jak se na něm podílejí zaměstnanci, tj. jaké interakce probíhají mezi nimi a klienty zařízení.

Cílem tohoto empirického výzkumu je zjistit, jak si personál vysvětluje vznik agrese v zařízení ústavní péče, koho považuje za iniciátory agrese, jaké faktory atribuce příčinám přisuzují a také, zda vstupuje do tohoto způsobu atribuce agrese úroveň self-efficacy personálu. Pro získání těchto odpovědí použiji kombinaci kvalitativního a kvantitativního přístupu.

Na základě teoretických východisek o faktorech atribuce, základní atribuční chybě a poznacích o self-efficacy jsem formulovala pro kvantitativní zpracování dat dvě výzkumné otázky, které jsou zastoupeny nulovými (statistickými) a alternativními (vědeckými) hypotézami. Vlastním objektem statistické verifikace se pak stávají statistické nulové hypotézy.

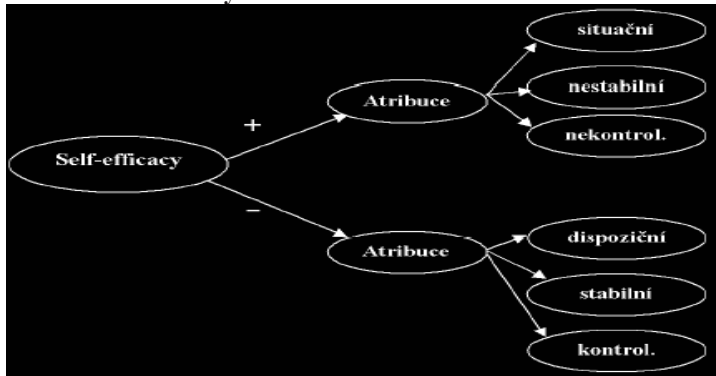
1. výzkumná otázka

Existuje souvislost mezi jednotlivými faktory atribuce agrese a mírou self-efficacy personálu?

Tato výzkumná otázka se zaměřuje na vztah mezi mírou self-efficacy zaměstnanců a způsobem, jakým tito zaměstnanci atribují agresivní chování v zařízení ústavní péče. Předpokládám, že úroveň očekávání vlastní úspěšnosti zaměstnance při řešení agresivní chování souvisí se způsobem vnímání příčiny tohoto chování. Dle Heiderových 3 typů kauzálních faktorů atribuce (lokalizace, stabilita a kontrola) z výzkumné otázky vyplývají příslušné hypotézy, které budou ověřovány na základě korelačních výpočtů. Předpokládaný směr asociace mezi jednotlivými proměnnými je pro

zjednodušení graficky naznačen na obrázku č. 3, na jehož podkladě byly vytvořeny jednotlivé hypotézy.

Obrázek č. 3 Předpokládaný vztah mezi self-efficacy a jednotlivými atribučními faktory



Hypotézy :

Faktor lokalizace

H1: Personál s vyšší mírou self-efficacy přisuzuje příčinám agrese více situační faktory.

H0: Neexistuje souvislost mezi mírou self-efficacy personálu a atribučním faktorem lokalizace.

Faktor stability

H2: Personál s vyšší mírou self-efficacy přisuzuje příčinám agrese více nestabilní faktory.

H0: Neexistuje souvislost mezi mírou self-efficacy personálu a atribučním faktorem stability.

Faktor kontroly

H3: Personál s vyšší mírou self-efficacy přisuzuje příčinám agrese více faktory mimo kontrolu.

H0: Neexistuje souvislost mezi mírou self-efficacy personálu a atribučním faktorem kontroly.

2. výzkumná otázka

Existuje rozdíl mezi atribučním faktorem lokalizace v závislosti na tom, kdo je považován za iniciátora agrese?

Tato výzkumná otázka je zaměřena na zjištění, zda se vyskytuje rozdíl v oblasti faktoru lokalizace příčiny (dispoziční x situační) podle toho, koho zaměstnanci vnímají jako iniciátora agrese. Vycházím přitom z teoretických východisek o základní atribuční chybě a dalších výzkumných zjištění (viz kap. 5.3). Předpokládám, že pokud zaměstnanec bude považovat za iniciátora klienta, bude mu přisuzovat více dispoziční příčiny. Naopak pokud bude podle něj iniciátorem zaměstnanec, budou tyto příčiny atribuovány spíše jako situační. Jde mi o to zjistit, zda se zaměstnanec, který uvede člena personálu jako iniciátora situace, identifikuje s tímto zaměstnancem a bude mít tendenci přisuzovat příčině spíše situační kontext či nikoliv. Zaměřuji se zde pouze na lokalizaci příčiny, neboť další faktory atribuce (kontrola, stabilita) mohou být kombinovány v rámci lokalizace, tzn. že dispoziční faktor může být vnímán jednak jako trvalý (stabilní rys osobnosti), jednak jako přechodný (špatná nálada). Vzhledem k tomu, že základní atribuční chyba vychází pouze z tohoto faktoru, zabývám se v této části výzkumu pouze jím. Hypotéza č. 4 tedy zní:

H4: Existuje rozdíl mezi atribučním faktorem lokalizace v závislosti na tom, kdo je považován za iniciátora agrese.

H0: Neexistuje rozdíl mezi atribučním faktorem lokalizace v závislosti na tom, kdo je považován za iniciátora agrese.

V rámci tohoto výzkumu se zaměřím na zodpovězení dalších výzkumných podotázek kvantitativním i kvalitativním zpracováním dat na základě obsahové analýzy textu a za použití deskriptivní statistiky. Těmito podotázkami jsou následující:

Koho zaměstnanci nejčastěji označují za iniciátora? Kterí aktéři se v příbězích vyskytují? Jak definují zaměstnanci příčiny vzniku konfliktu? Jakou roli zastávají zaměstnanci v příběhu? Vyskytuje se při atribuci příčin agrese základní atribuční chyba, tzn. přisuzují respondenti příčinám vzniku agrese spíše dispoziční faktory (přestože nebude potvrzena H4)?

7 Výzkumný soubor

Základní výzkumný soubor byl sestaven ze zaměstnanců 2 zařízení ústavní péče. Z důvodu kvantitativního výzkumu a s tím související potřeby získat větší vzorek respondentů nebylo možné získat data od zaměstnanců jednoho zařízení. Tyto organizace byly proto zvoleny s přihlédnutím na co nejvyšší míru shody v počtu a struktury klientů (60 – 70 klientů, středně těžký až těžký stupeň postižení), prostředí zařízení (samostatné budovy umístěné v přírodě, mimo obec), způsob poskytování služeb a organizační kulturu (celoroční pobyty, zaměření na aktivity klientů uvnitř areálu, menší důraz na integraci klientů do společnosti a na další vzdělávání zaměstnanců). Tyto charakteristiky zařízení byly z mé strany vybrány účelně, neboť dle teoretických východisek vytvářejí dostatečné množství zdrojů podněcujících ke vzniku konfliktního prostředí. Výběr zaměstnanců v těchto zařízeních byl zaměřen na personál, který pracuje v přímé péči déle než 1 rok, tzn. na vychovatele, pracovníky v sociálních službách, všeobecné sestry, sociální pracovníky, ošetřovatele apod., tedy na zaměstnance, jejichž pracovní pozice vyžaduje každodenní interakci s klienty.

Základní výzkumný soubor představuje 55 respondentů, kteří vyplnili na základě jejich dobrovolného souhlasu předložené dotazníky. Z celkového počtu zúčastněných osob bylo 48 žen a 7 mužů. Dle věkového rozložení se výzkumu zúčastnilo 6 respondentů ve věku 18 – 30 let, 24 respondentů ve věku 31 – 45 let a 25 respondentů ve věku nad 45 let.

Tabulka č. 1 Délka praxe

Délka praxe	Počet osob	%
1 - 5 let	26	47,3
6 - 12 let	10	18,2
nad 12 let	19	34,5
Celkem	55	100,0

Dle délky praxe zúčastněných osob pracuje 26 respondentů v daném zařízení ústavní péče 1 – 5 let, 10 osob 6 – 12 let a 19 osob nad 12 let.

Tabulka č. 2 Dosažené vzdělání

Dosažené vzdělání	Počet osob	%
Základní	5	9,1
Vyučen/a	17	30,9
SŠ	27	49,1
VOŠ	3	5,5
VŠ	3	5,5
Celkem	55	100,0

Dle dosaženého vzdělání se na výzkumu podílelo 5 respondentů se základním vzděláním, 17 vyučených osob, 27 osob se SŠ vzděláním, 3 respondenti se vzděláním VOŠ a 3 s vysokoškolským vzděláním.

Tabulka č. 3 pracovní pozice

Pracovní pozice	Počet osob	%
Pracovník v soc. službách	28	50,9
Zdravotní sestra	11	20,0
Terapeut. pracovníci	2	3,6
Vychovatel, spec. pedagog	10	18,2
Sociální pracovník	4	7,3
Celkem	55	100,0

Dle pracovní pozice se zúčastnilo výzkumu 28 pracovníků v sociálních službách, 2 terapeuticky zaměřených pracovníků, 11 zdravotních sester, 10 pedagogických pracovníků a 4 sociální pracovníci.

8 Metody

Metodologickým východiskem tohoto výzkumu je kombinace kvantitativního a kvalitativního přístupu za použití dotazníkové techniky. Při tvorbě této techniky jsem vycházela z volně přístupných posuzovacích škál, dále pak jsem se pokusila vytvořit obrázek s vyzývacím charakterem.

Výzkumná technika obsahovala čtyři části. První část obsahovala dotazník v oblasti osobních (demografických) údajů o respondentech, přičemž bylo zaručeno anonymní zpracování (bližší viz příloha č. 1).

Druhá část představovala kvalitativní získávání dat vycházející z narativní techniky. Tuto techniku jsem zvolila na základě předpokladu, že se ve vyprávěních odrážejí subjektivní zkušenosti daných osob. Dle Cramera (2004) každý příběh představuje jedincovo vysvětlování jeho psychologické reality. Pro účely mého výzkumu jsem proto považovala za významné získat vhled do této oblasti. Respondentům byla předložena fotografie s výzvou k vyprávění (v písemné formě) příběhu o tom, co se na obrázku odehrává, co tomu předcházelo a jak to dopadlo. Tato fotografie byla vytvořena na mém pracovišti (scénka byla sehraána s pracovníkem a klientem – nejedná se o skutečný konflikt). Původně bylo vytvořeno 6 fotografií s motivem konfliktu mezi pracovníkem a klientem. Tyto fotografie jsem v předvýzkumu předložila 10 zaměstnancům, kteří na každou z nich měli napsat příběh (se stejným zadáním jaké bylo v samotném výzkumu). Po posouzení příběhu byla vybrána jedna fotografie, která měla nejlepší vyzývací charakter. Respondenti v předvýzkumu na ni reagovali nejbohatšími příběhy, neboť na této fotografii nebylo jednoznačně patrné oproti ostatním, kdo byl iniciátorem této situace.

Třetí část výzkumné techniky pak představovala posuzovací škála (viz příloha č. 1) zaměřená na zjišťování atribučních faktorů lokalizace, stability a kontroly. Jedná se o upravenou posuzovací škálu vytvořenou Weinerem (1986) pro účely zjišťování atribuce chování druhých osob. Tuto posuzovací škálu autor uvádí ve své knize *An Attributional theory of motivation and emotion* (Weiner, 1986). Vnitřní konzistence položek posuzovací škály byla

ověřena na základě výpočtu Cronbachovo Alfa, a to dle jednotlivých faktorů atribuce. Nelze stanovovat reliabilitu celkové posuzovací škály, neboť škála zjišťuje 3 odlišné faktory. Reliabilita položek lokalizace dosáhla hodnoty α 0,851, reliabilita položek stability pak získala hodnotu α 0,767 a položek faktoru kontroly α 0,752. Na základě zjištěných hodnot Cronbachova Alfa můžeme říci, že položky posuzovací škály dle jednotlivých faktorů vykazují vnitřní konzistenci.

Poslední, čtvrtou část tvořila posuzovací škála *Difficult Behaviour Self-Efficacy Scale*, která mi byla poskytnuta prof. Hastingsem z Velké Británie pro účely tohoto výzkumu (Hastings, osobní sdělení, 9. března, 2008). Posuzovací škálu jsem přeložila do českého jazyka. Vnitřní konzistence posuzovací škály self-efficacy zaměstnanců byla zjištěna na základě výpočtu Cronbachovo Alfa v hodnotě α 0,846, posuzovací škálu lze tak považovat za vnitřně konzistentní.

Jsem si vědoma problematiky překladu zahraničních technik, avšak v českém prostředí podobná technika standardizována není. Z toho důvodu jsem byla nucena přistoupit k použití dostupných technik ze zahraničí. Adekvátnost a vhodnost překladu posuzovacích škál jsem pak ověřovala v předvýzkumu, kdy 10 zaměstnanců z mého pracoviště vyplnilo tyto škály, a na základě následného rozhovoru mi poskytli zpětnou vazbu k další úpravě.

Samotný výzkum probíhal přímo na pracovišti respondentů za mé přítomnosti. Všichni respondenti obdrželi stejné zadání a nebyli předem upozorněni na účely tohoto výzkumu.

9 Způsob zpracování dat

Získaná data byla zpracována pro účely kvantitativní analýzy ve statistickém programu SPSS verze 16.0.

Osobní data byla kvantifikována za použití následných číselných hodnot:

Pohlaví: (1) žena, (2) muž

Vzdělání: (1) základní, (2) vyučen, (3) SŠ, (4) VOŠ, (5) VŠ

Věk: (1) 18 – 30 let, (2) 31 – 45 let, (3) nad 45 let

Délka praxe: (1) 1 – 5 let, (2) 6 – 12 let, (3) nad 12 let

Pracovní pozice: (1) pracovník v sociálních službách, (2) zdravotní sestra,

(3) terapeut, (4) pedagogický pracovník, (5) sociální pracovník

Posuzovací škála atribuce příčin obsahovala celkem 9 položek, přičemž 3 položky se týkají faktoru lokalizace (položka č. 1, 5 a 7), 3 položky faktoru stability (položka č. 3, 6 a 8) a 3 položky faktoru kontroly (položka č. 2, 4 a 9). Každá z těchto položek byla hodnocena na stupnici 1 až 7. U faktoru lokalizace představoval stupeň č. 1 zcela dispoziční faktory a č. 7 zcela situační faktory. U faktoru stability představoval stupeň č. 1 zcela stabilní faktory a č. 7 zcela v čase proměnlivé faktory. U faktoru kontrola pak stupeň č. 1 reprezentoval atribuci takových příčin, které jsou zcela pod kontrolou iniciátora a stupeň č. 7 naopak atribuci příčin, které jsou zcela mimo kontrolu iniciátora. Získaná data od jednotlivých respondentů byla nejprve roztríděna podle jednotlivých faktorů a pro následující statistické analýzy byla vypočítána jejich celková a průměrná hodnota. Pro využití grafických znázornění byly celkové hodnoty jednotlivých faktorů přetransformovány do 3 kategorií, kdy celková hodnota faktoru ve výši 3 – 9 byla označena jako dispoziční, stabilní a pod kontrolou, ve výši 10 – 14 jako mezihodnota a ve výši 15 – 21 jako situační, nestabilní a mimo kontrolu.

Posuzovací škála self-efficacy obsahovala celkem 5 položek. Každá z těchto položek byla hodnocena na stupnici 1 až 7. U jednotlivých

respondentů byla získaná data sečtena do celkové hodnoty a pro účely další statistické analýzy byl spočítán průměr této hodnoty. Také zde jsem vytvořila 3 kategorie, které vycházely z celkových hodnot, a to následovně: získaná celková hodnota self-efficacy ve výši 5 – 15 byla označena jako nízká míra self-efficacy, 16 – 24 jako střední míra self-efficacy a hodnota 25 – 35 jako vysoká míra self-efficacy.

Další proměnnou představovalo označení respondentů, koho považují za iniciátora situace, která se odehrává na fotografii. Na základě získaných dat jsem tuto proměnnou kvantifikovala tímto způsobem: (0) nikdo není iniciátor, (1) iniciátorem je klient (2) iniciátorem je zaměstnanec, (3) iniciátorem je klient i zaměstnanec.

Další proměnné byly vytvořeny na základě **obsahové analýzy příběhů**. Obsahová analýza byla nejprve provedena kvalitativní analýzou dat, resp. metodou vytváření trsů (Miovský, 2006). Postupovala jsem zprvu tak, že jsem se primárně zaměřila na kategorie, které již byly před výzkumem zformulovány (příčiny, role zaměstnanců, aktéři příběhu). Pomocí metody vytváření trsů jsem postupně utřídila a seskupila výroky na základě podobnosti do těchto kategorií. Dále jsem pak vytvářela v dané kategorii na základě rozdílů mezi těmito výroky subkategorie, které jsem označila souhrnným pojmenováním. Pro účely kvantitativního zpracování dat (deskriptivní statistiku) jsem tyto subkategorie kvantifikovala následovně:

<u>Kategorie</u>	<u>Subkategorie</u>
Přítomnost konfliktu a jeho aktéři:	(1) ano, mezi klienty, (2) ano, mezi klientem a zaměstnancem, (3) nejedná se o konflikt
Uvedená příčina:	(1) špatná nálada, neklid (2) osobnostní rysy (povaha) (3) hádka s jiným klientem, (4) chování zaměstnance (5) ostatní
Role zaměstnance:	(1) bránící se oběť (2) ochránce zdraví a majetku, (3) iniciátor (4) soudce – řešitel sporů, (5) partner ve sdílení emocí (6) žádná

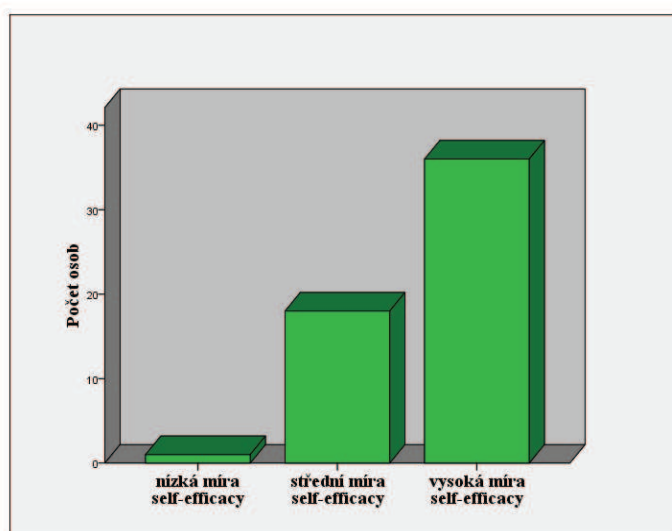
Na základě opakovaného čtení příběhů jsem pak dále pojmenovala další témata, která se v příbězích vynořovala a která předem nebyla pojmenována, a to za pomoci metody zachycení vzorců a metody vytváření trsů (Miovský, 2006).

10 Výsledky

10.1 Míra self-efficacy zaměstnanců a kauzální faktory

Z celkového počtu 55 respondentů pouze 1 osoba přiznala nízkou míru self-efficacy při řešení problémového chování na pracovišti, 18 osob pak zaznamenalo střední míru self-efficacy a 36 respondentů uvedlo vysokou míru self-efficacy. Frekvence přiznané míry self-efficacy respondentů je graficky znázorněna na obrázku č. 4.

Obrázek č. 4 Frekvence přiznané míry self-efficacy



Ke zjištění vztahu (souvislosti) mezi přiznanou mírou self-efficacy zaměstnanců a atribučními faktory lokalizace (H1), stabilita (H2) a kontrola (H3) jsem použila výpočet neparametrického korelačního koeficientu Spearmanovo ρ . Neparametrický test jsem zvolila z důvodu nezajištění podmínky u proměnné self-efficacy normálního rozložení pro parametrické testy. Normální rozložení dat bylo zjišťováno na základě statistického výpočtu Kolmogorova-Smirnova testu normality a výstupu Q-Q grafu.

Tabulka č. 4 Spearmanův korelační koeficient

	Self-Efficacy	Stabilita	Lokalizace	Kontrola
Self-Efficacy	1,000	,234*	,077	,098
Stabilita	,234*	1,000	,614**	,501**
Lokalizace	,077	,614**	1,000	,674**
Kontrola	,098	,501**	,674**	1,000

** Korelace je statisticky významná na hladině 0.01

* Korelace je statisticky významná na hladině 0.05

Dle výsledků výpočtu Spearmanova korelačního koeficientu nebyla zjištěna statisticky významná souvislost mezi přiznanou mírou self-efficacy a zjištěnými hodnotami všech atribučních faktorů (lokalizace, stabilita a kontrola). Není důvod zamítnout nulové hypotézy vztahující se k alternativním hypotézám H1, H2 a H3, proto je třeba tyto nulové hypotézy přijmout. Mimo výzkumné cíle byla zjištěna souvislost mezi atribučními faktory stabilita a lokalizace ($\rho = 0,614$), kontrola a lokalizace ($\rho = 0,674$) a mezi faktory kontrola a stabilita ($\rho = 0,501$).

10.2 Atribuce lokalizace příčiny a iniciátor agrese

Na základě získaných dat bylo možné definovat osoby, které respondenti označili za iniciátory konfliktu v příběhu.

Tabulka č. 5 Iniciátoři agrese

Iniciátor	Počet osob	%
Nikdo není iniciátor	6	10,9
Klient	39	70,9
Zaměstnanec	9	16,4
Klient i zaměstnanec	1	1,8
Celkem	55	100,0

Jak znázorňuje tabulka č. 5, šest respondentů iniciátora neoznačilo, 39 respondentů pokládalo za iniciátora konfliktu klienta, 9 respondentů považovalo za iniciátora zaměstnance a 1 respondent uvedl za iniciátora jak klienta, tak i zaměstnance. Pro účely následné statistické analýzy pak byly porovnávány dvě skupiny respondentů a to skupina, která označila za iniciátora klienta a skupina považující za iniciátora zaměstnance.

Ke statistickému ověřování H4 (resp. její nulové hypotézy) o rozdílech (resp. shodě) lokalizace příčiny mezi dvěma skupinami respondentů, kteří označili za iniciátora klienta x zaměstnance, jsem použila Mann-Whitney U test. Původně jsem uvažovala o využití parametrického T-testu pro dva nezávislé výběry, ten však vyžaduje normální rozložení proměnné v populaci. Prostřednictvím Kolmogorova-Smirnova testu normality a grafického výstupu Q-Q grafu jsem zjistila, že tato podmínka není dodržena, proto jsem se rozhodla použít výše zmíněný neparametrický statistický test.

Tabulka č. 6 Mann-Whitney U test – pořadí

Iniciátor	Počet osob	Průměr pořadí	Celkový počet pořadí
Klient	39	24,54	957,00
Zaměstnanec	9	24,33	219,00
Celkem	48		

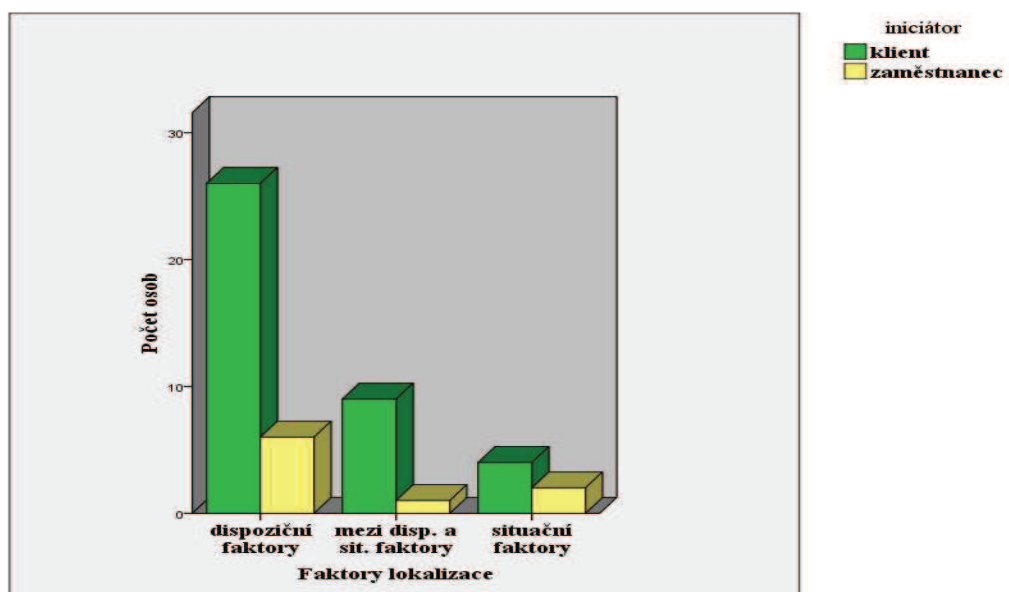
Tabulka č. 7 Mann – Whitney U test - výsledná statistika

	Prům. lokalizace
Mann-Whitney U	174,000
Wilcoxon W	219,000
Signifikance	,968

Z výsledku testu vyplývá, že rozdíl mezi skupinami není statisticky významný ($p > 0,01$), je tedy nutné podržet nulovou hypotézu o neexistenci rozdílů (resp. o shodě) mezi těmito skupinami. Alternativní hypotézu H4 o rozdílech mezi skupinami tak nelze přijmout. Za nedostatek při testování

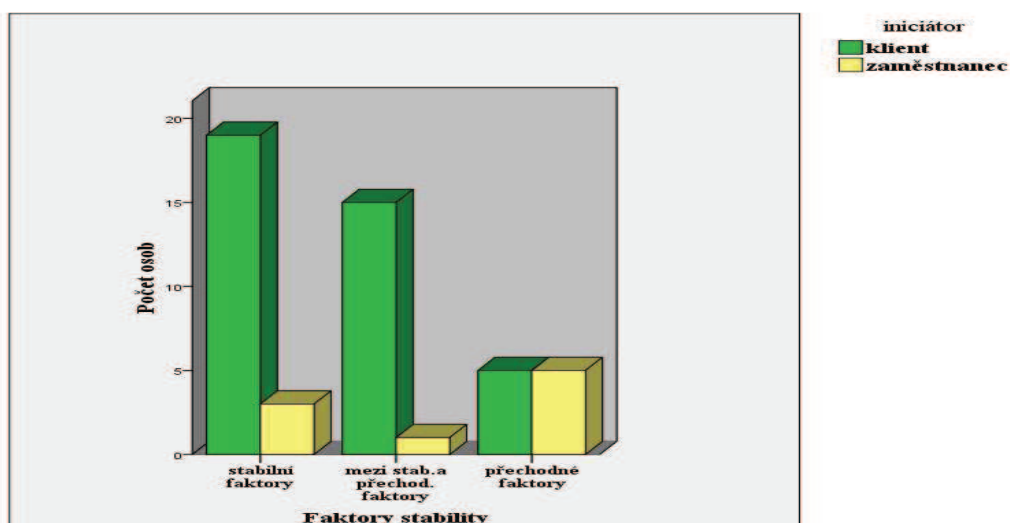
hypotézy H4 považují nevyvážený počet respondentů v jednotlivých skupinách. Ve skupině, která označila za iniciátora klienta, bylo 39 osob, naopak ve druhé skupině považující za iniciátora zaměstnance, bylo pouhých 9 osob (viz tab. č. 5 a 6). Shoda mezi skupinami je patrná také na grafickém znázornění (obrázek č. 5), kde můžeme pozorovat mimo jiné tendence obou skupin přisuzovat příčinám vzniku konfliktu spíše dispoziční faktory nezávisle na tom, koho považují za iniciátora.

Obrázek č. 5 Iniciátoři agrese a lokalizace příčiny

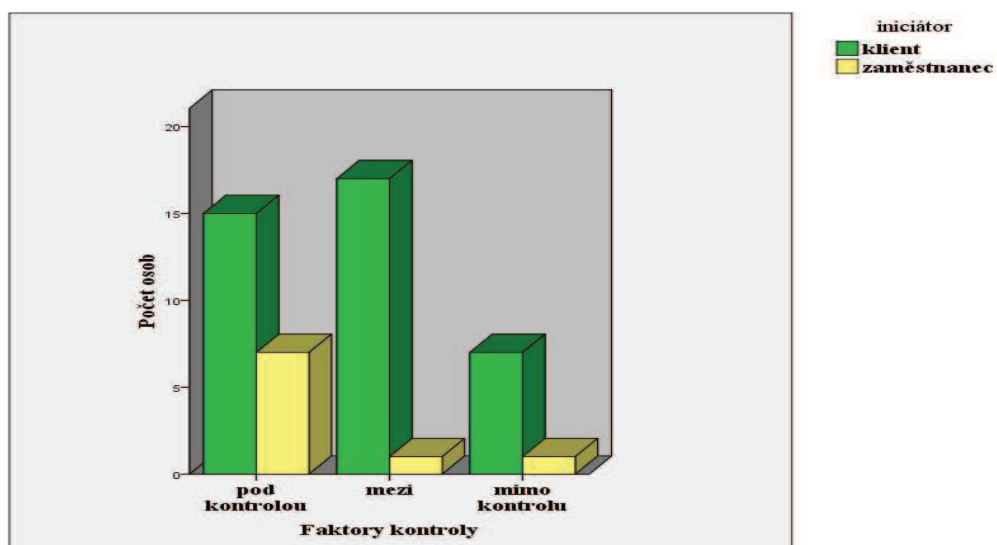


Pro doplnění a pro účely následné interpretace zde uvádím také grafické znázornění dalších atribučních faktorů (faktoru stability a kontroly) dle označených iniciátorů.

Obrázek č. 6 Iničiátoři agrese a atribuční faktor stability



Obrázek č. 7 Iničiátoři agrese a atribuční faktor kontroly



10.3 Analýza příběhů

Při kvalitativní analýze příběhů získaných ve výzkumu jsem postupovala tak, že jsem během opakovaného čtení příběhů třídila a integrovala získaná data do smysluplných kategorií. Pro účely dalších analýz jsem příběhy přepsala do elektronické podoby a jsou k dispozici jako příloha č. 2.

10.3.1 Přítomnost konfliktu v příběhu

Nejprve jsem se během analýzy zaměřila na to, zda se v příbězích vyskytuje konflikt či nikoliv.

Tabulka č. 8 Přítomnost konfliktu v příběhu

Přítomnost konfliktu v příběhu	Frekvence	%
Ano, mezi klienty	13	23,6
Ano, mezi klientem a zaměstnancem	36	65,5
Nejedná se o konflikt	6	10,9
Celkem	55	100,0

Jak znázorňuje tabulka č. 8, z celkového počtu příběhů obsahovalo téma konfliktní situace 90 % z nich. Bylo však třeba rozlišit, mezi kým se tento konflikt odehrával. V 6 případech se v příběhu nejednalo o konflikt (příběhy č. 17, 23, 24, 27, 32, 42), 13 příběhů vyprávělo o konfliktu mezi klienty (příběhy č. 3, 5 - 7, 9 - 11, 29, 31, 39, 52 - 54) a ve 36 příbězích se pak objevoval konflikt mezi zaměstnancem a klientem (příběhy č. 1, 2, 4, 8, 12, 13 - 16, 18- 22, 25, 26, 28, 30, 33 - 38, 40, 41, 43 - 51, 55).

10.3.2 Role zaměstnance v příběhu

Další kategorií a výzkumnou podotázkou pro mne byla role zaměstnance v příběhu. Zajímalo mne, jak respondenti vysvětlují přítomnost zaměstnance v příběhu, jakou roli mu v příběhu prisuzují.

Tabulka č. 9 Role zaměstnance v příběhu

Role zaměstnance	Frekvence	%
Bránící se oběť	25	45,5
Ochránce zdraví a majetku	6	10,8
Iniciátor	9	16,4
Soudce - řešitel sporů	7	12,7
Partner ve sdílení emocí	5	9,1
Žádná	3	5,5
Celkem	55	100,0

Při obsahové analýze role zaměstnance v příběhu jsem vycházela v první řadě z toho, koho respondenti označili za iniciátora agrese. Některé příběhy byly nejednoznačné a mohlo dojít ke zkreslení na základě mých subjektivních domněnek. Toto označení iniciátora se proto pro mne stalo klíčovým, neboť mi poskytlo vhled do uvažování respondenta o příčině vzniku dané situace, z jakého úhlu pohledu se na ni dívají. Např. v příběhu č. 48, ve kterém zaměstnanec „přikázal klientovi...vzal mu ovladač...“, můžeme objektivně interpretovat, že zaměstnanec zjevně na základě své moci inicioval konflikt. Avšak respondent označil za iniciátora konfliktu klienta. To znamená, že respondent zaměstnancovo chování zřejmě považoval za správné a za příčinou konfliktu stojí jednání klienta. Zaměstnanec je v tomto případě tedy v roli oběti. Stejná problematika se vyskytuje také u příběhu 45, kdy pracovnice odmítá uvařit klientce kávu, za iniciátora konfliktu je však považována klientka, protože se „rozzlobila“ a pracovnice zde zastává roli oběti namísto iniciátora.

- Bránící se oběť

Kategorie role zaměstnance jako Bránící se oběti byla vytvořena na základě následujících výroků: „brání se jejímu fyzickému útoku“ (1), „pokouší se o úchop sebeobrany“ (2), „ten se teď brání“ (8), „klientka se sápe po klíčkách, které má sestra v kapse“ (13), „klientka reaguje napadením vychovatelky, ta se brání“ (14) „ta se bránila a použila chvaty“ (15), „pracovnice použila

chmaty v rámci obrany“ (16), „ihned napadla pracovníka“ (19), „ta se brání různými kryty“ (20), „přišel ze zadu fyzický útok, byl dosti hrubý“ (21), „začal vychovatele mlátit, vychovatel Břětu chytil do chvatu“ (22), „Bára se vztekem napadla vychovatelku Soňu“ (25), „pak to došlo až k napadení pracovnice“ (28), „došlo k napadení pracovnice klientem“ (33), „pracovník se brání“ (34), „ona se brání, použije úchopy“ (35), „ta se brání, pomocí úchopů se snaží vymanit se z objetí“ (36), „šla po vychovatelce“ (37), „fyzicky napadne vychovatele“ (38), „zaútočil na zaměstnance“ (41), „klientka se rozzlobila a napadla ji“ (45), „ta se brání a snaží se z toho vymanit“ (47), „snaží se jeho napadení odvrátit“ (48), „použila chvaty“ (49), „vychovatel se snaží klienta dostat na podlahu“ (55).

- Ochránce zdraví a majetku

Kategorie role zaměstnance jako Ochránce zdraví a majetku byla vytvořena na základě těchto výroků: „pomůže až zaměstnanec, aby je obě ochránil“ (3), „dokud by nebylo ohroženo zdraví aktérů“ (29), „zachytává klientku a tím ji zachrání od pádu a poranění“ (32), „protože by jí mohla ublížit“ (39), „kopal do nábytku, vychovatel se tomu snažil zabránit“ (44), „kopání, napadání druhých“ (51).

- Iniciátor – zneužitel moci

Role zaměstnance jako iniciátora – zneužitele moci vychází především z toho, že respondent označil za iniciátora zaměstnance. Označení iniciátora jako zneužitele moci pak vychází z následujících dat: „zaměstnanec se mu v tom snaží zabránit, vypnul TV a sebral ovladač“ (4), „vychovatelka měla nechat klientku tak jak je“ (12), „podává léky násilím“ (18), „nezaklepala na pokoj klienta“ (26), „snažila se klienta zvednout násilím“ (30), „ošetřovatel mu to zakáže, že nesmí“ (40), „příkaz zaměstnance, zaměstnanec dokázal svou bezmeznou autoritu“ (43), „nutil ho dělat činnost, kterou klient nechtěl“ (46), „nepřiměřeným, neadekvátním jednáním nebo mluvou vyprovokovala klienta“ (50).

- Soudce – řešitel sporů

Role zaměstnanec jako soudce – řešitele sporů logicky figuruje zejména v příbězích, které vyjadřují konflikt mezi klienty. Zaměstnanec vstupuje do těchto příběhů jako osoba, která mezi nimi zasahuje a pomáhá jim spor vyřešit. Tato role vychází z následujících výroků: „kdyby bylo zle, musím zasáhnout a vyřešit to“ (5), „zasáhne pracovnice a klientky se bude snažit usměrnit“ (6), „obě uživatelky musí rozsoudit vychovatelka“ (9), „jdou za vychovatelkou, aby to rozhodla“ (10), „bude muset se postarat o to, aby se vše vyřešilo“ (11), „vychovatelka, která by to vyřešila“ (24), „klientky se začaly hádat, bude je muset uklidnit vychovatelka“ (31).

- Partner ve sdílení emocí

Role zaměstnance jako partnera, který se snaží v těžké emoční situaci klienta uklidnit, rozveselit, nebo kdy zaměstnanec vystupuje jako partner ve sdílení jeho radostí a štěstí. Tato role vychází z následujících výroků: „ona teď brečí a zaměstnanec jí utěšuje“ (7), „klientka jí radostí objala, navázala kontakt i s vychovatelkou“ (17), „zaměstnanec se snažil o utišení a rozveselení Martina“ (23), „vychovatelka jí konejší, klientka jí obejmě“ (27), „klient vychovatelku s radostí objal“ (42).

- Žádná

Tato kategorie byla vytvořena pro tři příběhy (52, 53, 54), ve kterých nebyl zmíněn zaměstnanec.

10.3.3 Příčina vzniku situace

Další kategorií, která byla předmětem analýzy obsahu příběhů, byla příčina vzniku situace – viz tab. č. 10.

Tabulka č. 10 Příčina vzniku situace

Příčina situace	Frekvence	%
Špatná nálada, neklid klienta	14	25,5
Osobnost. rysy (povaha) klienta	10	18,2
Hádka s jiným klientem	15	27,3
Chování zaměstnance	10	18,2
Ostatní	6	10,8
Celkem	55	100,0

- Špatná nálada, neklid

Při posuzování o zařazení některých dat do této kategorie jsem byla opět nucena vycházet z označení respondenta, koho považuje za iniciátora agrese. Např. v příběhu 19 se můžeme setkat s tím, že zaměstnanec svým chováním způsobil „nepříčetnost“ klientky, příčinu bych tedy mohla zařadit do kategorie chování zaměstnance. Avšak respondent označil za iniciátora klientku. Lze tedy usuzovat na to, že za příčinou respondent viděl její „nepříčetnost“ a chování zaměstnance nebylo danou příčinou. V příběhu je toto také nepřímo vysvětleno, kde respondent omlouvá pracovníka s tím, že chování zaměstnance vzniklo vlastně „omylem“.

Při vytváření této subkategorie příčiny konfliktu jsem vycházela z těchto výroků: „klientka je hádavá, neklidná“ (1), „klientka je ve špatné náladě, je nabručená“ (14), „nechtělo se jí nic dělat, všechno odmítala, byla nepříjemná, nadávala“ (15), „byla vzteklá, nepříčetná“ (19), „od rána měla špatnou náladu – bez zjevných příčin“ (21,22), „byla neklidná, neústupná“ (28), „měl špatnou náladu, nechtěl nic dělat“ (35), „nevydržela to s nervama“ (37), „byl vulgární, nechce to pochopit“ (38), klientka se rozzlobila“ (45), „klient se naštvál“ (48), „klientka byla rozmrzelá“ (49), „byl nevrlý“ (55).

- Osobnostní rysy – povaha

Subkategorie vzniku agrese jakožto důsledku osobnostních rysů byla vytvořena na základě výroků v příbězích: „kvůli své agresi“ (2), „je prostě

taková“ (13), „ona nikdy nechce nic dělat“ (16), „stala se bez příčiny agresorem“ (20), „je líná“ (33), „z ničeho nic agresivně chytá pracovníka“ (34), „nepořádná klientka“ (36), „patří mezi ty, co se rádi poflakují a provokují“ (41), „je to známý agresor“ (44), „měl opět sexuální narážky na zaměstnance“ (47),

- Hádka s jiným klientem

Tato subkategorie byla definována na základě výroků: „bere jí věci, jí se to nelíbí“ (1), „klientky se zřejmě pohádaly“ (5), „spor o kávu, cigarety nebo o puštěné rádio – konflikt mezi klienty, neshoda“ (6), „zřejmě se s nějakým klientem pohádala“ (7), „zcizení nějaké věci jiným klientem“ (8), „uživatelky se začaly prát o obrázek“ (9), „klientky se nedohodly“ (10), „klientky se zřejmě nepohodly“ (11), „hádky dvou klientek při mytí nádobí“ (29), „klientky se začaly hádat“ (31), „Helena vypila kafe Maruše“ (39), „zřejmě se pohádal s jinými klienty“ (51), „klienti se slovně dohadují“ (52), „klient chtěl ukázat sílu na nadřazenost vůči mladší a labilnější kamarádce“ (53), „dva klienti se dohadují“ (54).

- Chování zaměstnance

Chování zaměstnance jakožto další subkategorie příčiny vzniku situace na fotografii byla označena v důsledku výroků: „zaměstnanec jí vypnul TV a sebral ovladač“ (4), „vychovatelka měla nechat klientku tak jak je“ (12), „sestra jí podává léky násilím“ (18), „vychovatelka Soňa tyto peníze vzala“ (25), „sociální pracovnice při ranní vstávání na snídani nezaklepala na pokoj klienta“ (26), „snažila se klienta zvednout násilím“ (30), „ošetřovatel mu to zakáže, že nesmí, ošetřovatel se na něj vrhne“ (40), „zaměstnanec dokázal svou bezmeznou autoritu“ (43), „nějakým svým nepřiměřeným, neadekvátním jednáním nebo mluvou vyprovokovala klienta“ (50).

- Ostatní

Tato subkategorie je spojená s příběhy, ve kterých se konfliktní situace nevyskytuje. Příčinu vzniku situace, která je zobrazena na fotografii, tak příběhy komentují tím, že „klientka jí radostí objala“ (17), „celé dopoledne prosmutněl a proplakal“ (23), „vepředu se nějaké dvě klientky jenom kočkují“

(24), „klientka je plačtivá, stýská se jí po mamince“ (27), „epi-záchvat“ (32), „klient vyprávěl úsměvný příběh, smáli se“ (42).

10.3.4 Způsoby řešení konfliktu

V příbězích se vynořila na základě opakovaného čtení a metody opakujících se vzorců další kategorie (téma). Tím jsou způsoby, jakými se zaměstnanci v příběhu vypořádávají se situací. Tyto způsoby jsem shrnula do 6 subkategorií dle podobnosti významů a metodou vytváření trsů:

- Verbální způsoby

Verbální způsob řešení konfliktu se objevuje v příbězích často. Tyto způsoby mají následující podobu: „vysvětlí klientkám harmonogram“ (10), „zeptá se jich, co bylo příčinou sporu a rozumně uklidní danou situaci“ (11), „rozebrání celé situace“ (12), „klientka Bára si nechala situaci vysvětlit“ (25), „uklidnit a vysvětlit“ (28), „snaží se incident vyřešit domluvou“ (33), „snažila se během toho uklidnit“ (37), „vychovatel se mu snažil vysvětlit“ (38), zaměstnanec ho dokáže uklidnit“ (41), „zaměstnanec se snaží klienta nějakým způsobem uklidnit, utěšit, uchlácholit, domluvit“ (51).

V některých příbězích respondenti nabízejí další řešení konfliktu, pokud by verbální způsob nepomohl. Následující způsoby řešení, které by zaměstnanci v příbězích použili, jsou fyzické povahy: „nejdříve slovně odtrhnout, když to nejde, tak pak fyzicky“ (3) „snaží se jí nejprve přemluvit, pak jí podává léky násilím“ (18), „zareagoval klidnou odpovědí... po fyzickém útoku chytil klienta do chvatu“ (22).

- Nabídka alternativ

Dalším způsobem, jakým personál v příbězích řeší nastalé konflikty, je nabídka alternativy, tzn. přeměrování pozornosti klienta na jiný objekt: „aby klientku uklidnila, nabídne jí něco jiného, co má nejradši – knížku“ (1), „snažila se přenést pozornost k jiné činnosti“ (13), „ať se podívají po jiné pohádce a vyberou tu, co se jí nejvíc líbí“ (27), „řešily to uvařením jiného teplého nápoje“ (45).

- Fyzické způsoby

Nejčastějším způsobem, který se v příbězích vyskytuje, jsou fyzické způsoby řešení konfliktů. Tato skutečnost však není nijak překvapující vzhledem k vyobrazení situace na fotografii (osoby jsou ve fyzickém kontaktu). Fyzické způsoby řešení situace popisují výroky: „pokouší se o úchop sebeobrany, kleká si na klientku, drží ji ruce“ (2), „použila chvaty, které klientku odradily od dalších ataků“ (15), „použila chmaty v rámci obrany“ (16), „brání se různými kryty, poněvadž byla vyškolená profesionálem, brání se úchopy a kryty tak, aby nezranila klientku“ (20), „snažila se klienta zvednout násilím“ (30), „použije úchopy“ (35), „pomocí úchopů se snaží vymanit se z objetí“ (36), „zaměstnanec se jí pokusil zabránit v útěku za Helenou“ (39), „ošetřovatel se na něj vrhne“ (40), „přetahování o osobní věci, z přetahování mohlo dojít k přímému střetu“ (43), „vychovatel ho chytí – pokusí se ho zklidnit. Kdyby se to nepodařilo, může taky použít jiný restriktivní opatření“ (44), „chytl klienta a snažil se ho dovést k vysavači“ (46), „snaží se z toho vymanit, pak uteče“ (47), „zaměstnanci se podaří za pomoci úchopů klienta zklidnit“ (48), „pracovnice situaci zvládla, použila chvaty“ (49), „snaží se klienta dostat na podlahu nebo zem..... pak ho bude zklidňovat a přidržovat ho na zemi“ (55).

- Potrestání klienta

V jediném příběhu je vyjádřeno trestání klienta jakožto způsob vyřešení situace: „zaměstnanec dá ovladač na místo nepřístupné klientovi“ (4).

- Nevšímám si toho

Další strategií, kterou zaměstnanci v příbězích řeší situaci, je ignorování toho, co se děje. Tento způsob řešení je úzce spojen s příčinou hádky mezi klienty: „nechám je, ať si to mezi sebou vyřeší“ (5), „pracovník si tedy přestal klientky všimnout a ignoroval jí“ (21), „zaměstnanec sledoval situaci, do které by se nezapojil dříve, dokud by nebylo ohroženo zdraví“ (29).

- Restriktivní opatření

„může následovat třeba i aplikace injekce, izolace klienta, aby se zklidnil (třeba sám na pokoji apod.), nějaké výchovné opatření“ (50)

10.3.5 Příběhy označující zaměstnance za iniciátora

Vzhledem k nízkému počtu příběhů, ve kterých byl za iniciátora označen zaměstnanec, jsem se na závěr rozhodla jim blíže věnovat pozornost. Na základě deskriptivní statistiky jsem se nejdříve zaměřila na vybrané charakteristiky respondentů, kteří v příběhu označili za iniciátora zaměstnance vers. klienta.

Tabulka č. 11 Četnost označeného iniciátora (klient x zaměstnanec) dle prac. pozice respondenta

Pracovní pozice	Iniciátor zaměstnanec	%	Iniciátor klient	%	Celkem
Pracovník v sociálních službách	2	8,00	23	92,00	25
Zdravotní sestra	1	12,50	7	87,50	8
Terapeuticky zaměřený pracovník	2	100,00	0	0,00	2
Pedagogický pracovník	2	22,22	7	77,78	9
Sociální pracovník	2	50,00	2	50,00	4
Celkem	9	18,75	39	81,25	48

Zajímalo mne, zda pracovní pozice respondenta a jeho délka praxe determinovaly uvažování o iniciátorovi konfliktu. Výsledky v oblasti délky praxe nenaznačovaly významná zjištění, proto jej neuvádím v grafické podobě. Z hlediska pracovní pozice stojí za povšimnutí, že mezi respondenty, kteří označili zaměstnance jako iniciátora, byly 2 terapeuticky zaměřenými zaměstnanci, což představuje celkový počet pracovníků na dané pracovní pozici zúčastněných v tomto výzkumu. Lze také sledovat, že 6 respondentů z celkových 9, kteří označili za iniciátora zaměstnance, pracují na pozici, která vyžaduje vyšší kvalifikované vzdělání (sociální pracovník, pedagog, terapeut). Také je zajímavé sledovat poměr mezi uvedenými iniciátory na pracovní pozici pracovníka v sociálních službách. Pracovníci v sociálních službách, kteří nejčastěji dosáhli nejvyššího vzdělání vyučení (mimo současný obor), označili převážně za iniciátora klienta a to v poměru 23:2.

Jak již bylo výše uvedeno, pouze 9 respondentů z celkového počtu označilo zaměstnance za iniciátora vzniku konfliktní situace. Zajímavé téma, které se v některých příbězích objevuje, je určitá tendence respondentů omluvit chování zaměstnance. V příběhu č. 12 je chování zaměstnance vysvětlováno tak, že bylo činěno „v dobrém úmyslu“. Přestože respondent chování zaměstnance označil jako příčinu vzniku agresivní reakce klientky („klientka se cítila být ukřivděna a vychovatelku fyzicky napadla“), v závěru příběhu je to právě klientka, která se omlouvá. V příběhu č. 18 pak respondent vysvětluje násilné podávání léků klientovi tím, že klient trpí epileptickými záchvaty. V dalším příběhu (26) jsou pak zmíněny pocity zaměstnankyně, které po svém chování prožívala („mrzelo jí to, omluvila se“). Také v příběhu č. 30 můžeme pozorovat způsob vysvětlení vzniku násilného chování zaměstnance jakožto důsledek toho, že se „klient zasekl“.

Přímé označení zaměstnance za agresora, tzn. jako osobu, která přímo fyzicky zaútočila na klienta, je patrné pouze v příbězích č. 18 („podává léky násilím“), č. 30 („snažila se klienta zvednout násilím“) a v příběhu č. 40 („ošetřovatel se na něj vrhne“). V ostatních příbězích je zaměstnanec v roli iniciátora chápán jako osoba, která způsobuje svým chováním negativní (agresivní) reakci u klienta, ona sama však přímou agresi nečiní.

11 Interpretace výsledků

Zjištěné výsledky odpovídají na výzkumné otázky, které jsem si na počátku tohoto výzkumu kladla.

V rámci výzkumu nebyla prokázána souvislost mezi kauzálními faktory (lokalita, stabilita a kontrola) a přiznanou mírou self-efficacy zaměstnanců. Nebyly tak podpořeny výzkumné poznatky o tom, že do atribučního procesu vstupuje prvek očekávání vlastní úspěšnosti při řešení konfliktu. Při zpracování dat se však ukázalo, že pouze 1 osoba vykázala nízkou mírou self-efficacy. Nedostatečné rozložení míry self-efficacy mezi respondenty tak mohlo ovlivnit výsledná zjištění. Tato skutečnost může vyplývat ze samotné metody zkoumání. Použití posuzovací škály předpokládá u respondentů jednak schopnost introspekce (sebehodnocení), jednak je třeba brát v úvahu možnost záměrného zkreslení. Je možné, že se respondenti při sebehodnocení záměrně nadhodnocovali, tj. odmítali přiznat, že si nevěří při zvládnutí konfliktní situace. Vzhledem k tomu, že jsou v roli profesionálů, by bylo zřejmě nepřípustné tuto skutečnost veřejně (či sami sobě) přiznat a tím poukázat na to, že svou roli nezvládají. Pro další výzkumy bych proto využila jiných technik, ve kterých se lze těmto problémům vyvarovat (např. projektivní techniky).

V rámci ověřování hypotéz souvisejících se self-efficacy (H1, H2, H3) byla také zjištěna pozitivní korelace mezi jednotlivými atribučními faktory. Přestože se z teoretického hlediska jednotlivé faktory mohou vzájemně kombinovat (dispoziční faktory mohou být vnímány jako stabilní i jako proměnlivé), přesto respondenti přikládali dispozičním faktorům spíše faktory stabilní a kontrolovatelné. Zde můžeme spatřit tendenci vnímat dispoziční faktory jako bez šance na změnu, to znamená jako takové, které již nelze měnit a za které je zcela odpovědný daný jedinec. Právě kvalitativní analýza uváděných příčin v příbězích poukázala na to, jak tyto příčiny zaměstnanci (respondenti) vnímají. Pokud se jednalo o konflikt mezi zaměstnancem a klientem, byla příčina uváděna nejčastěji jako špatná nálada či povahové rysy

klientů. Není pak překvapivé, že tyto příčiny zaměstnanci (respondenti) posuzovali jako dispoziční, tzn. jako nezměnitelné na straně klientů.

I přes vnímanou skutečnost, že nelze tyto příčiny měnit, si tito zaměstnanci věří při řešení konfliktních situací, tzn. očekávají vlastní úspěšnost (dle zjištěné vysoké míry self-efficacy). Důvodem toho právě mohou být jejich naučené způsoby „zklidňování“ klientů, které nazývají restriktivním opatřením a které jsou jim ze zákona povolené. Z výsledků kvalitativní analýzy způsobů řešení konfliktů tak můžeme sledovat převahu fyzických restrikcí (např. příběh č. 48 „zaměstnanci se *podarí za pomoci úchopů* klienta zklidnit“, č. 49 „pracovnice nakonec situaci zvládla, *použila chvaty*, č. 55 „pak ho bude *zklidňovat a přidržovat ho na zemi*“). Zaměstnanci (respondenti) užívají názvy fyzické restriktce tak, jak se o nich zmiňují předpisy v této oblasti (chvaty, úchopy, kryty). V příbězích se jasně projevuje „kultura tréninků“, tzn. současný trend proškolení na fyzické restriktce, na kterou poukazuje Wolfensberger (2007). Právě důsledkem tohoto trendu pak může být zvýšené self-efficacy zaměstnanců v oblasti řešení konfliktních situací. Zaměstnanci si více věří v tom, že na základě naučených fyzických úchopů budou schopni klienta uklidnit, tzn. „*odradit od dalších ataků*“ (15) či „*vrátit do denního klidového režimu*“ (20). Pozitivně lze hodnotit změnu zákona, kdy medikamentózní opatření lze aplikovat pouze po předchozím souhlasu odborného lékaře (psychiatra). V žádném z příběhů se tedy nevyskytuje aplikace injekcí na uklidnění klienta, tak jak to dle mé zkušenosti bylo dříve často praktikováno.

Další výzkumnou otázkou bylo zjistit, zda se vyskytuje rozdíl mezi atribučním faktorem lokalizace z hlediska iniciátora agrese. Na základě statistických výpočtů tento rozdíl nebyl potvrzen. I přes tuto skutečnost však jsou výsledná zjištění přínosná (viz obrázky č. 5, 6, 7). Na grafickém znázornění je možné sledovat převahu dispozičních, stabilních a kontrolovatelných faktorů při uvažování o příčinách konfliktních situací, a to bez ohledu na to, koho respondenti považovali za iniciátora. Pouze u

atribučního faktoru stability můžeme vidět příklon k přechodným příčinám, a to pouze u skupiny, která označila za iniciátora zaměstnance.

Tyto výsledky nám vyjadřují výskyt základní atribuční chyby, kdy je nadsazována důležitost dispozičních faktorů nad situačními při vysvětlování příčin agresivního chování. Respondenti, kteří označili za iniciátora zaměstnance, se tak zřejmě neidentifikují s touto osobou, neboť nevysvětlují příčiny jeho chování ze situačního hlediska. Avšak, jak ukázalo kvalitativní zpracování těchto příběhů, tyto respondenti alespoň naznačili v příbězích svou tendenci omluvit chování zaměstnanců v příběhu, vysvětlit, proč tak jednali. Je tedy možné, že se na jedné straně neidentifikují s agresivním zaměstnancem, na druhé straně se s agresí setkávají ze strany kolegů a jsou nuceni toto jednání na svém pracovišti akceptovat. Je zde také patrná převaha nepřímé agrese zaměstnanců nad přímou, tzn. že zaměstnanci použijí, spíše než fyzické napadení, svou mocenskou převahu a donucovací prostředky, např. že „*mu to zakáže*“ (40), nebo dá klientovi „*příkaz*“ (43).

Za nedostatek při ověřování hypotézy H4 spatřuji nevyhovující vyvážení velikosti skupin – tj. skupiny, která označila za iniciátora klienta (39 respondentů), a skupiny, která považovala za iniciátora zaměstnance (9 respondentů). Pro účely zjišťování v této oblasti bych z těchto důvodů napříště zvolila jinou výzkumnou techniku. K zajištění stejné velikosti skupin by bylo vhodné např. každému respondentovi předložit 2 příběhy s konfliktní situací mezi klientem a zaměstnancem. V prvním příběhu by pak mohl být naznačen iniciátor zaměstnanec a ve druhém klient, přičemž by respondenti byli vyzváni tyto příběhy interpretovat, tzn. vyprávět o příčině, co tomu předcházelo, a následně vyplnit posuzovací škály, které byly použity v mém dotazníku. Na druhou stranu však mnou použitá technika poukázala na důležitý fakt, a to na ten, že respondenti přisuzují převážně vznik agrese klientům zařízení. Tento fakt považuji za důležitý zejména v souvislosti s tím, že jsou tyto příčiny agrese u klientů považovány za dispoziční, tzn. osobnostně podmíněné, stabilní a pod kontrolou.

Z těchto preferovaných atribučních faktorů pak vyplývá velmi nízké vnímaná možnost změny agresivního chování u klientů ze strany personálu. Zaměstnanci tímto způsobem nedávají šanci klientovi změnit své chování, neboť jak vystihuje výrok v jednom z příběhů: „*tak už to v domově chodí*“ (6). Jedná se tak o to, že násilí v zařízení ústavní péče je chápáno jako nedílná součást jejich každodenní práce (viz kap. 4.1.7 Organizační kultura). Tento výrok jasně naznačuje přesvědčení zaměstnance o tom, že násilí na jejich pracovišti je nevyhnutelné a zcela běžné. Představme si, že pokud pak na takové pracoviště nastoupí nový zaměstnanec a je mu tímto způsobem vysvětlena násilná situace, je velmi pravděpodobné, že toto přesvědčení o „normalitě“ přijme za své a bude se podle tohoto přesvědčení chovat.

Výsledky v oblasti označení osoby za iniciátora naznačují dále to, že zaměstnanci jen těžko připouštějí možnost vlastního podílu na vzniku agrese v ústavním zařízení. Zaměstnanci více než roli agresora zastávají v konfliktních situacích role bránící se oběti, dále pak roli ochránce zdraví a majetku či soudce – řešitele sporů. Pouze jediný respondent uvedl za iniciátora agrese zaměstnance a klienta, tedy usuzoval o interakčním charakteru vzniku dané situace. Ostatní respondenti uvažovali o iniciátorovi izolovaně, označili pouze jednoho z aktérů příběhu.

Tento fakt je důležitý zejména pak při tom, kdy je prováděna psychologická diagnostika či psychiatrická intervence. Z mé zkušenosti vím, že tito odborníci velmi často vycházejí z hodnocení klienta, které jim poskytuje personál zařízení. Pak se můžeme setkat v odborném nálezů s tím, že je vyšetřovaná osoba v ústavním zařízení agresivní, útočná, napadá klienty a *dokonce!* i zaměstnance. Proč k tomu dochází a zda vůbec je to pravda je mnohdy často vedlejší. Pokud tedy personál přistupuje k příčinám agrese izolovaně, zdroje přisuzuje pouze jednomu aktérovi a nepřihlíží k situačnímu a interakčnímu kontextu, hrozí zde nejen stanovení chybné diagnózy, ale také zneužití psychofarmak či psychiatrické hospitalizace.

Zajímavým ukazatelem ve výzkumu bylo 6 respondentů, kteří v příběhu nezaznamenali konfliktní situaci. Respondenti interpretovali

fotografii jako objetí klienta a zaměstnance (z radosti či smutku), podpírání klienta či jako „kočkování“ mezi klienty. Tato skutečnost mohla vzniknout z důvodu nejednoznačnosti fotografie, na které není přímo vyjádřen konflikt, není vidět aktérům do obličeje.

Značné množství příběhů také vyjadřuje konflikt mezi klienty, což může být také zřejmě důsledkem nedostatečného zdůraznění zaměstnance na fotografii. Přestože je osoba, která měla značit zaměstnance na fotografii, oblečena ve zdravotnickém oblečení, nevyvolávala u těchto respondentů dostatečný podnět pro interpretaci osoby jako člena personálu.

Dle Weinerova atribučního modelu pomoci (obrázek č. 1) můžeme na základě získaných výsledků uvažovat také o důsledcích těchto způsobů atribuce na chování respondentů na jejich pracovišti. Převažující kontrola nad příčinou chování dle tohoto modelu způsobuje prožívání negativních emocí u zaměstnanců a vede k neochotě pomáhat klientům v průběhu projevů agrese.

Taktéž dle výsledků byla příčina vnímána spíše jako stabilní, což v rámci modelu můžeme interpretovat jako zdroj sníženého optimismu u zaměstnanců a následnou nízkou ochotu pomoci. Negativní emoce vůči klientům a nízký prožívaný optimismus, že je možné ještě někdy v budoucnu toto chování klienta změnit, pak lze interpretovat tak, že zaměstnanci vnímají konfliktní situaci jako běžnou součást své práce. To znamená, že agrese je na denním pořádku a je vlastně „normální“, a že tak není důvodu ochotně takovému klientovi pomoci, protože se bude stejně v budoucnu opakovat. Chybí optimismus, tedy víra ve zlepšení a pozitivní změnu, taktéž prožívání negativních emocí posiluje negativní postoje vůči klientům. Pokud konfliktní situace nastane, musí tuto situaci personál řešit, a to způsoby, na které jsou „*vyškoleny profesionálem*“ (20). Jedná se tedy o zaměření primárně na řešení už vzniklé situace než na prevenci, tj. předcházení těmto situacím.

12 Diskuse

Z předkládaných výsledků je zřejmé, že v atribucích zaměstnanců převažují dispoziční, stabilní a kontrolovatelné faktory bez ohledu na to, kdo je považován za iniciátora konfliktu. Pouze u atribučního faktoru stability můžeme vidět příklon k přechodným příčinám, a to u skupiny respondentů, která označila za iniciátora konfliktu zaměstnance. Je tak možné usuzovat na přítomnost základní atribuční chyby, kdy je při vysvětlování příčin agresivního chování nadsazována důležitost dispozičních faktorů nad situačními.

Zaměstnanci tedy dle výzkumného zjištění přisuzují vznik agrese převážně na straně klientů a současně považují příčinu agrese u klientů za dispoziční, stabilní a pod kontrolou. Zaměstnanci tak vnímají agresivní chování klientů jako nezměnitelné, čímž do určité míry nedávají klientovi šanci, aby své chování změnil. Je tak zjevné, že zaměstnanci ústavního zařízení se dopouštějí běžné obecně rozšířené atribuční chyby, která má ale v kontextu jejich práce významné důsledky pro klienty a pro kvalitu poskytované služby. Nabízí se otázka, jaká opatření mohou přinést změnu, resp. jaká příprava může (jinak obecně rozšířeným) chybným atribucím u zaměstnanců předcházet.

Další zásadní problematika, která je naznačena ve výsledcích výzkumu, je vnímaná odpovědnost ze strany zaměstnanců za vznik konfliktu. Výsledky ukazují, že zaměstnanci jen zřídka připouštějí možnost vlastního podílu na vzniku agrese v ústavním zařízení. V kontextu konfliktních situací vnímají sami sebe spíše v roli „bránící se oběti“. Tato role je ve své podstatě spojena s určitou bezmocí a odmítnutím odpovědnosti za danou situaci. To může mít své důsledky, jak již bylo zmíněno, např. pro diagnostiku nebo psychiatrickou intervenci. Je zřejmé, že pokud personál přistupuje k příčinám agrese izolovaně, její zdroje přisuzuje pouze jednomu aktérovi a nepřihlíží k situačnímu a interakčnímu kontextu, hrozí zde nejen stanovení chybné diagnózy, ale také nadužívání psychofarmak či psychiatrické hospitalizace.

Pro samotnou praxi však pouze nestačí označit jednoznačně, kdo stojí za vznikem konfliktní situace (zda zaměstnanec nebo klient). Samotné označení „viníka“ – z mého pohledu často zaměstnanec – ještě neřeší samotný problém. Za důležitější aspekt považuji uvědomění si interakční povahy konfliktní situace v ústavním zařízení. Jak již bylo zmíněno v kapitole 3.2, jedná se často o začarovaný kruh, kdy klient může agresivně reagovat na stresor, který vytváří zaměstnanec, klientova agrese pak působí na zaměstnance jako stresující podnět a jeho reakce pak může být taktéž agresivní. Odpovědnost za přerušení tohoto „bludného kruhu“ však leží na straně personálu, a to zejména uvědoměním si tohoto interakčního kontextu.

Zásadní otázkou tedy je, jak tyto negativní determinanty přístupu zaměstnanců ke klientům napravit či změnit. Základní možností, která se nabízí, by mohlo být uskutečnění změny perspektivy zaměstnanců, s jakou se dívají na příčiny vzniku agrese. Nová perspektiva by měla zahrnovat v prvé řadě uvědomění si vzájemných interakčních vlivů, které se podílejí na konfliktních situacích. Je třeba nedívat se jednostranně na konflikt jako na „problém“ klienta, ale jako na „problém“ nás všech na pracovišti, neboť jak je trefně poznamenáno v příběhu č. 50 „*nic není černé nebo bílé*“. Pokud se zaměstnanci začnou zaměřovat namísto na situaci „tady a teď“ (ve smyslu tady je příčina problému, tady ho vyřeším a tím to teď končí) více na „předtím a potom“ (co klienta k takovému jednání vedlo a v čem mohu pomoci to napříště změnit), bude možné této perspektivy dosáhnout. Právě tato skutečnost je klíčová pro to, abychom jako zaměstnanci dali klientovi šanci na změnu. Je však zapotřebí změna chování samotných zaměstnanců, tzn. přistupovat ke klientovi tak, aby se cítil bezpečně a mohl tak své kvality v bezpečném prostředí rozvinout a zbavit se svých maladaptivních mechanismů.

To však vyžaduje obrovskou trpělivost a víru ve svůj terapeutický potenciál, o kterém často zaměstnanci ústavních zařízení ani netuší. Tato nová perspektiva nás přivádí k tomu, že přestaneme nadsazovat dispoziční a stabilní faktory na straně klienta a místo toho budeme nazírat na příčiny konfliktu

v rámci jeho širokého životního kontextu. Je nutné nezavírat oči nad tím, jakými těžkými životními zkušenostmi daný klient prošel, vždyť samotné umístění do ústavní péče je zpravidla prožíváno jako bolestivé přerušení vazby s vlastní rodinou a často je interpretováno jako negativní poselství o vlastní hodnotě. V každém případě předznamenává odlišnou životní zkušenost, která častěji vede k řadě nepříznivých událostí a k osvojení neadaptivních vzorců jednání, tak jak již upozornil Wolfensberger (2007). Nelze často opomíjet i možnou klientovu bezvýchodnost při neustálém se podřizování autoritám, které nad ním udržují moc (ze strany personálu), a které mu nedávají možnost projevit svobodně svou vůli, ať už je jakákoliv. Otázka udržování moci nad klienty je stále dle mého názoru aktuální, již samotné uniformní bílé oblečení na straně personálu lze dosud shledat v mnohých zařízeních tohoto typu, ačkoliv se nejedná o zdravotnický personál.

Shrnuto, změna perspektivy pohledu zaměstnanců na agresivní chování v ústavním zařízení by se měla opírat o základní tři pilíře, na které by bylo vhodné se primárně zaměřit v rámci např. dalšího vzdělávání:

MINULOST

- ❑ Přenesení důrazu při vysvětlování příčiny agrese na kontext **minulých a současných zátěžových situací**, kterým byla a je osoba s mentálním postižením vystavena
(tzn. na situační faktory)

TADY A TEĎ

- ❑ **Sebereflexe vlastního podílu** na vzniku agrese
(tzn. důraz na interakční kontext)

BUDOUCNOST

- ❑ Využití **terapeutického potenciálu** personálu – bezpodmínečné přijetí, otevřenost, neautoritativnost
(tzn. poskytnout jim svým chováním šanci na změnu)

Osobně jsem se setkala ve své praxi např. s tím, jakou proměnou mohou projít klienti, pokud se jim poskytne bezvýhradná možnost rozvíjet svůj potenciál. Ještě před pár lety zaměstnanci našeho ústavního zařízení nevěřili, že jedinci, o které léta pečovali z důvodu jejich „nemohoucnosti“ (vždyť byli „nesvéprávní!“) budou jednoho dne samostatně jezdit MHD do města a dokonce i dojíždět do zaměstnání mimo obec. Tuto nedůvěru bylo velmi těžké překonat. Přetrvávala až do té doby, než klienti těchto úspěchů dosáhli a přesvědčili je, že ke svému rozvoji potřebují dostat pouhou šanci a důvěru v to, že to dokáží. Není to pouze má zkušenost, taková zjištění nyní prožívají i další zařízení. Např. v ÚSP Ledce po zrušení klecových lůžek předpokládali, že bude třeba zvýšit aplikaci psychofarmak, ve skutečnosti však medikaci snižovali (Bártová, 2007). Právě tento fakt poukazuje na negativní důsledky, které způsobuje převaha stereotypního uvažování zaměstnanců o agresi jakožto o stabilním rysu klientů, který je potřeba potlačit na základě medikace či za použití jiných restrikcí. Přitom se však neřeší to, co ve skutečnosti podmiňuje tuto agresi (příčiny mohou být různé jak na straně klienta, tak i zaměstnance, jak je uvedeno v předchozích kapitolách). Pokud však přihlédneme na životní kontext klienta a změníme podmínky jeho žití, můžeme se setkat v praxi s překvapujícími výsledky. Nezbytnou podmínkou naznačené změny je však ochota zaměstnanců reflektovat vlastní postoje a investovat čas a energii např. právě do pochopení konkrétních příčin jednání klientů.

Otázkou pak zůstává, zda tzv. „kultura tréninků“ v oblasti restriktivních opatření by pak byla nadále potřebná v každodenní praxi ústavních zařízení. Jak naznačují výsledky výzkumu, prožívaná vysoká míra self-efficacy dodává personálu pocit vlastní schopnosti mít konflikt pod kontrolou, zvládnout ho, což spatřuji jako nebezpečnou překážku pro hledání širšího pohledu na danou problematiku. Pokud by personál cítil potřebu najít jiné, účinnější prostředky pro samotnou eliminaci těchto konfliktů (nevnímal by restriktivní fyzické prostředky jako účinná opatření), bylo by napůl

„vyhráno“. V tomto směru leží zodpovědnost také na managementu ústavního zařízení, který vybírá oblasti dalšího vzdělávání svých zaměstnanců.

Závěrem bych chtěla uvést, že by nebylo spravedlivé generalizovat tyto výsledky na všechna zařízení ústavní péče pro osoby s mentálním postižením v České republice. V rámci tohoto výzkumu jsem se zaměřila na ústavní zařízení, která jsou stále ve své podstatě „kolektivistická“ a příliš neprodělala změny v závislosti na nových trendech. Často se jedná o zařízení s vysokým počtem klientů, mnohdy se smíšenými diagnózami a nižší vzdělanostní složkou personálu. Na druhou stranu se však dle mých zkušeností v České republice vyskytuje několik zařízení (a jejich počet se naštěstí stále zvyšuje!), ve kterých se lze setkat se skutečným individuálním přístupem a bezpodmínečným přijetím klientů ze strany zaměstnanců. Individuální přístup však v těchto zařízeních neznamena pouze prázdny pojem jimi používaný ve veřejných prohlášeních (zejména pro uspokojení zákonem stanovených Standardů kvality sociálních služeb), ale skutečnost aplikovanou přímo v každodenní praxi. V takových institucích je klient bezpodmínečně přijímán personálem a ten mu svým přístupem dává šanci na změnu jeho případných maladaptivních mechanismů. Bylo by proto zajímavé pro další výzkumy zaměřit se na tato zařízení v oblasti kauzální atribuce agrese ze strany personálu a porovnat zjištění s těmito výsledky. Dále se domnívám, že pro výzkum v dané oblasti by mohlo být prospěšné i nadále sledovat předpoklady, s jakými zaměstnanci ústavních zařízení přistupují k problematice agrese, zejména vliv časové perspektivy, v jaké zaměstnanci agresivní klientů hodnotí, a četnost výskytu agresivního jednání v různých typech ústavních zařízení (vliv respektu k osobě a životnímu příběhu člověka s postižením, prostor pro sdílení a vyjádření emocí, naplnění základní potřeby zapojení do sítě sociálních vazeb atd.).

Závěr

Na základě teoretických poznatků o potencionálních zdrojích agrese ze strany klientů a zaměstnanců v zařízeních ústavní péče jsem se v empirickém výzkumu zaměřila na způsoby atribuce této agrese ze strany personálu a na vlivy, které mohou do této atribuce vstupovat (self-efficacy zaměstnanců).

Zjištěné výsledky poukázaly především na základní atribuční chybu – tj. na tendenci zaměstnanců více nadsazovat dispoziční faktory nad situačními při vysvětlování příčin vzniku konfliktních situací v zařízeních ústavní péče. Tyto dispoziční faktory jsou pak vnímané jako stabilní a pod kontrolou agresora (tedy jako nezměnitelné!). Dalším důležitým zjištěním je pak samotné usuzování respondentů o tom, kdo způsobil konfliktní situaci. Bylo zjištěno, že respondenti vysvětlují vznik konfliktu izolovaně, tj. že přisuzují příčinu pouze jednomu aktérovi, přičemž za aktéra byl nejčastěji označen klient. Respondenti tak neuvažovali o interakčním kontextu, ve kterém se konflikt odehrával, tzn. nereflektovali možnost svého vlastního podílu na vzniku konfliktní situace.

Problematika agrese v zařízeních ústavní péče představuje celospolečenský problém, který je velmi komplexní a který nevychází pouze z jediného možného zdroje. Z nejširšího pohledu se na této problematice podílejí tvůrci sociální politiky, kteří stále malou měrou podporují vznik nových alternativ ústavních zařízení. Dále je to pak management těchto zařízení, který nevytváří taková poslání a cíle organizace, jež by se primárně zaměřovali na eliminaci násilí na pracovišti na základě jasně definovaných kroků. Zásadní roli v této problematice však předně zastávají samotní zaměstnanci ústavních zařízení. Ti totiž představují nejen aktéry v konfliktních situacích, ale sami se také podílejí svým chováním a postoji na jejich vzniku. Jejich způsob vysvětlování vzniku agrese jakožto osobnostní charakteristiky klientů (dispoziční a stabilní faktory) naznačuje jejich rigidní postoje k možné změně maladaptivního chování klientů. Tato perspektiva, se kterou se dívají na vznik agrese, je úzká a nezaměřuje se nejen na širší kontext

životních podmínek (minulých, současných i budoucích) těchto klientů, ale zejména na často interakční charakter příčin vzniku.

Předložená práce poukazuje na potřebu zkoumat a chápat problematiku agresivity u osob s mentálním postižením v celkovém kontextu, jako komplexní problém, který nenáleží výlučně na stranu osob s mentálním postižením. Podobně jako v jiných oblastech, které přinášejí řadu nároků na pečovatele starající se o osoby s mentálním postižením, nejde o to, samostatně, izolovaně řešit „problém agresivity“ a snažit se hledat účinná (tedy dostatečně silná) protiopatření, jako spíše vnímat potřeby klientů v celé jejich šíři a pracovat na tom, aby jejich životní prostředí představovalo skutečné zázemí a životní prostor, ve kterém se budou nejen cítit bezpečně, ale ve kterém budou moci rozvinout maximum svých skutečných schopností.

V praxi je proto velmi důležité tuto perspektivu u zaměstnanců změnit, rozšířit ji tím způsobem, že se na agresivní projevy klientů bude mimo jiné nahlížet v rámci zátěžových situací, které klient prožil a stále prožívá na základě aktuálních životních podmínek v ústavu. Nelze také opomíjet samotný podíl personálu na vzniku konfliktních situací. Nová perspektiva tak může nabídnout těmto klientům možnost budoucí změny, svobodného prosazování vlastní vůle a rozvoje jejich dosud skrytého potenciálu. Je však zapotřebí, aby se personál ústavních zařízení začal zamýšlet nejen nad tím, jak se sám podílí na vzniku agrese a v jakém kontextu se vyskytuje, ale také nad tím, jaký potenciál v rámci možné budoucí změny má on sám a jak ho může uplatnit ve své každodenní praxi. Pokud by se podařilo rozvinout terapeutický potenciál zaměstnanců a tím napomoci bezpodmínečnému přijetí jejich klientů, věřím, že by se výrazně snížil výskyt problémového chování na pracovištích v zařízeních ústavní péče - ke spokojenosti všech zúčastněných.

Literatura:

- Alm, C. (2007). The role of shyness and self-focused attention for attribution of reactions in social situations to internal and external causes. *Scandinavian journal of psychology*, 48, 519-527.
- Armstrong, M. (2002). *Řízení lidských zdrojů*. Praha: Grada Publishing.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Bártová, E. (2007, 4. března). *Postižení jdou z ústavu. Dostanou byty*. Staženo 15. dubna 2008 z <http://aktualne.centrum.cz/clanek.phtml?id=%20363499>
- Beck, C., Gargiulo, R. (1983). Burnout in Teachers of Retarded and Nonretarded Children. *Journal of Educational Research*, 76, 169 – 173.
- Bell, D., Colin, A., E. (2002). A preliminary investigation into staff satisfaction, and staff emotions and attitudes in a unit for men with learning disabilities and serious challenging behaviours. *British journal of learning disabilities*, 30, 19-27.
- Caplan, R., Austin, J., K. (2000). Behavioral aspects of epilepsy in children with mental retardation. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 6, 293 – 299.
- Concannon, L. (2006). Inclusion or control? commissioning and contracting services for people with learning disabilities. *Journal compilation*, 34, 200-205.
- Cramer, P. (2004). *Storytelling, Narrative, and the Thematic Apperception test*. New York: The Guilford Press.
- Crichton, J. (1998). Balancing restriction and freedom in the care of people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42, 189-195.
- Čadilová, V., Jůn, H., Thorová, K. (2007). *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál.
- Čermák, I. (1999). *Lidská agrese a její souvislosti*. Žďár nad Sázavou: Fakta.
- Čermák, I., Hřebíčková, M., Macek, P. (2003). *Agrese, identita, osobnost*. Tišnov: SCAN.
- Fisher, K. (2004) .Nursing care of special population: Issues in Caring for elderly people with mental retardation. *Nursing Forum*, 39, 28 – 31.
- Fromm, E. (2007). *Anatomie lidské destruktivity*. Praha: Aurora.
- Gillberg, Ch., Peeters, T. (1998). *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty*. Praha: Portál.
- Gjuričová, Š., Kocourková, J., Koutek, J. (2000). *Podoby násilí v rodině*. Praha: Vyšehrad.

- Goffman, E. (1991). *Asylums*. London: Penguin Books.
- Guggenbühl-Craig, A. (2007). *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*. Praha: Portál.
- Gustafsson, C. (1997). The prevalence of people with intellectual disability admitted to general hospital psychiatric units: level of handicap, psychiatric diagnoses and care utilization. *Journal of intellectual disability research*, 41, 519-526.
- Hartley, S., L., MacLean, W., E. (2007). Staff-averse challenging behaviour in older adults with intellectual disabilities. *Journal of applied research in intellectual disabilities*, 20, 519-528.
- Hastings, R., P., Brown, T. (2002). Behavioural knowledge, causal beliefs and self-efficacy as predictors of special educator's emotional reactions to challenging behaviours. *Journal of intellectual disability research*, 46, 144 – 150.
- Hatton, C., Emerson, E., Rivers, M., Mason, H., Mason, L., Swarbrick, R., Kiernan, C., Reeves, D., Alborz, A. (1999). Factors associated with staff stress and work satisfaction in services for people with intellectual disability. *Journal of intellectual disability research*, 43, 253-267.
- Heider, F. (1967). *The psychology of interpersonal relations*. New York: Sciences editions.
- Huxley, A., Van-Schaik, P., Witts, P. (2005). A comparison of challenging behaviour in an adult group with Down's syndrome and dementia compared with an adult Down's syndrome group without dementia. *British journal of learning disabilities*, 33, 188-193.
- IZPE. (2004). *Násilí na pracovišti v oblasti zdravotnických a sociálních služeb v ČR*. Kostelec nad Černými lesy:IZPE.
- Jahoda, A., Pert, C., Trower, P. (2006). Frequent Aggression and Attribution of Hostile Intent in People With Mild to Moderate Intellectual Disabilities: An Empirical Investigation. *American Journal on Mental Retardation*, 111, 90 – 99.
- Jahoda, A., Trower, P., Pert, C., Finn, D. (2001) Contingent reinforcement or defending the self? A review of evolving models of aggression in people with mild learning disabilities. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 305 – 321.
- Jahoda, A., Wanless, L., K. (2005). Knowing you: the interpersonal perceptions of staff towards aggressive individuals with mild to moderate intellectual disabilities in situations of conflict. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 544-551.
- Janata, J. (1999). *Agrese, tolerance a intolerance*. Praha: Grada.
- Kevan, F. (2003). Challenging behaviour and communication difficulties. *British Journal of Learning Disabilities*, 31, 75-80.

- Křivohlavý, J. (2002). *Konflikty mezi lidmi*. Praha: Portál.
- Langer, S. (1995). *Mentální retardace: etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova*. Hradec Králové: Kotva.
- Leggett, J., Silvester, J. (2003). Care staff attributions for violent incidents involving male and female patients: A field study. *The British Journal of Clinical Psychology*, 42, 393-406.
- Machač, M., Macháčová, H. (1991). *Psychické rezervy výkonnosti*. Praha: Karolinum.
- Macleod, F., J., Morrison, F., Swanston, M., Lindsay, W. (2002). Effects of relocation on communication and challenging behaviours of four people with severe learning disabilities. *British journal of learning disabilities*, 30, 32-37.
- Male, D. (2003). Challenging behaviour: the perceptions of teachers of children and young people with severe learning disabilities. *Journal of research in special educational needs*, 3, 162 – 171.
- Matějček, Z. (1981). *Výpravy za člověkem*. Praha: Odeon.
- Matějček, Z. (1992). *Rodičům mentálně postižených dětí*. Praha: H&H.
- Matějček, Z. (2005). *Výbor z díla*. Praha: Karolinum.
- Matějček Z., Langmeier, J. (1964). *Psychická deprivace v dětství*. Praha: SZN.
- Matoušek, O. (1995). *Ústavní péče*. Praha: Slon.
- Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize (1996). *Duševní poruchy a poruchy chování*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Míček, L. (1984). *Duševní hygiena*. Praha: SPN.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Mitchell, D. (2000). Parallel stigma? Nurses and people with learning disabilities. *British journal of learning disabilities*, 28, 78-81.
- MPSV. (2001). *Kvalita sociálních služeb v domovech pro občany se zdravotním postižením*. Praha: MPSV.
- Nakonečný, M. (1999). *Motivace lidského chování*. Praha: Academia.
- Nakonečný, M. (2000a). *Lidské emoce*. Praha: Academia.
- Nakonečný, M. (2000b). *Sociální psychologie*. Praha: Academia.
- Pešová, I., Šamalík, M. (2006). *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha: Grada.
- Rada, M. (2006). *Chráněné bydlení pro lidi s mentálním postižením: Praktický průvodce*. Blansko: Hnutí humanitární pomoci.
- Rogers, C. R. (1999). *O osobnej moci*. Modra: Persona.

- Rose, J., David, G., Jones, Ch. (2003). Staff who work with people who have intellectual disabilities: the importance of personality. *Journal of applied research in intellectual disabilities*, 16, 267-277.
- Rose, D., Rose, J. (2005). Staff in services for people with intellectual disabilities: the impact of stress on attributions of challenging behaviour. *Journal of intellectual disability research*, 49, 827 – 838.
- Říčan, P. (1972). *Psychologie osobnosti*. Praha: Orbis.
- Sandvide, A., Astrom, S., Norberg, A., Saveman, B. (2004). Violence in institutional care for elderly people from the perspective of involved care providers. *Nordic College of Caring Sciences*, 18, 351-257.
- Shields, Ch., A., Brawley, L., R., Lindover, T., I. (2006). Self-efficacy as a mediator of the relationship between causal attributions and exercise behavior. *Journal of applied social psychology*, 36, 2785-2802.
- Smékal, V. (2002). *Pozvání do psychologie osobnosti*. Brno: Barrister & Principal.
- Smolík, P. (1996). *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf.
- Sobek, J. kol. (2007). *Práva lidí s mentálním postižením*. Praha: Portus.
- Stanley, B., Standen, P., J. (2000). Carer's attributions for challenging behavior. *The British Journal of Clinical Psychology*, 39, 157 – 168.
- Švarcová, I. (2000). *Mentální retardace*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (1999). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Vasiljuk, F., J. (1988). *Psychologie prožívání*. Praha: Panorama.
- Výrost, J., Slaměník, I. (1997). *Sociální psychologie*. Praha: ISV.
- Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. New York: Springer-Verlag.
- Whitaker, S., Read, S. (2006). The prevalence of psychiatric disorders among people with intellectual disabilities: an analysis of the literature. *Journal of applied research in intellectual disabilities*, 19, 330-345.
- Whitehouse, R., Chamberlain, P., Tunna, K. (2000). Dementia in people with learning disability: a preliminary study into care staff knowledge and attributions. *British journal of learning disabilities*, 28, 148-153.
- Willner, P., Smith, M. (2007). Attribution theory applied to helping behaviour towards people with intellectual disabilities who challenge. *Journal of applied research in intellectual disabilities – Journal compilation*. Blackwell Publishing Ltd.
- Wolfensberger, W. (2007). Similarities and differences between peace-making and nonviolence and their relevance to services to people who are mentally retarded. *Intellectual and developmental disabilities*, 45, 278 – 286.
- Zimbardo, P., G. (2005). *Moc a zlo*. Břeclav: Moraviapress.