



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

## Zkušenosti sester s agresivním chováním klientů v domovech pro seniory

# BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

**Autor:** Lucie Balounová

**Vedoucí práce:** Mgr. Jiří Kaas, Ph.D.

České Budějovice 2020

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci „Zkušenosti sester s agresivním chováním klientů v domovech pro seniory“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne

.....

Lucie Balounová

## **Poděkování**

Touto cestou bych ráda poděkovala mému vedoucímu práce, Mgr. Jiřímu Kaasovi, Ph.D., za trpělivost, ochotu a cenné rady, které mi poskytl při psaní této bakalářské práce. Poděkování patří také všem informantům, kteří se zúčastnili výzkumného šetření a podělili se se mnou o cenné zkušenosti.

# **Zkušenosti sester s agresivním chováním klientů v domovech pro seniory**

## **Abstrakt**

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat zkušenosti sester s agresivním chováním klientů v domovech pro seniory. Na základě tohoto cíle byly stanoveny tři výzkumné otázky v následujícím znění: „S jakým typem agresivního chování ze strany klientů se sestry pracující v domovech pro seniory setkávají?“, „Jaké postupy volí sestry pracující v domovech pro seniory v rámci předcházení agresivnímu chování klientů?“ a „Jaké postupy volí sestry pracující v domovech pro seniory v rámci zvládnutí agresivního chování klientů?“

Empirická část bakalářské práce byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumného šetření, za použití techniky polostrukturovaného rozhovoru. Podkladem pro vedení rozhovoru bylo celkem třicet otázek, z toho první tři otázky sloužily k zjištění identifikačních údajů informantů. V případě potřeby byly kladeny také doplňující otázky. Podklad pro rozhovor je součástí této práce jako příloha č.1. Otázky byly koncipovány tak, aby co nejlépe odhalily zkušenosti sester v oblasti problematiky agrese klientů. Zaměřeny byly především na jednání s agresivním klientem, prevenci a příčiny agrese, dopad agrese na psychickou pohodu sester a také na znalosti sester v oblasti dané problematiky. Výzkumný soubor byl tvořen celkem sedmi všeobecnými sestrami, které v době výzkumu pracovaly v různých domovech pro seniory. Rozhovory byly následně zpracovány metodou otevřeného kódování, technikou barvení textu.

Výsledky výzkumného šetření jsou začleněny do jednotlivých kategorií a podkategorií, do kterých byly rozděleny pro lepší přehlednost. Tyto kategorie přehledně popisují jednotlivé zkušenosti a postoje sester. Výsledky práce poskytují celistvý pohled na ošetrovatelkou péči o agresivního klienta v domově pro seniory. Z výzkumného šetření vyplývá, že každá z dotazovaných sester se již s agresivním chováním klienta setkala, převážně s agresí verbální. Informantky udávají, že agresi řeší především individuálně na základě předchozích zkušeností s klientem, stejně tak volí i prevenci.

## **Klíčová slova**

Agrese; senior; domov pro seniory; všeobecná sestra; zkušenosti

# **Experiences of nurses with aggressive behaviour of clients in care homes**

## **Abstract**

This thesis aims to investigate experiences with aggressive behaviour among nurses in care homes. Bearing this aim in mind, we have formulated three research questions: “What kind of aggressive behaviour do the nurses experience from their clients?”, “What strategies do the nurses use to prevent the aggressive behaviour of their clients?”, and “What strategies do the nurses use to deal with the aggressive behaviour of the clients?”

The empirical part of the thesis is based on a qualitative research, for which we used semi-structured interviews. As a basis for these interviews, we have used 30 questions in total. From these questions, the first three were used to determine the identification data of the respondents. If needed, the respondents were also asked other, supplementary questions. The questions are contained in the thesis as Appendix 1. The questions were designed to investigate the experiences of nurses with aggression from their clients. The main focus of the questions was to investigate the treatment of aggressive clients, prevention and causes of aggression, consequences of aggression for the psychic wellbeing of the nurses, and the awareness of the nurses about the given topic. The research group consisted of 7 nurses, which were employed by different care homes. The interviews were analysed by the open coding method, namely by text colouring.

For better clarity, the results of the analysis are divided into individual categories and subcategories. These categories describe the individual experiences and attitudes of the nurses. The results provide a complex view of taking care of aggressive clients in care homes. Our research shows that each of the nurses has encountered aggression from their clients, which has been mostly verbal. The nurses also claim that they deal with the aggression mostly individually, based on their previous experiences with the client and they also employ several prevention techniques.

## **Key words**

Aggression; senior; care home; general nurse; experiences

## Obsah

Úvod .....	7
<b>1 Současný stav .....</b>	<b>9</b>
1.1 Stáří a stárnutí.....	9
1.1.1 Charakteristika stárnutí a stáří .....	9
1.1.2 Změny ve stáří .....	11
1.1.3 Domovy pro seniory a další sociální služby .....	14
1.2 Agrese.....	16
1.2.1 Charakteristika agrese .....	16
1.2.2 Příčiny agrese.....	18
1.2.3 Agresivita ve zdravotní a sociální péči .....	19
1.2.4 Prevence agrese ve zdravotní a sociální péči .....	20
1.2.5 Zvládání agrese .....	22
<b>2 Cíle práce a výzkumné otázky .....</b>	<b>25</b>
2.1 Cíl práce .....	25
2.2 Výzkumné otázky.....	25
<b>3 Metodika .....</b>	<b>26</b>
3.1 Použité metody .....	26
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	27
<b>4 Výsledky výzkumného šetření .....</b>	<b>28</b>
4.1 Struktura výzkumného souboru .....	28
4.2 Kategorizace získaných dat.....	28
<b>5 Diskuse .....</b>	<b>41</b>
<b>6 Závěr .....</b>	<b>47</b>
<b>7 Seznam literatury.....</b>	<b>49</b>
<b>8 Seznam příloh.....</b>	<b>53</b>
<b>9 Seznam zkratk .....</b>	<b>58</b>

## Úvod

Téma své bakalářské práce jsem zvolila na základě svých osobních zkušeností, které jsem získala během brigády v domově pro seniory. Pro sestry pracující v domově pro seniory se agresivita klientů stává běžnou součástí při poskytování péče. Proto si myslím, že je třeba o tomto tématu mluvit, co nejlépe sestry připravit na tuto skutečnost a poskytnout jim co nejvíce užitečných informací, jak agresivitě předcházet a bránit se jí.

Sestry jsou společně s dalším ošetrovatelským personálem agresivitě klientů vystavovány nejvíce. Je nutné zdůraznit, že na rozdíl od běžného života nesmí na klientovu agresi reagovat další agresi. Ačkoliv musí někdy čelit přímému ohrožení jejich zdraví, musí umět reagovat pohotově, adekvátně a tak, aby neohrozily klienta. V literatuře můžeme najít mnoho postupů, jak takovému chování ze strany klienta čelit. Avšak ne vždy jsou tyto metody v domově pro seniory realizovatelné.

Stáří přináší celou řadu změn a mnohdy také nemocí. Ty mohou v neposlední řadě v klientovi vyvolávat zlost, kterou namíří vůči sestře, která je klientovi na blízku nejčastěji.

Agresivita klientů či pacientů je v rámci vzdělávání sester probírána pouze okrajově. Dle mého názoru je takové chování klienta obrovskou zátěží pro psychickou pohodu sestry. Mnohdy ačkoliv neudělala nic špatně, setká se s hrubou reakcí. Sestry se často setkávají s odporem při poskytování ošetrovatelské péče. Musí umět komunikovat s klientem, který si neuvědomuje, že například aktivizace či podávání léků jsou velice důležité pro jeho zdraví. Ocitají se v situaci, která je velice náročná. Klient, který například z důvodu stařecké demence nedokáže situaci posoudit, zřetelně odmítá péči, ale sestra ví, že bez ní se jeho stav rapidně zhorší.

Správným přístupem sester k agresivnímu klientovi a vhodnou prevencí lze dosáhnout větší spokojenosti sester i klientů domovů pro seniory. Důležitá je spolupráce všech zaměstnanců a individuální přístup.

Teoretická část této práce se věnuje vysvětlení pojmů stárnutí, stáří a agrese. Popisuje změny, které stárnutí přináší. Také obsahuje výčet několika institucí, které poskytují péči seniorům. Z oblasti agrese se teoretická část věnuje její charakteristice, příčinám, řešení a prevenci. Popisuje také agresi, se kterou se mohou setkat právě zdravotničtí pracovníci.

Empirická část se věnuje zkušenostem sester s agresivitou ze strany klienta. Je zaměřena především na péči o agresivního klienta a na znalosti sester v oblasti této problematiky.



# 1 Současný stav

## 1.1 Stáří a stárnutí

### 1.1.1 Charakteristika stárnutí a stáří

„Pod pojmem stárnutí se zpravidla rozumí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince a jež kulminují v terminálním stádiu a ve smrti“ (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 202). Stárnutí je individuální proces, který je odstartován dovršením pohlavní zralosti (Kalvach, 2014). Avšak Nováková (2011) udává, že proces stárnutí je započat již při narození. Celý průběh není ovlivněn pouze životním stylem, ale také například prodělanými nemocemi. Společnými znaky, které stárnutí doprovázejí, jsou nejen biologické změny, jako například snížená rezistence vůči infekčním onemocněním, zvýšená náchylnost k onkologickým chorobám, zhoršené hojení ran a pokles metabolismu, ale také kognitivní nebo emoční změny (Langmeier a Krejčířová, 2006).

Existuje několik teorií stárnutí, které lze rozdělit do dvou základních skupin. První skupinou jsou teorie stochastické nebo také teorie opotřebování. Ty udávají, že projevy stáří jsou náhodné. Změny přicházejí s postupně rostoucím věkem. Druhou skupinou teorií jsou teorie nestochastické neboli teorie naprogramování, které se domnívají, že změny jsou předem dány geneticky (Čevela et al., 2012). Mezi jednotlivé teorie patří například mutační teorie, která vychází z předpokladu, že příčinou stárnutí jsou mutace v somatických buňkách (Hrozenská a Dvořáčková, 2013). Teorie o působení zevních vlivů udává, že proces stárnutí je ovlivňován vlivy prostředí, životosprávy, stresu atd. Dalším příkladem může být imunologická teorie. Ta se zabývá myšlenkou chybného dělení buněk, které organismus v pozdější životní etapě již nedokáže rozeznat a likvidovat. Tělo poté začne ničit vlastní buňky (Mlýnková, 2011). Mezi další teorie patří například hormonální teorie, teorie metabolických omylů nebo teorie překřížení (Farková, 2009).

Stáří lze definovat jako závěrečnou fázi života, která zakončuje život po stránce duševní, spirituální, osobnostní i tělesné (Čeledová et al., 2016). Příchod jevů a změn, které stáří utváří je silně individuální. Samotný počátek stáří lze proto jen těžko přesně vymezit (Sak a Kolesárová, 2012). Avšak dle Světové zdravotnické organizace (WHO: World Health Organisation) je možné rané stáří periodizovat od šedesáti let věku člověka. Vlastní stáří poté nastává v sedmdesáti pěti letech a období od devadesáti let

života je označováno za dlouhověkost (Mlýnková, 2011). S dalším dělením přichází Bartůněk et al. (2016), ten popisuje tři věkové kategorie. První kategorií jsou mladí senioři, kam spadají lidé od šedesáti pěti do sedmdesáti čtyř let. Do skupiny starých seniorů, tedy druhé kategorie, spadají lidé od sedmdesáti pěti do osmdesáti čtyř let věku. Poslední kategorií jsou velmi staří senioři, kteří jsou starší osmdesáti pěti let (Bartůněk et al., 2016). Při klasifikaci stáří je možné rozlišovat věk kalendářní a biologický. Zatímco věk kalendářní je striktně dán datem narození, věk biologický je určován v závislosti na stavu organismu (Nováková, 2011). Stáří je závěrečná životní etapa, která je obecně vnímána spíše negativně. Stejně jako jiné vývojové fáze, i stáří do našich životů přináší nejen pozitiva, ale také negativa, kterým se musíme přizpůsobit. Je pouze na každém z nás, jak příchod stáří přijme a zda dokáže využít veškeré benefity, které právě stáří může nabídnout (Malíková, 2011).

Roku 1962 se S. Reichardová zabývala konkrétními reakcemi seniorů na stáří. Na základě výzkumu popsala pět vyrovnávacích strategií s vlastním stářím (Langmeier a Krejčířová, 2006). První strategií je strategie konstruktivní. V tomto případě senior přijal novou životní etapu pozitivně. I přes některá omezení, která stáří přináší, plánuje svou budoucnost, seznamuje se s novými lidmi, má radost ze života. V případě onemocnění lze očekávat seniorovu plnou spolupráci (Klevetová, 2017). Strategie závislosti popisuje seniory, kteří stáří a svá omezení využívají k získání pozornosti rodiny a svého okolí. I přesto, že senior péči nepotřebuje, vyžaduje ji a pro vyhovění svým požadavkům může využívat také manipulaci či citové vydírání (Malíková, 2011). S obrannou strategií je možné se nejčastěji setkat u lidí, kteří byli dříve velice aktivní, ambiciózní a úspěšní. Odmítají přijmout životní změny, které stáří přináší, a velice kontrolují své emoce (Klevetová, 2017). Dělají vše pro to, aby jejich život zůstal stejný, a to i přes mnohé překážky. Senior nedokáže přijmout, že již na něco nestačí, nebo že potřebuje pomoc druhé osoby (Langmeier a Krejčířová, 2006). Čtvrtá strategie popisuje seniory, kteří nepřijali svou novou životní roli. Jedná se o strategii hostility. Jedná se především o ty seniory, kteří ve svém životě i přes velké úsilí nebyli úspěšní (Malíková, 2011). Senior je stále nespokojený, obviňuje své okolí ze špatných věcí, které ho v životě potkaly. Svou nespokojenost projevuje nepřátelským a někdy až agresivním chováním ke všem lidem (Klevetová, 2017). Poslední ze strategií je strategie sebenenávisti, která se projevuje agresivním chováním seniora vůči sobě. Senior vnímá svůj život jako zklamání a viní pouze sám sebe. Jediné přijatelné východisko může vidět ve smrti (Langmeier a Krejčířová, 2006).

V dřívějších dobách bylo k seniorům přistupováno stejně jako ke všem dospělým. Až v šedesátých letech dvacátého století výzkumy ukázaly, že mezi jednotlivými věkovými skupinami existují rozdíly. Nyní senioři představují významnou část společnosti, která je předmětem mnoha studií (Williams, 2016). Důležité je také zmínit tři vědní obory, které se stářím a stárnutím blíže zabývají. Patří mezi ně gerontologie, která řeší změny, jež stáří a proces stárnutí přináší. Druhou vědní disciplínou je geriatrie, která se řadí mezi lékařské obory, podrobněji zkoumá onemocnění specifická pro seniory. Posledním vědním oborem je gerontopsychiatrie řešící psychické procesy doprovázející průběh stárnutí a stáří (Nováková, 2011).

### ***1.1.2 Změny ve stáří***

Ačkoli je stárnutí zcela individuální proces, je možné popsat několik změn, které jsou pro stáří typické. Změny se nemusí u každého člověka objevit ve stejnou chvíli a někomu se mohou zcela vyhnout (Burda a Šolcová, 2016). V důsledku involučních změn postihujících osoby v pokročilém věku je organismus méně odolný. Klesají i jeho schopnosti a výkonnost. Celkové zhoršení vrcholí v terminálním stádiu života, jež vede k následné smrti (Slezáková et al., 2012). V důsledku celkové křehkosti je také možné pozorovat četnější výskyt chronických onemocnění (Kopecká, 2011).

V oblasti pohybového systému je možné pozorovat mnohé změny, které často vznikají v souvislosti s atrofií tkání. Na základě atrofie obratlové ploténky a osteoporózy, která postihuje především ženy, se senioři mohou snížit a začít se hrbít. Z důvodu osteoporózy je třeba dbát na zvýšenou prevenci zlomenin, neboť riziko fraktury se s řídnutím kostní tkáně zvyšuje (Burda a Šolcová, 2016). Atrofií jsou dále postiženy i kosterní svaly a dochází k postupnému úbytku svalové síly (Slezáková et al., 2012). Objevuje se také bolest kloubů a zad společně s omezením pohyblivosti (Burda a Šolcova, 2016).

Mezi další změny, které výrazně ovlivňují život seniorů, patří zhoršení smyslové percepce. Zhoršením sluchu trpí zhruba třicet procent seniorů nad šedesát let. Zhoršení zraku postihuje až devadesát procent osob ve věku nad šedesát let (Langmeier a Krejčířová, 2006). Zrak může být také ohrožen šedým a zeleným zákalem. Mezi zásadní změny v oblasti zraku patří pokles schopnosti akomodace čočky, zhoršení ostrosti, nebo zmenšení zorného pole (Mlýnková, 2011). Změny v oblasti smyslového vnímání nepříznivě ovlivňují kvalitu života seniorů. Zhoršení smyslové percepce může vést ke

snížení výkonnosti, celkovému zhoršení komunikace s dalšími osobami nebo například znemožňuje mnohé volnočasové aktivity (Langmeier a Krejčířová, 2006).

Změny postihující kardiovaskulární systém mohou vést k hypertenzi, neboť cévy jsou z důvodu aterosklerózy méně pružné (Burda a Šolcová, 2016). Snížený výkon srdce se může projevit také například na ledvinách nebo mozku. Zhoršený průtok krve může být způsoben také ztrátou elasticity srdečních chlopní, která seniory může postihnout (Mlýnková, 2011).

Dalším významným orgánem, který podléhá involučním změnám, je kůže. V důsledku hypofunkce mazových žláz může být kůže seniorů dehydratovaná a více svědivá. Z důvodu snižování počtu elastických vláken se mohou tvořit vrásky, snižuje se kožní napětí. V souvislosti s úbytkem podkožního tuku kůže slábne a může se jevit jako pergamenový papír (Mlýnková, 2011). O pokožku seniora je třeba důsledně pečovat, neboť jeho kůže je náchylnější k poškození a ke vzniku bércových vředů, opruzenin nebo dekubitů. Vlasy mohou začít vypadávat a získávat šedivou barvu. Nehty se mohou ztlušťovat, žloutnout a podélně rýhovat (Burda a Šolcová, 2016). Možné je také pozorovat hnědé neboli stařecké a světlé skvrny, které vznikají hromaděním nebo naopak ztrátou pigmentu (Mlýnková, 2011).

Další změny, které mohou výrazně znepríjemnit seniorův život, se týkají oblasti vylučování. Problémy s močením postihují muže i ženy v pokročilém věku. U žen se častěji vyskytuje močová inkontinence. Muže postihují problémy vznikající v souvislosti se zvětšením prostaty (Burda a Šolcová, 2016). Inkontinencí trpí přibližně patnáct až třicet procent seniorů ve věku nad šedesát let. Ta vzniká následkem zmenšení kapacity močového měchýře a poklesu síly svalových svěračů (Klevetová, 2017). Senioři mohou také pociťovat častější nucení na močení, které vzniká v důsledku retence malého množství moče v močovém měchýři (Mlýnková, 2011).

V oblasti pohlavního systému u žen přicházejí výrazné změny v souvislosti s menopauzou. Ustává tvorba pohlavních hormonů, mléčná žláza ubývá a mizí schopnost zvlhčení pochvy (Mlýnková, 2011). U mužů jsou hormonální změny méně prudké (Hošková et al., 2012). S postupem věku množství produkovaných spermií klesá, ale samotná schopnost jejich tvorby zůstává až do pokročilého věku zachována (Mlýnková, 2011).

Jako obranný mechanismus proti hrozbě ze strany mladší generace uvádí Langmeier a Krejčířová (2006) zhoršení krátkodobé paměti a idealizaci dlouhodobých vzpomínek. Senioři mají tendenci vybavovat si spíše události z dávné minulosti, které

mohou být i emočně zkresleny. Právě proto senioři mohou lpět na minulosti (Langmeier a Krejčířová, 2006).

Další změnou ve stáří je zpomalení přenosu vzruchů v periferním nervovém systému. Z toho důvodu se reakce na podnět objevuje později (Mlýnková, 2011). S postupem věku dochází ke ztrátě neuronů a poklesu funkční schopnosti nervové soustavy (Hošková et al., 2012).

Nepříjemnosti při příjmu stravy mohou způsobit problémy s již chybějícím chrupem. Další potíže může způsobit změna ve vnímání chutí (Burda a Šolcová, 2016). Zmenšuje se množství tvořených slin. V důsledku zpomalené motility trávicího traktu je prodloužena cesta tráveniny žaludkem a střevy se zvýšeným rizikem následné zácpy (Mlýnková, 2011). Současně se také pomaleji absorbují živiny jako například vápník, železo nebo vitaminy B<sub>1</sub> a B<sub>12</sub>. Pomalejší je také činnost jater a slinivky břišní (Klevetová, 2017).

Další nevídanou změnou v životě seniorů může být častější zadýchávání se, například při větší fyzické námaze. Senior je potom nucen dělat častější pauzy, například při chůzi do schodů (Burda a Šolcová, 2016). Častější zadýchávání je způsobeno poklesem respirační schopnosti plic. Se snižující se schopností samočištění řasinkového epitelu u seniorů se zvyšuje hrozba zánětů dýchacích cest (Mlýnková, 2011).

Změny ve stáří je možné pozorovat také v oblasti emoční. Projevy emocí jsou méně intenzivní. Seniorovi může scházet nadšení pro nadcházející události. Přínos těchto změn můžeme zaznamenat při řešení problémů, které senior dokáže klidněji vyhodnotit a racionálně vyřešit (Slezáková et al., 2012). V oblasti vztahů je možné pozorovat vzestup rodiny na žebříčku priorit. Je třeba dbát zvýšené pozornosti na možnou sociální izolaci, kterou je senior více ohrožen. Stoupá také riziko emoční a podnětové deprivace, kterému je třeba se vyhnout (Langmeier a Krejčířová, 2006). Tato rizika se mohou stupňovat v souvislosti se ztrátou některých sociálních rolí (Slezáková et al., 2012).

Období stáří s sebou přináší velké životní změny. Jednou z nich je odchod ze zaměstnání a vstup do penze. Souhrou několika faktorů, ať už ekonomických či fyzických, se seniorův životní styl začíná měnit (Burda a Šolcová, 2016). Samotný odchod do penze představuje pro člověka životní milník, který uzavírá nejen jeho profesní roli, ale také období středního věku. Důchod může pro seniora znamenat ztrátu mnohých výhod a horší sociální postavení, které může být společností negativně

vnímáno (Vágnerová, 2007). Riziko představuje snížený finanční příjem, a tudíž nebezpečí finanční nouze. Ta může být zapříčiněna nejen nízkým starobním důchodem, ale také ztrátou jednoho finančního příjmu vlivem úmrtí partnera, vyššími výdaji na léky, zdravotní pomůcky a tak dále. Pro stáří je také charakteristická snížená soběstačnost, na základě které mnozí senioři využívají služeb domácí péče, nebo se stěhují do pečovatelských domů a domovů pro seniory (Burda a Šolcová, 2016).

### ***1.1.3 Domovy pro seniory a další sociální služby***

V případě, že se o sebe senior již nedokáže plně postarat sám, existuje hned několik východisek. V závislosti na nutnosti dopomoci si senior může vybrat z několika služeb sociální péče tak, aby zůstal co nejvíce zapojen do běžného života (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006). Do péče o seniora se zapojuje nejen sociální oblast služeb, ale také ta zdravotní. Během následujících let bude pravděpodobně počet seniorů vzrůstat. Podíl na tom má především neustálý pokrok medicíny. Proto se dá očekávat i nutnost vývoje a zlepšování péče o seniory. Jednou z nutností bude například propojení zdravotních a sociálních služeb (Burda a Šolcová, 2016).

Do oblasti služeb sociální péče spadají osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněná bydlení a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006).

Domovy pro seniory pečují o ty, kteří mají z důvodu věku sníženou soběstačnost. Služba je poskytována pobytovou formou. Klientům nabízí ubytování, stravu, pomoc s péčí o jejich osobu, pomoc při osobní hygieně, zajišťování vhodných podmínek, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, nabízí sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006).

Domovy se zvláštním režimem poskytují stejné služby jako domovy pro seniory. Rozdílem je důvod snížené soběstačnosti klientů a s tím související přizpůsobení domovů. V domovech se zvláštním režimem žijí klienti s chronickým duševním onemocněním, osoby závislé na návykových látkách, osoby nejen se stařeckou či Alzheimerovou demencí (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006).

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče jsou poskytovány pacientům, kteří již nepotřebují zdravotní péči, ale nejsou soběstační natolik, aby mohli žít bez dopomoci další osoby. Proto jim jsou sociální služby poskytovány do doby, než je zajištěna potřebná pomoc (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006).

Osobní asistence je terénní služba, jež pomáhá osobám se zhoršenou soběstačností. Péče probíhá v prostředí, které je pro klienta přirozené, čas a úkony závisí na potřebě každého klienta. Může se jednat o dopomoc při péči o vlastní osobu, osobní hygieně, zajištění stravy, péči o chod domácnosti, uplatňování práv, oprávněných zájmů a při vyřizování osobních záležitostí. Dále výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti nebo zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006).

Pečovatelská služba může být poskytována terénní či ambulantní formou. Stejně jako osobní asistence je určena osobám se sníženou soběstačností. Rozdílem je časové vymezení pečovatelské služby a také možnost poskytování služeb v zařízeních sociálních služeb. Služby, které může pečovatelská služba poskytovat, jsou pomoc při péči o vlastní osobu, při zvládnutí osobní hygieny či při zajištění vhodných podmínek. Poskytování či dopomoc při zajišťování stravy, dopomoc při péči o domácnost a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006).

Tísňová péče je nepřetržitá terénní služba realizovaná prostřednictvím distanční hlasové a elektronické komunikace. Je určena těm, kteří jsou vystaveni neustálému ohrožení zdraví a života, a to v případě náhlého zhoršení jejich stavu. Účelem služby je poskytnout či zprostředkovat okamžitou pomoc v krizové situaci. Dále zajišťuje také sociálně terapeutické činnosti, zprostředkovává kontakt se společenským prostředím, dopomáhá při uplatňování práv, zájmů a obstarávání osobních záležitostí (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006). V praxi se jedná například o náramky, které mají senioři na ruce a stisknutím SOS tlačítka si přivolají pomoc (Burda a Šolcová, 2016).

Průvodcovské a předčitatelské služby slouží osobám se znevýhodněním souvisejícím s komunikací a orientací. Služba je poskytována terénní či ambulantní formou. Taktéž může být součástí jiné služby (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006).

Odlehčovací služba přebírá na určitou dobu péči o osobu se sníženou soběstačností. Tím si pečující osoby mohou dopřát potřebný odpočinek. Služba je poskytována buď v domácím prostředí terénní formou, formou ambulantní nebo pobytovou (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006).

## **1.2 Agrese**

### **1.2.1 Charakteristika agrese**

Dle Látalové (2013) je autorem všeobecně uznávané definice agrese Moyer (1976). Ten agresi definuje jako zřejmé chování s cílem poškodit druhý organismus. Znění definice bylo později doplněno o cíl poškodit také předměty. Je důležité zdůraznit záměr v popisu agrese, neboť k převážnému množství poškození dochází bez úmyslu. V takovém případě se tedy nejedná o agresivní chování (Látalová, 2013).

Agresivní chování není pouze fyzické napadení. Agresivita se může objevit také při komunikaci nebo v chování člověka vůči předmětům. Agresivita vůči věcem se může projevat jako hlasité zavírání dveří, házení s předměty nebo například ničení věcí. Nejvyšším stupněm agrese je násilí vůči osobám (Venglářová a Mahrová, 2006). Petr et al. (2014) popisují tři základní stupně agrese. Prvním je hostilita neboli nepřátelské chování, kterým člověk projevuje své nesympatie či nesouhlas. Verbální agrese je druhým stupněm. Ta se dále dělí na přímou a ideatorní. O přímou verbální agresi se jedná, když jedinec přímo vyjádří svůj nesouhlas například nadávkou či formou dopisu. Ideatorní verbální agrese se projevuje tak, že si člověk pouze představuje, že personálu nadává. Nejvyšším stupněm je agrese brachiální, tedy fyzické násilí vůči osobám, živočichům či předmětům (Petr et al., 2014). Agrese je řazena mezi pudy sebezáchovy. V současném světě je možné agresivitu pozorovat ve formě válek, teroristických útoků, násilí, podvodů či pomluv (Kelnarová a Matějková, 2014). V důsledku vzestupu násilných událostí ve světě vzrůstá tendence zjišťovat příčiny těchto katastrof a tím také agresivní chování co nejvíce potlačit. Díky zájmu masových médií, sociálních sítí a dalším moderním technologiím se tato problematika dostává do popředí všeobecného zájmu (Fischer a Škoda, 2014).

Agresivní jednání lze poznat na základě několika neverbálních znaků. Patří mezi ně například výrazná gesta během komunikace, nejisté pochodování, násilné chování vůči předmětům, změny v dýchání, zlost či rozrušení v obličeji, zvyšování intenzity hlasu, neslušný slovník, vstup do osobního prostoru (Kelnarová a Matějková, 2014). Mezi



příznaky náhle vzniklého vzteku neboli ataky, patří také pocity bušení srdce, náhlého vedra, těžkosti na hrudi, pocení, zrychlení dechu, zdání deficitu sebekontroly, pocit ohrožení a podobně (Látalová, 2013).

Neexistuje pouze jeden druh agresivity. Její dělení je spojeno s motivací, momentálním popudem a potřebami (Fischer a Škoda, 2014). Nejvíce užívaným dělením agrese je dělení na předem připravenou a impulzivní. Předem připravenou agresi je myšleno naplánované jednání, které nebývá odpovědí na frustraci nebo aktuální hrozbu. Tato agrese bývá nazývána také jako predátorská, instrumentální nebo aktivní (Látalová, 2013). Impulzivní agrese ve většině případů vzniká na podkladě dění, které je člověku nepříjemné a je pro něj stresující. Tato situace může být doprovázena pocity úzkosti, strachu, hněvu či zlosti (Orel et al., 2016). Tento druh agrese může být také odpovědí na dlouhodobý stres. Aktivita autonomního nervového systému je v takový okamžik velmi silná. Dalšími názvy, které označují impulzivní agresi jsou reaktivní, afektivní či hostilní agrese (Látalová, 2013). Další dělení popisují Fischer a Škoda (2014), kteří dělí agresivitu na zlostnou, instrumentální a spontánní. Zlostná agresivita může být impulzivním vyjádřením nesouhlasu, jež je z hlediska cíle minimálně orientována. V takovém případě nepředstavuje velké nebezpečí. Pokud se ale jedná o odvetu či pomstu, může toto jednání znamenat hrozbu. Může se jednat o vyjádření odporu, zloby a záměrné působení bolesti. Toto chování přináší útočnickovi pocit vnitřního uspokojení (Fischer a Škoda, 2014). Instrumentální agresivita představuje cestu k dosažení cíle. Agresivita není vyjádření nesympatií k druhé osobě, ale představuje pouze překážku, kterou je k dosažení cíle nutné překonat či pokořit (Helus, 2011). Spontánní agresivita pomáhá útočnickovi dosáhnout emočního uspokojení a uspokojení potřeb, které lze označovat za netypické a patologické (Fischer a Škoda, 2014). Další typ popisuje Helus (2011), který vedle agrese afektivní a instrumentální uvádí agresivitu zástupnou, která může vznikat v důsledku frustrace. Dochází k ní ve chvíli, kdy se agresor bojí postavit tomu, jenž způsobuje jeho negativní emoce a svou zlobu projeví vůči osobě, ze které nemá strach a nebojí se jí postavit (Helus, 2011). V souvislosti s problematikou agrese ve vztahu ke zdravotní a sociální péči je důležité také zmínit agresi, která může být reakcí na sdělení nepříjemné prognózy. Dle modelu MUDr. Elizabeth Kübler Rossové je agrese a zlost druhou fází smutku. Setkat se s ní je možné například u klientů v terminálním stádiu života (Arnoldová, 2016).

### **1.2.2 Příčiny agrese**

Agresivní chování jedince může mít mnoho příčin. Vlivy mohou pramenit z oblasti biologické, sociální, psychické, zdravotní, kulturní nebo například finanční (Orel et al., 2016). V minulosti se odborníci snažili najít a popsat jednu hlavní příčinu vzniku agrese. Jednotlivé teorie se soustředily především na vliv pudů, sociálního učení či frustrace. Ačkoli se později ukázalo, že agrese nemá pouze jednu příčinu, teorie jsou stále aktuální, především díky tomu, že popisují jednotlivé faktory, které mají vliv na vznik agrese (Výrost et al., 2019).

Jedním z již zmiňovaných původců agresivity je biologický faktor, který přispívá k agresivnímu jednání. Každý tvor se rodí s jistými předpoklady pro agresivní jednání. Sklon k tomuto chování může být spuštěn například tendencí bránit své území či potomky. Rozdíl mezi zvířaty a člověkem je v schopnosti člověka kontrolovat a ovlivňovat své chování (Helus, 2018). Výrost et al. (2019) udávají, že tato teorie, popsaná Konradem Lorenzem, která vnímá agresi jako instinkt je v současné době překonána, ačkoli je to teorie, která by vysvětlovala příčinu vzniku spontánní agrese (Výrost et al., 2019).

Dalším biologickým faktorem, který má prokazatelný vliv na vznik agresivního chování, jsou hormony. K agresivnímu chování nejvíce přispívá mužský pohlavní hormon testosteron (Orel et al., 2016). Zatímco s přibývajícím věkem mužská agresivita vlivem snížené produkce testosteronu klesá, u žen naopak roste. Během klimakteria se v ženském těle snižuje tvorba estrogenu a stoupá produkce testosteronu. Na základě této hormonální změny mohou mít ženy v pozdějším věku větší tendenci k agresivním projevům (Jedlička et al., 2018).

Původcem z neurobiologické oblasti je nevyrovnanost mezi prefrontální kůrou a strukturami limbického systému, především amygdalou. Tato nerovnováha vzniká například při traumatech či užití psychoaktivních látek (Orel et al., 2016).

Agresivní chování může být také naučené. Příčinou tohoto návyku může být pozitivní reakce a pochvala rodičů. Ti své dítě chválí za průbojnost s domněnkou, že v životě je nutné umět se prosadit, a to i na úkor ostatních (Helus, 2018). Přispět může i situace, kdy dítě vidí, že je agresor vnímán jako vzor či hrdina, či pokud se jeho vzor například jeden z rodičů chová agresivně. V takovém případě může dojít ke ztotožnění se s agresorem (Helus, 2011).

Další nezanedbatelnou příčinou agresivního chování je frustrace, kdy agrese vzniká následkem nemožnosti uspokojení jedné z lidských potřeb (Helus, 2018). Ptáček et al. (2011) dokonce frustraci uvádějí jako jednu z nejčastějších příčin agrese. Frustraci může způsobit nejen nemožnost dosažení cíle, ale také druhá osoba, změna role či strach (Ptáček et al., 2011). Frustrační teorie agrese má své zastánce i odpůrce. Předmětem diskuse je především míra, do jaké frustrace agresi zapříčiňuje. Od původního tvrzení, že každému agresivnímu konání musí předcházet frustrace, se postupně ustoupilo k tvrzení, že důležitou roli hraje očekávání nemožnosti uspokojit některou z potřeb. V případě zcela neočekávaného neúspěchu může být tendence k agresivní reakci větší (Výrost et al., 2019).

Na agresi člověka může mít vliv již prenatální vývoj. Faktory, které mohou později vést k agresivnímu chování jedince, se týkají především životosprávy matky po dobu těhotenství. Konzumace alkoholu, drog či kouření, špatné stravování a tak dále, to vše může mít důsledek v podobě agresivního chování člověka. Spekuluje se také o vlivu nepřijetí dítěte matkou, které by mohlo také vést k agresi (Orel et al., 2016).

Dalšími spouštěči agrese jsou například strach, stres, alkohol, drogy, psychické poruchy či pocit provinění (Petr et al., 2014).

### ***1.2.3 Agresivita ve zdravotní a sociální péči***

Na základě výzkumů bylo prokázáno, že zaměstnanci ve zdravotnických a sociálních zařízeních se setkávají s agresivním jednáním častěji než lidé pracující v jiných oborech. Tato agrese přichází převážně ze strany pacienta. Ta může pracovníka zasáhnout nejen fyzicky, ale především psychicky. Výzkum udává, že až 94,1 % zaměstnanců zařízení zažilo během jednoho roku slovní napadení a 69,8 % pracovníků udalo fyzické napadení (Schablon et al., 2018). Přičemž nejvíce ohroženy jsou sestry pracující na lůžkových odděleních ve zdravotnických zařízeních (Kowalczuk a Krajewska-Kułak, 2017).

Konkrétní příčinou agresivního jednání klienta může být například odmítání péče. Útok se pro něj stává jediným možným východiskem, jak vyjádřit svůj nesouhlas. Podstatnou roli hraje také komunikace. Pokud klient neví, co se zdravotník chystá dělat, může potom například pomoc při oblékání brát jako ohrožující situaci (Mlýnková, 2017). V případě péče o seniora je třeba také myslet na mnohé kognitivní změny, které stárnutí doprovází. Klient může celou situaci, například při dopomoci s osobní

hygienou, špatně chápat a začne se bránit (Hauke, 2014). Agresivita může být také odpovědí na změny, které se v seniorově životě dějí. Postupné zhoršování schopností může vést k obavám z budoucnosti a k agresivnímu jednání (Mlýnková, 2017). Tyto změny také vedou k větší časové náročnosti při péči. Ti, kteří o seniora pečují, by mu měli dopřát dostatek času a trpělivosti. V případě, že budou na seniora spěchat a naléhat, vzniká riziko, že se setkají s agresivní reakcí se strany seniora (Heuke, 2014). Se změnami také souvisí postupné zhoršování paměti. Senior zapomíná, kam uložil své věci a obviňuje své blízké či personál zařízení, kde žije, z krádeže (Mlýnková, 2017). Senior může také mít agresivitu ve své povaze, ale v minulosti ji úspěšně ovládal. S přibývajícím věkem se však tento rys začíná projevovat (Heuke, 2014). V případě nově příchozího klienta do domova pro seniory, může agresi vyvolat samotné stěhování a změna prostředí. Vše je pro něj nové a personál by měl klientovi dát dostatek času si na vše zvyknout (Mlýnková, 2017).

V souvislosti s hospitalizací může být příčinou agresivního chování pacienta například bolest, obavy ze zákroku, či z budoucnosti, neboť úraz či onemocnění může zcela změnit pacientův život (Kelnarová a Matějková, 2014). Je třeba dbát zvýšené opatrnosti, aby ošetrovatelský personál pacienta neúmyslně neponížil či nezesměšnil. Jednat se může například o situaci, kdy zdravotník podotkne, že se pacient již poněkolkrát pomohl. Zdravotník to může brát jako pouhé konstatování skutečnosti, ale pacienta to může velice ponížit (Venglářová a Mahrová, 2006). Agresivně se může pacient začít chovat, pokud léčba neprobíhá dle jeho představ, a prožívá tedy pocity zklamání. Přispět může také stres, bezmoc a užití látek, které mohou ovlivnit chování pacienta (Kelnarová a Matějková, 2014).

Výzkum z roku 2017 se zaměřil na zjišťování příčin konfliktů ve zdravotnických zařízeních. Dotazováni byli pacienti, lékaři i sestry. Z výzkumu vyšlo, že nejčastějšími důvody rozporů a agresivního jednání jsou přetížení, tlak, únava a frustrace. Jednou z příčin může být také pacientovo nepochopení zdravotnickému zařízení a jeho systému, špatná komunikace a nespokojenost s péčí (Shafran-Tikva et al., 2017).

#### ***1.2.4 Prevence agrese ve zdravotní a sociální péči***

Jedním z klíčů k prevenci agresivity může být řádné vzdělávání personálu v oblasti agresivity a prevence. Zdravotníci a ošetrovatelský personál by měli mít znalosti především v oblasti komunikace s agresivním klientem, vyhodnocení a řešení konfliktů

a také jejich předcházení (Škrlová, 2008). Preventivně může působit také profesionální a iniciativní přístup personálu zařízení (Petr et al., 2014). Pro prevenci je nutné, aby si zdravotníci uvědomili, že riziko agresivního jednání pacientů je reálné. Je důležité vnímat i malé změny v klientově chování a patřičně na ně reagovat. Na signály blížícího se konfliktu je třeba reagovat okamžitě (Škrlová, 2008). Preventivně může působit také změna prostředí, ve kterém se nachází klient, který se v minulosti již agresivně choval. Pomoci může také psychoterapie v podobě různých tréninkových a terapeutických činností (Fischer a Škoda, 2014).

Byl proveden výzkum, který porovnává pohled zúčastněných klientů a sester na patnáct agresivních incidentů. Výzkum ukázal, že sestry i pacienti popisují celý incident přibližně stejně. Avšak jejich pohled na možnou prevenci incidentu se liší. Zatímco sestry by volily spíše obecná opatření, pacienti navrhují individuální postupy. Dle názoru sester je nejvhodnější prevencí včasné podání patřičné medikace. Udávají, že včasné podání léků je méně donucovací než zásahy, které jsou třeba při samotném útoku. Pacienti navrhovali spíše individuální opatření, která pomáhají právě jim. Mezi návrhy byly například poslech hudby, více aktivit či možnost zchlazení se ve studené sprše (Vermuelen et al., 2019).

S dalšími způsoby, jak snížit výskyt agrese, přicházejí Raveesh et al. (2019), kteří uvádějí, že pomoci může například pravidelný rozhovor personálu s klientem. Výskyt agresivity na oddělení či v domově pro seniory může snížit také použití jisté moci či autority, kterou může využít například sestra či lékař. Pomoci může také zapojení klienta do jeho léčebného režimu (Raveesh et al., 2019).

K předcházení agresivním konfliktům slouží také dotazník, jehož autorkou je britská psycholožka Glynis Breakwellová, obsahující patnáct otázek, který pomáhá sestram určít riziko napadení klientem či pacientem. S každou kladnou odpovědí riziko stoupá. V dotazníku se autorka ptá na stresový faktor, který na klienta aktuálně působí, intoxikaci alkoholem či drogami, předchozí agresivní projevy a případný soudní trest v souvislosti s agresivitou. Další otázky se ptají na duševní poruchy, jež snižují přičetnost, zda má klient zdravotní problémy, které mohou snižovat sebekontrolu, zda klient již personál napadl či mu vyhrožoval. Dále zda má klient pocit, že personál omezuje jeho svobodu či by ji v budoucnu mohl ohrozit, zda jsou klientovy představy o možnostech poskytované péče reálné či nikoliv, zda je přesvědčen, že personál klientovi záměrně nechce pomoci, zda měl zdravotník z klienta v minulosti někdy strach a

nakonec zda je v okolí klienta obecenstvo, které by mohlo jeho agresivní jednání obdivovat a podporovat (Marková et al., 2006).

### ***1.2.5 Zvládání agrese***

Je důležité si uvědomit, že na prvním místě je zdraví ošetřujícího personálu. V případě, že je komunikace s agresivním klientem příliš nebezpečná, měl by se jí pracovník vyhnout a přivolat patřičnou pomoc (Ptáček et al., 2011). Personál by k agresivnímu pacientovi neměl přicházet sám (Kelnarová a Matějková, 2014). Přítomnost většího počtu zaměstnanců dává klientovi najevo převahu (Ptáček et al., 2011). Každé zařízení by mělo mít předem připravený postup, jak k agresivním klientům přistupovat a jak o ně pečovat. Na základě toho by měl každý zaměstnanec postupovat. Je také vhodné mít pevně daný způsob, jakým by měl zaměstnanec v ohrožení přivolat pomoc (Kelnarová a Matějková, 2014).

Pokud si ošetřovatel či zdravotník začne všimnout signálů, které značí přicházející agrese, je vhodné klienta posadit, ale zároveň je třeba si dát pozor, aby klienta do ničeho nenutil (Venglářová a Mahrová, 2006). Při komunikaci personál udržuje dostatečnou vzdálenost a klienta nepouští do svého osobního prostoru (Kelnarová a Matějková, 2014). Pomoci může také pokus o změnu tématu. Sestra by neměla násilné či hrubé jednání klientovi oplácet. Naopak by ke klientovi měla přistupovat klidně a předem si promyslet každý svůj krok (Mlýnková, 2017). Ošetřovatelská péče může počkat. Pokud klient jeví známky agrese, je lepší výkon, jako je například koupel či převaz rány, odložit (Venglářová a Mahrová, 2006). Pokud se jedná o klienta, u kterého se agresivní jednání opakuje, je vhodné z jeho okolí odstranit předměty, které by mohl použít k útoku na personál. Může se jednat například o nádobí, příbor, vázy a podobné. Sestra by se v místnosti s klientem neměla zavírat kvůli případné potřebě přivolat pomoc (Ptáček et al., 2011). V případě, že chce klient odejít, je lepší ho nechat volně jít, než aby si musel cestu uvolnit sám například použitím násilí. Je vhodné také nechat klienta naplnit jeho potřeby. Může pomoci, pokud personál klientovi dovolí například zakouřit si, ačkoliv je to za běžné situace zakázáno. V případě nekomunikujících klientů by se měl personál snažit klientovy potřeby rozpoznat a pomoci mu je naplnit (Venglářová a Mahrová, 2006). Způsob, jakým bude personál na situaci reagovat a jak ji bude řešit, by měl záviset na příčině klientovy agrese. V první řadě je proto důležité zjistit, co klienta vedlo k agresivní reakci (Linhartová, 2007). Zdravotník by ke klientovi neměl nikdy

přístupovat zezadu a příliš zbrkle. To by mohlo klienta vylekat a celou situaci zhoršit (Mlýnková, 2017).

Krajním řešením agrese jsou omezovací prostředky. Ty lze použít pouze na nezbytnou dobu, a to v případě, že je ohrožen život, zdraví či bezpečnost pacienta nebo jiných osob. Omezení v pohybu lze uplatnit pouze v případě, že žádný mírnější způsob nepomohl, či by zjevně nebyl účinný. Mezi tyto opatření se řadí úchop pacienta, použití ochranných pásů a kurtů, uložení pacienta do síťového lůžka, umístění pacienta do místnosti pro jeho bezpečný pohyb, ochranný kabátek či vesta a psychofarmaka či jiná medikace sloužící k omezení pohybu pacienta (zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, 2011).

S klientem je vhodné mluvit pomalejším tempem a klidným hlasem. Je prokázáno, že klient přechází na toto tempo, a tím se zklidňuje (Venglářová a Mahrová, 2006). V některých situacích může být také přínosem zařazení haptiky do komunikace s klienty. Zdravotník ale musí dát pozor, aby doteky nebyly klientovi nepříjemné či příliš zbrklé, silné nebo svírající (Linhartová, 2007). Na začátku může pomoci nechat klienta bez přerušování mluvit a vyslechnout si, co ho trápí. Samotný rozhovor může klienta uklidnit. Pomoci může také otázka na důvod jeho rozhořčení (Kelnarová a Matějková, 2014). Pokud klient vede horečný dlouhý monolog, může sestra klienta přerušit a vést ho k rozumnému řešení situace (Linhartová, 2007). Venglářová a Mahrová (2006) uvádějí, že je vhodné klientovi popsat, jak na pracovníka tato situace působí, a říci, že klient působí například našťavaně či rozzlobeně. Klientův postoj by měl pracovník tolerovat. Přesto, že s ním nemusí souhlasit, měl by si vyslechnout všechny klientovy stížnosti a připomínky a plně je akceptovat (Venglářová a Mahrová, 2006). V případě, že jsou klientovy stížnosti oprávněné, je dobré se omluvit. Právě omluva může klienta uklidnit (Linhartová, 2007). Zdravotník by měl klientovi vyhovět či mu srozumitelně vysvětlit postoj k celé situaci a ověřit si, že klient všemu rozumí (Venglářová a Mahrová, 2006). Během komunikace není vhodné zvedat obočí či našpulovat rty. Postoj či posed by měl být uvolněný. Oční kontakt je vhodné prokládat krátkým pohledem například na dalšího pracovníka či do místnosti (Linhartová, 2007). V případě, že je klient stále agresivní a nedaří se ho zklidnit, je vhodné požádat o pomoc lékaře, či policii (Kelnarová a Matějková, 2014).

Někteří odborníci tento způsob komunikace s agresivním klientem či pacientem odmítají. Důvodem je zcela rozdílná energie při komunikaci. Sestra i pacient komunikují v tomto případě na jiné linii (Linhartová, 2007). V takovém případě se

nabízí takzvaná zrcadlová reakce (Kelnarová a Matějková, 2014). Zdravotník v takové situaci komunikuje stejným způsobem jako pacient, vyjma fyzické agrese. Zdravotník by měl klientovi dokázat svou autoritu a klienta uklidnit zrcadlením jeho chování (Linhartová, 2007).

Komunikace mezi sestrou a klientem je vyznačována nezbytností (komunikace ať verbální či neverbální probíhá mezi sestrou a pacientem neustále), nezvratností (nic z toho, co sestra vysloví či neverbálně projeví, již nelze vrátit) a neopakovatelností (žádná situace se již nebude znovu opakovat). Na všechny tyto body by měla nejen sestra při komunikaci s pacientem myslet a dávat si na ně pozor (Zacharová, 2016).

Při zvládnutí agresivního klienta domova pro seniory musí sestra navíc brát ohled na specifika komunikace se seniorem. Způsob vedení rozhovoru musí být přizpůsoben možnostem a zdatnosti každého klienta (Pokorná, 2010). Většina specifík vzniká v souvislosti se změnami ve stáří. Někteří senioři jsou velice všímaví především v oblasti neverbální komunikace a snadno rozeznají rozpor mezi tím, co zdravotník říká a co říká jeho tělo (Hrozenská a Dvořáčková, 2013). Konkrétními bariérami v komunikaci mezi klientem a zdravotníkem či pečovatelem mohou být například nedůvěra klienta, únava, tělesné a duševní překážky či příliš citlivé téma, o kterém nechce klient mluvit. Je třeba dát také pozor na vlivy okolí, které by mohly komunikaci ovlivnit. Problémem může být příliš hlučné prostředí či nedostatek soukromí (Mlýnková, 2011).



## **2 Cíle práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíl práce**

Zmapovat zkušenosti sester pracujících v domovech pro seniory s agresivním chováním klientů.

### **2.2 Výzkumné otázky**

Výzkumná otázka 1: S jakým typem agresivního chování ze strany klientů se sestry pracující v domovech pro seniory setkávají?

Výzkumná otázka 2: Jaké postupy volí sestry pracující v domovech pro seniory v rámci předcházení agresivnímu chování klientů?

Výzkumná otázka 3: Jaké postupy volí sestry pracující v domovech pro seniory v rámci zvládnutí agresivního chování klientů?

## 3 Metodika

### 3.1 Použité metody

Empirická část bakalářské práce s názvem „*Zkušenosti sester s agresivním chováním klientů v domovech pro seniory*“ byla zpracována metodikou kvalitativního výzkumného šetření. Samotný sběr dat byl proveden pomocí techniky polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumu se zúčastnilo celkem sedm všeobecných sester pracujících v domovech pro seniory. Vlastní výzkumné šetření, které probíhalo v březnu 2020, bylo povoleno buď ředitelem, sociální pracovníci příslušného domova pro seniory nebo jednotlivými sestrami, v případě, že byl rozhovor uskutečněn mimo areál domova pro seniory. Jednotlivé rozhovory proběhly po osobní či telefonické domluvě s každou z dotazovaných všeobecných sester. Podmínkou pro rozhovor bylo zachování absolutní anonymity všeobecných sester i jednotlivých domovů pro seniory, o čemž byly sestry informovány před zahájením každého rozhovoru. Sestry byly dále seznámeny s tématem, cílem a průběhem výzkumného šetření.

Polostrukturované rozhovory byly vedeny na základě podkladu uvedeného v příloze č. 1. Úvod rozhovoru tvořily otázky pro zjištění identifikačních údajů jako je nejvyšší dosažené vzdělání a celková doba praxe v domově pro seniory. Poté následovalo celkem dvacet sedm otázek, které byly zaměřeny na péči o agresivního klienta, prevenci agresivity, znalosti sester v této oblasti a celkové zkušenosti sester s agresí klientů domova pro seniory. Otázky byly také zaměřeny na dopad agrese na psychickou pohodu sester. Rozhovor byl v případě potřeby rozšířen o doplňující otázky. Celý rozhovor byl koncipován tak, aby co nejlépe zmapoval zkušenosti sester s agresivitou klientů a dokázal poskytnout odpovědi na výzkumné otázky, které byly předem stanoveny. Po předchozím souhlasu všech informantů byl pořízen zvukový záznam jednotlivých rozhovorů. Ten sloužil ke zhotovení doslovných prepisů všech rozhovorů.

Přepisy rozhovorů dále sloužily k dalšímu zpracování metodou otevřeného kódování, technikou barvení textu. Pomocí této techniky bylo stanoveno šest kategorií a sedm podkategorií.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor je tvořen sedmi všeobecnými sestrami pracujícími v různých domovech pro seniory. Všeobecné sestry byly zvoleny na základě dvou kritérií. Prvním kritériem byla kvalifikace všeobecné sestry, druhým byl výkon tohoto zaměstnání v domově pro seniory v době výzkumného šetření. Výzkumné šetření probíhalo ve čtyřech různých domovech pro seniory v kraji Vysočina a Jihočeském kraji. Z důvodu zachování anonymity není uvedena konkrétní specifikace daných zařízení. Také informanti jsou z totožného důvodu označováni jako „S1-S7“ (sestra 1 až sestra 7).

## 4 Výsledky výzkumného šetření

### 4.1 Struktura výzkumného souboru

Tabulka 1: Základní identifikační údaje

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7
Pohlaví	Žena	Žena	Žena	Žena	Žena	Žena	Žena
Vzdělání	SZŠ	VOŠ	VOŠ	VŠ	SZŠ	VŠ	SZŠ
Praxe v DPS	2 roky	2 roky 9 měsíců	3 roky	10 let	11 let	1 rok 9 měsíců	3 roky

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 1 shrnuje základní údaje o jednotlivých informantech. Výzkumný soubor tvořilo celkem 7 žen. Jejich praxe v domově pro seniory se pohybuje v rozmezí od 1 roku a 9 měsíců do 11 let. Nejvyšší dosažené vzdělání tří informantek bylo získané na střední zdravotnické škole, dvou informantek na vyšší odborné škole a zbylých dvou informantek na vysoké škole.

### 4.2 Kategorizace získaných dat

Následující část práce se věnuje popisu výsledků výzkumného šetření, které byly získány prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s výzkumným souborem. Výsledky jsou členěny do jednotlivých kategorií a podkategorií.

#### Seznam kategorií a podkategorií

- Kategorie 1 – Pohled sester na agresivitu klientů
  - Podkategorie 1.1 – Osobní postoj sester k agresivitě
  - Podkategorie 1.2 – Výskyt agrese
- Kategorie 2 – Péče o agresivního klienta
  - Podkategorie 2.1 – Komunikace
  - Podkategorie 2.2 – Jednání s agresivním klientem
  - Podkategorie 2.3 – Omezovací prostředky
- Kategorie 3 – Prevence
  - Podkategorie 3.1 – Předcházení agrese
  - Podkategorie 3.2 – Příčiny agrese
- Kategorie 4 – Znalosti sester
- Kategorie 5 – Předávání informací

- Kategorie 6 – Dopad na psychickou pohodu sester

## **Kategorie 1 – Pohled sester na agresivitu klientů**

Vnímání každého z nás se může lišit. Tedy i pohled jednotlivých sester na agresivitu klientů či pacientů může být odlišný. První podkategorie se zabývá osobním pohledem sester na agresivitu. Co pro ně agresivita znamená a jaká na ně má horší dopad. Podkategorie 1.2 se již zabývá konkrétními zkušenostmi sester s výskytem agrese v domovech pro seniory.

### **Podkategorie 1.1 – Osobní postoj sester k agresivitě**

Pokud se sester ptáme na agresivitu klientů, je důležité vědět, co předně si pod tímto pojmem představují. Agresivita se nejčastěji dělí na verbální a fyzickou. Právě tyto dva druhy agrese udávají i všechny dotazované sestry. Nejlépe toto hodnocení dokládá výrok sestry S1: *„Bud' je to teda slovní agresivita, anebo už je to vlastně u toho člověka, kterej už i jakoby fyzicky může napadnout člověka. Takže bud' slovně, že teda nadává, je vulgární, sprostěj, uráží člověka, anebo fyzická, že může třeba i uhodit nebo kopnout nebo cokoliv jako to.“* Všechny se tedy shodují, že agresivní chování klientů pro ně není pouze fyzické násilí, ale i slovní napadání. Částečnou výjimkou je pouze vnímání agrese sestry S2. Ta udává, že jako agresivitu nevnímá nadávky od klientů, u kterých je toto chování běžné: *„Jak u kterýho klienta. Někteřej klient tak prostě mluví a není agresivní a někteřej, když už nadává, tak už to agresivní taky je.“*

I prožívání agresivního chování je zcela subjektivní. To dokládá rozdílnost odpovědí sester, který druh agrese je pro ně horší. Pro sestry S1, S4, S6 a S7 je horší agrese fyzická. To prokazuje odpověď S6: *„No tak určitě by pro mě bylo nejhorší to fyzický, protože to může mít i nějaký fyzický následky jako pro mě, nebo i pro toho uživatele a ostatní.“* Naproti tomu sestry S2 a S5 hůře vnímají agresivitu slovní, jak vyjadřuje S2 následovně: *„Pro mě je asi daleko horší asi když mě klient napadá verbálně a dostane do toho třeba nějakěj hysterickéj záchvat. Tak pak uklidnit toho klienta, když se prostě uklidnit nedá. Tak je to pro mě daleko těžší. Protože přece jenom jsou to senioři. Prostě při fyzickým napadnutí člověk uhne nebo něco takovýho. Ale jakmile je to takhle verbální, kdy začne třeba vyrušovat půlku dalších spolubydlících a nejde uklidnit, tak to je pro mě daleko horší teda.“* Sestra S3 udává, že agresivitu fyzickou i slovní vnímá stejně: *„Asi obojí. I to fyzický i slovní. Prostě já nevím, někdy*

*už jsem tak unavená, že nedokážu reagovat na to. Ale snažím se samozřejmě domluvit, a spíš aby prostě nevzniknul ještě větší konflikt.“*

## **Podkategorie 1.2 – Výskyt agrese**

Sestry v domovech pro seniory jsou nejčastěji vystaveny slovní agresi, se kterou se již každá z dotazovaných setkala. Na převládajícím výskytu verbální agrese se shodují všechny sestry, které se zúčastnily výzkumného šetření. Na otázku, s jakým typem agresivního chování klientů se setkávají nejčastěji, odpověděla S3 takto: *„S tím slovním. Jsou to buď nadávky, nebo jako zvýšený hlas, odpor, nespoupráce. Že třeba chceme pomoci klientovi a on nás odmítá. Že odmítne péči, nebo vůbec to, co mu nabízíme.“* Dalším typem agresivity, se kterým se sestry v domovech pro seniory setkávají, je agresivita fyzická, což udává šest z dotazovaných sester. Pět ze sedmi dotazovaných sester se setkala přímo s fyzickým napadením jejich osoby. To dokládají odpovědi S2: *„Ted' naposledy mě klientka třeba praštila přes ruce a dala mi pěstí do břicha“* a S5: *„Jak říkám, takový to, že mě bouchnou. I jsem třeba dostala přes zadek, když je člověk otočený. Nebo přes záda. A jednou, co tady pamatuju, tak bylo i napadení klientek navzájem, že to řešili až policajti. To bylo ošklivé.“* Sestra S1 popisuje, že byla pouze svědkem fyzické agrese vůči její kolegyni: *„To bylo ty fyzický, že byl klient, kterej třeba kopnul. Mě teda zrovna ne, ale kopnul kolegyni, anebo jí třeba plácne po ruce, třeba když se jí něco nelíbí.“* Pouze S7 udává, že se nikdy nesečkala s fyzickou agresi. Její výrok zní následovně: *„Tak nesečkala jsem se přímo s fyzickým napadením, ale s výhrůzkou toho napadení s tím, že k tomu nedošlo.“*

Agresivita, se kterou se v domovech pro seniory lze setkat, nejčastěji pochází od stále stejných klientů. Tuto zkušenost udávají všechny dotazované sestry, což je podloženo výroky S2: *„Určitě jsou to stálí klienti. Aby to byl nějaký výjimečný klient, to se moc nestává. Jsou to klienti, u kterých už to víme,“* dále výroky S4: *„Jen někteří klienti. A je to často tou jejich osobností. Jsou pořád nepokojený, takže si to vylejvají na personálu, a tak kolem“* a S6: *„Jedná se stále o stejný uživatele, který to dělaj.“*

Četnost agresivního chování zažívá každá ze sester jinak. Nejčastější frekvenci agresivního jednání zazívá S4, která se setkává s agresivitou průměrně čtyřikrát během týdne, jak dokládá její odpověď: *„Tak řeknu průměrně čtyřikrát do týdne.“* Sestrou, která se setkává s druhým nejčastějším výskytem agrese, je S2. Ta udává výskyt verbální agrese dvakrát týdně a fyzické agrese dvakrát během čtrnácti dnů: *„V poslední*

*době čím dál častěji. Ted' už třeba je to slovní agresivní chování třeba i dvakrát do týdne. A to fyzický dvakrát za čtrnáct dnů zhruba“ (S2). Sestry S1, S5 a S7 udávají výskyt agrese přibližně jednou týdně. To dokládá odpověď S5: „To je spíš asi nepravdělný. Ale jednou do týdne určitě.“ Nepravdělnost ve výskytu agrese vystihuje i odpověď S3: „Záleží, jakým obdobím procházejí. Ale určitě aspoň jednou do týdne. Já nevím, možná jeden až dva klienti za tu službu, když mám třeba tři služby do týdne.“ Nejmenší četnost agresivity klientů udává S6: „Zřídka. Asi tak jednou za čtrnáct dnů.“*

## **Kategorie 2 – Péče o agresivního klienta**

Kategorie „*Péče o agresivního klienta*“ je rozdělena do tří podkategorií. První kategorie se zabývá komunikací s agresivním klientem. V druhé kategorii jsou blíže popsány další způsoby, jak sestry agresivitu řeší. Poslední podkategorie se soustředí na používání omezovacích prostředků v domovech pro seniory.

### **Podkategorie 2.1 – Komunikace**

Komunikace je první a zároveň hlavní cestou, jak se sestry snaží agresivitu zvládat. To vyplývá ze všech rozhovorů se sestrami, které se zúčastnily výzkumného šetření. Nejlépe tuto zkušenost popsala sestra S2, která na otázku, jaké postupy jsou dle její zkušenosti v rámci řešení agresivity nejúčinnější, odpověděla takto: „*Asi to verbální uklidňování. Prostě si vedle něj sednout a povídat si s ním.*“

Komunikace by měla být především klidná. Na tom se shodují všechny dotazované sestry. Každá sestra ji popisuje trochu jinak, ale ze všech rozhovorů je zřejmé, že hlas by měl být klidný a přátelský. To nejlépe vystihuje odpověď S6: „*Snažím se mluvit přátelsky, oslovuju ho většinou křestním jménem. I když samozřejmě by jsme měli oslovovat příjmením, tak my, jelikož s nima máme nějaký vztahy, tak říkám třeba Andulko, pojd'te. Mluvím klidným hlasem, milým hlasem a snažím se odvést pozornost.*“ Sestra S6 zároveň jako jediná udává oslovování křestním jménem, jak vyplývá z její odpovědi. Čtyři z dotazovaných sester, konkrétně S1, S2, S3 a S5, se snaží klientovi celou situaci vysvětlit. Ujistit ho, že vše je konáno pro jeho dobro a že mu nic zlého nehrozí. To popisují odpovědi S2: „*Snažím se uklidnit, vysvětlit, že je všechno v pořádku, povídat si s nima delší dobu*“ a S3: „*Klidně, snažím se mu vysvětlit o co mi jde, že mu chci pomoci. Že mu nic špatného dělat nebudu a pokud to odmítne celý, že*

*samozřejmě ho nutit nebudu do toho. Ale je to v rámci péče, kterou tady máme o něj a škodí si sám, když to odmítne tu péči.“ Zároveň je vhodné nechat klienta mluvit. To dokládají odpovědi S3: „Nechám ho vypovídat, vykřičet, pak teda přemýšlím jak na něj“ a S4: „Rozhodně se s ním nepřu, nechám ho vypovídat a prostě to nějak přejde.“*

Sestra S5 někdy využívá řešení, při kterém se jedná o způsob komunikace, kdy zdravotník komunikuje stejným způsobem jako klient. Sestra S5 popisuje tuto situaci takto: *„Prostě někdy už zvýším hlas, i když bych neměla. Protože s někým už se není možný nějak dohodnout. Někdy člověk vůbec nepochopí, co ten klient potřebuje a on jenom zvoní, ječí, zvyšuje hlas a není schopný říct, co potřebuje a je k nedomluvě. Takže tam je těžký nějaký řešení.“*

## **Podkategorie 2.2 – Jednání s agresivním klientem**

Cílem každého zásahu proti agresivnímu klientovi je v první řadě agresivitu nestupňovat, což vyplývá ze všech rozhovorů. Všechny sestry zároveň volí klidný přístup ke klientovi. Výjimkou je pouze S5, která ve krajních případech volí postup, který je popsán v předchozí podkategorii. I v jednání s agresivním klientem hraje značnou roli individualita každého klienta. Na tuto skutečnost upozorňují S1 a S2. To dokládá odpověď S2, která v rámci zvládnání agrese volí rozhovor s klienty: *„Třeba když má klient špatný vzpomínky na to, co bejvalo dřív, tak s ním určitě nemluví o minulosti. A u klienta, kterému ta minulost dělá dobře, tak s ním o tom mluvím.“* Právě rozhovor, například o minulých časech, slouží k změně tématu a rozptýlení pozornosti klienta od podnětu, který jeho agresi vyvolal. To je dobře vyjádřeno sestrou S1: *„Ale když to prostě nejde, tak ho chvílku nechat bejt, nějak ho třeba zabavit. S jednou paní třeba chodíme. Že s ní třeba jdeme chvílku se projít po chodbě a ono prostě buď to přejde anebo potom se teda musí nějak zase pomalinku jí to vysvětlit, aby jsme si jí prostě dali tak nějak co potřebujeme, aby se to udělalo tak nějak, aby to bylo pro ní dobře hlavně, no ale asi v tom klidu a to vysvětlování a zabavit toho klienta třeba něčím.“* Tento postup, tedy rozptýlení pozornosti, udávají S1, S2, a S6.

Čtyři z dotazovaných sester volí odchod z místnosti, kde se agresivní klient právě nachází. Jedná se o S1, S3, S6 a S7. Toto hodnocení dokládá výrok S3: *„Tak asi nebyť sama agresivní a prostě fakt, když to nejde, tak odejít z toho pokoje na chvílku. Nechat ho zklidnit a vrátit se za nějakou dobu.“*



Dalším způsobem, který sestry volí k řešení agrese, je podání předepsané medikace a konzultace s lékařem. To udávají S1, S5 a S6. Sestra S5 zároveň udává možnost hospitalizace na v psychiatrické léčebně, což je doloženo výrokem: „*A pokud by se to opakovalo, tak se to řeší přes doktorku a když to nejde jinak, tak přes psychiatrický vyšetření. Doktor napíše léky na zklidnění a když to nejde jinak, je to neúnosný, tak se hospitalizuje na psychiatrii. Už se to taky párkrát stalo.*“

V případě, že jsou klienti mírně fyzicky agresivní, sestra S5 udává, že klienta upozorní na bolest, kterou ji způsobuje. Později si s nimi o celé situaci promluví a pokud s klientem nenajde společné řešení, obrátí se na vedoucího pracovníka. „*Ale jinak, když mě jenom plácnou různě, nebo to, tak řeknu paní XY nechte toho, taky mě to bolí.*“ Řešení poté pokračuje takto: „*Pokud to jde, tak si to s ním vyřídím sama. Pokud to nejde, tak zavolám vrchní nebo sociální pracovníci nebo prostě ředitele a budu to řešit přes ně. Ale nejlepší je to vyřídít to mezi čtyřma očima*“ (S5).

V rámci řešení agresivity je především důležité chránit své zdraví. Některé postupy, které brání fyzickému napadení v praxi, udávají sestry S2, S6 a S7. To dokládají následující odpovědi: „*Jakože když už je agresivní fyzicky, tak aspoň trošku s odstupem. Člověk musí myslet i na sebe, takže to trošku s odstupem*“ (S2) a „*Tak určitě se k nim neotáčím zády*“ (S6).

### **Podkategorie 2.3 – Omezovací prostředky**

Omezovací prostředky nejsou běžným způsobem řešení agresivity v domovech pro seniory. Z analyzovaných rozhovorů je jasně patrné, že v domovech jsou z oblasti omezovacích prostředků používány převážně zklidňující farmaka. Léky v souvislosti s omezujícími prostředky přímo zmiňují sestry S1 a S4. V rozhovoru však medikaci zmiňují i S3, S5 a S6. „*Rozhodně je nepřivazujeme nebo neupoutáváme na lůžko, tak to ne. Samozřejmě jako lékařka pak dát ty léky na zklidnění, aby ten člověk netrpěl duševně. Protože ten člověk duševně trpí, že jo*“ (S4). Sestry dále zmiňují využívání bočních postranic lůžka pro bezpečnost klienta. Ty však nepatří mezi omezující prostředky. To dokládá odpověď S6: „*U nás v domově pro seniory se omezovací prostředky nepoužívají. Jediný co máme, jsou postranice, ale to je spíš pro bezpečnost uživatele a ne pro agresi.*“ Z rozhovorů celkově vyplývá, že jsou omezovací prostředky voleny pouze pro bezpečí pacienta. Sestra S3 například udává využívání pásů k omezení pohybu: „*Tady se ani moc nepoužívají ty omezovací způsoby si myslím. Že výjimečně,*

*když víme, že ten klient by si ublížil, tak opravdu jako kdyby ho nějakým způsobem zajistíme. Ale jako spíš to vyplývá z té diagnózy, že vlastně ani sám by si v té situaci těžký nedokázal poradit, prostě by si ublížil třeba, takže zajistíme ho nějak. Třeba zábranama, nebo pruhama.“ S4 popisuje využívání signalizačního zařízení, které upozorní personál na odchod klienta z areálu domova: „My máme signalizační zařízení, který jsou takový, že třeba ty lidi utíkají z domova, a to zařízení nám dá vědět, že jsou z oddělení nebo z budovy. Takže víme, že odešel, takže jdeme za ním, jdeme se třeba projít kousek a tak, ale že by se přímo omezovali ty lidi, to ne.“*

Proti omezovacím prostředkům, jako jsou například kurty, jsou sestry S4, S7 a S2: *„V domovech pro seniory určitě ne. Tady jsou prostě ty lidi doma. Doma by jsme taky svoje rodiče k ničemu nepřipoutali. Za mě určitě ne.“*

### **Kategorie 3 – Prevence**

Tato kategorie s názvem „Prevence“ je členěna na dvě podkategorie. Ty se věnují způsobům, jak agresivitě klientů předcházet, a také samotným důvodům a podnětům, které agresivitu vyvolávají.

#### **Podkategorie 3.1 – Předcházení agresí**

Z analyzovaných rozhovorů vyplývá, že prevence agresivity vychází především z individuálních potřeb klientů. To dokládá například výrok sestry S4: *„Liší se tím, že každé klient reaguje na jiný podněty, čím je agresivnější nebo tak. Každého klienta musí brát člověk individuálně. Takže z toho hlediska má ten personál jiný přístup ke každému klientovi.“* Z rozhovorů je patrné, že způsob předcházení agresivitě je volen také na základě předchozích zkušeností s agresivitou konkrétního klienta, což popisují S4, S6 a S2, která přímo udává: *„Máme třeba klientku, která si myslí, že všechny skříňe na pokoji jsou její i když to tak není. Takže se prostě do té skříňe jde a ona se koukne co tam je. Prostě nemá cenu jí vysvětlovat, že ta skříň není její a zakazovat jí to, protože to v ní vyvolá akorát tu agresí. Ona v té skříni nic nedělá. Jenom se tam podívá a nechá jí být. Takže prostě jí to nezakazovat, protože pak dostane akorát hysterii a začne být právě agresivní.“* Z výpovědí sester S4 a S6 je patrné, že pokud je to možné, snaží se ošetrovatelský personál vyhnout úkonům, které u daného klienta agresivitu vyvolávají, což popisuje S6: *„Když víme o tom klientovi, že je agresivní, tak prostě předejít tomu tím, že už víme, na co je agresivní, nebo co ho naštvě. Tak předejít těm úkonům, nebo*

*nějaký ty komunikaci, co ho vydráždí natolik, že je pak agresivní. Prostě ho zbytečně nějak nerozčilovat.“* Na základě předchozí agrese je také podávána medikace, což udávají S1 a S3. Toto hodnocení je podloženo výrokem S1: *„Ale nějaký ty preventivní, to jsou spíš ty léky se jim dávaj. To spíš musí doktor. Aby věděl, jakou tu léčbu u nich. Aby byli ty lidi jakoby zklidněný, ale ne zase utlumený. My můžeme dělat spíš tak nějak když to vznikne ta agrese.“* Sestry S1, S3, S4 a S5 se shodují, že agresivité jejich klientů předcházejí klidným přístupem ke klientovi, což vystihuje sestra S4: *„A snažíme se u takových lidí nevyvolávat agresi. Takže celkově ten tým, jak sestry, pracovníci v sociálních službách ale i lékařka, uklízečky, co jsou tam. Prostě všichni, aby s tím člověkem jednali v klidu, nenechali se, nehádali se s ním.“* S3 a S6 přispívají k předcházení agrese také začleněním klientových rituálů do běžné ošetrovatelské péče. Toto hodnocení je podloženo výrokem S3: *„Opravdu třeba u jedné klientky se snažím dodržovat všechny její rituály, co dělala, když ještě mohla sama, a pak je taková klidnější.“*

Rozhovor se sestrami zahrnoval také otázku týkající se preventivních opatření přímo u klientů, kteří se v minulosti již agresivně projeví. Všechny sestry se shodují na zvýšené opatrnosti při poskytování péče tomuto klientovi. Opatrnost se týká nejen oblasti projevů a chování klienta, jak dokládá S4: *„Tak určitě si na něj dávám víc pozor. Ten kontakt oční, ten teda je pořád. Žádný jako že si ho nechám za zády, toho klienta. Aby mě fyzicky nenapadl nebo tak, ale jinak se s ním snažím jednat narovinu a v klidu,“* ale týká se také oblasti komunikace a přístupu sestry, což popisuje například S3: *„Asi musím víc jako přemýšlet o tom, co s nima dělám nebo když jdu na ten pokoj, opravdu přemýšlím, jak na ně a jak s nima komunikovat.“* Sestry S1, S2, a S3 udávají, že další opatření slouží především pro zajištění klientova bezpečí, což dokládá výrok S1: *„Hlavně aby si neublížili. Tak spíš jakoby takový ty bezpečnostní, když by třeba já nevím. Spíš kvůli demenci, protože oni jsou neorientovaní, tak spíš, aby někde nespadli nebo aby si neublížili.“* Z odpovědí sester S2 a S7 vyplývá, že se klientům snaží odebrat nebezpečné předměty, kterými by mohli ublížit sobě, personálu, či poškodit jiné předměty *„Prostě když si někdo začne třeba stříhat oblečení, tak určitě to řekneme rodině, aby si ty nůžky odnesla. Vysvětlit, že je to pro toho klienta nebezpečný“* (S2). Další opatření popisuje sestra S7: *„Opatření máme takový, že k tomu klientovi chodíme vždycky ve dvou. I když ten klient aktuálně není agresivní, ale pro jistotu tam vždycky chodíme ve dvou. A když to zrovna nejde, tak aspoň nechám otevřený dveře, aby bylo slyšet, kdybych křičela.“*

### **Podkategorie 3.2 – Příčiny agrese**

Pro efektivní předcházení agresi je třeba zjistit její možné příčiny. Pět ze sedmi sester se shoduje, že nejčastější příčinou agrese klientů domovů pro seniory je stařecká demence. Uvádějí to sestry S1, S2, S3, S6 a S7, která jako další důvod agresivity udává i přestěhování se do domova pro seniory: „*No diagnóza. Když tam třeba máme klienty s demencí, tak u těch je to poměrně častý anebo u klientů, kdy je kombinace právě tý psychiatrický diagnózy a jsou u nás poměrně krátkou dobu, že si ještě nezvykli na to nový prostředí.*“ Nejen demenci, ale i další onemocnění uvádějí sestry S6, S7 a S3: „*Tak určitě diagnóza nějaká. Třeba demence nebo Alzheimer.*“ Agresi může způsobovat i fakt, že někteří klienti nechtějí být v domově, a s tím související nespokojenost. S4 popisuje příčinu takto: „*Nebo tady ti klienti nechtějí být, že je tam dala rodina. Tak si vybijejí vztek na personálu a na okolí,*“ což udávají i S2 a S3. V souvislosti s přestěhováním se do domova pro seniory může přijít i omezení kontaktu s rodinou, což dle S2 a S3 může být příčinou agrese, což dokládá výrok S2: „*A u pár klientů je i to, že jim chybí třeba rodina.*“ Agrese může vycházet i ze samotné osobnosti klienta, což popisují S3, S4 a S5: „*Ale někdy je to prostě člověk, kterej se nesnese vůbec s nikým a jenom vyvolává konflikty a znepríjemňuje život. A stupňuje se to.*“ Sestry S1 a S5 popisují i zkušenost, kdy agresi vyvolávají i běžné úkony při poskytování péče, což vystihuje odpověď S1: „*No něco po něm třeba chceme, aby něco udělal ten klient a on třeba zrovna nechce. Tak začíná prostě se jakoby vzpouzet a začíná být takovej jakoby zlej a začíná se tou agresi bránit si myslím. Že prostě tak nějak to chce třeba prostě podle sebe nebo vidí to jinak než my a začíná se prostě tím bránit, že se nějakým tím chováním nebo tím nadáváním prostě brání.*“ Agresi vyvolávají i úkony, které jsou nezbytné pro zdraví klienta, což potvrzuje S1: „*Je to tak. Během těch základních během dne. Třeba krmení, hygiena a tak.*“ Sestry se ale také setkávají i s agresí, která nemá zjevný důvod, nebo jí předchází pouze maličkost, což dokládá S6: „*Ted' jsem měla zrovna třeba zkušenost, že pán koukal na Jihočeskou televizi a tam mluvili nějak o Velešíně a jeho to prostě naštvalo najednou.*“

### **Kategorie 4 – Znalosti sester**

Cílem této kategorie bylo popsat, zda mají sestry informace v oblasti péče o agresivního klienta. Otázky se týkaly především jednotlivých zásad, zda je sestry znají a které z nich využívají v praxi.

Z rozhovorů je patrné, že žádná z dotazovaných sester příliš nezná zásady jednání s agresivním klientem. Sestry S1, S2, S3, S4 a S5 přímo odpověděly, že zásady neznají a agresivitu řeší spíše intuitivně. To dokládají například odpovědi S3: *„Jako odborně zásady neznám. Spíš jako podle toho, jak bych si přála, aby se ke mně ty lidi chovali, tak se snažím pak podle toho. Jako kdybych byla někde v domově.“* a S1: *„Já nevím. Podle tak nějak sebe. Když ta situace nějaká vznikne, tak prostě podle sebe.“* Avšak z rozhovoru vyplývá, že ačkoli sestry nevědí, že se jedná o zásady, některé z nich v praxi používají. Jedná se především o zásady týkající se komunikace s agresivním klientem. Několik zásad vyjmenovaly sestry S6 a S7, která odpověděla následovně: *„Tak právě co se týče toho hlasu, nezvyšovat na něj hlas, nekřičet, neodpovídat stejně jako on, nedělat si z něj srandu, zdržet se humoru, mít otevřené dveře nebo nejlíp tam být s další osobou a dodržovat nějakou bezpečnou vzdálenost od toho klienta. Nebo případně aby mezi náma byl nějaký stůl nebo nějaká překážka, která by zabránila tomu fyzickému násilí.“*

Znalosti sester v oblasti postupů předcházení agresí se shodují s postupy, které jsou popsány v podkategorii 3.1

Z analyzovaných rozhovorů vyplývá, že čtyři ze sedmi dotazovaných sester, konkrétně S1, S2, S6 a S7, považují své znalosti v oblasti této problematiky za nedostatečné a ocenily by další vzdělávání. To dokládá výrok S6: *„Určitě nějaké informace mám. Myslím si, že dostatek to není. Ale zatím mi to vždycky stačilo. Ale určitě by bylo fajn se dozvědět víc, protože někdy nastane situace, kdy taky úplně nevím, co dělat.“* Oproti tomu sestry S4 a S5 označují své znalosti za dostatečné.

Všechny sestry se shodují, že informace o problematice agresivity pacientů či klientů získaly ve škole. S3, S4, S5 a S7 udávají, že se také zúčastnily školení na toto téma.

## **Kategorie 5 – Předávání informací**

Předávání informací o klientech a průběhu služby dalším pracovníkům je nedílnou součástí pracovní směny. Cílem této kategorie je shrnout, jakou cestou jsou informace předávány. Také co se sděluje a jakým pracovníkům.

Informace jsou předávány po ukončení každé služby, a to slovní i písemnou formou. Součástí tohoto předávání jsou i informace o případné agresivitě klientů. To potvrzují všechny dotazované sestry. Předávání informací o agresivním klientovi popisuje S6 následovně: *„Tak určitě máme vždycky po službě hlášení sester, takže si to*

*předávám tý službě, která přijde po mně. Zapisujeme to do hlášení, které máme taky jakoby pro sestry, takže i moje kolegyně, které na tu směnu po mně nepřijdou, si to můžou následně přečíst. A taky to zapisujeme do počítače a do papírový dokumentace. Tyhle informace ví i ošetrovatelský personál, přímo obslužná péče, protože ty s nima taky přijdou do styku, ještě možná více než sestry. A ty si navzájem taky předávají.“*

Důležité je také zmínit, jaké informace jsou předávány. Nejčastěji se předávají informace, kdy byl klient agresivní, co agresí vyvolalo a jak byla situace řešena. To dokládají odpovědi S1, S2, S3, S4, S5 a S6, která předávané informace popisuje takto: *„Předávám, že dnes v tuhle dobu byl uživatel agresivní. Taky co vyvolalo tu agresí a jak se ta agrese projevila a co pomohlo na to, aby sme tu agresí uklidnili, nebo toho uživatele uklidnili.“* Jediná S7 udává, že hlášení obsahuje pouze popis klientovy agrese: *„Píšeme například, že klient byl agresivní způsobem, že verbálně napadá personál, vyhrožuje zabitím a tak.“*

Všechny sestry se shodují, že jsou informace vždy předávány mezi sestrami a pracovníci v přímé péči. S1 a S2 dále uvádějí, že při opakující se agresí jsou informace předávány také sociální pracovníci, popřípadě řediteli domova, jak udává S2. Předávání informací o agresivitě klienta lékaři udávají pouze S4 a S6. Ačkoli i jiné sestry se v rozhovorech zmínily o řešení agresivity ve spolupráci s lékařem. S4 dále uvádí, že informace o agresivitě klienta jsou předávány i uklízečkám. I S1 udává, že upozorňují uklízečky na rizikové klienty. Z rozhovoru je ale patrné, že předávání těchto informací právě uklízečkám není vždy a je spíše náhodné. Sestra S6 udává, že o agresivitě je informována i rodina klienta, která jej často navštěvuje. *„Když rodina chodí často za uživatelem, tak to řekneme i tý rodině, že třeba byl takovej výkyv a co ho vyvolalo. A samozřejmě to říkáme naší psychiatrice, která dochází do domova. Tyhle informace ví i ošetrovatelský personál, přímo obslužná péče.“*

V souvislosti s předáváním informací byla součástí rozhovoru otázka, kdo všechno je dle sester ohrožen agresivním chováním klienta. Všechny dotazované sestry uvedly, že jsou ohroženi i další zaměstnanci domova pro seniory, nikoli pouze ošetrovatelský personál. Nejčastěji se sestry shodly na vystavení riziku uklízeček, které pokoje pravidelně navštěvují. *„Tak určitě já jsem na tom patře sama jako sestra, takže určitě sestra je jakoby tím zasažena. Ale především teda ty pečovatelky, protože ty s nima tráví nejvíc času ze všeho personálu. Takže ty asi nejvíc. Uklízečky určitě taky, ale těm teda standardně nepředáváme zdravotní stav, nebo ten výkyv tý agrese“* (S6). Jejich ohrožení uvedly konkrétně S2, S3, S5 a S6. Sestry S1, S4 a S7 uvedly, že agresí je ohrožen každý

zaměstnanec, který s agresivním klientem přijde do kontaktu. Jedním z vyjádření, které zastupují tento názor, je i: „*Já myslím, že to zasahuje všechny zaměstnance, kteří se pohybují po tom pokoji. A všichni by měli znát ty zásady. A hlavně vědět, že ten klient takovej je*“ (S7). S2 dále udává, že může být ohrožena také sociální pracovnice. S3 dále uvádí zasažení kuchařek a S4 upozorňuje také na ohrožení spolubydlících. Ačkoli sestry udávají, že dle jejich zkušeností je agresivním chováním klienta zasažen i jiný, nikoli pouze ošetrovatelský personál, z rozhovorů vyplývá, že o riziku agrese klienta není standardně informován. Výjimkou je domov, v němž pracuje S4, která jako jediná udává běžné předávání informací uklízečkám. Sestry S1 a S3 udávají, že o riziku agrese někdy ostatní zaměstnance informují. Nejedná se však o pravidlo. Toto tvrzení dokládá výrok S3: „*Je pravda, že se snažíme s nima o tam komunikovat a upozornit je na to.*“ Problémem může být také informovanost ostatního personálu o adekvátním řešení této situace, jak nadnáší S3: „*Nevím, jestli umí reagovat na tyhle situace.*“

### **Kategorie 6 – Dopad na psychickou pohodu sester**

Agresivní chování klientů je nepřijemná zkušenost, která bohužel patří k práci všeobecných sester, a to i v domovech pro seniory. Cílem této kategorie bylo popsat, jaký má vliv agrese na psychickou pohodu sester.

Každá sestra vnímá agresi jinak, avšak šest ze sedmi dotázaných sester se shoduje, že má tato situace negativní vliv na jejich psychickou pohodu. Jejich odpovědi se liší v tom, jak přesně je agrese ovlivní a zda je tento negativní dopad provází pouze po dobu pracovní služby, nebo zda pokračuje i po odchodu z práce. Sestry S2, S5 a S6 pociťují důsledek agrese pouze během pracovní doby. Všechny se shodují, že je agrese především rozhodí. To nejlépe vystihuje S2: „*V práci mě to občas rozhodí, když je klient agresivní. Hlavně když se hodně dlouhou dobu nedá uklidnit. Ale asi to na mě dopadá jenom v tý práci a jenom v ten konkrétní okamžik. Není to, že by to na mě působilo celý den. Že bych byla třeba protivná na ostatní klienty nebo něco takovýho. Jenom prostě vyloženě v ten okamžik, kdy se toho klienta snažíme uklidnit.*“ S6 dále také upozorňuje na vliv agrese na její běžný harmonogram dne: „*Musím říct, že když jsem v tý práci a vznikne agrese, tak mě to rozhodí. Hlavně protože to musím všude zapsat a nějak to řešit, toho člověka kontrolovat. Samozřejmě mě to taky vyvede z toho mého harmonogramu práce. Ale pak zpětně, že bych to doma nějak řešila, to ne.*“ Oproti tomu sestry S3, S4 a S7 pociťují negativní dopad agrese i po příchodu domů, jak vyjadřuje S3: „*To já si pak zpracovávám doma. Tady se to snažím všechno zvládat, a*

*pak to padne na mě během cesty domu. Že si to pak jako srovnám, co jsem dobře udělala, co jsem špatně udělala, jak jsem to mohla jinak udělat. Samozřejmě že mě to jako člověka mrzí, že to takhle je. Ale zase si říkám, že ten člověk za to nemůže.“* Sestra S4 popisuje především pocit vyčerpání: *„Tak je to hrozně namáhavý. Jako na psychickou pohodu je to hodně náročný. Už tak je to psychická zátěž a natož když se ještě musí řešit tahle situace. Tak je to o to horší a člověk je vyčerpanej.“* Pouze S1 nepocituje negativní vliv agrese na její psychickou pohodu. Na otázku, jaký dopad má agresivita na její psychickou pohodu, odpověděla následovně: *„Já si myslím, že normální. Protože člověk tak nějak s tím dělá, tak mě to nějak jako nepřijde nenormální. Je to u lidí teda u kterých se to čeká, tak prostě je jasný, že kdyby to bylo nějaký ošklivý, nějaký fyzický, tak je jasný, že by z toho byl člověk špatnej, ale takhle je to tak nějak jenom to slovní. Už to patří k povolání, tak to tak člověk bere.“*

Čtyři z dotazovaných sester zároveň udávají, že se již v minulosti bály o své zdraví v souvislosti s agresivním klientem. Jedná se o sestry S2, S3, S6 a S7. Tuto zkušenost popisuje S2 takto: *„Když jsem asi dostala naposled tou pěstí do toho břicha, tak jsem si říkala, že to úplně příjemný nebylo. Že kdybych tam třeba byla sama, tak by to bylo asi horší no. Ono v té agresivní fázi dokážou bejt hodně silný ti klienti. Takže se dá říct, že jo. I o sebe se bojím.“*



## 5 Diskuse

V této bakalářské práci jsme pracovali i s výrokem, že v dřívějších dobách bylo k seniorům přístupováno stejně jako ke všem dospělým. Až v šedesátých letech dvacátého století výzkumy ukázaly, že mezi jednotlivými věkovými skupinami existují rozdíly. Nyní senioři nepochybně představují významnou část společnosti, která je předmětem mnoha studií (Williams, 2016). Což nám jen dokazuje, jak aktuálním tématem celá tato problematika je.

Hlavním tématem naší práce je agrese, proto je důležité si na úvod objasnit, co přesně agresivita je. Definicí agrese existuje hned několik. Autorem všeobecně uznávané agrese je Moyer (1976), který agresi označuje za zřejmé chování s cílem poškodit druhý organismus. Znění definice bylo později doplněno o cíl poškodit také předměty. Je důležité zdůraznit záměr v popisu agrese, neboť k převážnému množství poškození dochází bez úmyslu. V takovém případě se tedy nejedná o agresivní chování (Látalová, 2013). Pod pojmem agresivní chování klienta si každý může představit rozdílné chování či situaci. Proto jsme se na úvod sester dotázali, co si pod tímto pojmem představují. Pro sestry nejčastěji agresivní chování představuje verbální či fyzický útok. Všechna vyjádření sester nejlépe shrnuje popis agrese informantky S1: *„Bud' je to teda slovní agresivita, anebo už je to vlastě u toho člověka, kterej už i jakoby fyzicky může napadnout člověka. Takže bud' slovně, že teda nadává, je vulgární, sprostěj, uráží člověka, anebo fyzická, že může třeba i uhodit nebo kopnout nebo cokoliv jako to.“* Sestra S2 zároveň dodává, že je třeba rozlišovat běžné vulgární vyjadřování klienta od toho agresivního, se záměrem personál, či dalšího klienta jakkoli poškodit. *„Některej klient tak prostě mluví a není agresivní a některej když už nadává, tak už to agresivní taky je,“* (S2). I my se shodujeme s tvrzením, že je třeba rozlišovat běžné nadávky, kdy se klient například vyjadřuje k situaci, která se mu nelíbí, od těch, které jsou vyřčeny se záměrem komukoli ublížit. Není vhodné ke každému klientovi, který se vyjadřuje vulgárně, či se zvýšeným hlasem, ihned přistupovat jako k agresivnímu uživateli a ihned zavádět jakákoli opatření.

Mimo změny fyzického rázu, které doprovází stáří a stárnutí, můžeme pozorovat změny v oblasti emoční (Slezáková et al., 2012). Právě touto oblastí se chceme zabývat, neboť agrese zcela jistě souvisí s emoční složkou člověka. S důležitostí významu emočních změn souhlasí i sestry zapojené do výzkumu. Zajímavý je například názor sestry S6: *„Taky to asi hodně záleží na tom, jak se zrovna cítí, protože pak to prožívaj*

*taky jinak. A u těch seniorů se to prostě mění docela často.*“ Agrese se stává také stále častěji se vyskytujícím jevem při poskytování ošetrovatelské péče nejen v domovech pro seniory. To dokládá i výrok sestry S3: *„Záleží, jakým obdobím procházejí. Je to i u klientů, od kterých to třeba nečeká člověk to agresivní chování. Že jsou tady třeba dýl nebo nejsou s něčím spokojení, tak to jako kdyby vylejou na vás. Ale je to určitě aspoň jednou do týdne. Já nevím, možná jeden až dva klienti za tu službu, když mám třeba tři služby do týdne.“*

Právě z důvodu nárůstu výskytu agrese v domovech pro seniory pokládáme za důležité přinášet vhodnou a efektivní osvětu v oblasti agrese do ošetrovatelského prostředí. V odborné literatuře význam edukace vyzdvihuje například Škrlová (2008). Ta za nejdůležitější oblasti vzdělávání považuje komunikaci s agresivním klientem či pacientem, dále vyhodnocení, řešení a prevenci konfliktů. Aktuálním problémem, který jsme během výzkumného šetření postřehli, je právě nedostatek informací, které sestry o problematice mají. I sestry v rámci jisté sebereflexe považují své informace za nedostatečné. Vzápětí také dodávají, že by ocenily například školení na toto téma. Důkazem může být například výrok sestry S6: *„Určitě nějaké informace mám. Myslím si, že dostatek to není. Ale zatím mi to vždycky stačilo. Ale určitě by bylo fajn se dozvědět víc, protože někdy nastane situace, kdy taky úplně nevím, co dělat.“* V rozporu se všemi uvedenými názory je výrok sestry S4, která zastává názor, že edukace nepřispívá k řešení agresivity: *„Většinou to hlavně беру spontánně. Na tohle se nejde připravit a říct si, striktně to bude dělat tak a tak. To prostě nejde.“*

Již v teoretické části jsme popsali nejzásadnější změny, které s sebou stárí a stárnutí přináší. Jednou z těchto změn je vzestup rodiny na žebříčku priorit. Proto je třeba dbát zvýšené pozornosti na možnou sociální izolaci, kterou je senior více ohrožen (Langmeier a Krejčířová, 2006). Pravdivost tohoto tvrzení potvrzují i odpovědi některých sester. V praxi se setkávají s důsledky omezeného kontaktu s rodinou, který může vyústit až v agresi klienta. Právě tuto zkušenost popisuje S3: *„Nemají po ruce rodinu třeba. Třeba než šli do domova, tak k nim rodina chodila často, protože se o něj musela postarat. Když se pak dostanou sem, tak je o něj postaráno a ta rodina k nim už chodí třeba jenom jednou za dva tejdny. A jim ty návštěvy chyběj.“* I my se shodujeme s tímto názorem. Tato bakalářská práce vznikala v období, kdy byl v domovech pro seniory na delší období zakázán vstup všem návštěvníkům. V tomto období jsme měli možnost mluvit s klienty jednoho z domovů, kde bylo prováděno výzkumné šetření. Právě ztráta kontaktu s rodinou se výrazně projevila v tématech rozhovoru. Přes

všechna omezení, která se klientů v souvislosti se vzniklou situací dotkla, patřila ztráta kontaktu s rodinou k těm, která je tížila nejvíce.

Za zajímavost můžeme považovat, že se odborníci snažili najít a popsat jednu hlavní příčinu vzniku agrese (Výrost et al., 2019). Tato skutečnost se ovšem nepotvrdila ve studiích akademických ani v našem výzkumném šetření. Sestry z našeho výzkumného souboru prokazují, že příčiny agrese jsou multifaktoriálního rázu, což je doloženo v podkategorii 3.2 *Příčiny agrese*. Mezi faktory, které dle zkušeností sester vedou k agresivnímu chování klienta, patří stařecká demence, nespokojenost, bolest, odmítání ošetrovatelské péče, již zmiňované omezení kontaktu s rodinou či samotná povaha klienta. Některé odborné literární zdroje však vyzdvihují jednu příčinu agrese nad ty ostatní. Patří mezi ně Ptáček et al. (2011), kteří za nejčastější příčinu agresivního chování považují frustraci. Tu způsobuje nemožnost dosažení cíle, změna role, strach či jiná osoba. Právě vliv chování dalších osob na vznik agrese v odpovědích sester postrádáme. Stojí za zamyšlení, zda například chování klientů, kteří spolu sdílí pokoj, nevede jiného klienta k rozhořčení až k agresi. I v rozhovorech se objevuje zmínka o násilí klientů vůči sobě navzájem. Uvést můžeme zkušenost S5: „*A jednou, co tady pamatuju, tak bylo i teda napadení klientek navzájem, že to řešili až policajti. To bylo ošklivý.*“ Sestry také zcela opomíjí možnost, že i jejich přístup a chování může klienta vést k agresivitě. Dle našich zkušeností klienti na některé pracovníky reagují více negativně až agresivně než na ostatní. Můžeme si všimnout, že ani jedna ze sester zapojených do výzkumného šetření nevedla mezi příčiny agrese jakékoli pochybení na své straně. Můžeme pouze spekulovat, zda by zpětné zhodnocení situace sestrou i klientem nevedlo k odhalení pravé příčiny vzniku agrese.

Jak se shodují Fischer a Škoda (2014), Látalová (2013), Helus (2011) a mnozí z dalších uvedených autorů, neexistuje pouze jeden druh agrese, nýbrž celá škála druhů a s tím souvisejících projevů agrese, které nemusí být vždy zcela patrné. Na základě tohoto faktu jsme se pokusili zjistit, s jakými druhy agrese se v domově pro seniory sestry mohou setkat. Výzkumná otázka bakalářské práce pro tuto oblast zněla následovně: „*S jakým typem agresivního chování ze strany klientů se sestry pracující v domovech pro seniory setkávají?*“ V našem výzkumném šetření dotazované sestry potvrdily, že se v domovech pro seniory setkávají s celou škálou druhů agrese. Všechny zapojené sestry se shodly na výskytu verbální a fyzické agrese, přičemž převládající je agrese slovní, se kterou se setkaly všechny z dotazovaných sester. Toto dělení agrese je zároveň jediné, které sestry v rozhovorech používají.

Ačkoli ohrožení ostatního personálu domovů pro seniory se primárně netýká tématu naší práce, tak jsme i tuto otázku zahrnuli do výzkumného šetření. Z toho jasně vyplývá, že dle zkušeností sester jsou i ostatní zaměstnanci domova vystaveni riziku agrese klientů, o kterém však nejsou adekvátně informováni. Zatím co sestra se na základě každodenního hlášení může na případnou agresi připravit, například uklížeč tuto možnost vždy nemá. Domníváme se, že v praxi by bylo vhodné se více zamyslet nad ohrožením všech zaměstnanců domovů pro seniory a zvážit standardní předávání adekvátních informací i dalšímu personálu, který může být agresí zasažen. Taktéž si myslíme, že by i tito zaměstnanci měli mít alespoň základní informace, jak správně jednat při kontaktu s agresivním klientem.

Další oblastí, kterou jsme se v rámci výzkumného šetření zabývali, byla prevence agrese. Výzkumnou otázku, kterou jsme stanovili, zněla takto: *„Jaké postupy volí sestry pracující v domovech pro seniory v rámci předcházení agresivnímu chování klientů?“* Odborná literatura přináší několik způsobů, jak agresi předcházet. Za zajímavý považujeme dotazník, který slouží k odhalení rizika agrese, jež můžeme najít v publikaci Markové et al. (2006). Ten však v praxi nevyužívá ani jeden z domovů pro seniory, který se zúčastnil výzkumného šetření. Domníváme se, že by bylo vhodné tento dotazník provést s každým nově přicházejícím klientem domova pro seniory. Personál totiž zatím nemá s klientem žádnou předchozí zkušenost a neví tedy, co od klienta očekávat. Dotazník by mohl minimalizovat nepřipravenost při prvním agresivním projevu, na který by se mohl ošetrovatelský personál lépe připravit, a více dbát na jeho prevenci. Těší nás, že dle odpovědí sester zapojených do výzkumného šetření je prevence volena především individuálně a na základě předchozích zkušeností. Benefitem, který shledáváme na práci v domově pro seniory, je právě větší znalost povahy a projevů klientů než při práci například v nemocnici. Individuálnost při prevenci agrese vystihuje informantka S4: *„Liší se tím, že každé klient reaguje na jiný podněty, čím je agresivnější nebo tak. Každého klienta musí brát člověk individuálně. Takže z toho hlediska má ten personál jiný přístup ke každému klientovi.“* Sestry považují v rámci prevence agrese také účinný klidný přístup a komunikaci s klientem. V rámci prevence dále uplatňují podávání medikace ordinované lékařem. Tyto postupy se nám jeví jako efektivní a považujeme je za správné kroky pro přecházení agrese. Inspirováni výzkumem, jehož autoři jsou Vermuelen et al. (2019), soudíme, že i pro domovy pro seniory by bylo přínosné prevenci agrese více probírat právě s jednotlivými klienty domova. Z výzkumu je patrné, že klienti či pacienti si jsou vědomi jejich agrese

a jsou schopni popsat, co by jejich jednání mohlo odvrátit. Přičemž samotná spolupráce klienta se sestrami na nastavení vhodné prevence může agresi také předcházet, jak uvádějí Raveesh et al (2019). Ti doporučují v rámci prevence agrese klienta zapojit do jeho léčebného režimu.

Poslední výzkumná otázka, kterou jsme pro výzkumné šetření stanovili, zní následovně: „*Jaké postupy volí sestry pracující v domovech pro seniory v rámci zvládnání agresivního chování klientů?*“ V rámci zvládnání agresivity sestry zapojené do výzkumného šetření volí různé postupy, které jsou blíže popsány v podkategorii 2.2 *Jednání s agresivním klientem*. Je důležité si uvědomit, že na prvním místě při zvládnání klientovy agrese je vždy zdraví ošetřujícího personálu (Ptáček et al., 2011). Z odpovědí informantek jsme nabyli dojmu, že při zvládnání agrese klientů nekladou dostatečný důraz na ochranu vlastního zdraví. Pouze u tří sester jsme zaznamenali postupy, které předcházejí poškození jejich zdraví. Domníváme se, že právě na tuto oblast by měl být kladen větší důraz. Sestry zapojené do výzkumného šetření uplatňují při zvládnání agrese klidný přístup a komunikaci s klientem. Ukázkou této situace je výrok informantky S6: „*Snažím se mluvit přátelsky, oslovuju ho většinou křestním jménem. I když samozřejmě by jsme měli oslovovat příjmením, tak my, jelikož s nima máme nějaký vztahy, tak říkám třeba Andulko, pojďte. Mluvím klidným hlasem, milým hlasem a snažím se odvést pozornost.*“ Tento postup odráží doporučení hned několika odborníků. Patří mezi ně Venglářová a Mahrová (2006). Ty udávají, že pomalé tempo komunikace vede ke zklidnění agresivního klienta. Mlýnková (2017) zároveň považuje za účinné právě změnit téma konverzace a odvést klientovu pozornost jinam, stejně jako v praxi využívá sestra S6. S těmito postupy se však neztotožňují všichni odborníci. Jmenovitě můžeme uvést například Linhartovou (2007), Kelnarovou a Matějkovou (2014). Ty vidí problém ve zcela rozdílné energii při komunikaci. Sestra i pacient komunikují v tomto případě na jiné linii. Zdravotník by měl klientovi dokázat svou autoritu a klienta uklidnit zrcadlením jeho chování. Zdravotník v takové situaci komunikuje stejným způsobem jako pacient, vyjma fyzické agrese. V praxi se se zrcadlením klientovy komunikace můžeme setkat u sestry S5: „*Prostě někdy už zvýším hlas, i když bych neměla. Protože s někým už se není možný nějak dohodnout. Někdy člověk vůbec nepochopí, co ten klient potřebuje, a on jenom zvoní, ječí, zvyšuje hlas a není schopný říct, co potřebuje a je k nedomluvě. Takže tam je těžký nějaký řešení.*“ Tento způsob komunikace považujeme za zajímavý a v některých případech zcela jistě účinný. Domníváme se, že sestry si díky znalostem povahy svých klientů mohou dovolit v některých případech využít tuto

metodu řešení agrese. Věříme, že u některých klientů tato reakce přinese větší zklidnění než běžný způsob komunikace. Dle našich zkušeností se klienti ani v případech jejich agrese nesečkají s negativní reakcí. Možná právě tato reakce povede k uvědomění si nevhodnosti jejich chování a jeho dopadu na samotný personál. Další kroky, které dotazované sestry volí při řešení agrese, vycházejí z předchozích zkušeností s klientem, a jsou tedy spíše individuálního rázu. V případě, že se situaci nedaří v danou chvíli vyřešit, volí některé sestry odchod z místnosti a v některých případech také podání ordinované medikace. Těší nás individuálnost, která se odráží v odpovědích sester nejen při řešení agrese. Zastáváme názor, že při poskytování jakékoli péče je důležité vycházet z potřeb a zvyklostí každého klienta a pečovat o něj tak, aby mohl co nejlépe uspokojit své potřeby a nenabyl dojmu, že je pouze jedním z mnoha dalších klientů.

Na základě svých osobních zkušeností se domníváme, že intervence, které sestry v oblastech prevence a řešení agrese provádějí, jsou rozmanitější v porovnání s výsledky výzkumného šetření. Tento fakt přisuzujeme tomu, že personál nejedná podle předem stanoveného striktního plánu, jak doporučují například Kelnarová a Matějková (2014). Proto si při rozhovoru pravděpodobně neuvědomují veškeré postupy, které mají vliv mimo jiné na agresivitu klientů.

## 6 Závěr

Zaměřením této bakalářské práce, která nese název „*Zkušenosti sester s agresivním chováním klientů v domovech pro seniory*“, je přiblížit pohled všeobecných sester na agresivitu jejich klientů. Práce se zabývá především péčí o agresivního klienta.

Cílem práce bylo zmapovat zkušenosti sester pracujících v domovech pro seniory s agresivním chováním klientů. V návaznosti na vytyčený cíl byly stanoveny tři výzkumné otázky. Ty byly zaměřeny na odhalení, s jakým typem agrese se sestry v domovech pro seniory setkávají. Dále měly za úkol zjistit, jaké postupy volí sestry pro předcházení a zvládnání agrese jejich klientů. Výzkumné šetření bylo provedeno formou polostrukturovaných rozhovorů s celkem sedmi všeobecnými sestrami pracujícími ve čtyřech různých domovech pro seniory.

Téma agresivity pacientů i klientů domovů pro seniory je již popsáno v nesčetném množství knih a odborných článků. Naším cílem nebylo přinést převratná zjištění v této oblasti, ale alespoň částečně nahlédnout na reálnou situaci v domovech pro seniory. Tu jsme měli možnost poznat očima sester, které se ve střetu s agresivním klientem ocitají častěji, než se může zdát.

Z výsledků výzkumného šetření je jasně patrné, že každá ze sester se již s agresivitou klientů setkala. Jejich zkušenosti se různí, ale všechny se shodují na převaze verbální agrese. Literatura nabízí několik způsobů, jak agresi zvládat. Avšak z rozhovorů je patrné, že neexistuje jeden jediný ověřený způsob, který by agresi vyřešil. Jak některé sestry v rozhovorech zmiňují, každý klient je jedinečný, a proto i přístup k nim by měl být individuální. Sestry v domovech pro seniory mají možnost své klienty dobře poznat. Právě proto nabízí domov pro seniory větší prostor pro individualnost při zvládnání agrese. Ačkoli řeší sestry agresi klientů různými způsoby a na základě předchozích zkušeností s klientem, stojí za úvahu více sester v této oblasti vzdělávat. I přesto, že se dotazované sestry s agresi setkávají poměrně často, jejich znalosti v této oblasti jsou spíše okrajové. S většími znalostmi této problematiky by sestry možná dokázaly agresi lépe řešit. Pokud by také měly více informací o možných příčinách lidské agrese, lze předpokládat, že by jí dokázaly více předcházet a u některých klientů ji zcela eliminovat, za předpokladu, že by našly zdroj tohoto chování.

V praxi by práce mohla být využita jako studijní materiál pro sestry. Na podkladě této bakalářské práce zároveň vznikla informační brožura, která poskytne

ošetřovatelskému personálu užitečné informace pro péči o agresivního klienta nejen domovů pro seniory. Tato brožura je součástí práce jako příloha č. 2.



## 7 Seznam literatury

1. ARNOLDOVÁ, A., 2016. *Sociální péče 2. díl*. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-5148-1.
2. BARTŮNĚK, P. et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
3. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče 2. díl*. Praha: Grada. 234 s. ISBN 978-80-247-5334-8.
4. ČELEDOVÁ, L. et al., 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Karolinum. 152 s. ISBN 978-80-246-3404-3.
5. ČEVELA, R. et al., 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
6. FARKOVÁ, M., 2009. *Dospělost a její variabilita*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-2480-5.
7. FISCHER, S., ŠKODA, J., 2014. *Sociální patologie. Závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-5046-0.
8. HAUKE, M., 2014. *Zvládání problémových situací se seniory-nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-5216-7.
9. HELUS, Z., 2011. *Úvod do psychologie*. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-3037-0.
10. HELUS, Z., 2018. *Úvod do psychologie, 2. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-247-4675-3.
11. HOŠKOVÁ, B. et al., 2012. *Vademecum zdravotní tělesná výchova*. Praha: Karolinum. 130 s. ISBN 978-80-246-2137-1.
12. HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
13. JEDLIČKA, R. et al., 2018. *Pedagogická psychologie pro učitele*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-271-0586-1.
14. KALVACH, Z. et al., 2014. Stáří a stárnutí v současném světě. In: ČEVELA, R. et al. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada, s. 16-29. ISBN 978-80-247-4544-2.
15. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty – 4. ročník*. 2. vydání. Praha: Grada. 148 s. ISBN 978-80-247-5203-7.

16. KLEVETOVÁ, D., 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2. vydání. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-271-0102-3.
17. KOPECKÁ, I., 2011. *Psychologie 1. díl*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3875-8.
18. KOWALCZUK, K., KRAJEWSKA-KUŁAK E., 2017. Patient aggression towards different professional groups of healthcare workers. *Ann Agric Environ Med*. 24(1), 113-116, doi:10.5604/12321966.1228395.
19. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Vývojová psychologie*. 4. vydání. Praha: Grada. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
20. LÁTALOVÁ, K., 2013. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4454-4.
21. LINHARTOVÁ, V., 2007. *Praktická komunikace v medicíně. Pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
22. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
23. MARKOVÁ, E. et al., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
24. MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
25. MLÝNKOVÁ, J., 2017. *Pečovatelství 2. díl. Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 300 s. ISBN 978-80-271-0132-0.
26. MOYER, K. E., 1976. *The Psychobiology of Aggression*. New York: Harper & Row. 402 p. ISBN 978-00-604-4641-3.
27. NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Zdravotní nauka 2. díl*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3709-6.
28. OREL, M. et al., 2016. *Psychopatologie. Nauka o nemocech duše*. 2. vydání. Praha: Grada. 344 s. ISBN 978-80-247-5516-8.
29. PETR, T. et al., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
30. POKORNÁ, A., 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
31. PTÁČEK, R. et al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

32. RAVEESH, BN. et al., 2019. Alternatives to use of restraint: A path toward humanistic care. *Indian Journal of Psychiatry*. 61(4), 693-S697, doi:10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\_104\_19.
33. SAK, P., KOLESÁROVÁ, K., 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-3850-5.
34. SHAFRAN-TIKVA, S. et al., 2017. Violence against physicians and nurses in a hospital: How does it happen? A mixed-methods study. *Isr J Health Policy Res*. 6(1), no page, doi 10.1186/s13584-017-0183-y.
35. SCHABLON, A. et al., 2018. Prevalence and Consequences of Aggression and Violence towards Nursing and Care Staff in Germany-A Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 15(6), no page, doi 10.3390/ijerph15061274.
36. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2012. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy I – Interna*. 2. vydání. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-3601-3.
37. ŠKRLOVÁ, M., 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
38. VÁGNEROVÁ, M., 2007. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
39. VERMEULEN, JM. et al., 2019. "But I did not touch nobody!"-Patients' and nurses' perspectives and recommendations after aggression on psychiatric wards- A qualitative study. *J Adv Nurs*. 75(11), 2845-2854, doi:10.1111/jan.14107.
40. VENGLÁŘOVÁ M., MAHROVÁ G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
41. VÝROST, J. et al., 2019. *Sociální psychologie. Teorie, metody, aplikace*. Praha: Grada. 760 s. ISBN 978-80-247-5775-9.
42. WILLIAMS, P., 2016. *Basic geriatric nursing*. 6. issue. St. Louis, Missouri: Elsevier. 400 p. ISBN 978-0-323-18774-9.
43. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
44. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006. [online]. [cit. 2020-01-03]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37, s. 1257–1289. Dostupné z: [https://ppropo.mpsv.cz/zakon\\_108\\_2006#f3010330](https://ppropo.mpsv.cz/zakon_108_2006#f3010330)
45. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. [online]. [cit. 2020-01-12]. In: *Sbírka*

*zákonů České republiky*, Částka 131, s. 4730-480. Dostupné z:  
[https://ppropo.mpsv.cz/zakon\\_372\\_2011](https://ppropo.mpsv.cz/zakon_372_2011)

## **8 Seznam příloh**

Příloha 1	Podklad pro polostrukturované rozhovory se sestrami
Příloha 2	Informační brožura

**Podklad pro vedení polostrukturovaného rozhovoru**

Identifikační údaje:

1. Pohlaví:
2. Nejvyšší dosažené vzdělání:
3. Délka praxe v domově pro seniory:

Vlastní rozhovor:

1. Co přesně si představíte pod pojmem agresivní chování klienta?
2. Jak často se setkáváte s agresivním chováním klientů?
3. S jakým typem agresivního chování klientů se setkáváte nejčastěji?
4. S jakými dalšími typy agresivního chování ze strany klientů se setkáváte?
5. Jaké agresivní chování klienta je pro Vás nejhorší a proč?
6. Jedná se nejčastěji o stále stejné klienty, nebo se agresivní chování týká všech Vašich klientů?
7. Jaké myslíte, že jsou příčiny agresivního chování Vašich klientů?
8. Jak zasahujete proti agresivnímu klientovi?
9. Jak komunikujete s agresivním klientem?
10. Znáte nějaké zásady při jednání s agresivním klientem? Pokud ano, jaké?
11. Jaké z těchto zásad používáte při jednání s agresivním klientem?
12. Jaké postupy v rámci řešení agresivního chování klienta jsou podle Vás nejúčinnější?
13. Znáte nějaké postupy, jak agresivitě klientů předcházet? Pokud ano, jaké?
14. Jak konkrétně předcházíte agresivnímu chování klientů?
15. Jaký máte názor na použití omezovacích prostředků v domově pro seniory?
16. Použil/a jste někdy omezovací prostředky u agresivního klienta. Pokud ano, jaké?
17. Jak přistupujete ke klientovi, který se v minulosti projevoval agresivně?
18. Děláte nějaká opatření u klientů, kteří se opakovaně chovají agresivně? Pokud ano, jaká?
19. Jak přistupujete ke klientovi, který poprvé projevil známky agrese?

20. Myslíte, že se nějakým způsobem liší Váš osobní přístup ke klientům, kteří se chovají agresivně, oproti jiným klientům? Pokud ano, jak?
21. Předáváte informace o agresivitě klienta ostatním pracovníkům? Pokud ano, jaké konkrétní informace předáváte, kterým pracovníkům a jakým způsobem?
22. Je dle vaší zkušenosti agresivním chováním zasažen pouze ošetrovatelský personál, nebo i další zaměstnanci, kteří s klientem přijdou do kontaktu?
23. Jaký dopad má agresivita klientů na Vaši psychickou pohodu?
24. Bál/a jste se někdy při střetu s agresivním klientem o své zdraví? Pokud ano, proč?
25. Učil Vás někdy někdo, jak přistupovat k agresivnímu klientovi? Pokud ano, kdo a kde?
26. Myslíte si, že máte dostatek informací o problematice agresivity klientů?
27. Zajímá se Váš zaměstnavatel o problematiku agresivního chování klientů? (například v rámci vzdělávání zaměstnanců, zapojuje se do řešení,...)

(Zdroj vlastní)

## Péče o agresivního klienta

*Brožura s užitečnými radami pro ošetrovatelský personál, jak přistupovat k agresivnímu klientovi domova pro seniory.*

### Vaše zdraví je na prvním místě

- Přivolejte si patřičnou pomoc
- Udržujte od klienta dostatečný odstup
- Odstraňte z klientova okolí nebezpečné předměty
- Nechte otevřené dveře
- Nebraňte klientovi v odchodu, mohl by k uvolnění cesty použít násilí
- Neotáčejte se ke klientovi zády

### Jak postupovat?

- Nepřistupujte ke klientovi ze zadu a příliš zbrkle, může ho to vyděsit
- Klienta do ničeho nenutíte
- Přistupujte ke klientovi klidně, neoplácejte jeho chování
- Odložte plánovaný výkon
- Zkuste změnit téma konverzace
- Nechte klienta naplnit jeho potřeby, dovolte mu například zakouřit si
- Zkuste zjistit příčinu klientovi agrese a dle toho volte další postup
- Vyslechněte klienta, neskákejte mu do řeči
- Mluvte pomalu a klidným hlasem
- Akceptujte klientův názor
- Pokud jsou klientovi výčitky oprávněné, omluvte se
- Dejte pozor na svůj výraz a postoj



## Zrcadlová reakce

- V případě, že předchozí doporučení nepomáhají, může být problém ve zcela odlišné energii při komunikaci. Pomocí může zrcadlení klientova chování. V takovém případě komunikujte stejným způsobem jako klient s výjimkou fyzické agrese.

## Prevence agrese

- Zapojte klienta do jeho léčebného režimu
- Ved'te s klientem pravidelný rozhovor
- Všimněte si změn v chování klienta a reagujte na ně okamžitě
- Zkuste změnit prostředí, ve kterém se klient nachází
- Předcházejte sociální izolaci klienta
- Mluvte s klientem o jeho cílech a potřebách, snažte se předejít frustraci

## Existuje u klienta riziko napadení?

Odpovězte na následující otázky, s každou kladnou odpovědí riziko agrese roste.

1. Je klient, se kterým právě jednáte pod vlivem výrazného stresu?
2. Je podnapilý či pod vlivem drog?
3. Projevil se již v minulosti jako násilník?
4. Byl v minulosti již soudně trestán pro agresivně zabarvenou trestnou činnost?
5. Trpěl nebo trpí duševní chorobou, která snižuje přičetnost?
6. Má zdravotní problémy snižující sebekontrolu?
7. Napadl vás tento klient v minulosti nebo vám vyhrožoval?
8. Vyhrožoval vám již v minulosti konkrétním násilím?
9. Zaútočil na vás již někdy?
10. Myslí si tento klient, že ohrožujete jeho děti nebo jiné velmi blízké osoby, nebo jste spojován s institucí, jež by něco podobného mohla činit?
11. Myslí si dotyčný, že ohrožujete jeho svobodu nebo že nějakým způsobem patříte mezi ty, kdož by jeho svobodu mohli ohrozit?
12. Má daný klient nereálné představy o tom, co pro něj můžete udělat?
13. Je přesvědčen, že mu úmyslně nechcete pomoci?
14. Měl/a jste z tohoto klienta již v minulosti strach?
15. Má diváky, kteří jsou zaměřeni proti vaší osobě a kteří by mohli buď přímo nebo zprostředkovaně jeho agresivní chování vůči vám podporovat, obdivovat nebo oceňovat?

## **9 Seznam zkratek**

DPS: Domov pro seniory

SZŠ: Střední zdravotnická škola

VOŠ: Vyšší odborná škola

VŠ: Vysoká škola