

PROBLEMATIKA AGRESIVNÍHO CHOVÁNÍ KLIENTŮ DOMOVŮ PRO SENIORY

PROBLEMS OF AGGRESSIVE BEHAVIOUR OF CLIENTS IN SENIORS' HOMES

Radka Bužgová¹, Kateřina Ivanová²

¹Ostravská univerzita, Fakulta zdravotnických studií, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence

²Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta, Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky

Summary

The aggressive behaviour is an important theme in taking care of seniors living in social care institutions. The target of the research was to find and describe the experience of clients and employees providing direct care in Seniors' Homes concerning aggressive behaviour of clients. A combined, qualitative (phenomenological) and subsequently quantitative research was implemented. The research group included 454 employees and 488 clients of 12 Seniors' Homes in the Moravian-Silesian Region. In the qualitative research, a non-standardized interview and analysis of contents was used for the data accumulation. In the quantitative research, a questionnaire was employed for the data accumulation. Two phenomena were established for the investigation: the attitude of clients to employees providing the direct care and the attitude of clients to each other. 73% of respondents experienced unsuitable behaviour between the clients. The most frequently reported forms of the physical aggression were violent grasping, hitting and throwing objects at the other client. Most frequently reported forms of mental aggression included shouting, verbal attacks, verbal offences and threatening.

Key words: aggressive behaviour – dementia – Seniors' Home – violence – senior

Souhrn

Agresivní chování je důležitým tématem v péči o seniory žijící v institucionální péči. Cílem výzkumu bylo zjistit a popsat zkušenosti klientů a zaměstnanců přímé péče DpS s agresivním chováním klientů. Byl proveden kombinovaný, kvalitativní (fenomenologický) a následně kvantitativní výzkum. Výzkumný soubor tvořilo 454 zaměstnanců a 488 klientů 12 DpS v Moravskoslezském kraji. Pro sběr dat v kvalitativním výzkumu byl použit nestandardizovaný rozhovor a analýza obsahu. Pro sběr dat v kvantitativním výzkumu byl použit dotazník. Byly stanoveny dva zkoumané fenomény: přístup klientů k zaměstnancům přímé péče a přístup klientů k ostatním klientům. 73 % respondentů bylo svědkem nevhodného chování klientů k sobě navzájem. Mezi nejčastěji uváděné formy fyzické agrese patřilo násilné popadení, udeření a hození předmětem po klientovi. Mezi nejčastěji uváděné formy psychické agrese patřilo křičení, slovní napadání, slovní urážení a vyhrožování.

Klíčová slova: agresivní chování – demence – domov pro seniory – násilí – senior

ÚVOD

Klasickou formou institucionální péče v České republice jsou domovy pro seniory (dále jen DpS). Přejít do „ústavního“ bydlení pro

seniory je mnohdy psychicky náročný. Znamená razantní změnu životního stylu, ztrátu soukromí (ubytování na pokoji s „cizími“ lidmi), změnu dosavadních kontaktů s rodinou,

přáteli či sousedy a nutnost přizpůsobit se více či méně režimovým opatřením (13). Vzájemné vztahy mezi klienty, klienty a zaměstnanci, případně rodinnými příslušníky jsou mnohdy komplikované. Někteří autoři (7, 14, 17, 18) začínají poukazovat na problematiku násilí a týrání seniorů v institucionální péči. Výzkumy se zpravidla zaměřují na týrání klientů ze strany zaměstnanců, případně rodinných příslušníků. Menší pozornost je věnována právě agresivnímu chování mezi klienty, případně klientů k zaměstnancům. **Násilí** definuje WHO jako „úmyslné použití či hrozbu použití fyzické síly nebo moci proti osobě, jiné osobě, proti skupině či komunitě, a to síly (moci), která má, nebo s vysokou pravděpodobností bude mít, za následek poranění, smrt, fyzickou újmu, poruchu vývoje či osobnosti“ (9). V institucionální péči se jedná o individuální nebo opakované jednání zaměstnanců, rodinných příslušníků, návštěv nebo jiných klientů. Hirst (10) v diskusi nad definicemi fenoménu násilí seniorů v institucionální péči klade důraz na výsledek, zda dané jednání způsobuje klientovi zranění, a to fyzické či psychické, nebo jiné poškození. Důsledkem potom může být ztráta důstojnosti, jedinečnosti, fyzické nebo psychické trauma, případně dřívější, urychlená smrt.

Jedním z rizikových faktorů násilí v institucionální péči je uváděno **prostředí a materiální vybavenost zařízení**. Špatná materiální vybavenost zahrnuje mimo jiné více než 3 klienty na jednom pokoji, což často zapříčiňuje konflikty mezi nimi. Tyto konflikty jsou vůbec nejčastějšími v těchto zařízeních (1).

Mezi další závažné rizikové faktory patří **poruchy chování ve stáří**, zejména spojené s onemocněním demencí, které nejsou v institucionální péči ojedinělé (5). Poruchy chování ve stáří jsou součástí širšího syndromu, který se nazývá BPSD (*Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia*) a jsou definovány takto: „Jde o řadu patologických symptomů jako poruchy vnímání, poruchy myšlení, změny nálad a chování, které se často objevují u pacientů trpících demencí“ (16). „Poruchy chování se rozdělují do dvou skupin – a to behaviorální symptomy a psychologické (psychiatrické) symptomy. Mezi behaviorální symptomy patří agresivita, agitovanost, blou-

dění, sexuální dezinhibice, vykřikování, špehování, shromažďování zbytečných předmětů a hašteřivost. Psychologické symptomy zahrnují poruchy nálady, anxieta, depresi, poruchy vnímání (halucinace) a poruchy myšlení (bludy)“ (14). Pro riziko vzájemného soužití mezi klienty je riziková zejména agresivita. Chou et al. (4) definuje **agresivní chování** jako „použití fyzických nebo verbálních prostředků k hrozbě nebo zranění jiné osoby. Agresivní chování zahrnuje fyzickou agresi (udeření, kopání, škrábání, udeření pěstí, kousání, popadení, hození předmětem, štípnutí, plivání), verbální agresi (nadávání, urážení, sprosté mluvení) nebo sexuální agresi“. Agresivita se nejčastěji projevuje nejprve jako slovní, ta je přibližně dvakrát častější než agrese fyzická.

Důvodem agresivního chování je souhrn biologických, psychických a environmentálních faktorů. Biologické faktory související s agresí zahrnují demenci, schizofrenii, nádory na mozkou, biochemické změny atd. (2). Psychologické faktory souvisejí nejčastěji s depresí a úzkostí, environmentální faktory s prostředím a chováním pečovatелů, které může také agresivní chování podněcovat. Agresivní chování může být také psychologickou reakcí na nové prostředí, ošetřování, ztrátu svobody nebo zdraví (15).

Cíl výzkumu a hypotézy

Cílem výzkumu bylo zjistit a popsat zkušenosti klientů a zaměstnanců přímé péče DpS s agresivním chováním klientů, dále pak zjistit, zda agresivní chování klientů vůči zaměstnancům souvisí se syndromem vyhoření u zaměstnanců a s týráním klientů zaměstnanci. Byly stanoveny tyto hypotézy: H1 – zaměstnanci, kteří mají osobní zkušenost s agresivním chováním klientů, vykazují vyšší míru syndromu vyhoření než zaměstnanci, kteří tuto zkušenost nemají. H2 – zaměstnanci, kteří mají osobní zkušenost s agresivním chováním klientů, se častěji sami podílejí na týráním klientů než zaměstnanci, kteří tuto zkušenost nemají.

METODIKA VÝZKUMU

Výzkum byl součástí výzkumného záměru „Týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů

v institucionální péči“ v rámci grantu IGS OU 2007 a 2008. Byl proveden kombinovaný, kvalitativní (fenomenologický) a následně kvantitativní výzkum. Cílem fenomenologické kvalitativní studie je poznání, popis, porozumění a interpretace životních zkušeností (lived experience) lidí v jejich každodenním životě (19). Násilí je typickým fenoménem, který vyžaduje hluboké porozumění životním událostem participantů a reflexi těchto událostí. Zkoumaný soubor byl vybrán podle metody sněhové koule (snowball sampling), což je běžný postup při sběru dat v kvalitativním výzkumu (8). Pro sběr dat v terénu byla použita technika nestandardizovaného rozhovoru a analýza obsahu dokumentů – stížností doručených na Magistrát města Ostravy (n = 9). Interpretace získaných dat byla založena na kvalitativní fenomenologické analýze, při které byly v rozhovorech (naraci) či v psaném textu (stížnostech) pozorně hledány významy odpovídající definovaným pojmům.

V druhé části výzkumu byl proveden kvantitativní výzkum, survey mezi vybranými zaměstnanci přímé péče DpS v Moravskoslezském kraji, jejichž zřizovatelem je Magistrát města Ostravy a Moravskoslezský kraj. Pro výběr vzorku byla použita technika oblastního výběru. Z celkového počtu 24 DpS bylo vybráno 12 domovů (5 domovů města Ostravy a 7 domovů Moravskoslezského kraje). Do vzorku byli zařazeni všichni zaměstnanci přímé péče z dvanácti vybraných zařízení (n = 750) a všichni klienti (n = 1799). Pro sběr dat byl použit anonymní dotazník. Zaměstnanců přímé péče, kteří souhlasili s provedením výzkumu a vyplnili dotazník, bylo 477. návratnost dotazníků tedy činila 64 %. Z důvodu neúplnosti údajů muselo být 23 dotazníků vyřazeno. Do souboru klientů byli zařazeni klienti vybraných zařízení splňující následující kritéria: věk nad 60 let, schopnost komunikace, orientace v časoprostoru, ochota účastnit se rozhovoru. Tato kritéria splnilo celkem 488 klientů, což je 27 % ze všech klientů vybraných zařízení. Respondenti byli dotazováni,

zda byli v posledním roce svědky některé z uvedených 28 forem nevhodného chování klientů ke klientům či zaměstnancům a jak často k tomuto chování docházelo (jednou, dvakrát až desetkrát, více než desetkrát). Zaměstnanci byli dále dotazováni, zda se sami cítili v posledním roce týráni (fyzicky, psychicky, sexuálně, finančně zneužívání) ze strany klientů. Samostatně jim byl předložen dotazník pro zjišťování míry syndromu vyhoření BM (Burnout Measure) od autorů Pinese, Aronsona a Kafry (11). Dotazník měří pocity fyzického vyčerpání vztahující se k pocitům úzkosti, beznaděje a bezvýchodnosti a pocity psychického vyčerpání odrážející pocity osobní bezcennosti a deziluze. Dotazník obsahuje celkem 21 otázek, 17 otázek je zaměřeno na negativní pocity a 4 otázky jsou zaměřeny na pozitivní pocity. Respondenti odpovídají na uvedené sedmibodové škále: 1 – nikdy, 2 – jednou či dvakrát, 3 – zřídka, 4 – někdy, 5 – často, 6 – převážně, 7 – stále. Míra syndromu vyhoření (BM) je vyhodnocena ve čtyřech stupních: 1 – velmi dobrá až dobrá, respondent nemá závažné problémy, 2 – alarmující, 3 – vyhoření, 4 – akutní krize a jak často. Získaná data byla zpracována popisnou statistikou. Pro testování hypotézy byl použit chí-kvadrát.

Před zahájením výzkumu byl vyžádán souhlas zřizovatelů DpS (Magistrát města Ostravy, Krajský úřad) a souhlas všech ředitelů vybraných domovů. Také etická komise Fakulty zdravotnických studií Ostravské univerzity udělila souhlas s provedením výzkumné studie.

Charakteristika souboru

Celkový soubor v kvalitativním výzkumu tvořilo 20 klientů a 28 zaměstnanců, z nichž bylo 26 zaměstnanců ze tří DpS v Ostravě a 2 zaměstnanci mimo tato zařízení (Magistrát města Ostravy, MPSV). Sociodemografické charakteristiky respondentů uvádí tab. 1.

Tab. 1 Sociodemografické charakteristiky respondentů v kvalitativním výzkumu

Zaměstnanci			Klienti		
	průměr	n		průměr	n
<i>Pohlaví</i>			<i>Pohlaví</i>		
žena		27	žena		14
muž		1	muž		6
<i>Pracovní zařazení</i>					
přímo obslužná péče		13			
management		4			
sociální pracovník		9			
rehabilitační pracovník		2			
<i>Věk</i>	39,1		<i>Věk</i>	85,9	
<i>Délka praxe v DpS</i>	7,8		<i>Délka pobytu v DpS</i>	5,8	
<i>Délka praxe se seniory</i>	14,4				

n – počet

Výzkumný soubor v kvantitativním výzkumu tvořilo 454 zaměstnanců přímé péče a 488 klientů dvanácti DpS v Moravskoslezském

kraji. Sociodemografické charakteristiky respondentů jsou uvedeny v tab. 2.

Tab. 2 Sociodemografické charakteristiky respondentů v kvantitativním výzkumu

Zaměstnanci			Klienti		
	n	%		n	%
<i>Pohlaví</i>			<i>Pohlaví</i>		
žena	440	96,9	žena	365	74,8
muž	14	3,1	muž	123	25,2
<i>Věk</i>			<i>Věk</i>		
≤ 35	115	25,3	60–75	134	27,5
> 35	333	73,4	> 76	350	71,7
nevedli	6	1,3		4	0,8
<i>Délka praxe v DpS</i>			<i>Délka pobytu v DpS</i>		
≤ 4	168	37,0	≤ 4	303	62,1
5–8	113	24,9	5–10	124	25,4
> 8	173	38,1	> 10	61	12,5
<i>Děti</i>			<i>Soběstačnost</i>		
ne	383	84,4	ano	262	53,7
ano	71	15,6	částečně	185	37,9
			ne	41	8,4

VÝSLEDKY

Na základě kvalitativní analýzy dat byly stanoveny dva hlavní zkoumané fenomény: 1. přístup klientů k zaměstnancům přímé péče a 2. přístup klientů k ostatním klientům. V kvantitativním výzkumu byly v dotazníku zahrnuty oba tyto fenomény.

Přístup klientů k zaměstnancům

V kvantitativním výzkumu 40 % zaměstnanců uvedlo, že se cítili v posledním roce alespoň jednou týráni ze strany klientů. Zaměstnanci uvedli tyto formy nevhodného chování ze strany klientů: fyzická agrese (32 %), psychická agrese (9 %), sexuální obtěžování (4 %) a finanční zneužívání (0,4 %). K fyzické agresi směřované vůči zaměstnancům se přiznalo pouze 0,4 % klientů a 4 % klientů bylo svědkem takového chování. Jiné formy klienti neuvédli. Respondenti v kvalitativním výzkumu hovořili o následujících problémech (kurzivou jsou uvedeny výroky vybraných respondentů):

- **Záměrná nespolupráce a neúcta mezi klienty a ošetrovatelským personálem**

„Při příchodu na pokoj klient reaguje ‚služka jde‘... slovo ‚děkuji‘ nahradili slovem ‚no vidíte, že to šlo‘...“ (všeobecná sestra, 31 let).

- **Slovní agrese**

„Prostě tu sestru neskutečně sjede. A když vás za den sjede deset lidí nebo desetkrát jedna obyvatelka, které jste vůbec nic neudělala, je to někdy problém...“ (pečovatelka, 42 let).

„Když řve takový člověk, že tamta sestra je kráva nebo něco... sestřičce řekne, ta kráva ať už tady nechodí...“ (všeobecná sestra, 34 let).

„Někteří klienti jsou sprostí, sestřičkám nadávají až hanba“ (klient, 83 let).

- **Psychický nátlak** (zahrnující záměrné naschvály ze strany klientů a neoprávněné stížnosti)

„Bylo nám vyhrožováno obyvatelkami, že nás udají na policii“ (všeobecná sestra, 46 let).

„Řekla mi, že mě prostě zničí... to je potom hrozné, když vás úmyslně falešně obviní“ (všeobecná sestra, 31 let).

„To není taky správné, aby ta sestra tady se bála toho, že ji tu vyhodí, když si na ni někdo stěžuje“ (klientka, 84 let).

„Telefonicky mě klient obtěžoval v každou denní i noční hodinu, nejen sexuálně, ale i psychicky...“ (pečovatelka, 39 let).

- **Fyzické napadení**

„Prostě vás štípnou, hodí po vás něco, dostanete ránu...“ (všeobecná sestra, 51 let).

„Na noční tady jedna paní šla nožem na jednu sestru...“ (všeobecná sestra, 24 let).

„Napadl mě klient na elektrickém vozíku, přepnul si rychlost na nejvyšší a rozjel se proti mně...“ (pečovatelka, 36 let).

Fyzicky napadeni byli zaměstnanci přímé péče často od klientů trpících demencí. Tuto situaci hodnotí zaměstnanci příznivěji, protože vědí, že klienti s demencí si mnohdy důsledky svého chování neuvědomují. Hůře situaci vnímají u klientů, kteří demenční nejsou: „... když to jsou demenční lidi, kteří vlastně neví, tak to člověk bere normálně, ty lidi máte většinou ráda. Ale jsou tady lidi, kteří jsou takoví zlí, a to je hrozné“ (pečovatelka, 36 let).

V kvantitativním výzkumu jsme dále hodnotili, zda psychická a fyzická agrese klientů směřovaná vůči zaměstnancům souvisí se syndromem vyhoření u zaměstnanců. Bylo potvrzeno, že zaměstnanci, kteří měli zkušenost s psychickou a fyzickou agresí klientů směřovanou vůči nim, vykazovali signifikantně vyšší míru syndromu vyhoření (viz tab. 3). Stejně tak zaměstnanci, kteří měli zkušenost s psychickou, fyzickou nebo sexuální agresí klientů, se signifikantně častěji sami přiznali k psychickému či fyzickému týráni klientů (viz tab. 4). Hypotézy H1 i H2 byly potvrzeny.

Tab. 3 Výskyt syndromu vyhoření (v %) u zaměstnanců v závislosti na zkušenosti s agresivním chováním klientů

Zkušenost s agresivitou klientů	n	Míra syndromu vyhoření (v %)			χ^2 p
		dobrá	alarmující	syndrom vyhoření	
fyzická agrese – ano	140	51,4	37,1	11,4	0,000
– ne	250	73,6	22,8	3,6	
psychická agrese – ano	40	45,0	25,1	29,9	0,000
– ne	389	66,9	28,8	4,4	

p < 0,001

Tab. 4 Souvislost mezi zkušeností zaměstnanců s agresivním chováním klientů a týráním klientů zaměstnanci

Agresivita klientů vůči zaměstnancům	n	Týráním klientů ze strany zaměstnanců							
		týráním fyzické			χ^2 p	týráním psychické			χ^2 p
		nikdy	jednou	opak.		nikdy	jednou	opak.	
fyzicky – ano	147	78,2	11,6	10,2	0,000	40,4	15,1	44,5	0,000
– ne	265	92,8	3,4	3,8		60,7	11,7	27,6	
sexuálně – ano	19	68,4	5,3	26,3	0,005	21,1	10,5	68,4	0,002
– ne	435	89,3	5,9	4,8		55,7	13,4	30,9	
psychicky – ano	43	83,7	7,0	9,3	0,403	30,2	18,6	51,2	0,004
– ne	411	88,8	5,8	5,4		56,8	12,7	30,5	

p < 0,005, opak. – opakovaně

Přístup klientů k ostatním klientům

Respondenti (zaměstnanci i klienti) v kvantitativním výzkumu uvedli jako nejčastějšího pachatele týráním v domovech pro seniory právě klienty. 73 % zaměstnanců bylo svědkem nevhodného chování klientů k sobě navzájem. Respondenti byli svědky těchto forem: psy-

chická agrese (67 % zaměstnanců, 18 % klientů), fyzická agrese (52 % zaměstnanců, 3 % klientů), sexuální zneužívání (7,5 % zaměstnanců) a finančního zneužívání (25,1 % zaměstnanců). Respondenty uvedené formy fyzické a psychické agrese uvádí tab. 5.

Tab. 5. Uvedené formy fyzické a psychické agrese mezi klienty z výpovědí zaměstnanců přímé péče

Formy fyzické agrese	% n = 454	Formy psychické agrese	% n = 454
Tlačení nebo násilné popadení	33,3	Křičení	55,5
Pokus o udeření klienta rukou	31,3	Zdětinšťování	12,6
Uhození klienta rukou	33,3	Záměrné ignorování	10,5
Hození předmětem po klientovi	29,5	Nadávání	55,3
Kopnutí klienta	18,7	Slovní urážení	52,2
Udeření klienta předmětem	22,9	Vyhrožování	32,8
		Vydávání hrubých rozkazů	26,9
		Ponižování klienta	34,6
		Hrubé porušování soukromí	24,2

Z výpovědi respondentů v kvalitativním výzkumu byly zřejmé vzájemné konflikty mezi klienty a dále také fyzická a psychická agrese. Respondenti hovořili o následujících problémech:

- **Vzájemné konflikty mezi klienty**

Příčinou konfliktů jsou podle respondentů zejména vícelůžkové pokoje, častější jsou mezi ženami.

„Jeden chce televizi, a druhý ji nechce, jeden chce otevřít okno, a druhý nechce...“ (klientka, 91 let).

„Neustálá hlasitá samomluva spolubydlící brání odpočinku, spánku a jinak negativně působí na psychiku mé matky“ (rodinný příslušník).

- **Slovní agrese, sprosté nadávání**

- **Nedostatek úcty a respektu**

„Strašně jí dělá dobře, může-li někomu udělat nějakou zlomyslnost, nějak člověka ponížit...“ (klientka, 79 let).

„Při umývání značně postříká zem kolem umyvadel a hadr na utírání ukryje, aby ho nikdo nenašel...“ (klientka, 86 let).

„Máme zde klienty – matku a syna, bydlí spolu na pokoji... syn matku žďuchal a za dva dny mu za trest načůrala do hrníčku...“ (sociální pracovnice, 38 let).

- **Fyzické napadení**

„Dostala pěstí do oka a ručnícem po tváři, když jsme přišli na pokoj, měla monokl a poškrábanou tvář...“ (všeobecná sestra, 42 let).

„Spolubydlící ho zbil, takže tam bylo nějaké pohmoždění žeber, tržná rána na hlavě, otřes mozku... jiný klient svého souseda mlátil francouzskou holí...“ (všeobecná sestra, 39 let).

„Je schopná vás napadnout i fyzicky, což se mi také stalo. Měla jsem zhmožděnou ruku několik dnů“ (klientka, 85 let).

Pachateli fyzického násilí jsou podle výpovědí zaměstnanců často klienti s psychickými problémy. V jednom případě se jednalo také o bití manželky manželem na společném pokoji.

- **Finanční zneužívání**

„Klient finančně zneužíval svou spolubydlící (partnerku), zakazoval jí chodit na bohoslužby, odměňoval jí jídlo, aby nepřibrala...“ (sociální pracovnice, 38 let).

▪ **Sexuální obtěžování**

„... *sexuální obtěžování mentálně postižené klientky jiným klientem...*“ (všeobecná sestra, 38 let).

DISKUSE

Zaměstnanci i klienti v našem výzkumu se shodovali v tom, že nejčastějším pachatelem násilí v DpS jsou samotní klienti. Z výzkumu vyplynulo, že klienti se na týrání klientů podílejí častěji než zaměstnanci přímé péče. Téměř tři čtvrtiny zaměstnanců (73 %) bylo svědkem nevhodného chování mezi klienty. Také Pillemer a Morre (17) uvádějí, že zaměstnanci jsou častěji týráni ze strany klientů (psychicky a fyzicky) než sami pachateli násilí na klientech. Se vztahy mezi lidmi nejsou spokojeni ani samotní klienti. Při sledování spokojenosti seniorů v DpS byli klienti nejméně z uvedených položek spokojeni se vztahy mezi lidmi, kteří v domově žijí. Jako častý problém uváděli nemožnost výběru spolubydlících a vztahy mezi spolubydlícími. Tyto aspekty by se měly stát předmětem intervencí (3). Vidovičová a Lorman (20) upozorňují, že riziko „sousedské agrese“ může zvyšovat stále ještě vysoký podíl vícelůžkových pokojů v současných DpS.

Psychická nebo fyzická agrese klientů směřovaná vůči zaměstnancům zvyšuje rozvoj syndromu vyhoření u zaměstnanců. Vliv fyzického napadení byl menší než psychického týrání. Mandiracioglu a Cam (12) nedokazují souvislost mezi syndromem vyhoření a fyzickou nebo verbální agresí klientů, kterou uvedlo 56 % zaměstnanců v jejich výzkumu. Agresivní chování bylo zaměstnanci tolerováno a akceptováno. Naopak Evers et al. (6) dokazují signifikantní vztah mezi syndromem vyhoření u zaměstnanců a fyzickou a psychickou agresivitou klientů v zařízeních pro seniory. Z našeho výzkumu dále vyplynulo, že zaměstnanci se zkušeností s psychickou nebo fyzickou agresí klientů směřovanou vůči nim se signifikantně častěji sami podílejí na psychickém nebo fyzickém týrání klientů.

Z výsledku kvantitativního výzkumu je také patrné, že zaměstnanci přímé péče měli mnohem větší ochotu vypovídat o fenoménu agresivního chování než samotní klienti. Hod-

nocení rozsahu agresivního chování se u zaměstnanců a klientů výrazně lišilo. Při zhodnocení etického principu riziko studie/přínos je nutné zvážit provádění dalších výzkumů na toto téma; nutnost dotazování se přímo klientů. Riziko poškození klienta a náklady na realizaci standardizovaných rozhovorů jsou vysoké ve srovnání s přínosem výsledků. WHO/INPEA (21) uvádí na základě kvalitativní studie důkaz o tom, že pro seniory v instituci je velice těžké o tomto tématu hovořit, zejména v případě fyzické agrese.

Určitým limitem tohoto výzkumu je také výběr vzorku. Klienti, kteří splňovali požadovaná kritéria, byli doporučeni zaměstnanci DpS, což zahrnuje určité riziko selekce. Také výběr zaměstnanců byl limitovaný jejich ochotou vypovídat o tomto citlivém problému. Nebylo ani vyloučeno, že některé popsané jevy nejsou respondenty – klienty nadhodnoceny, nebo naopak podhodnoceny.

ZÁVĚR

Agresivní chování je důležitým tématem v péči o seniory žijící v institucionální péči. Agresivní chování klientů může snižovat kvalitu života ostatních klientů, zvyšovat riziko vzniku syndromu vyhoření u zaměstnanců, případně podněcovat další agresí. Preventivní opatření agresivního chování klientů v DpS by měla zahrnovat: vzdělávání zaměstnanců v péči o agresivní klienty, snižování vícelůžkových pokojů, větší možnost výběru spolubydlících, zařazení nefarmakologických intervencí v péči o klienty s demencí (např. muzikoterapie, dotyková terapie, psychosociální terapie). Je potřebné také provádění dalších výzkumů této problematiky, které by přispěly k většímu porozumění daného problému a výzkumy hodnotící účinnost možných preventivních opatření (např. účinnost vzdělávání zaměstnanců nebo nefarmakologických intervencí).

LITERATURA

1. Austin, J. et al.: Instruments for Assessing Elder Mistreatment: Implications for Adult Protective Services. Evidence for practice [online]. September 2007, 9 [cit. 2008-12-12]. Dostupný z WWW: <<http://www.bassc.net>>.

2. Ballard, C. G. et al.: Aromatherapy as a safe and effective treatment for the management of agitation in severe dementia. In: *Journal of Clinical Psychiatry*, 2002, 63, 7, s. 553–558, ISSN 1555-2101.
3. Bužgová, R.: Spokojenost seniorů s institucionální péčí v Moravskoslezském kraji. In: *Kontakt*, 2008, 10, s. 257–263, ISSN 1212-4117.
4. Chou, K. et al.: Assaultive behavior in geriatric patients. In: *Journal of Gerontological Nursing*, 1996, 22, 11, s. 31–38, ISSN 00989134.
5. Cohen-Mansfield, J.: Nonpharmacologic Interventions for Inappropriate Behaviors in Dementia. In: *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2001, 9, 4, s. 361–381, ISSN 1545-7214.
6. Evers, E., Tomic, W., Brouwers, A.: Effects of aggressive behavior and perceived self-efficacy on burnout among staff of homes for the elderly. In: *Issues in Mental Health Nursing*, 2001, 22, 4, s. 439–454, ISSN 0161-2840.
7. Goergen, T. A.: Multi-method study on elder abuse and neglect in nursing homes. In: *The Journal of Adult Protection*, Nov 2004, 6, 3, s. 15–25, ISSN 1466-8203.
8. Groenewald, T.: A Phenomenological Research Design Illustrated. In: *International Journal of Qualitative Methods*, 2004, 3, 1, s. 1–26, ISSN 1609-4069.
9. Haškovcová, H.: *Manuálek o násilí*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2004. 83 s. ISBN 80-7013-397-X.
10. Hirst, S. P.: Defining Resident Abuse Within the Culture of Long-Term Care Institutions. In: *Clinical Nursing Research*, 2002, 11, 3, s. 267-28, ISSN 1054-7738.
11. Křivohlavý, J.: *Jak neztratit nadšení*. Grada, 1998. ISBN 80-7169-551-3.
12. Mandiracioglu, A., Cam, O.: Violence exposure and burn-out among Turkish nursing home staff. In: *Occupational Medicine*, 2006, 56, 7, s. 501–503, ISSN 0962-7480.
13. Motejl, O.: Zpráva z návštěv ze zařízení pro seniory. Pečující on-line [online]. 2007 [cit. 2009-01-12]. Dostupný z WWW: <<http://www.pecujici.cz/prirucky.shtml?x=2063061>>.
14. NCEA. Nursing Home Abuse Risk Prevention Profile and Checklist. National Association of state Units on Aging, July 2005. 51 s.
15. Patel, V., Hope, T.: Aggressive behavior in elderly people with dementia with dementia: a review. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1993, 8, s. 457–472, ISBN 0885-6230.
16. Pidman, V.: *Demence*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
17. Pillemer, K., Moore, D. W.: Highlights from a Study of Abuse of Patients in Nursing Homes. In: *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1990, 2, 1, s. 5–29, ISSN 0894-6566.
18. Saveman, B. et al.: Elder Abuse in Residential Settings in Sweden. In: *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1999, 10, 1/2, s. 43–60, ISSN 0894-6566.
19. Speziale, H. J. S., Carpenter, D. R.: *Qualitative research in nursing*. 3rd ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins, 2003. 374 s. ISBN 0-7817-3483-5.
20. Vidovičová, L., Lorman, J.: *Život v domovech pro seniory. Problémy týrání, zneužívání a zanedbávání péče v domovech pro seniory. Zpráva z výzkumu*, 2007. 23 s.
21. WHO/INPA. *Missing Voices: Views of Older Persons on Elder Abuse*, World Health Organization, Geneva, 2002.

Radka Bužgová, Kateřina Ivanová
Radka.Buzgova@osu.cz