

# **Agresivní chování u seniorů s demencí žijících v domově pro seniory**

Marta Kožíková

---

Bakalářská práce  
2010



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2009/2010

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Marta KOŽÍKOVÁ**

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

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Problematika agresivního chování u seniorů žijících v domovech pro seniory na podkladě organických poruch ve stáří.**

Zásady pro vypracování:

**Zpracování rešerše a studium odborné literatury.**

**Vymezení pojmů a teoretických východisek.**

**Příprava metodiky výzkumné části.**

**Realizace kvantitativního výzkumu metodou dotazníku.**

**zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.**

**Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.**

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol. Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče. Praha: Grada Publishing, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6.**

**MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada Publishing, 2008. 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5.**

**VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie II.: Dospělost a stáří. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.**

**VENGLÁŘOVÁ, M. Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. Praha: Grada Publishing, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.**

**ZVOLSKÝ, P. a kol. Speciální psychiatrie. Praha: Karolinum, 2005. 207 s. ISBN 80-7184-203-6.**

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Radana Nováková, Ph.D.**

Ústav pedagogických věd

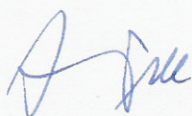
Datum zadání bakalářské práce:

**18. ledna 2010**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**7. května 2010**

Ve Zlíně dne 18. ledna 2010



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.  
*děkan*



Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.  
*vedoucí katedry*

# PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 30.4.2010

..... Kazíkova

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

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

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

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

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

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

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

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

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

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

## **ABSTRAKT**

Ve své bakalářské práci se zabývám agresivním chováním seniorů s demencí, kteří žijí v domově pro seniory. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou.

V teoretické části popisuji stáří a stárnutí, pojmy domov pro seniory, demence, agresivní chování a jeho příčiny, praktické postupy zvládání agresivního chování.

V praktické části jsou uvedeny cíle a výzkumné otázky, vyhodnocení dotazníku, výsledky výzkumu.

Klíčová slova: stáří, senior, domov pro seniory, pracovník v sociálních službách, demence, agresivní chování, praktické postupy zvládání agresivního chování

## **ABSTRACT**

In my bachelor work I deal with aggressive behaviour of elderly with dementia living in retirement homes. My bachelor work is divided into two parts, the theoretical part and the practical part.

In the theoretical part I describe old age and ageing process, retirement homes, dementia, aggressive behaviour and cause of aggressive behaviour, practical procedures of managing aggressive behaviour.

In the practical part I describe purposes and research questions, questionnaire evaluation, research results.

Keywords: old age, elderly, retirement homes, employee of social services, dementia, aggressive behaviour, practical procedures of managing aggressive behaviour

## Poděkování

Tímto chci poděkovat Mgr. Radaně Novákové, Ph.D. za odborné vedení a cenné rady při vedení mé bakalářské práce. Poděkování patří také všem pracovníkům v sociálních službách, kteří se podíleli na dotazníkovém šetření.

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>10</b>
<b>1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ</b> .....	<b>11</b>
1.1 POJMY STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....	11
1.2 ZMĚNY V PRŮBĚHU STÁRNUTÍ .....	12
1.2.1 Biologické změny.....	12
1.2.2 Změny psychických funkcí a změny v kognitivní oblasti.....	14
1.2.3 Změny postojů a sociálního chování .....	15
<b>2 DOMOV PRO SENIORY</b> .....	<b>16</b>
<b>3 DEMENCE - NEJČASTĚJŠÍ ORGANICKÁ DUŠEVNÍ PORUCHA</b> .....	<b>19</b>
3.1 DEMENCE A JEJÍ PROJEVY .....	20
<b>4 AGRESIVNÍ CHOVÁNÍ</b> .....	<b>24</b>
4.1 PŘÍČINY AGRESIVNÍHO CHOVÁNÍ .....	24
4.2 VAROVNÉ SIGNÁLY AGRESIVNÍHO CHOVÁNÍ U UŽIVATELE SLUŽEB.....	26
4.3 PRAKTICKÉ POSTUPY ZVLÁDÁNÍ AGRESIVNÍHO CHOVÁNÍ.....	26
4.3.1 Nevystavujte uživatele služeb stresujícím situacím.....	26
4.3.2 Je-li to možné, odložte úkony na pozdější dobu.....	27
4.3.3 Na agresivní chování uživatele služeb reagujte klidně .....	27
4.3.4 Zvolte vhodný přístup k uživateli služeb.....	27
4.3.5 Využívejte zklidňujících vlivů v komunikaci s uživatelem služeb.....	28
4.3.6 Přivolejte pomoc.....	29
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>31</b>
<b>5 METODIKA VÝZKUMU</b> .....	<b>32</b>
5.1 CÍLE.....	32
5.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	32
5.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU.....	33
5.4 METODA VÝZKUMU A ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT.....	35
<b>6 VÝSLEDKY VÝZKUMU</b> .....	<b>36</b>
6.1 SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU.....	42
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>44</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>45</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b> .....	<b>47</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ</b> .....	<b>48</b>
<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	<b>49</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>50</b>



## ÚVOD

Často se mluví o násilí na seniorech. Ať už se jedná o seniory, kteří žijí v domácnostech, nebo o seniory, kteří žijí v domovech pro seniory, veřejnosti není tento jev neznámý. Málokdo si však uvědomí, že i senior může být agresivní. Podle mého názoru je problematika agresivního chování v důsledku organických duševních poruch u seniorů často opomíjena. Proto se ve své bakalářské práci zaměřuji právě na tuto problematiku. Ve své práci se zabývám agresivním chováním u seniorů s demencí žijících v domově pro seniory.

Bakalářská práce je rozdělena do čtyř kapitol. V první kapitole definuji pojmy stáří a stárnutí. Popisuji změny v průběhu stárnutí – biologické změny, změny psychických funkcí a změny v kognitivní oblasti, změny postojů a sociálního chování.

Ve druhé kapitole definuji domov pro seniory a jeho činnost. Popisuji i proces adaptace na umístění seniora do instituce.

Ve třetí kapitole vymezuji pojem organické duševní poruchy a uvádím jejich příklady, definuji pojem demence a popisuji i projevy této organické duševní poruchy.

Ve čtvrté kapitole definuji agresivní chování a popisuji jeho příčiny. Uvádím varovné signály agresivního chování u uživatele služeb, popisuji i praktické postupy zvládnání agresivního chování. V příloze pak uvádím příklad agresivního chování, které se může objevit při demenci.

Cílem práce je zjistit, s jakým typem agresivního chování se pracovníci v sociálních službách v praxi nejčastěji setkávají, zjistit jestli znají příčiny agresivního chování u uživatele služeb s demencí, jestli vědí, jak reagovat na agresivní chování u uživatele služeb s demencí, zjistit zájem pracovníků v sociálních službách o zprostředkování dalších informací o agresivním chování u uživatele služeb s demencí.

Demence je nejčastější organickou duševní poruchou ve stáří, lidé s demencí často končí v ústavní péči. Výskyt demencí se zvyšuje s věkem. Jelikož lidská populace stárne, měli bychom se tímto tématem zabývat. Podle mého názoru je velmi důležité, aby pracovníci v sociálních službách věděli, jak reagovat na agresivní chování u uživatele služeb s demencí, aby znali příčiny tohoto chování. Jde přece o bezpečnost a ochranu zdraví pracovníků v sociálních službách.

## I. TEORETICKÁ ČÁST

# 1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Stářím a stárnutím se zabývá gerontologie. Je to nauka o stáří a stárnutí, která se zaměřuje na zkoumání biologických, fyzických a psychických vlastností stárnoucího organismu i sociálními aspekty stáří. Gerontologie je interdisciplinární věda, která zahrnuje vše, co se týká starého člověka ve zdraví i v nemoci. (Čížková a kol., 1999)

## 1.1 Pojmy stáří a stárnutí

Stáří je součástí lidského života. Je to období, které jednou prožije každý člověk. Goldmann (2007) popisuje stáří jako očekávanou, předvídatelnou a neodvratitelnou životní událost. Stáří je závěrečnou etapou procesu stárnutí, je to poslední období lidského života.

Stáří je často chápáno jako období, kdy může člověk pouze chátrat. Zkušenosti i kompetence starého člověka ztrácejí svůj význam, pro společnost není takový člověk ničím přínosný. Stáří však přináší nové úkoly a zkušenosti, se kterými je třeba se vyrovnat. Hlavním úkolem stáří je dosažení integrity v pojetí vlastního života. Integrita stáří závisí na zvládnutí úkolů předchozích vývojových stadií. (Vágnerová, 2000) „Dosažení integrity vede k pochopení vlastního života jako nedílné součásti většího celku, tj. celé společnosti, ve vztahu k minulosti, přítomnosti i budoucnosti.“ (Vágnerová, 2007, s. 300)

Starý člověk bývá nazýván seniorem. Linhart a kol. (2005) charakterizovali seniora jako „příslušníka starší věkové kategorie“.

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) se stáří dělí podle věkových skupin takto:

60 – 74 let ranné stáří,

75 – 89 let vlastní stáří,

90 a více let dlouhověkost.

Stárnutí je proces. Podle mého názoru nelze stárnutí chápat jako něco, co přichází neočekávaně – jako např. zranění při nehodě. Goldmann (2007) popisuje stárnutí jako přirozený, nepřetržitý, nezvratný biologický proces, který trvá od vzniku zárodku až do smrti. Souhlasím s tím, že stárnutí je přirozený, nepřetržitý a nezvratný biologický proces. Na otázku „Kdy člověk začíná stárnout?“ se však kloním spíše k názoru Balasze, který svou odpověď na tuto otázku formuloval z biologického hlediska: „Stárnutí začíná ukončením procesu tělesného zrání a diferenciací.“ (in Křivohlavý, 2002, s. 137)

## 1.2 Změny v průběhu stárnutí

„Stárnutí přináší zhoršení tělesného i duševního stavu. Tento proces bývá individuálně variabilní z hlediska času, rozsahu i závažnosti projevů. Proces stárnutí závisí na interakci dědičných předpokladů a důsledků různých vlivů prostředí, které se v organismu stárnoucího člověka postupně nahromadily.“ (Vágnerová, 2000, s. 448)

### 1.2.1 Biologické změny

Stáří je pozdním obdobím života, projeví se v něm tedy i způsob prožití minulých fází (ovlivněných např. životním stylem, výživou, nadměrným zatěžováním některých orgánových systémů). V průběhu stárnutí musí zcela logicky docházet k postupnému zhoršování tělesných funkcí, změny jednotlivých orgánových struktur a funkcí však bývají individuálně specifické. (Pacovský, in Vágnerová, 2007) Stárnutí se dotýká všech tělesných soustav.

**Mění se celkový vzhled starších lidí:** Rychlost a míra proměny zevnějšku není u všech lidí stejná. V některých případech může dojít k tak rychlé kvalitativní změně, že starý člověk ztrácí své typické rysy, vypadá jinak než dříve. Může nápadně vyhubnout nebo ztloustnout. (Vágnerová, 2007) U hubenějších lidí můžeme pozorovat stále ostřejší rysy v obličeji, u těch poněkud tlustších se objevuje tzv. druhá brada. (Křivohlavý, 2002) Dochází k úbytku tělesné výšky, což je způsobeno degenerativními změnami chrupavky, atrofií kostí a sesedáním meziobratlových plotének, které věkem ztrácejí svou hmotnost, pružnost a vitalitu. Obecným projevem stárnutí je šedivění a vypadávání vlasů. Dochází také ke zpomalení růstu nehtů. (Čížková a kol., 1999) V obličeji se prohlubují vrásky a s věkem jich přibývá. Nejprve se vrásky projeví v oblasti očí, a to zvláště u kořene nosu a na čele. (Křivohlavý, 2002) Mění se také výraz očí, oční víčka jsou zduřelá, zmenšuje se výška otevřených očí. K dalším změnám v obličeji patří zmenšení čelisti a poklesnutí brady, což souvisí se ztrátou zubů. Postupně dochází také ke zvětšování špičky nosu, ztenčení horního rtu a prodloužení ušního boltce. (Čížková a kol., 1999)

**Změny v pohybovém aparátu:** Stárnutí je charakterizováno atrofií svalových vláken. Sníží se počet červených svalových vláken, ubývá svalová síla. Dochází k obtížím při tzv. cílených pohybech (tzv. aiming – např. strefování se nití do ucha jehly). (Křivohlavý, 2002)

**Mění se také kostra stárnoucích lidí:** Ve stáří tvoří kostra jen 10 % celkové váhy člověka. Zlomeniny kostí a osteoporóza jsou častější. (Křivohlavý, 2002)

**Změny v kardiovaskulárním systému a jeho činnosti:** Nejvýrazněji se stárnutí projevuje ve stavu cév (arterioskleróza). Důsledkem změn ve stavu a činnosti cévního systému je pak i hypertenze. (Křivohlavý, 2002) Kornatění tepen se vyskytuje v každém věku, u vyšších věkových kategorií se však projevuje patologicky. Postihuje tepny celého těla a srdce. Vznik arteriosklerózy způsobuje u seniorů nejen ztrátu tělesných sil, ale hlavně ztrátu duševních schopností. Srdce má snížené výkonnostní maximum, tzn., že při vyšší zátěži se objevují známky funkční nedostatečnosti. (Čížková a kol., 1999)

**Dýchání:** V průběhu stárnutí se snižuje rychlost dýchání i množství vdechovaného a vydechovaného vzduchu. Hrudník klesá a snížená funkce dýchacího aparátu vede k hypoxii – nedostatku kyslíku. (Křivohlavý, 2002) V důsledku funkčních změn jsou stárnutím postiženy i plíce, často v kombinaci s kardiovaskulárním onemocněním. Výrazně se činnost plic zhoršuje u kuřáků. (Čížková a kol., 1999)

**Regulace tělesné teploty:** V průběhu stárnutí mají starší lidé obtíže s udržováním tělesné teploty (Křivohlavý, 2002). Termoregulace je u seniorů snížena. Tělo produkuje méně tepla, člověk na chlad reaguje pomaleji a nepřiměřeněji. (Čížková a kol., 1999) Seniori mají také větší těžkosti s přizpůsobováním se výraznějším změnám teploty (Křivohlavý, 2002).

**Žlázy s vnitřní sekrecí:** U těchto žláz se projevují specifické formy degenerace. Snížení počtu vylučovaných hormonů má vliv na změny chování člověka, např. ospalost, ztráta vitality, změny v intelektuální činnosti. Způsobuje např. i řídnutí vlasového porostu, lámavost nehtů a křehkost kostí. (Čížková a kol., 1999)

**Změny v zažívacím systému:** V průběhu stárnutí dochází u řady lidí k vážným změnám v zažívacím systému, např. k nedostatku kyseliny chlorovodíkové. U jiných se setkáme s dyspeptickým syndromem. (Křivohlavý, 2002)

**Změny nervového systému:** V průběhu stárnutí dochází i k morfologickým a funkčním změnám nervového systému. Postupně ubývá počet neuronů, v neuronech probíhají biochemické změny a dochází k zužování průměru myelinizovaných nervů s následným snižováním rychlosti vedení nervem. S postupujícím věkem se reakce seniorů stále více zpomalují. Mozek ale stárne pomaleji než ostatní orgány. (Čížková a kol., 1999)

### 1.2.2 Změny psychických funkcí a změny v kognitivní oblasti

„V období stáří se různým způsobem mění i mnohé psychické funkce. Některé z těchto změn jsou podmíněny biologicky, jiné jsou důsledkem psychosociálních vlivů, mnohdy jde o výsledek jejich interakce. Doba, kdy se změny dané stárnutím začnou projevovat, jejich dynamika i způsob, jakým na ně starší lidé reagují, jsou individuálně rozdílné.“ (Vágnerová, 2007, s. 315) V průběhu stárnutí tedy dochází nejen ke změnám biologickým, ale také ke změnám psychických funkcí a změnám v kognitivní oblasti. Tyto změny nastávají zejména v oblasti percepce. Minibergerová, Dušek (2006) uvádí, že u 90 % seniorů se objevuje zhoršení zrakové percepce. Zrak slábne, obtížně se adaptuje na tmou. Křivohlavý (2002) popisuje změny ve vnímání barev. V průběhu stárnutí se prodlužují reakce na modrou a červenou barvu a snižuje se schopnost vnímání červené a modré barvy. Minibergerová, Dušek (2006) dále uvádí, že u 30 % seniorů se objevuje zhoršení sluchové percepce. Dochází k obtížnému vnímání vysokých tónů, k citlivosti na šумы. Zhoršení sluchu a zraku s sebou nese omezení v pracovní i zájmové činnosti, ztrátu výkonu, ohrožení bezpečnosti seniora, sníženou schopnost komunikace s druhými lidmi. Tato omezení mohou vnášet do komunikace se seniorem problémové momenty. Křivohlavý (2002) dále zmiňuje, že v průběhu stárnutí dochází také ke změnám ve vnímání chuťových podnětů, tedy ke snížení prahu percepce chuti pro slané a sladké podněty. Snížení této percepce pro chuťové podněty se stává výraznější po 70. roce věku.

Také v oblasti paměti a učení dochází k patrným změnám. Zhoršuje se zejména krátkodobá paměť. Starý člověk si hůře pamatuje nové události. Starší vzpomínky zůstávají zachovány, ale mohou být emočně i obsahově zkresleny. Minulé věci bývají často nadhodnocovány, posuzovány výhradně kladně. (Minibergerová, Dušek, 2006) Učení starších lidí vykazuje jednoznačnou zákonitost. Pokud jde o relativně snadné úkoly, jsou rozdíly mezi mladšími a staršími lidmi poměrně malé, až nepatrné. Pokud jde o složitější až mimořádně složité úkoly, rozdíly rostou. (Křivohlavý, 2002)

Intelligence měřená běžnými testy klesá. K tomuto poklesu dochází zejména proto, že běžné testy nejsou vhodné pro osoby vyššího věku. S věkem klesá psychomotorické tempo, starší lidé proto podávají horší výkon v časově limitovaných úkolech. (Minibergerová, Dušek, 2006)

Dochází také k proměně emocionality a motivačně regulačních funkcí. V pozdním stáří se zhoršuje emoční regulace, staří lidé nejsou vždycky schopni ovládat svoje reakce a rozlady. Příčina zhoršeného sebeovládání bývá primárně biologická, základem je změna fungování CNS, především regulačního centra, které je lokalizováno v kůře prefrontálního laloku. S postupujícím stářím dochází k úpadku exekutivních funkcí, k poklesu kontroly, a tedy i ovládání poznávacích procesů, prožívání a chování. Zhoršení autoregulace se obvykle projevuje v zátěži, kterou může představovat pouhá změna situace. Úbytek schopnosti ovládat vlastní jednání se projevuje různým způsobem: úzkostí a strachem, někdy neklidem a nutkavou činností, např. popocházením či neúčelnou manipulací s různými předměty, ale i agresí nebo apatií a nezájmem. (Vágnerová, 2007)

Změny v kognitivní oblasti popisuje Křivohlavý (2002) následovně: s rostoucím věkem rostou i obtíže lidí přijímat nové podněty, je oslabena schopnost tvořit nové spoje (asociovat naučené s novým), je snížena adaptabilita (schopnost přizpůsobit se novým věcem), je snížena flexibilita (schopnost měnit stávající pojetí a způsob života), je snížena schopnost přepracovat osvojené vzory chování (např. stereotypy, zvyky) a pevně zaujímané postoje, je zvýšena fixace (soustředění se na to, co bylo dříve zažito), je zvýšena integrace (zažitý postoj soustředěného komplexu vědění).

### 1.2.3 Změny postojů a sociálního chování

Kontakt s lidmi je důležitý v každé životní fázi, musí však být přiměřený z hlediska kvantity i kvality. Senioři preferují kontakty se známými lidmi. Tyto kontakty posilují jejich pocit jistoty a zároveň je příliš nezatěžují, protože vědí, co od nich mohou očekávat. Sociální kontakty jsou tedy omezeny na vlastní rodinu, přátele a okruh známých. Tento postoj je posilován ubýváním různých schopností: staří lidé hůře vidí a slyší, jsou pomalejší a hůře přizpůsobiví. (Vágnerová, 2007)

Se ztrátou mnoha sociálních kontaktů je spojena osamělost. Pocit osamělosti může vzniknout izolací od společnosti, ale i proměnou okolního světa, který se starým lidem v důsledku této proměny jeví cizí. Z hlediska starého člověka se vnější svět mění příliš rychle a je někdy těžké se v něm vyznat. (Vágnerová, 2000)

Staří lidé odmítají změny v oblasti hodnot a norem, které považují za významné. K takovému postoji vede zvýšená potřeba jistoty a bezpečí. (Vágnerová, 2000)

## 2 DOMOV PRO SENIORY

Domov pro seniory představuje klasickou formu institucionální péče o seniory nabízející trvalé ubytování a široké spektrum služeb (Matoušek a kol., 2005). Popis těchto služeb a vymezení domova pro seniory najdeme v § 49 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

V domově pro seniory jsou tedy poskytovány pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Služby poskytované v domově pro seniory obsahují tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) aktivizační činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (§ 49 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Umístění do domova pro seniory je v životě starého člověka významným mezníkem, který představuje zásadní změnu životního stylu. Člověk ztrácí pocit bezpečí známého prostředí, v domově pro seniory se totiž stává anonymním obyvatelem této instituce. Tak zásadní změna je vždy zátěžovou situací. Umístění do domova pro seniory také potvrzuje ztrátu autonomie a soběstačnosti starého člověka, což je interpretováno jako důsledek postupujícího úpadku vlastní osobnosti. Přesun do ústavního zařízení je často chápán jako signál blízkého konce života. (Vágnerová, 2007)

Staří lidé se hůře přizpůsobují, a proto je pro ně každá změna nepříjemná. Umístění do cizího prostředí posiluje úzkost a pocity nejistoty. Jak dále uvádí Vágnerová (2007, s. 420), „většina starých lidí je ztrátou svého zázemí stresována, protože soukromí jejich domova představovalo určitou jistotu.“



V ústavním zařízení se senior musí přizpůsobit aktuálním podmínkám. Vše je zařízeno, staří lidé se proto už nevěnují mnoha činnostem, které byly dříve nezbytné (např., úklid, nákup). Některým seniorům však mohou tyto každodenní činnosti, na které byli zvyklí, chybět. Snaží se dělat něco užitečného a pomáhat ostatním, chtějí získat pozitivní zpětnou vazbu a oceňování své snahy. (Vágnerová, 2007)

S přesunem do domova pro seniory je spojena také ztráta kompetencí, senioři je přestávají využívat. Starý člověk bývá často chápán jako bytost, která má omezené schopnosti, a proto potřebuje, aby se o něj někdo staral a rozhodoval o něm. Tendence personálu pomáhat seniorům i tehdy, když to není nutné, vede postupně k vypěstování zbytečné nesoběstačnosti, pasivity a k syndromu naučené bezmocnosti. Staří lidé si tak snadno mohou odvyknout starat se o sebe sami, raději počkají, až to udělá ošetřující personál. (Vágnerová, 2007)

Čím více je starý člověk schopný adaptace na nové prostředí a jiný životní styl, tím má lepší šanci začlenit se do způsobu života, který je mu v domově pro seniory nabízen. Klesá tak pravděpodobnost vzniku konfliktů s personálem i spolubydlicími. (Venglářová, 2007) Adaptace na instituci a změnu životního stylu je proces, který probíhá v několika fázích. Jeho průběh závisí zejména na motivaci a postoji starého člověka, na míře dobrovolnosti tohoto rozhodnutí. (Vágnerová, 2007)

Proces adaptace na nedobrovolné umístění do instituce má tři fáze:

1. **Fáze odporu.** Staří lidé mohou být hostilní a agresivní vůči komukoliv, tzn. vůči personálu i ostatním uživatelům služeb. Nepříjemné chování nově přijatých seniorů je třeba chápat jako obrannou reakci. Jde o projev pocitu frustrace a dalších negativních emocí, které v této situaci staří lidé prožívají. Protestují tak proti násilné změně jejich života, kterou považují za nespravedlivou, nebo dokonce za útok na svoji osobu. (Vágnerová, 2007)
2. **Fáze zoufalství a apatie.** Tato fáze následuje obvykle poté, co se starý člověk vyčerpá a zjistí, že jeho odpor nevede k žádoucímu efektu. Většinou reaguje útlumem a apatií, rezignuje a ztrácí o všechno zájem. V zátěžových situacích snadno ztrácí vůli k životu. Někteří lidé v této fázi setrvávají až do své smrti. (Vágnerová, 2007)
3. **Fáze vytvoření nové pozitivní vazby.** V této fázi se starým lidem podaří navázat pozitivní vztah, např. s ošetřujícím personálem nebo s jiným obyvatelem domova pro

seniory. Adaptaci posiluje i nově získané pohodlí a postupné pochopení a zvládnutí režimu. (Vágnerová, 2007)

Adaptace na dobrovolný odchod do domova pro seniory bývá méně problematická. Má dvě fáze:

1. **Fáze nejistoty a vytváření nového stereotypu.** Starý člověk nejdříve získává informace, jak se v domově pro seniory žije. Srovnávají, co je nyní horší nebo lepší. Je důležité, aby první zkušenosti a zážitky v domově pro seniory nebyly příliš nepříjemné, protože vytvářejí základ postoje k novému domovu. (Vágnerová, 2007)
2. **Fáze adaptace a přijetí nového životního stylu.** Po určité době se starý člověk smiřuje se ztrátou svého zázemí, se změnou role i způsobu života a postupně si vytváří nový životní stereotyp, získá nové sociální kontakty. (Vágnerová, 2007)

### 3 DEMENCE - NEJČASTĚJŠÍ ORGANICKÁ DUŠEVNÍ PORUCHA

Demence je nejčastější organickou duševní poruchou ve stáří. Výskyt demencí se zvyšuje s věkem, věk je tedy hlavní rizikový faktor demencí. Jiráček a kol. (2009) uvádí, že v populaci starší než 65 let je četnost výskytu demence asi 5 % a ve věkové kategorii nad 85 let je četnost výskytu demence 30-50 %. Zvyšující se počet lidí postižených demencí je jedním z vážných zdravotních a společenských důsledků stárnutí lidské populace. Pidrman (2007) zdůvodňuje stárnutí populace tím, že trvale klesá porodnost a zároveň se snižuje úmrtnost ve všech věkových skupinách. Dochází tak k prodlužování střední délky života. Zvyšuje se absolutní počet seniorů, zároveň narůstá i jejich procentuální zastoupení v populaci.

Organické duševní poruchy jsou skupinou poruch, jejichž vymezení spočívá v tom, že je možno prokázat jejich etiologii (Smolík, 2002). Organické duševní poruchy jsou tedy ty duševní poruchy, jejichž příčinou je poškození mozku. Poškození může být přechodné, funkční, nebo může jít o trvalé změny měnící strukturu mozku primárně (např. nádory, úrazy, neurodegenerativní onemocnění) nebo sekundárně (např. ovlivněním cévního zásobení mozku, při metabolických, nutričních nebo endokrinních poruchách). (Ondříšová, 2005)

Označení organické zde znamená, že jde o stavy způsobené poruchou, která je zjištělná v CNS (např. poruchy způsobené nedostatečným prokrvením mozku, atrofií mozkových buněk, infekčními onemocněními, toxickým poškozením mozku, nádory, úrazy). (Malá, Pavlovský, 2002)

U organické duševní poruchy je diagnostický proces poměrně složitý: psychiatrické vyšetření, biochemické a hematologické metody, elektrofyziologické metody, zobrazovací metody, perfuzní vyšetření mozku metodou SPECT, psychologické vyšetření, vyšetření očního pozadí, longitudinální pozorování. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

Mezi organické duševní poruchy patří: demence, delirium, jiné organické duševní poruchy a poruchy osobnosti vzniklé na základě organického poškození (Ondříšová, 2005).

Tabulka 1: Přehled organických duševních poruch

F00	demence u Alzheimerovy choroby
F01	vaskulární demence
F02	demence u chorob klasifikovaných jinde: <ul style="list-style-type: none"> <li>- demence u Pickovy choroby,</li> <li>- demence u Creutzfeldovy-Jakobovy choroby,</li> <li>- demence u Huntingtonovy choroby,</li> <li>- demence u Parkinsonovy choroby,</li> <li>- demence u infekce HIV,</li> <li>- demence u ostatních chorob klasifikovaných jinde.</li> </ul>
F03	nespecifikované demence
F04	organický amnestický syndrom, jiný než vyvolaný alkoholem a jinými drogami
F05	delirium jiné než vyvolané alkoholem a jinými drogami
F06	jiné duševní poruchy vznikající následkem onemocnění, poškození nebo dysfunkcemi mozku nebo následkem somatického onemocnění
F07	poruchy osobnosti a poruchy chování vyvolané onemocněním, poškozením nebo dysfunkcí mozku
F09	nespecifické organické nebo symptomatické duševní poruchy

Zdroj dat: Venglářová, 2007, s. 25

### 3.1 Demence a její projevy

Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního rázu, u kterého dochází k narušení mnoha vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, chápání, uvažování, schopnosti učení, řeči a úsudku (kognitivních funkcí). Zhoršení kognitivních funkcí je obvykle doprovázeno zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace. (Venglářová, 2007)

„Demence je vždy důsledkem choroby. Demence není nikdy důsledkem pouhého stárnutí.“  
(Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2003, s. 49)

Přestože nástup demence vypadá spíše na pouhé zhoršování psychických funkcí, jde o onemocnění končící úmrtím pacienta. Postupné zhoršování výkonu běžných funkcí způsobuje, že postižený člověk je závislý na péči a pomoci druhých. Často je trvale umístěn do ústavní péče. (Venglářová, 2007)

Člověk s demencí se projevuje podivným nebo neobvyklým chováním. To bývá zároveň i první výstražné znamení tohoto onemocnění. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

Minulost se člověku s demencí překrývá s přítomností a naopak, proto často „něco“ nebo „někoho“ hledá, „něco“ si „někam“ schová a marně to hledá. Obviňuje lidi ve svém okolí, že mu „to“ schovali nebo ukradli. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

Dochází k nápadnějšímu zhoršení paměti. Nemocný si vybavuje jen střípky ze své minulosti. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006) Postupně může dojít k tak velké poruše paměťových funkcí, že si člověk nedokáže vybavit ani dostatečně zafixované informace. V důsledku toho je i ve známém prostředí zcela dezorientován. Nepoznává své okolí, známé osoby. (Vágnerová, 2000) Opakuje stejné věci stále dokola, prázdná místa paměti vyplňuje imaginárními příběhy – konfabulace. V průběhu rozhovoru často zabíhá k jiným tématům, aby utajil ztrátu paměti. Konfabulace i odbíhání od daného tématu můžeme chápat jako pokus o adaptaci na ohrožující situaci. Pokud však k adaptaci nedojde, může porucha paměti vyvolat pocit úzkosti a pochybnosti o vlastních schopnostech. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

Když onemocnění začne člověku bránit v jeho každodenních činnostech, propadá do deprese, je zmatený. Zmatenost mohou vyvolat různé podněty, např. náhlá změna prostředí, změna situace, energické oslovení. Člověk se výrazněji leká. Noří se sám do sebe, a když ho někdo nebo něco vyruší, cítí nejistotu, je podrážděný až neklidný. Při úzkosti je zmatenost výraznější. Člověk s demencí, který je zmatený, může sám sebe poškodit při zacházení s některými předměty. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

Člověk s demencí není schopen činit vlastní rozhodnutí. Mění se jeho nálady, může být úzkostný, depresivní. Mohou se objevovat tendence k hromadění věcí, nemocný perseveruje (opakuje chování, slova), přemísťuje věci v prostředí, ve kterém se pohybuje. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

Dalším typickým projevem demence je ztráta schopnosti logicky uvažovat a z toho vyplývající porucha soudnosti. S člověkem s demencí tak není možné se domluvit standardním způsobem, nechápe totiž logické argumenty, a proto je neakceptuje. (Vágnerová, 2000)

V rámci demence dochází k osobnostním změnám, k redukci zájmů. Už na počátku nemoci se objevují emoční změny. Člověk s demencí bývá citově labilní, nepřiměřeně podrážděný, ale může být i depresivní nebo apatický. Postupně dochází až ke zploštění emocí. Pod vlivem demence se mění osobnost člověka: může se stát nápadně sobeckým, nedostatečně empatickým a bezohledným. Někdy dochází k pudovému odbrždění, např. v oblasti jídla či sexuality, a v důsledku toho k sociálně nepřijatelnému chování. (Vágnerová, 2000)

Člověk s demencí může vnímat realitu okolního světa zcela zkresleně. Vidí věci, lidi nebo slyší hlasy, které nejsou skutečností, má halucinace. Chování takového člověka pak může být neadekvátní. Cítí se nejistý, má strach, může ublížit. Podezírá ty, kteří o něj pečují, obviňuje je, že mu chtějí ukrást jeho věci, nebo že ho chtějí otrávit. Je paranoidní a vytváří bludné představy. Také se stává, že člověk nepoznává lidi, kteří ho ošetřují a pečují o něj, vidí v nich podvodníky. V pokročilém stadiu demence si je může plést s jinými osobami, které znal nebo v některých případech s osobami smyšlenými. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

Člověk s demencí může být podrážděný až agresivní. Stává se neschopným objektivně posoudit své chování a jeho důsledky na sebe a okolí. Takový člověk se může agresivně projevat vůči svým blízkým i vůči personálu, tedy vůči všem, kteří mu věnují péči. Za tímto agresivním chováním nebo vztekem bychom neměli vidět agresi jako takovou, ale spíše způsob, jak odreagovat pocit zmatenosti a úzkosti. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

S postupnou progresí demence dochází také k poruchám komunikace s okolím. Příčinou komunikačních problémů mohou být poškozené svaly tváře a krku, nebo snížený intelekt. Postižena může být nejen komunikace, ale i chápavost. Problémy s komunikací jsou zdrojem frustrace a následně pak agrese. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

Autoři, kteří se zabývají problematikou poruch chování u nemocných demencí, tedy Zgola, Cohen-Mansfield, Tošnerová, třídí poruchy do tří kategorií:

**Teorie nenaplněných potřeb.** Jde o změny chování, které pramení z obtížného uspokojování potřeb. Základní potřeby utváří rámeček problémů v chování. Starý člověk, který trpí poruchami mnoha vyšších nervových funkcí: myšlení, chápání, orientace, schopnost učení,

schopnost úsudku, musí volit náhradní způsoby uspokojování svých potřeb. (Venglářová, 2007)

Venglářová (2007) v knize uvádí také Maslowovu hierarchii potřeb: seberealizace; potřeba sebeúcty; potřeba lásky, blízkosti; potřeba bezpečí; fyziologické potřeby.

Zajištění základních fyziologických potřeb je podmínkou pro zachování lidské existence. Pokud je tato podmínka splněna, otevře se prostor psychických potřeb. (Venglářová, 2007)

Za nejzákladnější psychickou potřebu je považována potřeba bezpečí. Pokud se uživatel služeb neorientuje, nepoznává věci kolem sebe, nezná lidi ve své bezprostřední blízkosti, cítí se ohrožen. Pokud se to týká osob, které se uživatele služeb fyzicky dotýkají a uživatel služeb je na jejich pomoci závislý i při nejintimnějších činnostech, může se uživatel služeb bát. Přirozenou reakcí je obrana. Narušení intimního prostředí je vnímáno negativně. Každý člověk má potřebu mít své soukromí a každý člověk je různě citlivý na nahotu, doteky na těle. (Venglářová, 2007)

Problematické chování vyjadřuje často snahu uživatele služeb sdělit svoji potřebu. Vzniká tedy jako důsledek nedostatečného souladu mezi potřebami uživatele služeb a schopností okolí (prostředí) těmto potřebám vyhovět. (Jiráková a kol., 2009)

**Chování posilované reakcemi okolí.** Je to model posilování nevhodného chování formou učení. Vychází z předpokladu, že člověk opakuje chování, které se mu osvědčí. Průběh situace může být následující. Uživatel služeb, který se chová problematicky, upoutá pozornost. Pokud si přeje, aby se mu někdo věnoval, příště může znovu zvolit cestu nevhodných projevů, které spolehlivě přivolají personál. Tento proces neprobíhá cíleně. (Venglářová, 2007)

**Vliv faktorů z prostředí.** Jde o působení stresorů z okolí. Prostředí, ve kterém se uživatel služeb pohybuje, na něj působí mnoha vlivy. Jsou to vlivy sociální, ale také fyzikální, např. hluk, příliš velký chlad či teplo, nedostatek osvětlení nebo příliš ostré světlo, také nadměrné množství podnětů, např. obrázky, dekorace. Podněty mohou přesáhnout hladinu, která je pro uživatele služeb příjemná, či dokonce snesitelná. Uživatel služeb pak může být podrážděný a vzniklé napětí uvolňuje různými způsoby. Existují také vnitřní faktory, které zvyšují riziko agresivního chování. Mezi tyto faktory patří např. bolest, fyzické nepohodlí, únava. (Venglářová, 2007)

## 4 AGRESIVNÍ CHOVÁNÍ

„Agresivní chování je evolučně velmi starý způsob reakce na něco nepříjemného.“ (Venglářová, 2007, s. 56) Tzv. agresivní styl komunikování popisuje Dynáková (2005) jako překračování práv a hranic druhých lidí. Agresí obvykle vstupujeme do citové oblasti druhého člověka, většinou ho zraňujeme a ponižujeme, ať už je to křikem nebo dokonce násilným tělesným omezováním. (Dynáková, Kožnar, 2005)

Agresivní chování je definováno jako porušení sociálních norem, omezující práva a poškozující živé bytosti či neživé objekty. Může jít o reálný nebo symbolický útok, o různý způsob ubližování např. bitím, nadávkami, omezováním, ničením. Termín agresivita označuje tendenci, pohotovost k násilnému způsobu reagování. Pojem agrese charakterizuje reálný projev takového chování, který mívá charakter násilí. Agresivní chování lze chápat jako reakci, která řeší problém útokem na překážku, resp. zdroj ohrožení. (Vágnerová, 2008)

Agrese je často doprovázena afektem hněvu, vzteku a pocity nenávisti a může vést až k fyzickému zranění personálu nebo jiných uživatelů služeb či zničení různých předmětů. Rozlišují se různé stupně agrese. Nepřátelství (hostilita) je nejnižším stupněm agrese, je zřejmé z chování a vystupování uživatele služeb – dává zřetelně najevo své antipatie. Verbální agrese je druhý stupeň agrese, je buď přímá – uživatel služeb personálu přímo vynadá, uráží personál, nepřímá – typické je psaní dopisů či telefonáty, nebo ideatorní – jedná se pouze o představy uživatele služeb, jak někomu vynadá, tyto představy ventiluje navenek. Brachiální agrese je třetím a nejzávažnějším stupněm agrese, jedná se o agresi fyzickou, která může být zaměřena vůči věcem nebo vůči živým tvorům. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

### 4.1 Příčiny agresivního chování

Agresivní jednání má různé vyvolávající příčiny. V následujícím textu popisují možnosti vzniku takového chování.

**Agresivita jako způsob dosažení cíle.** Agresivita je reakce na nepříjemné podněty, agresí se ji uživatel služeb snaží odrazit. V situaci, kdy vyšší city a autoregulační mechanismy ovlivní demence, uživatel služeb častěji sahá k agresivitě jako k obraně před něčím nepříjemným. Přestává se ovládat. Agresivita je také reakcí na ztrátu kontroly. (Venglářová, 2007)



**Agresivita jako emoční reakce.** Agresivní reakce je vyvolána přívalem emocí. Starší lidé jsou citlivější, mají zhoršenou schopnost vyrovnávat se se silnými emocemi. Pokud se uživatel služeb dostane do situace, kdy se stydí, může se agresí bránit proti pokračování takového konání. Agresivním chováním tedy může uživatel služeb reagovat na situaci, kdy je i ve velmi intimních oblastech odkázán na něčí pomoc. (Venglářová, 2007)

**Agresivita při chybném chápání reality.** Důvodem agresivního chování může být špatné pochopení situace, ve které se uživatel služeb nachází. Vlivem kognitivních poruch může dojít ke špatnému pochopení situace, např. se uživatel služeb může bránit proti svlékání, manipulaci se svým majetkem. (Venglářová, 2007) Není schopen správně zhodnotit situaci. Už nedokáže využívat své dřívější intelektové schopnosti, aby pochopil záměry druhých. Např. když k uživateli služeb pracovník v sociálních službách napřáhne ruku v přátelském gestu, může to uživatel služeb pochopit tak, že mu chce pracovník v sociálních službách dát facku, a zareaguje přirozeně tím, že v sebeobraně dá facku on pracovníkovi v sociálních službách. (Buijssen, 2006)

**Agresivita jako povahový rys.** Další příčinou agresivního chování může být povaha člověka, který je agresivní. S přibývajícím věkem vystávají některé rysy osobnosti, které se uživateli služeb dříve dařilo lépe zvládat. Není možné změnit povahu člověka. Je možné pouze hledat cesty, jak omezit nepříjemné projevy chování uživatele služeb vůči personálu a jiným uživatelům služeb. (Venglářová, 2007)

**Agresivita jako odpověď.** Poslední možností je vliv osob, které o uživatele služeb pečují. Jejich chování může u seniora vyvolat agresivní odpověď. Může jít např. o spěch a nervozitu při péči, nepřiměřené nároky, nevhodný způsob komunikace. (Venglářová, 2007) Nevlídně vyřčené slovo, náznak v podrážděnosti v hlase, autoritativní nebo povýšený způsob řeči – to všechno se seniora může dotknout a spustit agresivní reakci. (Buijssen, 2006) Proto v péči o uživatele služeb s demencí hraje velmi významnou úlohu i celková atmosféra v týmu ošetřujícího personálu. Je třeba vytvářet optimální pracovní podmínky. Na poskytovanou péči totiž mohou mít negativní vliv např. tyto faktory: napětí v týmu, nevyslovené konflikty, velká vytíženost personálu, vysoké zatížení těžce nemocnými uživateli služeb. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

## 4.2 Varovné signály agresivního chování u uživatele služeb

Jde o změny chování (velký zvrát z klidu do neklidu a naopak), vegetativní známky zlosti, zrychlení tempa řeči. (Venglářová, 2007)

Venglářová (2007) v knize uvádí i následující přehled signálů:

- uživatel služeb působí nervózně, je rozrušený;
- výhrůžně nebo nápadně gestikuluje;
- podupává, naznačuje kopnutí;
- dívá se upřeně do očí;
- bouchá či kope do zařízení místnosti, práská dveřmi;
- svírá pěsti, vědomě či nevědomě ukazuje zatnutou pěst;
- působí jako napjatý člověk, jen vybuchnout;
- tvář je napjatá, objevuje se agresivní úšklebek;
- nervózně pomrkává, objevují se tiky (dříve je neměl);
- má semknuté rty;
- objevují se gesta připomínající bití;
- chová se jinak než obvykle, intuice naznačuje, že hrozí nebezpečí.

Příklad agresivního chování, které se může objevit při demenci, viz Příloha č. 1.

## 4.3 Praktické postupy zvládnání agresivního chování

Zvládnání neklidu a kontaktu s uživatelem služeb s demencí, který nespolupracuje a je agresivní, je velmi důležité. Uvedu zde možnosti, jak pozitivně ovlivnit situaci, kdy hrozí střet. Uvedu také možnosti reakcí, pokud dojde ke slovnímu nebo dokonce fyzickému napadení.

### 4.3.1 Nevystavujte uživatele služeb stresujícím situacím

Zkušený personál zná zvyklosti a reakce uživatelů služeb. Dokáže předvídat situace, ve kterých ke střetům může dojít. Často se jedná o úkony, které vyvolávají u uživatelů služeb rozpaky, stud, někdy i bolest a strach. Přírozenou reakcí může být obrana nebo útěk. Při útěku se uživatel služeb vyhýbá nepříjemným situacím. Pokud ho do nich přes jeho snahu personál

uvede, může se obrana obrátit proti personálu jako forma agresivního chování. (Venglářová, 2007)

Je správné vyhnout se všem stresujícím aktům, stresujícím situacím a výkonům. Je také správné udržovat přiměřený stereotyp v činnostech. (Pidrman, 2007)

#### **4.3.2 Je-li to možné, odložte úkony na pozdější dobu**

V domovech pro seniory v praxi převládá představa dokonalé hygieny a pevného režimu. Uživatel služeb ale mnohdy není ochoten spolupracovat a brání se. Tím se péče o něj zdržuje a časová tíseň stresuje uživatele služeb i personál, který o uživatele služeb pečuje. Personál by měl zvážit, jaké úkony musí provést nezbytně, ihned. Jiné by měl odložit na pozdější dobu. Uživatel služeb s demencí ztrácí schopnost rozeznat potřebu různých aktivit spojených s hygienou, výživou či aktivizací. Člověk, který si neuvědomuje např. to, že je znečištěn, nemá žádný důvod podrobit se koupeli. (Venglářová, 2007)

#### **4.3.3 Na agresivní chování uživatele služeb reagujte klidně**

Protože agresivní chování může být vyvoláno tím, že uživatel služeb nechápe, co s ním personál dělá, je třeba uživateli služeb všechno trpělivě vysvětlovat, nespěchat na něj. (Benešová, 2001)

Pokud dojde k rozvoji agresivního chování, je třeba reagovat klidně, nenechat se vyprovokovat k náhlým obranným reakcím jak slovním, tak brachiálním. Uživateli služeb neodporovat, ale také nedávat sliby, které není možné v budoucnu splnit. V žádném případě se nestavět do přímé konfrontace. Odvést pozornost nebo nastolit klidné prostředí, navést uživatele služeb k alternativním činnostem či k alternativnímu objektu zájmu. Hrubou chybou je uživatele služeb kritizovat nebo se smát jeho chybám nebo nedostatkům. (Pidrman, 2007)

#### **4.3.4 Zvolte vhodný přístup k uživateli služeb**

Než k uživateli služeb promluvíte, dovoluňte mu chodit nebo se jinak pohybovat, aby mohl uvolnit napětí. Ujistěte se, že mu nijak neblokuje cestu. Pocit, že je v pasti, může agresivitu zvýšit. (Buijssen, 2006)

Více naslouchejte, než mluvíte. Pokud uživatele služeb žádáte, aby něco udělal, může mít pocit, že ho do něčeho tlačíte nebo mu něco přikazujete proti jeho vůli. Lépe je svou žádost

podat spíše jako přátelský návrh, který může klidně odmítnout. V tomto případě je mnohem větší pravděpodobnost, že bude spolupracovat, než když mu nedáte žádný prostor k manévrování. Úsměv nebo přátelská slova mohou v tomto případě často způsobit, že nebudete narážet na odpor. (Buijssen, 2006)

Uživatel služeb vnímá emoční vyladění či nastavení lidí kolem něj. Není tedy tolik důležité, co uživateli služeb personál říká, ale jak to říká. (Benešová, 2001) Pečující by proto neměl být „naštvaný“, podrážděný (Borzová, Holmerová, Jiráček a kol., 2009). Chování uživatele služeb odráží vyjadřované pocity personálu. (Benešová, 2001) Lidé s demencí totiž mají často tendenci „zrcadlit“ chování svých pečujících. Uživatel služeb musí mít pocit partnerství, nikoliv závislosti. Je vhodné vyvarovat se jakéhokoli spěchu, nepřeceňovat schopnosti uživatele služeb a úkoly členit do jednotlivých kroků, kterým rozumí. Důležité je vytvoření vstřícné atmosféry. Klidný, vlídný a trpělivý přístup personálu k uživateli služeb s demencí je nejen velmi vhodný, je zároveň i prvním krokem v léčbě poruch chování u demence. (Borzová, Holmerová, Jiráček a kol., 2009) Naopak nadřazený tón a postoj, který pečujícího staví „nad“ člověka s demencí, snižuje šance na předání jakéhokoli sdělení (Buijssen, 2006).

Benešová (2001, s. 15) v knize uvádí příklady různých přístupů k člověku s demencí:

Situace 1.

*„Dcera (hlasitý podrážděný projev): 'Proč nejsi už v posteli? Co děláš pořád v tom křesle? Zvedni se a jdeme!' (snaha odvést nemocného silou do ložnice).*

*Pacient: 'Nech mě být!' (brání se, má tendenci se s dcerou prát).“*

Situace 2.

*„Dcera (vlídný, klidný projev): 'Ahoj tatínku. Jak se ti vede? Co kdybychom se spolu trochu prošli?' (s úsměvem přistupuje k nemocnému).*

*Pacient klidně vstane, zavěsí se do dcery a odchází do ložnice.*

*Dcera: 'Výborně, tati. Pěkně jsme to zvládli.'“*

#### **4.3.5 Využívejte zklidňujících vlivů v komunikaci s uživatelem služeb**

Komunikace je považována za základ mezilidského styku. Umožňuje, aby se lidé dostávali do styku s psychikou dalších jedinců. V kontaktu s druhým člověkem se náš vztah k němu projevuje nejen tím, co říkají naše ústa, ale i tím, co říká celé naše tělo. (Dynáková, Kožnar,

2005) Mezi zklidňující vlivy tedy patří vlivy verbální i vlivy neverbální. U osob s demencí je důležité využívat zejména neverbální zklidňující vlivy. Význam neverbální komunikace narůstá tím více, čím více jsou v komunikaci zahrnuty silné pocity a city. Dynáková, Kožnar (2005) dále uvádí, že podle psychologických výzkumů se na celkovém účinku komunikování může v takových chvílích podílet více než 50 procenty výraz tváře a pohyby těla a téměř 40 procenty vokální, hlasové charakteristiky řeči. Přibližně jen 7% výsledného efektu komunikace je v těchto případech dáno obsahem toho, co se říká.

**Neverbální komunikace.** Jedná se o komunikaci beze slov. „Neverbální projevy jsou významným komunikačním kanálem a hodnota informací, které lze dobrým pozorováním získat, je nenahraditelná.“ (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 108) Za zklidňující je považováno zpomalení tempa řeči, klidný způsob mluvy, snížení gestikulace. (Venglářová, 2007) Na uživatele služeb nezvyšujte hlas. Člověk s demencí si totiž hlasitý projev často vysvětluje jako hněv a jeho reakcí může být také hněv, smutek, neklid nebo úzkost. Důležitý je tón hlasu, měl by z něj zaznívat přirozený smysl pro rovnost a přátelství. Také úsměv vnímá uživatel služeb s demencí velmi pozitivně. Obecné pravidlo, které u člověka s demencí platí, je nikdy od něho neodvracet své tělo. Zůstávejte v jeho zorném poli, když s ním mluvíte nebo když mu nějak pomáháte. Mohli byste ho totiž polekat, pokud k němu přistoupíte nebo promluvíte zezadu. Protože už nedokáže vnímat situaci okamžitě, pociťuje úzkost, která se potom projevuje rozrušením, a někdy dokonce agresivitou. (Buijssen, 2006)

**Verbální komunikace.** Jedná se o komunikaci pomocí slov. Je vhodné se uživatele služeb zeptat, co si přeje. Nepřít se s ním, nepoučovat ho. Také pomáhá projevit empatii se situací uživatele služeb, např. říct, že chápete, že ho to rozzlobilo. (Venglářová, 2007) Rozhovor ved'te tak, aby byl stručný a jasný. Pro člověka s demencí je totiž těžké pochopit dlouhé a složité věty. Těžko se rozhoduje i v situaci, kdy si má vybrat ze dvou nebo tří možností. Ověřte si také, zda uživatel služeb s demencí skutečně pochopil, co jste mu řekli. Jednoduché „ano“ nebo „ne“ nemusí vždy stačit. (Buijssen, 2006)

#### 4.3.6 Přivolejte pomoc

Zvažte, zda situaci zvládnete sami. Důvodem pro přivolání pomoci nemusí být jen fyzická převaha uživatele služeb. Někdy přítomnost více pracovníků pomůže k rychlému zvládnutí situace. Myslete také na volnou cestu k ústupu. Uživatel služeb i Vy musíte mít možnost

z konfliktu odejít. (Venglářová, 2007) Pokud tedy máte pocit, že je uživatel služeb s demencí neklidný, že hrozí riziko napadení, nesmíte s ním hovořit o samotě, nebo se s ním uzavírat v místnosti. Vždy musíte mít nablízku další členy ošetřujícího personálu. (Brown, in Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

## 5 METODIKA VÝZKUMU

V úvodu praktické části vymezují cíle a formulují výzkumné otázky. Dále charakterizují výzkumný vzorek, popisují metodu výzkumu a způsob zpracování dat.

### 5.1 Cíle

Cíl 1.:

Zjistit, s jakým typem agresivního chování se pracovníci v sociálních službách nejčastěji setkávají.

Cíl 2.:

Zjistit, jestli pracovníci v sociálních službách znají příčiny agresivního chování u uživatele služeb s demencí.

Cíl 3.:

Zjistit, jestli pracovníci v sociálních službách vědí, jak reagovat na agresivní chování u uživatele služeb s demencí.

Cíl 4.:

Zjistit zájem pracovníků v sociálních službách o zprostředkování dalších informací o agresivním chování u uživatele služeb s demencí.

### 5.2 Výzkumné otázky

S jakým typem agresivního chování se pracovníci v sociálních službách v praxi setkávají?

Jaký typ slovní agrese se u uživatelů služeb s demencí objevuje nejčastěji?

Jaké příčiny agresivního chování u uživatele služeb s demencí uvádějí pracovníci v sociálních službách?

Jakým způsobem pracovníci v sociálních službách reagují na agresivní chování u uživatele služeb s demencí?

Jak by pracovníci v sociálních službách reagovali na nabídku zprostředkování dalších informací o agresivním chování u uživatele služeb s demencí?



### 5.3 Charakteristika výzkumného vzorku

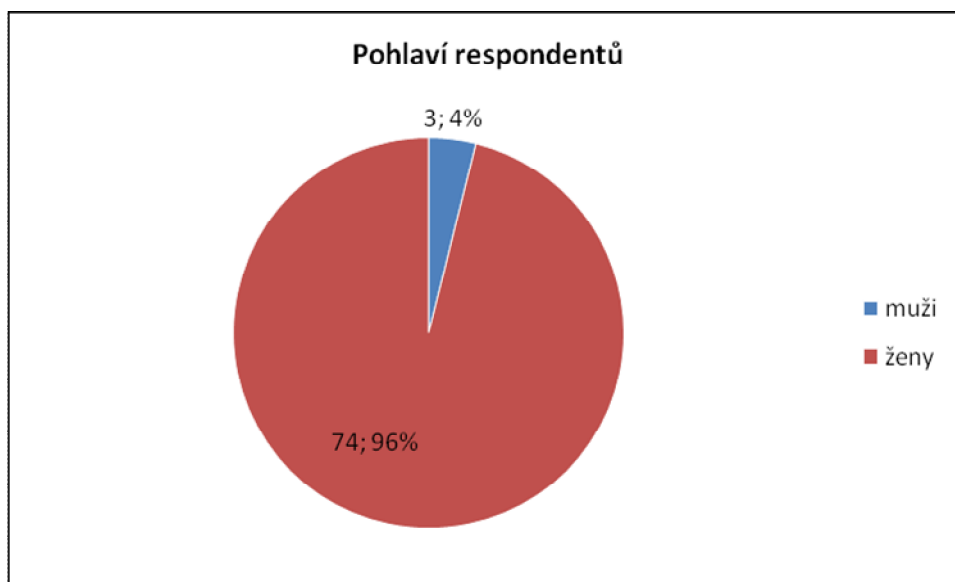
Výzkumný vzorek tvořilo 77 pracovníků v sociálních službách, kteří pracují v domovech pro seniory patřící pod Oblastní charitu Uherské Hradiště a pod Oblastní charitu Uherský Brod.

Matoušek (2008) charakterizuje pracovníka v sociálních službách jako pracovníka, který vykonává přímou obslužnou péči o uživatele služeb, základní výchovnou činnost, upevňování potřebných návyků a pečovatelskou práci.

Nejedná se o náhodný výběr, při kterém má každá jednotka stejnou šanci, že bude vybrána do vzorku. Údaje a zjištění vycházející ze vzorku není možno generalizovat. Jedná se tedy o výběr záměrný. Vzorek vybraný pro výzkum není reprezentativní.

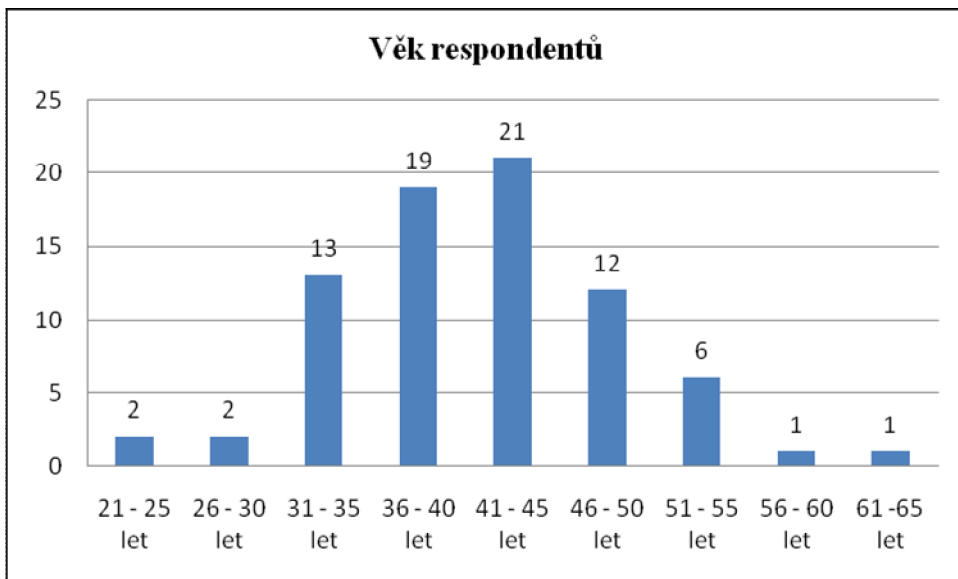
Informace o respondentech:

96 % respondentů tvořily ženy. Překvapivým zjištěním bylo, že v řadách sociálních pracovníků, kteří pracují v domovech pro seniory, je zastoupeno i mužské pohlaví. Jsou to však spíše výjimky.



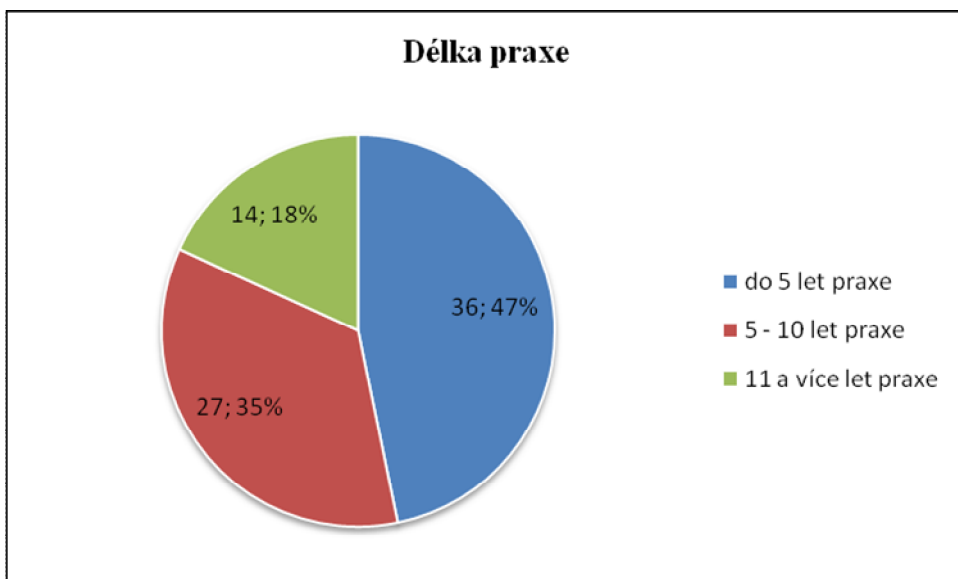
Graf č. 1: Pohlaví respondentů

Respondenty jsem zařadila do věkových kategorií. Z grafu č. 2 vyplývá, že nejvíce pracovníků v sociálních službách patří do kategorie 41 – 45 let.



Graf č. 2: Věk respondentů

Nejvíce respondentů, 47%, pracuje v sociálních službách do 5 let praxe.



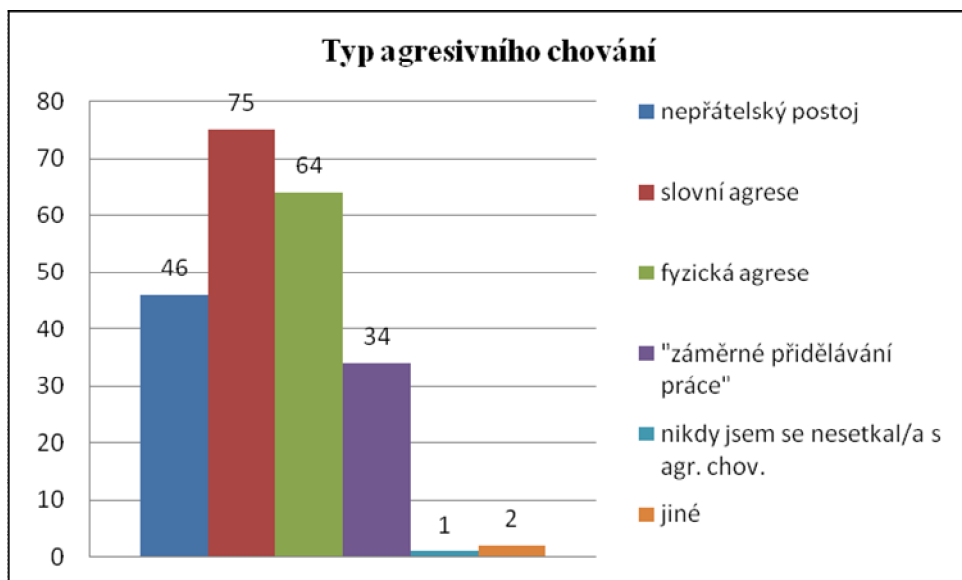
Graf č. 3: Délka praxe

#### **5.4 Metoda výzkumu a způsob zpracování dat**

Výzkum je orientován kvantitativně. Ke zpracování výzkumu jsem použila metodu dotazníku. Výhodou dotazníků je zjištění velkého množství informací od respondentů v krátkém časovém intervalu. Úvod dotazníku obsahuje představení výzkumníka, seznámení respondentů s tématem a účelem dotazníku, informaci o zajištění anonymity respondentů, instrukce k vyplnění dotazníku, poděkování za vyplnění dotazníku. V dotazníku se nachází otázky uzavřené i otevřené. U otázek s výběrem možností mohli respondenti volit více odpovědí. První tři otázky slouží k získání informací o respondentech. Dalších 19 otázek slouží k získání odpovědí na výzkumné otázky. Pro vytvoření grafů jsem použila Microsoft Excel.

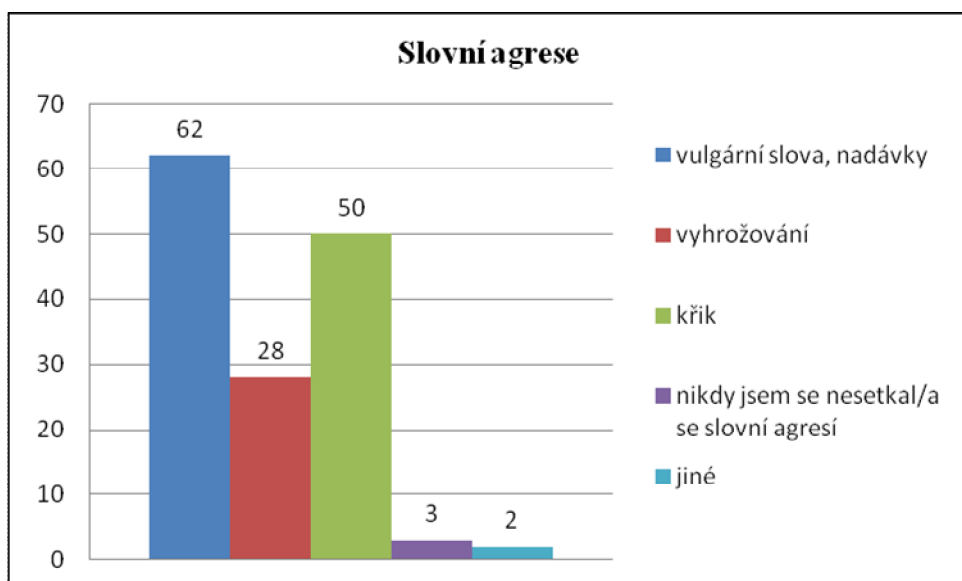
## 6 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Pracovníci v sociálních službách se v praxi nejčastěji setkávají se slovním typem agresivního chování. Druhým nejčastějším typem agresivního chování, je fyzická agrese. Do položky jiné doplnili 2 respondenti vynucování pozornosti.



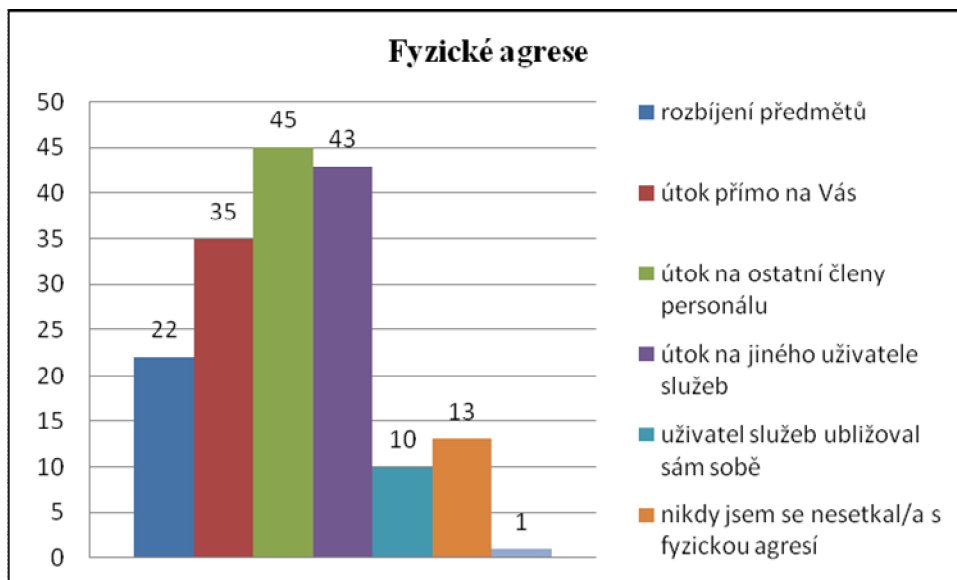
Graf č. 4: Typ agresivního chování

Z výzkumu vyplynulo, že ze slovní agrese používají uživatelé služeb s demencí nejčastěji vulgární slova, nadávky. Do položky jiné uvedl 1 respondent vyčítání, shazování vykonané práce.



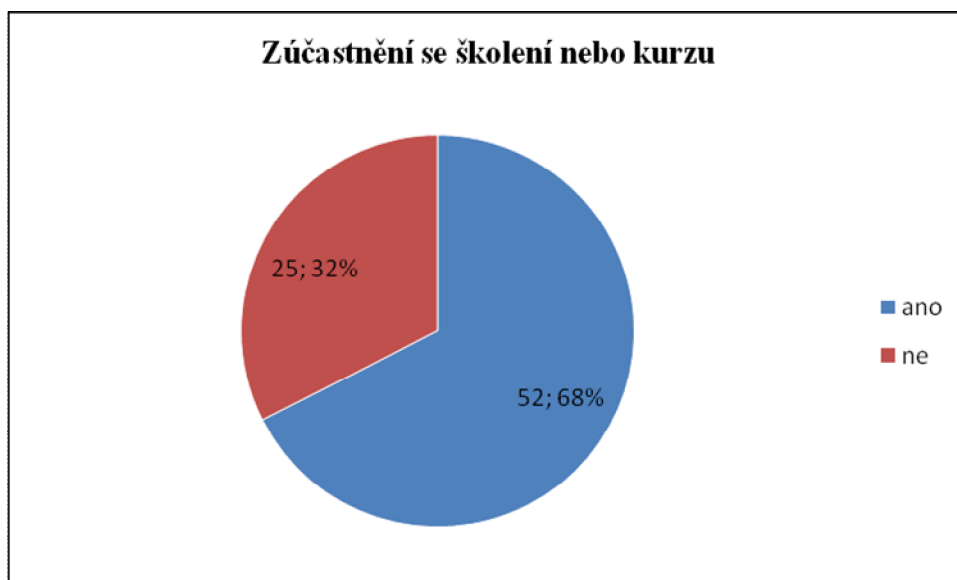
Graf č. 5: Slovní agrese

Pracovníci v sociálních službách se s fyzickou agresí setkávají nejčastěji v podobě útoku na ostatní členy personálu, dále pak v podobě útoku na jiného uživatele služeb. S útokem na vlastní osobu se v praxi setkala 21% respondentů.



Graf č. 6: Fyzické agrese

Na otázku, zda se někdy zúčastnili školení nebo kurzu se zaměřením na problematiku agresivního chování u uživatelů služeb s demencí, odpovědělo 68% respondentů kladně.

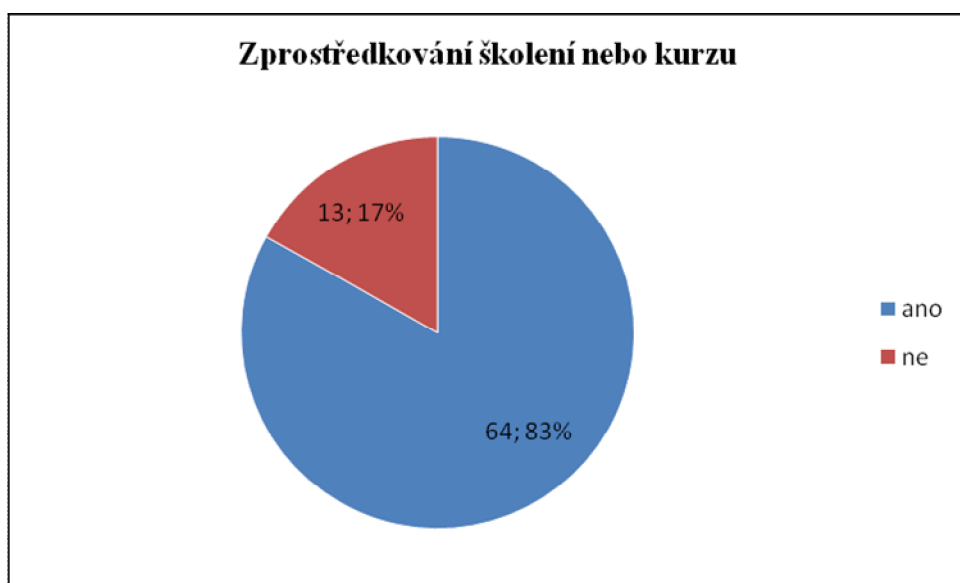


Graf č. 7: Zúčastnění se školení nebo kurzu

Školení a kurzy, kterých se respondenti zúčastnili: „Agresivní klient“, „Komplexní péče o osoby s demencí“, dále se jednalo o kurzy a školení, které se týkaly komunikace

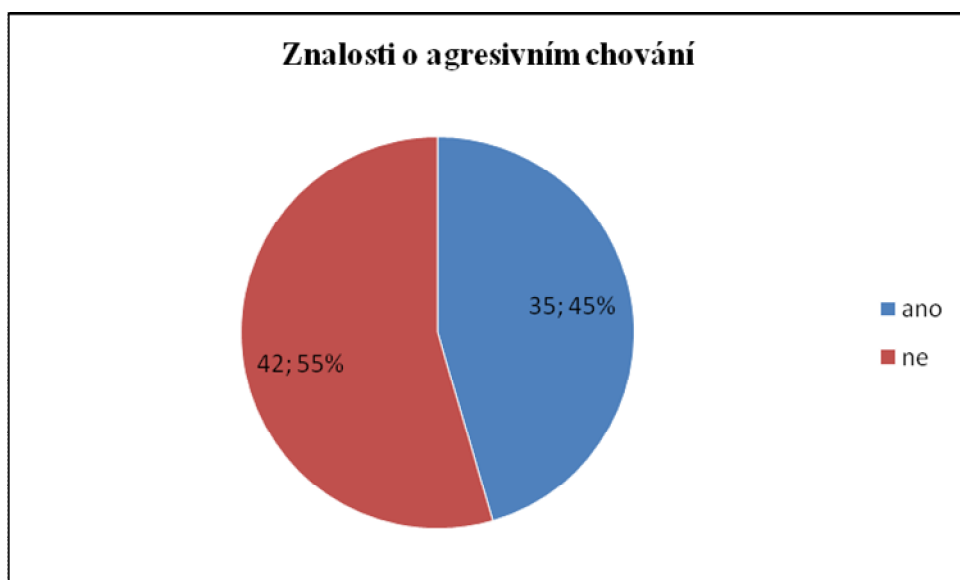
s agresivním uživatelem služeb, zvládnání agrese u uživatele služeb s demencí, restriktivních opatření u uživatelů služeb s demencí, Alzheimerovy choroby.

Na otázku, zda jim zaměstnavatel zprostředkoval školení nebo kurz se zaměřením na problematiku agresivního chování u uživatelů služeb s demencí, odpovědělo 83% respondentů kladně.



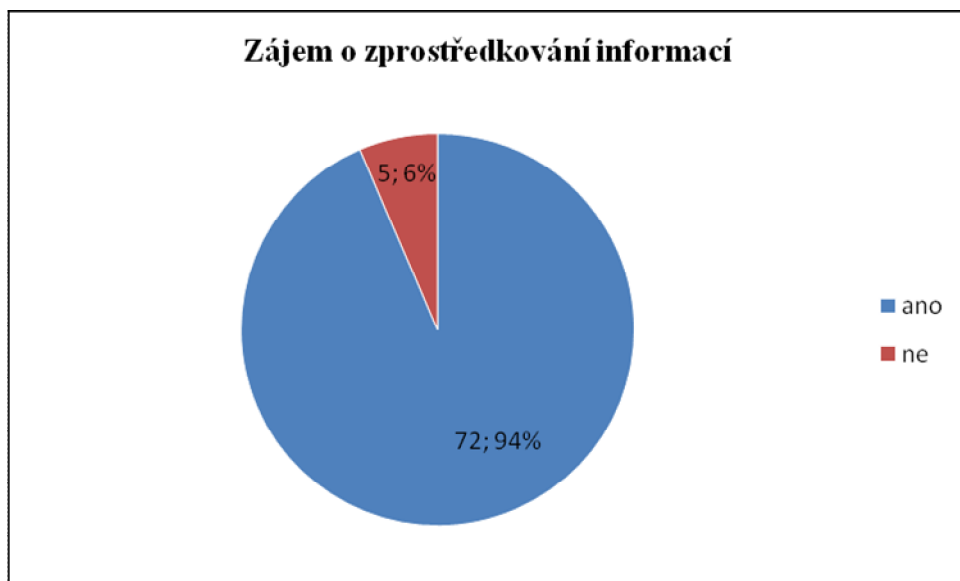
*Graf č. 8: Zprostředkování školení nebo kurzu*

55% respondentů odpovědělo na otázku, zda mají pocit, že jsou jejich znalosti o agresivním chování u uživatelů služeb s demencí dostatečné, záporně.



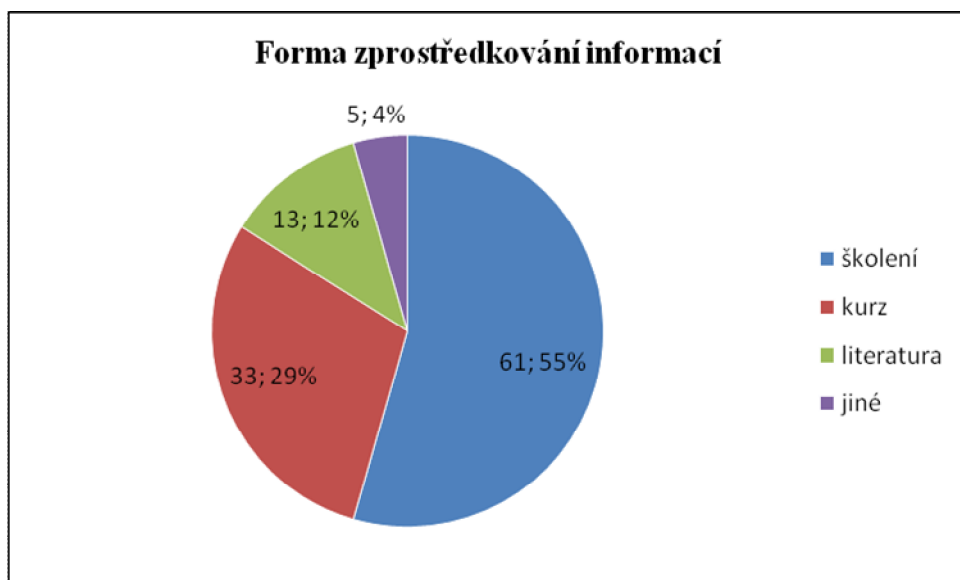
*Graf č. 9: Znalosti o agresivním chování*

Na otázku, zda mají zájem o zprostředkování dalších informací o agresivním chování uživatelů služeb s demencí, odpovědělo 94% kladně.



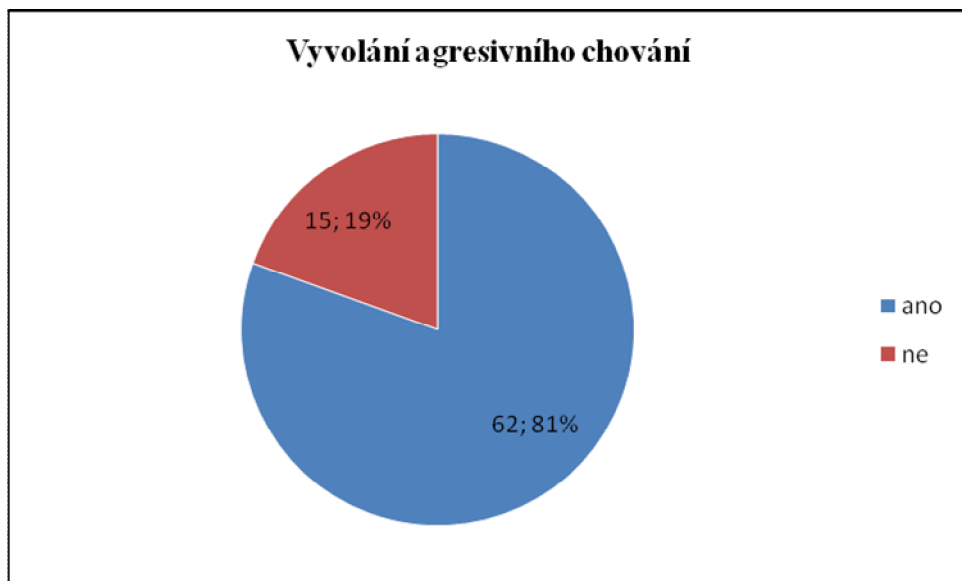
Graf č. 70: Zájem o zprostředkování informací

55% pracovníků v sociálních službách by preferovalo školení, 29% kurz, 12% literaturu, do položky jiné uvedli 2 respondenti stáž, 1 respondent pohovor s psychiatrem o konkrétním novém uživateli, 1 respondent praxi v terénu, 1 respondent konferenci.



Graf č. 11: Forma zprostředkování informací

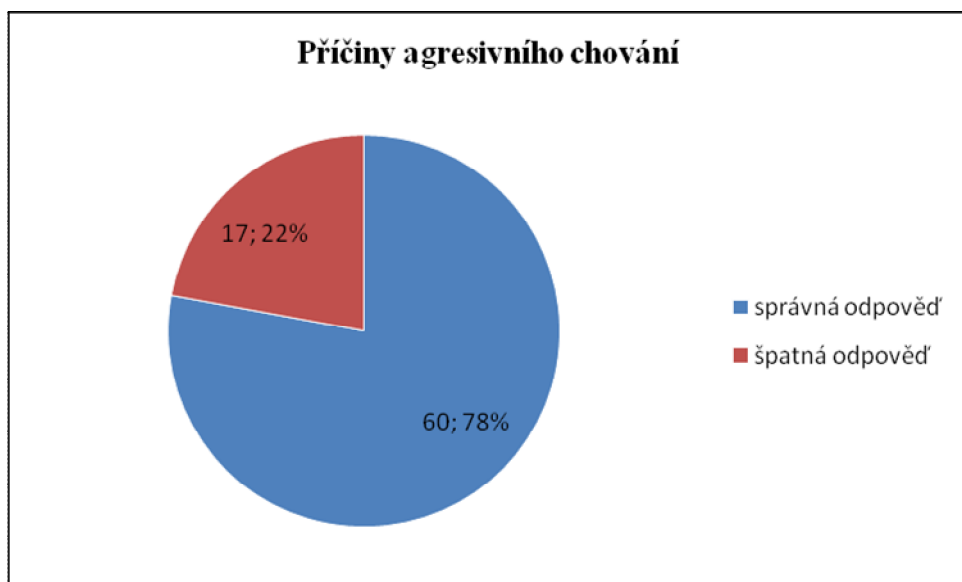
Chování pracovníků v sociálních službách může vyvolat u uživatele služeb s demencí agresivní chování. Překvapivým zjištěním bylo, že 19% respondentů odpovědělo na otázku, zda může jejich chování vyvolat u uživatele služeb s demencí agresivní chování, záporně.



*Graf č. 12: Vyvolání agresivního chování*

Respondenti, kteří na otázku odpověděli kladně, uváděli následující konkrétní příklady chování, které může u uživatele služeb s demencí vyvolat agresivní chování: spěch, zvýšení hlasu, nátlak, nervozita, napětí, poučování, nevhodné chování či oslovení, nadřazený postoj.

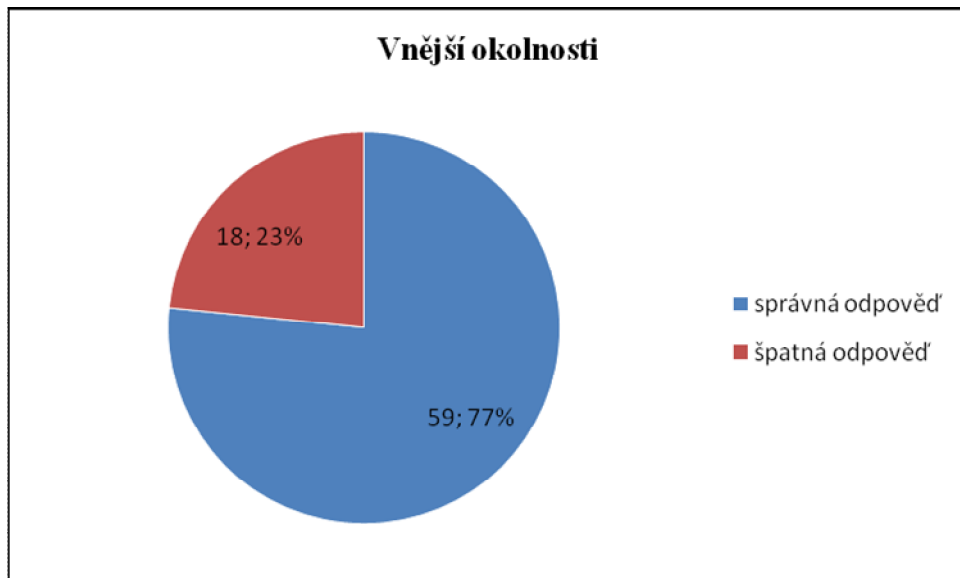
78% respondentů uvedlo správné příčiny agresivního chování u uživatele služeb s demencí, 22% respondentů příčiny tohoto chování nezná.



*Graf č. 13: Příčiny agresivního chování*

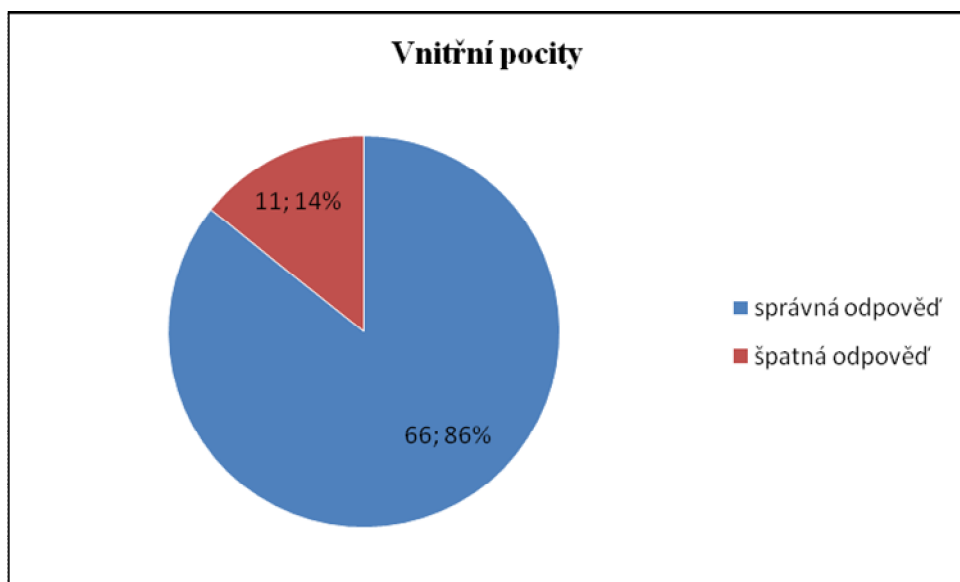


77% respondentů uvedlo správné vnější okolnosti, které podporují agresivní chování u uživatele služeb s demencí, 7 respondentů však neposkytlo jinou odpověď, než jsem uvedla jako příklad. 23% respondentů tyto vnější okolnosti nezná.



Graf č. 14: Vnější okolnosti

86% respondentů uvedlo správné vnitřní pocity, které zvyšují riziko agresivního chování u uživatele služeb s demencí, 15 respondentů však neposkytlo jinou odpověď, než jsem uvedla jako příklad. 14% respondentů tyto vnitřní pocity nezná.



Graf č. 15: Vnitřní pocity

V situaci, kdy uživatel služeb s demencí není ochoten spolupracovat při provádění úkonů každodenní ranní hygieny a brání se, 90% respondentů uživateli služeb trpělivě vysvětlí dů-

ležitost provádění ranní hygieny, snaží se uživatele služeb získat pro spolupráci, nabízí dopomoc při provádění těchto úkonů. 10% respondentů neví, jak se v dané situaci zachovat.

V situaci, kdy uživatel služeb s demencí začne na pracovníky v sociálních službách neoprávněně křičet, 94% respondentů reaguje klidně, snaží se zjistit příčinu křiku, snaží se odvést pozornost na něco příjemného. 6% respondentů neví, jak se v dané situaci zachovat.

V situaci, kdy uživatel služeb odmítá jíst oběd příborem, 92% respondentů nebude na uživatele služeb vyvíjet nátlak, aby oběd příbor používal, nejdříve nabídne dopomoc při krájení jídla, nabídne alternativní možnost – lžíci, případně uživatele služeb nakrmí. 8% respondentů neví jak se v dané situaci zachovat, 1 respondent bude uživateli služeb domlouvat, aby příbor používal.

V situaci, kdy uživatel služeb s demencí odmítá sprchování/koupání, 92% respondentů se snaží zjistit příčinu, neprovádí tyto úkony přes odpor uživatele služeb, domluví se na době, kdy bude tento úkon proveden. 8% respondentů neví, jak se v dané situaci zachovat.

V situaci, kdy je zřejmé, že uživatel služeb s demencí chce pracovníka v sociálních službách fyzicky napadnout, se 83% respondentů snaží zajistit bezpečnost svoji i bezpečnost uživatele služeb, zavolá na pomoc další členy personálu, drží si od uživatele služeb odstup, hledá únikovou cestu, neotáčí se k uživateli služeb zády, snaží se uživatele zklidnit, mluví pomalu a klidně. 17% respondentů neví, jak se v dané situaci zachovat.

## 6.1 Shrnutí výsledků výzkumu

Výzkumný vzorek tvořili respondenti ve věku 24 – 61 let, nejvíce však v kategorii 41 – 45 let, ženského pohlaví (96%), nejčastěji s délkou praxe do 5 let.

Výzkum byl zaměřen na zjištění, s jakým typem agresivního chování se pracovníci v sociálních službách v praxi nejčastěji setkávají, jestli znají příčiny agresivního chování u uživatele služeb s demencí, jestli vědí, jak reagovat na agresivní chování u uživatele služeb s demencí, jak velký je zájem pracovníků v sociálních službách o zprostředkování dalších informací o agresivním chování u uživatele služeb s demencí.

Z výzkumu vyplynulo, že pracovníci v sociálních službách se v praxi nejčastěji setkávají se slovním typem agresivního chování. Ze slovní agrese používají uživatelé služeb s demencí nejčastěji vulgární slova, nadávky. Druhým nejčastějším typem agresivního chování, se

kterým se pracovníci v sociálních službách setkávají, je fyzická agrese. S fyzickou agresí se setkávají nejčastěji v podobě útoku na ostatní členy personálu, dále pak v podobě útoku na jiného uživatele služeb. S útokem na vlastní osobu se v praxi setkala 21% respondentů. 68% respondentů se zúčastnilo školení nebo kurzu se zaměřením na problematiku agresivního chování u uživatele služeb s demencí. 83% respondentům zprostředkoval zaměstnavatel školení nebo kurz se zaměřením na danou problematiku. Z odpovědí v dotazníku vyplynulo, že většina respondentů zná příčiny agresivního chování u uživatele služeb s demencí. Z odpovědí v dotazníku je také patrné, že pracovníci v sociálních službách ví, jak reagovat na agresivní chování u uživatele služeb s demencí. 55% respondentů má pocit, že jejich znalosti o agresivním chování u uživatele služeb s demencí nejsou dostatečné. 94% respondentů má zájem o zprostředkování dalších informací o agresivním chování u uživatele služeb s demencí.

## ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala agresivním chováním u seniorů s demencí žijících v domově pro seniory. V teoretické části jsem se zabývala stářím a stárnutím, pojmy domov pro seniory, demence, dále agresivním chováním a jeho příčinami, popsala jsem i praktické postupy zvládnání agresivního chování.

Cílem práce bylo zjistit, s jakým typem agresivního chování se pracovníci v sociálních službách v praxi nejčastěji setkávají, zjistit jestli znají příčiny agresivního chování u uživatele služeb s demencí, jestli vědí, jak reagovat na agresivní chování u uživatele služeb s demencí, zjistit zájem pracovníků v sociálních službách o zprostředkování dalších informací o agresivním chování u uživatele služeb s demencí.

Z výzkumu vyplynulo, že pracovníci v sociálních službách se v praxi nejčastěji setkávají se slovním typem agresivního chování. Ze slovní agrese používají uživatelé služeb s demencí nejčastěji vulgární slova, nadávky. Druhým nejčastějším typem agresivního chování, se kterým se pracovníci v sociálních službách setkávají, je fyzická agrese. S fyzickou agresí setkávají nejčastěji v podobě útoku na ostatní členy personálu, dále pak v podobě útoku na jiného uživatele služeb. S útokem na vlastní osobu se v praxi setkala 21% respondentů. Respondenti odpovídali také na otázky týkající se příčin agresivního chování u uživatele služeb s demencí. Z odpovědí vyplynulo, že většina respondentů zná příčiny agresivního chování u uživatele služeb s demencí. Jako nejčastější příčiny agresivního chování u uživatele služeb s demencí uvádějí respondenti spěch při péči o uživatele služeb, nervozitu, zvýšení hlasu, neuspokojení potřeb uživatele služeb. Z odpovědí v dotazníku je také patrné, že pracovníci v sociálních službách ví, jak reagovat na agresivní chování u uživatele služeb s demencí. 94% pracovníků v sociálních službách má zájem o zprostředkování dalších informací o agresivním chování u uživatele služeb s demencí.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] BENEŠOVÁ, V. *Poruchy chování ve stáří, co s tím?: Příručka pro pečující*. Praha: galén, 2001. ISBN 80-86257-33-9.
- [2] BUIJSSEN, H. *Demence: Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-081-X.
- [3] ČÍŽKOVÁ, J. aj. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 1999. ISBN 80-7067-953-0.
- [4] DYNÁKOVÁ, Š. Nejsme si v něčem podobní?: Komunikace s agresivním pacientem 1. část. *Sestra*. 2005, č. 7-8, s. 20. ISSN 18011349.
- [5] DYNÁKOVÁ, Š., KOŽNAR, J. Křik není to nejhorší...: Komunikace s agresivním pacientem 2. část. *Sestra*. 2005, č. 9, s. 12. ISSN 18011349.
- [6] DYNÁKOVÁ, Š., KOŽNAR, J. Nebudu s tebou komunikovat! *Sestra*. 2005, č. 5, s. 71. ISSN 18011349.
- [7] GOLDMANN, R. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociálních disciplín*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 80-244-1454-6.
- [8] HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. b.m., Česká alzheimerovská společnost, 2003. ISBN 80-86541-12-6.
- [9] JIRÁK, R. a kol. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.
- [10] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- [11] MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.
- [12] MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1151-6.
- [13] MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.

- [14] MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- [15] MINIBERGEROVÁ, L., DUŠEK, J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-436-4.
- [16] ONDRIÁŠOVÁ, M. *Psychiatria: Učebnica pre fakulty ošetrovatel'stva*. Martin: Osveta, 2005. ISBN 80-8063-199-9.
- [17] PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.
- [18] SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf, 2002. ISBN 80-85912-18-X.
- [19] ŠVEC, V., HRBÁČKOVÁ K. *Průvodce metodologií pedagogického výzkumu*. b.m. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2007. ISBN 978-80-7318-547-3.
- [20] VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: Dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.
- [21] VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
- [22] VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.: Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
- [23] VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.
- [24] *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.*

## SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Např. Například

Tj. To je

Tzn. To znamená

Tzv. Takzvaný

## SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Pohlaví respondentů

Graf č. 2: Věk respondentů

Graf č. 3: Délka praxe

Graf č. 4: Typ agresivního chování

Graf č. 5: Slovní agrese

Graf č. 6: Fyzické agrese

Graf č. 7: Zúčastnění se školení nebo kurzu

Graf č. 8: Zprostředkování školení nebo kurzu

Graf č. 9: Znalosti o agresivním chování

Graf č. 10: Zájem o zprostředkování informací

Graf č. 11: Forma zprostředkování informací

Graf č. 12: Vyvolání agresivního chování

Graf č. 13: Příčiny agresivního chování

Graf č. 14: Vnější okolnosti

Graf č. 15: Vnitřní pocity



## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Přehled organických duševních poruch

## SEZNAM PŘÍLOH

P I Příklad agresivního chování při demenci

P II Dotazník

## **PŘÍLOHA P I: PŘÍKLAD AGRESIVNÍHO CHOVÁNÍ PŘI DEMENCI**

Uvádím zde příběh paní Marie, zaznamenaný její dcerou, jako příklad agresivního chování, které se může objevit při demenci.

*„Koukám, jak je to dlouho, kdy jsem naposledy psala své zápisky. Je to hodně obtížné. Maminka netrefí ani na záchod, „uleví si“, kde ji napadne. Dávám jí plenky, ale občas je sundá a vyčůrá se třeba uprostřed obývacího pokoje. Dnes po obědě jsme se obě uložily na chvíli k odpočinku, a jaké mě čekalo překvapení! Maminka seděla uprostřed postele a rozmazaná stolice všude kolem ní. Vypadala spokojeně. Byla jsem zoufalá, začala jsem na ni hystericky ječet a odvedla ji do koupelny. Byla jsem vyčerpaná, a tak jsem to trochu přehnala. Chová se teď jako malé dítě, je to pro mě těžké. Ale mám ji pořád moc ráda. Zřejmě vůbec nechápala, co to s ní provádím, křičela a kopala kolem sebe, bránila se. Když jsem na ni pustila vodu, začala volat o pomoc. Vůbec nevěděla, co se s ní děje. Byla jsem moc unavená a nezvládla jsem to. Zapomněla jsem, že na ni musím pomalu, že jí musím všechno trpělivě vysvětlit. Prostě jsem to přehnala. Maminka mě považuje za nějakou cizí osobu, když jí dávám jídlo, tak se na mě usmívá, děkuje mi, omlouvá se, že nemá peníze na zaplacení, když ji myji, ukládám nebo budím, brání se a nadává. Je jí to asi nepříjemné, nedokáže tomu rozumět. Maminko, kde jsi? Tolik tě potřebuji. Vždyť vím, už jsem dospělá! Teď potřebuje maminka mě! Uvědomila jsem si, že jí teď já dělám maminku, že se o ni starám jako o malé dítě. Tak jako se ona kdysi starala o mě.“ (Benešová, 2001, s. 9)*

## PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Marta Kožíková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Sociální pedagogika na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Dotazník, který máte před sebou, se týká problematiky agresivního chování u seniorů s demencí žijících v domově pro seniory a slouží jako podklad pro moji bakalářskou práci. Tento dotazník je určen pracovníkům v sociálních službách pracujících v domově pro seniory a je zcela anonymní. Za jeho vyplnění Vám předem děkuji.

### **Pokyny pro vyplnění dotazníku:**

U otázek s výběrem možností můžete volit více odpovědí, zvolenou odpověď označte křížkem do příslušného pole. U ostatních otázek odpovědi doplňte.

1. Pohlaví:

- muž
- žena

2. Váš věk: .....

3. Jako pracovník/pracovnice v sociálních službách pracujete v praxi

- uveďte počet let: .....

4. S jakým typem agresivního chování jste se setkal/a?

- nepřátelský postoj
- slovní agrese
- fyzická agrese
- „záměrné přidělování práce“
- jiné – vypište:

.....  
.....  
.....

- nikdy jsem se s agresí nesetkal/a

5. Označte verbální agrese, se kterými jste se setkal/a

- vulgární slova, nadávky
- vyhrožování
- křik
- jiné – vypište:

.....  
.....  
.....

- nikdy jsem se s verbální agresí nesetkal/a

6. Označte fyzické agrese, se kterými jste se setkal/a

- rozbíjení různých předmětů
- útok přímo na Vás
- útok na ostatní členy personálu
- útok na jiného uživatele služeb
- uživatel služeb ubližoval sám sobě
- jiné – vypište:

.....  
.....  
.....

- nikdy jsem se neseťkal/a s fyzickou agresí

7. Jaké znáte příčiny agresivního chování u uživatele služeb s demencí?

- vypište:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

8. Uveďte vnější okolnosti, které podporují agresivní chování (například zima, hluk):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

9. Uveďte vnitřní pocity, které zvyšují riziko agresivního chování (například bolest, únava):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

10. Může Vaše chování podpořit/vyvolat u uživatele služeb s demencí agresivní chování?

- ano
- ne

11. Pokud ano, uveďte konkrétní příklad chování, které může u uživatele služeb s demencí vyvolat agresivní chování.

- vypište:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

12. Máte pocit, že jsou Vaše znalosti o agresivním chování u uživatelů služeb s demencí dostatečné?

- ano
- ne

13. Zúčastnil/a jste se někdy školení nebo kurzu se zaměřením na problematiku agresivního chování u uživatelů služeb s demencí?

- ano
- ne

14. Pokud ano, o jaké školení nebo kurz se jednalo?

- popište:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

15. Zprostředkoval Vám zaměstnavatel někdy školení nebo kurz se zaměřením na problematiku agresivního chování u uživatelů služeb s demencí?

- ano
- ne

16. Máte zájem o zprostředkování dalších informací o agresivním chování uživatelů služeb s demencí?

- ano
- ne

17. Pokud ano, jakou formu byste preferoval/a?

- školení
- kurz
- literatura
- jiné – vypište:

.....  
.....  
.....

18. Uživatel služeb s demencí není ochoten spolupracovat při provádění úkonů každodenní ranní hygieny a brání se. Jak se zachováte?

- popište:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

19. Uživatel služeb s demencí na Vás začne neoprávněně křičet. Jak budete reagovat?

- popište:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

20. Uživatel služeb s demencí odmítá sprchování/koupání. Jak se zachováte?

- popište:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

21. Nastala situace, kdy je zřejmé, že Vás chce uživatel služeb s demencí fyzicky napadnout. Co uděláte?

- popište:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

22. Uživatel služeb s demencí odmítá jíst oběd příborem. Jak budete reagovat?

- popište:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....