

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

**Jana Hornová**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

# **OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O AGRESIVNÍHO PACIENTA**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Ivana Balejová

PLZEŇ 2021

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2020/2021

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Jana HORNOVÁ**  
Osobní číslo: **Z18B0300P**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Téma práce: **Ošetrovatelská péče o agresivního pacienta**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství a porodní asistence**

### Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma.
- Stanovit cíl kvalifikační práce.
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS.
- Popsat metodiku praktické části.
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce.
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS.
- Dodržet citační normu.
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce.

Rozsah bakalářské práce:  
Rozsah grafických prací:  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

- MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. Psychiatrická ošetrovatelská péče. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
- BAŠTECKÝ, J. Psychiatrie, právo a společnost. 1. vyd. Praha: GALÉN, 1997. 1. vyd. 218 s. ISBN 80-85-824-45-0.
- VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. Komunikace pro zdravotní sestry. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
- PONĚŠICKÝ, J. Agrese, násilí a psychologie moci. 1. vyd. Praha: Triton, 2004. 226 s. ISBN 80-7254-593-0.
- HALES, Robert E, Stuart C YUDOFKY a Glen O GABBARD, c2011. Essentials of psychiatry. 3rd ed. Arlington, VA: American Psychiatric Pub. ISBN 9781585629336.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Ivana Balejová**  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **18. června 2019**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2021**



**PhDr. Lukáš Štich, MBA**  
děkan



**PhDr. Mgr. Jitka Krocová**  
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2021

## **Prohlášení**

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

V Plzni dne 30. 3. 2021.

.....

vlastnoruční podpis

## **Abstrakt**

Příjmení a jméno: Jana Hornová

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelská péče o agresivního pacienta

Vedoucí práce: Mgr. Ivana Balejová

Počet stran – číslované: 51

Počet stran – nečíslované: 20

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 27

Klíčová slova: Agrese, agresivita, agresivní pacient, neklid, ošetrovatelská péče

### **Souhrn:**

V této bakalářské práci jsem se zaměřila na problematiku agresivních pacientů ve zdravotnictví. Práce se skládá ze dvou částí, teoretické a praktické. V teoretické části je základním pojmem agrese, její příčiny, typy a spouštěče. Dále jsem se zaměřila na ošetrovatelskou péči při kontaktu s agresivním pacientem a na možnosti omezení takového pacienta dle platné legislativy. Věnovala jsem se i osobě zdravotníka, u něhož v důsledku dlouhodobého stresu může dojít v krajním případě i k syndromu vyhoření. V praktické části jsem zhodnotila nejen vědomosti zdravotnického personálu na psychiatrickém oddělení při kontaktu s agresivním pacientem, ale i jeho zkušenosti. Tato část byla vytvořena pomocí kvantitativního výzkumu, který probíhal formou dotazníkového šetření v Psychiatrické nemocnici v Dobrušce. V závěru je formulováno konkrétní doporučení, které by mělo pomoci zdravotníkům správně reagovat při kontaktu s agresivním pacientem.

## **Abstract**

Surname and name: Jana Hornová

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Nursing care of the aggressive patient

Consultant: Mgr. Ivana Balejová

Number of pages – numbered: 51

Number of pages – unnumbered: 20

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 27

Keywords: Aggression, aggressiveness, aggressive patient, unrest, nursing care

### Summary:

This undergraduate thesis deals with the issue of aggressive patients in health care. The thesis consists of two parts: theoretical one and practical one. In the practical part, aggression is defined together with its types, causes, and the main triggers. Furthermore, taking care of aggressive patients is brought into focus with possible ways of restraining such patients in accordance with the legislature in effect. The thesis further deals with the personality of a caretaker, who may suffer from the burnout syndrome because of long-term stress. In the practical part are assessed the health care personnel's experience and their knowledge as far as the contact with an aggressive patient is concerned. This part was put together with the results of a quantitative research which was carried out in the form of a survey in the Dobrany Psychiatric Hospital. In the final part, a specific recommendation is formed, which would potentially aid the health care personnel in the case of coming to contact with an aggressive patient.

## **Předmluva**

Přemýšlela jsem, jaké téma si zvolit pro bakalářskou práci. Chtěla jsem téma, které by mě zaujalo a zároveň se týkalo zdravotníků pracujících v různých oborech. Po pečlivé úvaze jsem došla k rozhodnutí, že bych se měla věnovat problematice agresivních pacientů, s nimiž se v současné době lze bohužel setkat téměř v každém oboru zdravotnictví. Mým cílem je zmapovat nejen vědomosti, ale i zkušenosti zdravotníků při kontaktu s agresivním pacientem. Přála bych si, aby tato práce byla přínosem i pro laickou veřejnost. Protože čím více znalostí budeme mít o této problematice, o to lépe se rizikovým situacím vyhneme, nebo zmírníme jejich následky.

## **Poděkování**

Děkuji paní Mgr. Ivaně Balejové za odborné vedení práce, poskytování rad, materiálů a velkou trpělivost. Dále děkuji pracovníkům Psychiatrické nemocnice v Dobřanech za poskytování odborných rad a poskytnutí dat v podobě vyplněných dotazníků.



# OBSAH

SEZNAM TABULEK .....	11
SEZNAM ZKRATEK .....	12
ÚVOD .....	13
TEORETICKÁ ČÁST .....	15
1 AGRESE .....	15
1.1 Obecné příčiny .....	15
1.2 Dělení a projevy agrese .....	16
1.3 Nejčastější spouštěče .....	18
2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O AGRESIVNÍHO PACIENTA .....	19
2.1 Přístup a jeho specifika k agresivnímu pacientu .....	20
2.2 Zásady komunikace .....	20
2.3 Prevence a terapie agrese .....	21
2.4 Omezovací prostředky .....	23
2.4.1 Druhy omezovacích prostředků .....	24
2.4.2 Dokumentace při fyzickém omezení pacienta .....	26
3 ZDRAVOTNÍK JAKO ČLOVĚK .....	27
3.1 Stres zdravotnického personálu .....	27
3.1.1 Syndrom vyhoření .....	28
3.2 Pomoc zdravotníkům .....	29
4 LEGISLATIVA A PRÁVNÍ NORMY .....	31
4.1 Možnosti vzdělávání zdravotníků .....	31
4.1.1 Inovační kurzy a stáže .....	32
4.1.2 Semináře, školicí akce, symposia .....	32
4.1.3 Publikační, pedagogická a výzkumná činnost .....	33
4.1.4 Další způsoby celoživotního vzdělávání .....	33
4.2 Hospitalizace bez souhlasu pacienta .....	34
PRAKTICKÁ ČÁST .....	35
5 FORMULACE PROBLÉMU .....	35
6 CÍL A ÚKOLY PRÁCE .....	35
6.1 Hlavní cíl .....	35
6.2 Dílčí cíle .....	36
7 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY .....	37
7.1 Charakteristika sledovaného souboru .....	37
8 METODIKA PRÁCE .....	38
8.1 Organizace výzkumu .....	38

8.2 Zpracování dat .....	38
9 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	39
DISKUZE.....	58
ZÁVĚR .....	62
SEZNAM LITERATURY .....	64
SEZNAM PŘÍLOH.....	67
PŘÍLOHY.....	68
Příloha A – Žádost o provedení výzkumu .....	68
Příloha B – Výzkumný dotazník.....	69

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Celkový počet dotazníků.....	39
Tabulka 2: Pohlaví respondentů.....	40
Tabulka 3: Věk respondentů.....	41
Tabulka 4: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů .....	42
Tabulka 5: Práce s psychicky nemocnými pacienty .....	43
Tabulka 6: Kontakt s agresivními pacienty .....	44
Tabulka 7: Převažující typ agrese .....	45
Tabulka 8: Strach z kontaktu s agresivním pacientem .....	46
Tabulka 9: Hlavní důvod obav .....	47
Tabulka 10: Přání pomoci .....	48
Tabulka 11: Napadení během výkonu povolání .....	49
Tabulka 12: Nejčastěji používaný omezovací prostředek.....	50
Tabulka 13: Znalost směrnic .....	51
Tabulka 14: Kde získáváte potřebné informace? .....	52
Tabulka 15: Lze zvládnout správnou verbální komunikací agresivní pacient? .....	53
Tabulka 16: Je nutné si udržovat odstup? .....	54
Tabulka 17: Jakou vzdálenost je nutné si dodržovat od agresivního pacienta? ....	55
Tabulka 18: Zásah práce do osobního života.....	56
Tabulka 19: Jak vám práce poznamenala osobní život? .....	57

## **SEZNAM ZKRATEK**

ČLS JEP ..... Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

SZP ..... Střední zdravotnický pracovník

PN ..... Psychiatrická nemocnice

## ÚVOD

Agresivní chování ze strany pacienta se ve zdravotnických prostředí objevuje čím dál častěji. Proto je práce zdravotnického personálu velmi náročná a všichni by měli být na kontakt s agresivním pacientem připraveni. Ale otázkou je, zdali lze agresivitu u pacientů předpovídat, či jí například zabránit vhodnou komunikací a správným chováním. Dle statistik stále přibývá konfliktů mezi pacienty a zdravotnickým personálem, a tudíž i stoupá riziko napadení ošetrovatelského personálu, ať už verbálně či brachiálně.

Od toho se odvíjí hlavní cíl bakalářské práce, a to zjistit, zdali má zdravotnický personál pracující na psychiatrických odděleních dostatek nejen teoretických vědomostí, ale i zkušeností při kontaktu s agresivním pacientem. Bakalářská práce na téma Ošetrovatelská péče o agresivního pacienta je rozdělena na dvě části, a to teoretickou a praktickou. Teoretická část je rozdělena do tří hlavních kapitol. V první se pokusím vysvětlit základní pojmy, informovat o příčinách, projevech, ale i typech agrese a jejich spouštěcích. V druhé kapitole je popsána ošetrovatelská péče, která zahrnuje nejen přístup k agresivním pacientům, ale i zásady správné komunikace všeobecných sester s agresivními pacienty. Součástí je zde i podkapitola o omezovacích prostředcích, kterým se bohužel ne vždy dá vyhnout. Poslední kapitola teoretické části nastíní legislativu a právní normy ve zdravotnictví, které se této problematice věnují. Popisují zde i stres, který se na zdravotnících, kteří jsou často v kontaktu s agresivními pacienty, může projevit.

V praktické části bakalářské práce jsem zvolila kvantitativní výzkum, který probíhal na základě dotazníkového šetření. Dotazníky byly rozdány na různých odděleních v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech. Snažila jsem se pomocí nich zodpovědět na mnou již zmiňovaný hlavní cíl, či na ostatní dílčí cíle. Jsou zaměřeny na to, zda mají zdravotníci dostatečné teoretické znalosti v problematice týkající se kontaktu s agresivním pacientem a umí je využívat v praxi. Ale i na jejich obavy a respekt z agresivních pacientů či na rozsah a četnost setkávání s takovými pacienty. O náročnosti řešení některých atak není pochyb. Důležité je vědět, že zdravotníci mohou svým správným a profesionálním přístupem v danou chvíli pomoci

ochránit nejen ostatní členy ošetrovatelského týmu, ale i jiné pacienty a samotného agresora.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 AGRESE

Agrese pochází z latinského ad-gredior, což v překladu znamená přistoupit blízko, napadnout. Každý autor definuje agresi jinak (např. Harsa et al., 2012, s. 15) říká, že je chápána jako „*jakákoliv forma chování, jejímž cílem je záměrně někoho poškodit nebo mu ublížit. Agrese nemusí vždy vyjadřovat jenom negativní projev chování. Agresivní postoj může mít i sociálně žádoucí efekt, například v případě překonávání překážek k vytyčenému cíli.*“ Pacienti používají agresi nejen jako obranou reakci, ale současně jako nástroj pro dosažení určitého cíle. (Burda, 2014, s. 7)

Agrese ovšem nemá doposud žádnou obecně přijatelnou definici, ale každou, kterou nalezneme, obsahuje dvě důležité vlastnosti. Agrese je zjevná, tudíž ji můžeme pozorovat, a záměrná, kdy má jasný cíl nebo účel. Jinak řečeno, je to stav mysli u člověka či zvířete v čase, kdy jedná agresivně. K většině poškození dochází neúmyslně, proto je úmysl nedílnou součástí agresivity. Záměr aktéra je zásadním slovním spojením soudní psychologie. Schopnost tvořit záměr, může být ovlivněna několika faktory např. kognitivní poruchou či opilostí. (Látalová, 2013, s. 16)

### 1.1 Obecné příčiny

Náklon k agresi, bývá podmíněn multifaktoriálně, záleží na vrozených dispozicích, získaných zkušenostech i aktuálních podnětech. Všechny uvedené činitele lze hodnotit jako jednotlivé faktory, které negativně ovlivňují riziko agresivní reakce. Lidé mají vrozený předpoklad k agresivnímu chování, který se ovšem napříč rozličností společností liší. Odlišuje se v závislosti na historii a sociokulturní tradici. U agresivity zaznamenáváme poměrně vysokou míru dědičnosti. Sklon k agresi je relativně stabilní znak osobnosti, který může být posilován nepříznivými vlivy prostředí.

Tíhnutí k agresi může ovlivnit obměna v korových i podkorových oblastech a narušení jejich interakce. Pro vznik násilného reagování je podstatná prefrontální kůra a její kontrolní systémy, které regulují dopad podnětů z limbického systému, převážně amygdaly. Určitá oblast prefrontální kůry je klíčová pro sociální orientaci

a regulaci reaktivní agrese. Poškození její funkce se projeví sníženou sebekontrolou a nekorigovaným chováním, počítaje s výbuchy agrese. Zjednodušeně lze říci, že k agresi směřuje narušení koordinace emočního a racionálního hodnocení a s tím související regulace chování.(Vágnerová, 2014, s. 700, 701)

Ukázalo se, že příčinu vzniku agresivního chování může ovlivnit i hladina hormonů např. testosteronu. Výzkum probíhal na věznicích, přičemž ti kteří spáchali násilný trestný čin, měli přirozenou hladinu testosteronu vyšší a porušují více vězeňských předpisů než ti, kteří byli ve věznici za nenásilný trestný čin. Že testosteron agresivitu ovlivňuje, je jasné, ale platí rovněž i opak, že agresivní chování podporuje vyplavování testosteronu. Neměli by být z tohoto pohledu zasaženi agresivním chováním tedy jen muži? Studie Eleonor Maccobyové a Carol Jacklinové dokázaly, že testosteron bývá příčinou fyzické agrese, která se u žen objevuje v menším zastoupení než u mužů. U žen se setkáváme spíše s verbální agresivitou. (Aronson E., Aronson J., 2012, s. 252)

Ve španělské studii se prokázaly jako mnohokrát opakované příčiny agrese vyžadování psychoaktivní látky, pracovní neschopnost a vyžadování diagnostických testů. Zvýšené nebezpečí agrese se zjistilo i u pacientů s chronickou bolestí.(Nešpor, 2012, s. 43)

## **1.2 Dělení a projevy agrese**

Každý obor dělí agresi tak, aby co nejefektivněji vystihovala jejich zaměření a specifika. Zde ji budeme dělit z pohledu psychologie a sociální patologie, kde lze dobře popsat agresivní projevy, se kterými se může zdravotník setkat při výkonu povolání. Jak již bylo výše sděleno, agresivita je útočné jednání. Z hlediska osobnostní charakteristiky je hlavní pro agresivní projevy, jestli převládají introvertní nebo extrovertní sklony. Pro introvertní osobnost je typická vnitřní agrese. Pocity jsou prožívány v nitru, projevem může být sebepoškozování či vnitřní neklid. Na rozdíl od toho, u osoby s extrovertními vlastnostmi, je typická vnější agrese. Prožitky jsou viditelné navenek, dají se snadno identifikovat.

Mezi vnější druh agrese patří extrapunitivní, kdy se člověk snaží hledat vždy chybu na ostatních. Agresivní ataky jsou směřovány na okolí, v kterém člověk vidí i příčinu své frustrace. Občas mají i zkreslený reálný náhled na situaci, při čemž může



dojít k paranoidním prvkům ovlivňující okolí. Intrapunitivní agresivita je opakem. Je typická tím, že člověk hledá chyby v sobě samém. Prožívá pocit selhání a bezmocnosti. V extrémních případech tento druh agresivity může končit sebevraždou. Pokud v krizových situacích pozorujeme vyvrcholení zlosti a hněvu, jedná se o projevy explozivní a implozivní. Explozivní projevy zdravotnický pracovník lehce rozezná. Jsou dobře viditelné, ale i slyšitelné. Pokud se jedná o agresivitu verbální, klade si za cíl urazit, nebo ublížit. Při fyzické agresivitě je zdravotník přímo ohrožen napadením. Naopak agresivitu implozivní nemusí zdravotník na první pohled rozeznat. Pacient bývá až nepřirozeně klidný, apatický a pasivní. Nebezpečné je, že k explozi agrese může dojít, kdy to zdravotník nejméně očekává. Někdy je využíván termín pasivní agrese. Implozivní projevy se nejčastěji vyskytují při izolaci pacienta, nezájmem o rozhovor, zvýšenou únavou až sebetrápením.

Nejčastěji se setkáme s dělením agrese na brachiální a verbální. Brachiální agrese je velmi vážná a pro zdravotnický personál nebezpečná. Ne vždy se musí jednat o útok pažemi, proto by byl přesnější název fyzická agrese. Z praktické zkušenosti vyplývá, že častěji přichází útok dolními končetinami pacienta nebo rukou, nikoliv celou paží. Tato agrese může být použita jak proti předmětům, tak i proti lidem, tu pak nazýváme heteroagrese. Pokud útočí proti sobě samému, jedná se o autoagresi. Cílem této agrese může být zastrašování, obrana či získání výhod pro sebe. S hostilními projevy většinou souvisí verbální agrese. Pacient buď sestře přímo vynadá, nebo nepřímo píše dopisy či telefonuje.

Podle společenské nebezpečnosti můžeme typy agrese dále dělit na zlostnou, instrumentální a spontánní. Pro zlostnou agresivitu je typické, že je ohraničena poměrně krátkým časem a není nástrojem pro dosažení cíle. Jedná se o momentální, zkratkovité a nepromyšlené jednání. Instrumentální agresivita, je určitým nástrojem pro dosažení cíle. Nejedná se o primární jednání. Je plánovaná a pacient mívá připraven nějaký scénář s různými alternativami. Zcela odlišným a zvláštním typem je agresivita spontánní. Stává se přirozenou a člověku přináší určité uspokojení. Tato agresivita je dříve nepromyšlená, člověk ji má v sobě zakořeněnou a může se projevit v již raném dětství.

Dále dělíme agresi z pohledů různých autorů na emocionální, sexuální, rodičovskou, agrese jako obrana teritoria a tak dále.(Burda, 2014, s. 14-16)

### 1.3 Nejčastější spouštěče

Předpisy na agresivní chování často zmiňují nějaký typ nepříjemného zážitku. Může se jednat o závažnou bolest, nepříjemné horko, chlad, duševní chorobu, nemoc, fyzickou nepohodu, hlad či žízeň, ale třeba i negativní zážitek z přelidněného davu, z dopravní situace či neshody v zaměstnání. Spouštěčů může být neespočet a vždy se odvíjí od jedince samotného s jeho individuálních odlišností.

Vědecký pracovník Nathan Azrin (1967) zkoumal působení bolesti prvotně na zvířatech, přičemž jim byli do těl vysílány elektrické šoky a pozoroval reakce. Čím silnější šok a tím pádem i bolest byl utrpen, tím násilnější byl následný útok. Tento experiment byl prováděn na dlouhém seznamu živočišných druhů. Žádný z nich si dlouhodobě nevybíral cíl svého útoku, napadali jedince svého vlastního druhu, ale i ostatní druhy či předměty, které byly poblíž. Byl měněn i zdroj bolesti, ovšem reakce byla vždy podobná. U lidí to není jinak. Bolest zvyšuje agresivitu. Mnoho z nás si vybaví reakci poté, co si například nakopli palec u nohy.

Po celá staletí se pozoruje vliv klimatu na lidstvo. Klima však zůstává poměrně stálé, zatímco kulturní život se mění v čase. Proto má klimatická teorie kultury jen nejasnou a omezenou platnost. Nicméně klimatické změny mohou ovlivnit chování jedince. Mezi nejprozkoumanější klimatické dráždidlo patří horko. Některé lidi podněcuje k agresivnějšímu projevu, únavě a také k odplatě jako reakci na napadení nebo zranění. Ačkoliv se výsledky většiny studií jeví jako průkazné, souvztažnost mezi teplotou a agresí nedokazují. Lidé během horkých dnů bývají vznětlivější, rozčilení a mívají negativní pocity. K vzniku agrese ovšem mohou působit současně i další faktory.

Agresivitu zvláště vyvolá, jsme-li napadeni nebo neprávem osočeni. Je dokázán fakt, že záměrné napadení plodí odvetný útok. Mezi další spouštěče může patřit vzrušení. Frustrující nebo ponižující situace vzrušení zvyšuje. Když se tak stane, vzrušení společně s negativními myšlenkami a pocity, mohou vytvořit ideální situaci pro vznik agresivního chování. (Myers, 2016, s. 326-329)

## 2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O AGRESIVNÍHO PACIENTA

Ošetrovatelská péče o agresivního pacienta si klade dva cíle. Jako krátkodobý je, že pacient nebude pociťovat psychickou nepohodu, do které zahrnujeme například podrážděnost či nervozitu. Bude schopen objektivně zhodnotit situaci, bez projevů verbální či brachiální agrese. U dlouhodobého cíle se snažíme o to, aby pacient byl schopen rozeznávat negativní chování a jeho důsledky. Bude schopen se vyhnout, odklonit a zvládnout projevy agrese vůči jiným osobám a věcem. Plán ošetrovatelské péče zahrnuje zajištění bezpečnosti agresora i napadené strany, podporu k verbalizaci vzteku, zhodnocení somatického stavu, informování lékaře a splnění jeho ordinací, zajištění možnosti odpočinku na klidném místě, sledování efektu podané medikace a chování pacienta, být mu nablízku a srozumitelně s ním komunikovat, provést záznamy do dokumentace a vyplnit formulář o hlášení mimořádné situace na oddělení.

Je nezbytné pacienta kontinuálně podporovat během jeho pobytu k aktivnímu přístupu k léčbě a zdůrazňovat výhody. Důležité je rovněž získat pacientovu důvěru a v rámci potřeby mu být na blízku. Edukace je také zaměřena na oblast péče o zdraví po propuštění a podporu k volbě vhodného doléčení buď v komunitě, nebo v doléčovacích zařízeních. Na těchto aktivitách se podílí celý tým složený z lékaře, psychologů, sociálních pracovníků i ošetřujících sester. (Trefná, 2011, s. 78, 79)

I u agresivních pacientů musí být zajištěna kompletní ošetrovatelská péče (zajištění dostatečné hydratace a příjmu potravy, sledování vylučování, celková hygiena, úprava lůžka, ale i rehabilitační péče apod.). Spadá sem i podání medikace či plnění ordinací lékaře. Vše musí být zaznamenáváno do ošetrovatelské dokumentace pacienta. Pokud jsou u pacienta použity omezovací prostředky, musí mu být věnována zvláštní pozornost. Mluvíme zde o pravidelné kontrole fyziologických funkcí, prevenci dekubitů, nebo například kontrole prokrvení fixovaných končetin. Snaha personálu by měla směřovat k zachování kvalitního terapeutického vztahu s pacientem. Personál uzavřených, příjmových a neklidových oddělení, by měl být pravidelně proškolen v práci o nemocného v omezení. Doporučuje se alespoň jednou ročně. (Dušek a kol., 2015, s. 561, 562)

## **2.1 Přístup a jeho specifika k agresivnímu pacientu**

Eliminace a korekce příčiny je v léčbě agrese prioritní, samozřejmě tam kde je to možné. Jde o řadu položek, které můžou výrazně ovlivnit rozvoj a průběh agrese. Počítáme mezi ně - sledování pacienta a jeho bezpečnost, péče o vnitřní prostředí (výživa a hydratace), zajištění vitálních funkcí, prevence retence moči a stolice, léčba bolesti, úzkosti, deprese, mobilizace, stabilizace chronických onemocnění a optimalizace farmakoterapie.

Prostředí, ve kterém se pacient vyskytuje, musí být především bezpečné a mělo by přispívat k jeho zklidnění. Ideální je jednolůžkový pokoj, popřípadě pokoj se dvěma lůžky v dostatečné vzdálenosti od sebe, bez zbytečných předmětů v okolí. Na pokojích by měly probíhat časté kontroly, proto je mírné noční osvětlení žádoucí. Snaha o minimalizaci hluku z okolí. Podpora návštěv, adekvátně ke stavu pacienta. S pacienty mluvíme jednoduše a srozumitelně, snažíme se je zklidnit, navodit pocit bezpečí. Při přidruženém psychiatrickém onemocnění nevyvracíme případné bludy a halucinace (prevence agrese a úzkosti). Pouze v krajních situacích saháme po restriktivních opatření pro zajištění bezpečí pacienta i jeho okolí. Používáme je jen po dobu nezbytně nutnou a za nepřetržitého dohledu. Potencionálně stresující okolnosti minimalizujeme farmakologicky např. bolest či úzkost.(Ševčík, Matějovič, 2014, s. 1144)

## **2.2 Zásady komunikace**

Zdravotnický personál pracující s neklidnými až agresivními pacienty by měl znát a ovládat techniky deescalace. Velmi zásadní je vlastní klidné chování, klidný tón hlasu, plynulá komunikace a uvolněný postoj. Je třeba dávat jednoduché rozkazy s jasně formulovaným vyjádřením, tak aby byl pacient schopen vše v dané chvíli správně pochopit. Nikdy by zdravotnický personál neměl v konverzaci reagovat útoky či projevovat odpor. To ovšem neznamená vše pacientovi odsouhlasit, pouze najít a zvolit vhodné formulace. Snažíme se vyhnout slovním spojením, kterým pacient nerozumí, v první řadě nepoužíváme odborné termíny a zdravotnický slang.

Obsah verbální komunikace a projevy neverbální komunikace musí být v souladu, jinak by projev nebyl důvěryhodný. Mezi součástí neverbální komunikace

řadíme mimiku - pohyby obličeje, výraz; gestiku - pohyby rukou; haptiku - dotyky a proxemiku – přiblížení a oddálení se kterým může souviset i tzv. intimní zóna, jejíž prolomení může vnímat každý pacient jako ohrožení.

Mezi další zásady patří nezůstávat s potencionálně agresivním pacientem o samotě. Mít vždy možnost stlačit nouzové tlačítko a mít volnou a předem promyšlenou únikovou cestu. Odstranit z okolí pacienta všechny nebezpečné předměty a udržovat bezpečnou vzdálenost. Hovořit klidným, jasným hlasem a snažit se podávat stručné informace pro pacienta srozumitelným jazykem. Kontrolovat vlastní postoj a gesta, kdy by postoj neměl být ani agresivní ani obranný. Nereagovat na slovní útoky a nikdy nejít do konfrontace s pacientem.

Správně používaná komunikace může výrazně snížit riziko eskalace napětí, až do vyjádření fyzické agrese, ale nezamezí agresi vždy. V případě že psychologické prostředky jsou nedostačující, nastává volba mezi fyzickým omezením a farmakoterapií. (Šeblová, Knor, 2013, s. 373)

### **2.3 Prevence a terapie agrese**

Terapie sklonu k agresivnímu chování je poměrně velmi náročná a ne vždy je efektivní. Proto se zdá účinnější samotná prevence, zejména zaměřená na modifikaci postojů široké veřejnosti.

Postoj společnosti udává míru obecné tolerance k agresivním projevům. Posun hranic společnosti je z určité části ovlivnitelný působením médií na danou společnost. Různé skupiny, zvláště pokud mají určitou autoritu, mohou postoje k agresi ovlivňovat. Veřejná propagace určitého způsobu chování nikdy není tak účinná jako reálný vzor. Velice diskutovaný je význam trestu, jako prevence agresivního chování. Trest zapůsobí pouze v některých případech. Většinou u impulzivní agresivity, spojené se silným afektem, nemá úvaha o možném trestu žádný vliv. Setkáme se s argumenty, které zpochybňují význam trestu nebo jeho způsob. Nejsou spokojeni s tím, jak je trest vykonáván a že ho lze vnímat i jako násilný akt, donucující agresora k jeho přijetí. Na opačné straně lze jen těžko přepokládat, že by u určitých lidí byl zcela nenásilný způsob účinný.

Medikamentózní terapie, která je zaměřená na redukci pohotovosti k agresivním projevům, je obvykle využívána jako součást celkové psychiatrické léčby. Ve většině případů je dostačující léčba základního onemocnění a zmírní se i tyto potíže. (Vágnerová, 2012, s. 777, 778)

Cílem farmakologické intervence je zvládnutí akutního neklidu, agresivního chování a snížení možnosti sebepoškozování. Současně s tím i zkracujeme dobu nutnosti použití omezovacích prostředků. Po podání farmak vyžadujeme rychlý nástup účinku a přivodění mírné sedace. Po zklidnění pacienta nacházíme prostor pro určení diagnózy a provedení terapeutických intervencí. Při farmakoterapii preferujeme podání léků per os, což ovšem nebývá u agresivních pacientů při příjmu možné. Poté volíme způsob podání intramuskulárně nebo intravenózně. Při léčbě neklidu farmaky jsou vhodné benzodiazepiny, klasická i atypická antipsychotika i antihistaminika např. Promethazin. Měla by být upřednostněna farmaka s rychlým nástupem účinku a krátkou dobou působení. U agresivních pacientů bývá výběr psychofarmak omezen na ta, která jdou použít i pro parenterální aplikaci. Obecně je dáno, že antipsychotika druhé generace, dostupné v parenterální formě, mají rychlejší nástup účinku, kratší poločas a méně nežádoucích účinků než klasická antipsychotika. Podle aktuální psychiatrické symptomatiky musíme volit farmaka. U úzkostných pacientů preferujeme benzodiazepiny, u agitované deprese nevolíme incizivní a depresogenní antipsychotika. Těžká volba nastává u neklidných pacientů, kde máme podezření na intoxikaci. V této situaci jsou téměř všechna psychofarmaka kontraindikována. Pokud jen fyzické omezení pohybu nepostačí, je indikován Haloperidol ke zvládnutí neklidu, který má méně sedativní účinky než ostatní psychofarmaka. ([on line]; Hanušková, 2008, s. 168)

Léčba agresivity je nedílnou součástí ovlivnění nežádoucího způsobu chování a reagování, i když její efektivita nebývá tak dostačující, jak by bylo zapotřebí. Psychoterapeutické působení se zaměřuje na to, aby pacient pochopil své vlastní chování a osvojil si způsoby zvládnání agresivních impulzů. Pacient musí získat náhled na své chování, jež může vyvolat určité reakce okolí a pochopení jejich příčin pomůže zmírnit mnohé problémy. Velmi důležitá je při léčbě kontrola a regulace agrese. V mnoha případech lze pacienta naučit, jak své reakce tlumit a ovládat. K regulaci agresivního chování jsou využívány různé metody např. emoční katarze,

kognitivní techniky kontroly agrese nebo obecněji zaměřený trénink sociálních dovedností.

Socioterapie pomáhá k resocializaci jedinců, jejichž naučené způsoby chování, v tomto případě agresivního, nejsou obecně přijatelné a odvrací jejich zařazení do společnosti. Je třeba pacienty naučit, jak se mají v krizových situacích chovat, jak řešit své problémy, nebo na koho se obrátit při potřebě pomoci apod. Socioterapie se zaměřuje i na úpravu sociálního prostředí, v němž agresor žije, respektive, do kterého se má vrátit.

Za určitých okolností, například v prostředí různých institucí, je riziko agresivních projevů zvýšené také proto, že toto prostředí působí různými zatěžujícími podněty. Jedná se o omezení soukromí, rušivý pohyb většího množství lidí na malém prostoru po dlouhou dobu. Bez možnosti toto prostředí opustit. Význam má i skutečnost, že agresivní lidé nejsou vždy standartními osobnostmi a jejich adaptační kompetence jsou často sníženy. Pokud by šla míra rušivých elementů minimalizovat, pravděpodobně by se snížila i četnost agresivních reakcí. (Vágnerová, 2012, s. 777, 778)

## **2.4 Omezovací prostředky**

Používají se k omezení volného pohybu pacienta a ve zdravotnických zařízeních je lze uplatnit. Omezovací prostředky lze použít pouze pokud, je jejich účelem odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví, nebo bezpečnosti pacienta či ostatních osob. Mohou se aplikovat pouze po dobu, po kterou je nutné jejich použití. Dále se mohou používat poté, když byl neúspěšně použit mírnější postup, ovšem snažit se zvolit nejméně omezující prostředek, odpovídající účelu jeho použití. Poskytovatel má povinnost zajistit, aby pacient, u kterého je omezovací prostředek použit, s ohledem na jeho zdravotní stav, byl srozumitelně informován o prostředcích použitých a jejich důležitosti. U nezletilých pacientů musí být informován zákonný zástupce či opatrovník, což poté musí být zaznamenáno i ve zdravotnické dokumentaci. Po dobu používání omezovacích prostředků, musí být pacient pod kontrolou zdravotnického personálu. Použití těchto prostředků indikuje lékař, pouze ve výjimečných situacích, kdy není možný odklad, indikuje i jiný zdravotnický pra-

covník, který je přítomen. Lékař ovšem musí být o použití prostředků okamžitě informován a musí potvrdit samotné omezení a jeho odůvodněnost. Každé použití, včetně důvodu, musí být zaevidováno do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi. Použití omezovacích prostředků se zaznamenává i do centrální evidence, ve které nalezneme souhrnné údaje o počtech použití omezovacích prostředků za kalendářní rok. (Mach, 2018, s. 173-175)

Použití restriktivních pomůcek je standardizováno podle navržených postupů léčby Psychiatrické společnosti ČLS JEP, čili ve všech zařízeních se řídí stejnými pravidly a platí pro všechny typy agrese a neklidu. Zásady zvládnutí pacientů projevujících neklid či agresi, musí mít každé zařízení vypracováno v písemné podobě. Omezovací prostředky musí být používány co nejméně a pouze na nezbytnou dobu, do ukončení aktuálního ohrožujícího jednání pacienta. Fyzické omezovací prostředky je možné použít jen u pacientů hospitalizovaných v zařízení bez jejich souhlasu. Použití omezovacích prostředků bez souhlasu pacienta, který je hospitalizován dobrovolně, je nutné oznámit soudu. Vždy by měla být pacientovi prvně nabídnuta možnost nechat se omezit dobrovolně bez fyzického nátlaku, pokud to tedy jeho zdravotní stav dovoluje. Je také nutné s pacientem projednat důvody, povahu a délku trvání omezovacích prostředků. Pokud to nedovoluje aktuální zdravotní stav pacienta, je nutné to udělat dodatečně.

Pro rychlost zákroku a bezpečí pacienta je důležité zajistit dostatečné množství personálu. Každé oddělení musí mít vypracovaný postup, kterým lze zajistit v co nejkratším čase odpovídající počet personálu, pro zvládnutí neklidu ohrožujícího pacienta, nebo jeho okolí. Pokud je při manipulaci s agresivním pacientem nutný fyzický nátlak, je třeba, aby se ošetřovatelský personál vyvaroval používání bolestivých hmatů a jiných neprofesionálních postupů. Ideální zásah je tehdy, pokud je na každou končetinu k dispozici jedna osoba. (Dušek a kol., 2015, s. 560)

#### **2.4.1 Druhy omezovacích prostředků**

Mezi omezovací prostředky můžeme zahrnout úchop pacienta zdravotnickými pracovníky, nebo jinými osobami k tomu určenými zaměstnavatelem. Omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty. Umístění pacienta do místnosti ur-



čené k bezpečnému pohybu. Ochranný kabátek nebo vesta zamezující pohybu horních končetin pacienta. Psychofarmaka, popřípadě jiné léčivé přípravky podávané parenterálně, které jsou vhodné k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb, pokud se nejedná o léčbu na žádost pacienta, nebo soustavou léčby psychiatrické poruchy. Může být použita i kombinace již zmíněných omezovacích prostředků. Jiné prostředky k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotnické péče použít nelze.

Omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty je někdy nezbytné, především pro osobní bezpečnost pacienta za situace, kdy nekontroluje své jednání a nenechá se ošetřit. Jejich nepoužití může být později bráno za hrubé odborné pochybení lékařské péče, pokud by jejich použití bylo indikováno, ale nedošlo k němu. Dříve bylo možné uložit pacienta do síťového lůžka, ale stávalo se to předmětem mediální kritiky i veřejných diskuzí. Zákon tento způsob omezení pohybu pacienta již zakázal.

Použití psychofarmak či jiných látek vhodných k omezení pacienta při poskytování zdravotní péče je třeba vždy zdůvodnit a předepsat je musí vždy lékař. (Mach, 2018, s. 173-175)

Při akutní atace má být pacient co nejrychleji šetrně položen na zem na záda. Jedna osoba by měla mít volné ruce, pro případnou aplikaci psychofarmak a zároveň kontrolovat, zda pacient volně dýchá. Při ústupu akutního neklidu je třeba omezení uvolnit v co nejkratším čase. Hovoříme o tzv. manuální fixaci, tedy způsobu zadržení a omezení pacienta ošetřujícím personálem v počtu 3-5 vyškolených pracovníků s cílem pacienta znehybnit a případně podat nedobrovolnou medikaci. Omezení by mělo být vždy aplikováno s ohledem na důstojnost pacienta a co nejšetrněji. Pacienta v omezení je ideální umístit mimo dosah ostatních pacientů, samozřejmě v rámci možností zdravotnického zařízení. Mezi další již zmíněné opatření patří uložení do speciální izolační místnosti. Používá se při nevhodném chování pacienta, který výrazně obtěžuje okolí, projevech pacienta, které výrazně snižují jeho důstojnost, při projevech ohrožujících zdraví pacienta, při závažném psychomotorickém neklidu, při nedodržování hygienických norem a režimu, u infekčních či parazitárních onemocnění pacienta, eventuálně v odůvodněných případech, může

být poskytnuta i na vlastní žádost. Indikací pro opatření jsou opakované či dlouhodobé, farmakologicky neovlivnitelné, nebo nedostatečně ovlivnitelné projevy psychomotorického neklidu. Nemocní nemají kontrolu nad svým jednáním, které vede k vlastnímu ohrožení nebo k ohrožení jiných věcí, osob.(Dušek a kol., 2015, s. 561)

#### **2.4.2 Dokumentace při fyzickém omezení pacienta**

V dokumentaci musí být vše zaznamenáno konkrétně a přesně podle skutečnosti. Musí být proveden zápis o důvodu použití pomůcek a stavu pacienta. Nejčastěji se jedná o bezprostřední chování, které ohrožuje pacienta, nebo jeho okolí. Zdravotnický personál by se měl pozastavit i nad okolnostmi vzniku agresivního chování. Ve skutečnosti může agresivita pramenit z pacientovy úzkosti, kdy se cítí být ohrožen. Těmto stavům se snažíme předejít např. příjemným prostředím, dostatečným počtem personálu, nekonfrontačním přístupem apod.

Zápisy v dokumentaci musí být srozumitelné a popisné. Dále musí být zaznamenán čas od počátku omezení a čas ukončení, vždy spolu s popisem stavu pacienta. Mezi další náležitosti dokumentace v případě omezení náleží rozhodnutí o ošetřovatelském procesu, ordinace lékaře, při čemž pod každým záznamem nesmí chybět podpis. Zdravotnický personál zapisuje výsledky průběžného sledování se zhodnocením stavu pacienta, včetně popsání důvodů k pokračování či ukončení fyzického omezení. Provádí se i zápis o ordinované medikaci, druhu léku, dále zápis o ošetřovatelské intervenci (hygiena, vyprazdňování aj.), návštěvy u pacienta. Nutnou součástí dokumentace je záznam o edukaci pacienta před, v průběhu, nebo po ukončení opatření. Frekvence zápisů, jejich účel a předmět kontrol přímo u pacienta je stanoven lékařem nebo vnitřním předpisem oddělení. Každý zápis v dokumentaci musí obsahovat datum, čas a podpis osoby, která záznam provedla.

O ukončení omezení rozhoduje lékař nebo SZP, který lékaře bezprostředně informuje po ukončení aplikace. Pacienta se doporučuje i po ukončení omezení nadále sledovat, aby nedošlo k zanedbání případně komplikaci psychického či somatického rázu, vyplývajících z předchozího omezení.(Dušek a kol., 2015, s. 561)

## 3 ZDRAVOTNÍK JAKO ČLOVĚK

### 3.1 Stres zdravotnického personálu

Stres je v některých případech definován jako zatížení stavu organismu, ke kterému může docházet vlivem různých stresorů. „*Stresory spouštějí stresovou reakci, která organismus přivádí do stavu pohotovosti a připravenosti k „boji“, nebo k „útěku“.* Pokud tato řešení nejsou úspěšná, dostává se organismus do stavu útlumu a rezignace (deprese). Důležitou úlohou stresu je chránit náš organismus před nebezpečím tím, že nás stres na nebezpečí přímo upozorňuje a že naše tělo přiměje k pohotovosti („poplachová reakce“), ve které ho udržuje, dokud nebezpečí nepominе. Stresová reakce vyvolá neklid, napětí a mobilizuje energii potřebnou pro rychlou soustředěnou akci. Dochází k výlevu adrenalinu a noradrenalinu a je aktivován sympatikus, což se projeví zúžením cév (aby tělo při zranění nekrvácelo), zrychlením dechu a tepu srdce, zvýšením krevního zásobení a napětí kosterního svalstva, snížením napětí hladkého svalstva trávicího traktu, rozšířením zornic, odkrvením prstů, objeví se „husí kůže.“ (Pešek, 2016, s. 12) Stresová reakce je značně funkční, když začneme hovořit o ochraně života v nebezpečí. K tomu ale naštěstí, dochází jen výjimečně. V dnešní době se setkáváme se stresory, které mají spíše charakter psychologického ohrožení, na které ovšem organismus může reagovat stejným způsobem jako na fyzickou hrozbu. Při často prožívaném, opakovaném stresu dochází k dlouhodobému přetěžování lidského organismu. U citlivějších osob poté k rozvoji psychických, psychosomatických a jiných civilizačních chorob.

Stres můžeme dělit na eustres a distres. K eustresu nás vedou příjemné události jako např. nadbytek práce, který nás ovšem baví a naplňuje, narození dítěte, výhra v loterii atd. Jedná se o události, které jsou zpravidla spojovány s vyšším nabuzením, a v psychické rovině si je vysvětlujeme vesměs pozitivně s následným pocitem pozitivních emocí. K distresu nás přivádějí události, které nemáme plně pod kontrolou, vyjímají se normálu, jako jsou konflikty s kolegy, přetížení v práci, či propuštění ze zaměstnání. Při těchto situacích nám v hlavě automaticky naskakují záporné myšlenky a tyto události hodnotíme negativně. Je s nimi spojeno prožívání hlavně negativních emocí (zlost, strach, úzkost, křivda atd.). Při některých událostech můžeme eustres a distres prožívat zároveň a naše emoce jsou smíšené.

Přiměřený stres, který zvládneme mít pod kontrolou, je pro nás velmi důležitý. Stimuluje naše tělo a mysl a vede k pocitům blaženosti a ke zvyšování výkonu. Problém nastane tehdy, když se začnou objevovat extrémy. Pokud je vystavení stresu po delší dobu nízké, může se objevit tzv. syndrom boreout, česky řečeno syndrom znužení. Na druhé straně, pokud je stres dlouhodobý a intenzivní, může se rozvinout syndrom z přetížení, tady burnout syndrom, neboli syndrom vyhoření. (Pešek, 2016, s. 12, 13)

### **3.1.1 Syndrom vyhoření**

Jedná se o soubor příznaků emočního vyčerpání a psychického vyhoření. Typická je směs lehké únavy, podrážděnosti a nedocení. Snižuje se výrazně tzv. frustrační tolerance. To, co jsme dříve brali jako běžné, nás nyní může velmi rozčilovat. Většinou se syndrom projeví i na zdraví postiženého. Lze čekat žaludeční nevolnosti, bolesti hlavy, zad, kloubů atd. Jedná se o plíživé psychické vyčerpání, které souvisí s dlouhodobým působením stresujících podnětů. Je velmi obtížné si pro člověka s chronickým vyčerpáním přiznat své obtíže, ať už sobě či okolí. Snaží se zakrývat i sami před sebou strach, úzkost, únavu, nervozitu, slabost, vnitřní neklid, poruchy koncentrace, poruchy spánku atd.

Syndrom vyhoření je stav vyčerpání, citového oploštění a komplexní ztráta důvěry ve smyslu osobní angažovanosti. Vyčerpání z každodenní opakující se rutiny, také únava z rozporu mezi odpovědností a malými pravomocemi. Mluvíme o stavu, kdy dojde k úplnému vyplenění energetických zdrojů intenzivně pracujícího člověka. Může se projevit jak v zaměstnání tak také v rodině, nebo velmi často tam, kde se obě zmíněné sféry navzájem prolínají. Objevuje se pocit ztráty, obrazně vyhoření vlastní schopnosti prožívat radost z práce a uspokojení. Nejčastěji se syndrom vyhoření vyskytuje u osob pracujících s lidmi a u těch, kteří v práci hledají hlavní smysl života. Mezi typické příznaky bychom mohli zařadit úzkosti a deprese, zapomínání, obtížné soustředění na práci, poruchy spánku spojené s ranní nechutí vstávat, únava, úplné vymizení snahy, snížení sebedůvěry, pokles výkonu, tělesné potíže, nespokojenost se sebou i okolím a únikové pokusy s rozlady (alkohol, tabák, káva atd.). Syndrom vyhoření obsahuje ztrátu profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí, nejčastěji obsahuje ztrátu činnosti a smyslu práce, projevuje se pocity hořkosti a zklamání při hodnocení minulosti. Postižený se spokojí s každodenním

stereotypem a ztrácí jakýkoliv zájem. Nevidí žádný důvod v osobním růstu či dalším vzdělávání, snaží se pouze přežít a nemít problémy. Obvykle bývá postižený zasažen i tzv. profesní slepotou, to znamená, že nevidí nedostatky ani u sebe a ani na pracovišti. Nezájem o interiér, ve kterém pracuje, je naprosto typický. (Novák, 2011, s. 14-16)

Syndrom vyhoření můžeme rozdělit do pěti fází. První je nadšení, kdy si pracovník vytvoří vysoké ideály, pracuje ze všech svých sil a je do všeho velmi angažovaný. Následující fází, je fáze stagnace. Kdy se vytvořené ideály nedaří pracovníkovi zrealizovat a tak se pomalu mění jejich zaměření. Požadavky pacientů, jejich příbuzných či zaměstnanců, začínají pracovníka obtěžovat. Třetí fází je frustrace. Kdy zdravotník vnímá pacienta negativně a pracoviště na kterém pracuje, pro něj představuje velké zklamání. Předposlední, čtvrtou fází je apatie. Na pracovišti mezi pracovníkem a pacientem vládne nepřátelství. Součástí je i vyhýbání se odborným rozhovorům s kolegy. A poslední pátou fází je syndrom vyhoření, kdy pracovník došel do stádia úplného vyčerpání. Vyhýbá se pracovním požadavkům, ztratil smysl práce, je odosobnělý a cynický.

Tento syndrom je velmi zákeřný svou plíživostí, a špatnou rozpoznatelností, pro postiženého. Proto je vhodné a důležité všimnout si chování a jednání kolegů a v dané situaci konkrétně pomoci. Důležitá je i prevence vyhoření, do které můžeme zahrnout stanovení priorit, neplýtvání energií, snížení příliš vysokých nároků na sebe i druhé, vyhnout se nadměrné citlivosti k potřebám druhých, doplňovat energii, předcházet komunikačním problémům, využít nabídku pomoci a spousty dalších úkonů. (Zacharová, 2017, s. 66)

### **3.2 Pomoc zdravotníkům**

Důležitou pomůckou v boji proti násilí je generální prevence. Kvalitně využívat možnosti obrany proti násilí a agresivnímu chování pacientů v plné míře, postihovat je v zájmu každého zdravotníka (nejen postiženého). Zdravotníci by měli důsledně trvat na tom, aby každé protiprávní jednání proti jejich cti nebo tělesné integritě bylo náležitě prošetřeno a potrestáno.

Pokud se stal zdravotník obětí násilí, zejména pokud se jedná o vážnější fyzický útok, můžeme uplatnit postup podle zákona 209/1997 Sb., o poskytnutí peněžité pomoci obětem trestné činnosti. Jedná se o jednorázovou peněžitou pomoc, odškodňuje se zpravidla ušlý zisk a výživné. Škodu hradí pachatel, popřípadě jeho pozůstalý. O pomoc je nutno si zažádat do jednoho roku od spáchání trestného činu. Zdravotník musí čin oznámit, vyžádat si lékařské zprávy o vzniklých následcích a podat žádost na Ministerstvo spravedlnosti ČR.([online]; Dostál, 2007)

Mezi další, spíše preventivní opatření, patří bezpečnostní náramky používané na zvláště exponovaných oddělení. Jedná se o malé bezpečnostní zařízení na ruce, které umožní sestřám přivolat rychle a nenápadně pomoc. Po zmáčknutí červeného tlačítka personál vidí, kdo a odkud vyslal nouzový signál. Dalším plusovým bodem je, že přivolání náramkem bude vždy rychlejší než telefonem. Dalším přínosem by bylo zavedení kamerového systému.([online]; Zehl, 2015)

## 4 LEGISLATIVA A PRÁVNÍ NORMY

### 4.1 Možnosti vzdělávání zdravotníků

Celoživotní vzdělávání pracovníků vykonávající činnost ve zdravotnictví je velmi podstatným kritériem pro správný a kvalitní výkon jejich profese. Charakter jejich práce potřebuje seznamování se s nejnovějšími poznatky týkající se jejich oboru působení a také uplatňování těchto znalostí ve vlastní praxi. (Hofštetrová Knotková, 2012, s. 18)

U nelékařských zdravotních povolání zákon požaduje celoživotní vzdělávání s průběžným prohlubováním, obnovováním, zvyšováním a doplňováním informací, dovedností a způsobilosti v daném oboru. Celoživotní vzdělání ovšem nemusí být vždy prohlubováním kvalifikace ve smyslu zákoníku práce, i když tomu tak ve většině případů bude. Účast na celoživotním vzdělávání se za prohlubování kvalifikace považuje za předpokladu, že je v zaměstnavatelovo zájmu. Jedná se o účast ve specializačním vzdělání, v inovačních a certifikovaných kurzech, odborných stážích v akreditovaných zařízeních, odborných konferencích, účast na školících akcích, kongresech nebo sympoziích. Pokud mluvíme o zbývajících formách vzdělávání, tj. samostatné studium odborné literatury, publikační, vědecko-výzkumná činnost a studium navazujících studijních programů, zákon u zdravotnických nelékařských povolání nestanovuje, zda se jedná o prohlubování či zvyšování kvalifikace. Zjistit zda se v konkrétním případě jedná o prohlubování kvalifikace, je nutné vyjít z obecné úpravy zákoníku práce. Zejména u navazujících forem studia se může jednat o zvyšování kvalifikace. Je třeba vždy posuzovat konkrétní okolnosti, např. zda bylo studium nařízeno zaměstnavatelem, obsah studijního programu ve vztahu k vykonávané práci ujednané v pracovní smlouvě či zda je nezbytným požadavkem pro výkon práce sjednané v pracovní smlouvě.

Jelikož je přesně daná zákonná úprava není problém určit, které vzdělávací akce se považují za certifikované kurzy a specializační vzdělávání. Jsou to ty vzdělávací akce, které mají akreditaci Ministerstva zdravotnictví. Jejich dokončením se získává určený počet kreditů, nikoli vyhláškou o kreditním systému, jako u ostatních forem vzdělávání. Účast na akcích celoživotního vzdělávání se zaznamenává buď

do průkazu odbornosti, nebo je možné vystavit samostatné potvrzení o účasti. (Brůha, 2011, s. 117-119, 124)

#### **4.1.1 Inovační kurzy a stáže**

Za inovační kurzy považujeme ty, kterými si má zdravotnický pracovník obnovit dovednosti a znalosti. Pořádají je akreditovaná zařízení pro kvalifikační kurz, obor specializačního vzdělávání nebo certifikovaný kurz v oboru. Spektrum subjektů, které mohou žádat o započitatelné inovační kurzy, bylo v roce 2008 zúženo novelou. Pro realizaci inovačních kurzů ministerstvo nevydává žádné zvláštní oprávnění, ani je nijak neeviduje.

Za stáž se dá považovat jen takový pobyt na akreditovaném pracovišti, jehož cílem je prohloubení dovedností či znalostí (nebavíme se zde o nahrazení chybějícího kmenového zdravotníka), přičemž musí být vedena na jiném pracovišti, nežli je stálé pracoviště zdravotníka a pod odborným dohledem. Zdravotnický pracovník na odborné stáži by měl být zásadně na daném pracovišti jako „nadstav“. Pokud jde o smluvní zajištění, zákony o způsobilosti k výkonu povolání nyní obsahují zvláštní, i když poměrně obecnou úpravu smluvního zajištění stáží dvěma smlouvami, sjednané mezi zaměstnavatelem a jeho školencem, a mezi vysílajícím zaměstnavatelem a akreditovaným pracovištěm. (Brůha, 2011, s. 119, 120)

#### **4.1.2 Semináře, školící akce, symposia**

Za účast na seminářích, konferencích, školících akcích, symposiích a kongresech, přísluší kredity pouze v případě, která stanovuje vyhláška o kreditním systému. Tyto vzdělávací akce jsou velmi vázány na souhlasné stanovisko profesního sdružení. Za školící akci se považuje seminář nebo jiný kurz, jehož průběh musí zahrnovat alespoň čtyři hodiny v jednom dni, jehož program musí mít zaměření v oboru činnosti zdravotnického pracovníka. Pořadatelem může být kdokoliv. Semináře se od jiných vzdělávacích akcí liší teprve od roku 2008, a to tím že mohou být kratší a nemusí mít souhlasné stanovisko profesního sdružení. Souhlasné stanovisko není potřeba u seminářů ani školících akcí, pokud je pořádá akreditované zařízení.



Pro odbornou konferenci, symposium nebo kongres, ze které se získává více kreditů, je souhlasné stanovisko profesního sdružení potřeba vždy. Další podmínkou je požadavek, aby se vzdělávací akce netýkala jen zaměstnanců pořadatelské organizace, na rozdíl od školící akce. Je pak specificky upraven i poster, jímž se rozumí, druh účasti na odborném sdělení obsahujícím tabulky, komentovaná témata, fotografie zveřejněné na tabulích na samotné akci. Mezi více hodnocené kongresy se řadí ty mezinárodní. Vyhláška z roku 2008 upravuje i možnost e-learningového vzdělávání a od roku 2011 je i e-learningový kurz doplněn i do zákona.(Brůha, 2011, s. 120,121)

#### **4.1.3 Publikační, pedagogická a výzkumná činnost**

Publikační činností se rozumí publikování v neperiodických publikacích nebo v periodickém tisku, se zaměřením obsahu na nelékařské zdravotní povolání nebo zdravotní péči obecně a to včetně jejich elektronické podoby. Publikovat lze také v podobě odborné učebnice, monografie, skript nebo odborného výkladového slovníku, učebních pomůcek, abstrakta odborného sdělení uvedeného v mezinárodních oponovaných časopisech, lze i včetně CD-ROMu nebo e-learningového kurzu. Za publikaci se však nepovažují články osobního charakteru, recenze a diskusní příspěvky.

Za pedagogickou činnost můžeme považovat jakoukoliv výuku v rámci specializačního vzdělávání, inovačních a certifikovaných kurzů, v rámci školících stáží nebo kurzů a výuka odborných předmětů všech typů kvalifikačního zdravotnického vzdělávání. Za pedagogickou činnost je nutné považovat i činnost vyjádřenou jinak např. proškolení, vedené odborné praxe, školení. A za vědecko-výzkumnou činnost se považuje účast na výzkumných záměrech nebo projektech, tyto projekty musí být doloženy oponovanou závěrečnou zprávou.(Brůha, 2011, s. 122, 123)

#### **4.1.4 Další způsoby celoživotního vzdělávání**

Za samostatné studium odborné literatury není možné získat kredity a tím se liší od ostatních forem celoživotního vzdělávání. Pokud je samostatné studium literatury pro účely vydání osvědčení, ověřuje ho ministerstvo zdravotnictví v rámci

zkoušky, kterou si ověří danou způsobilost k výkonu povolání bez odborného dohledu.

Definice nástavbových studijních programů se rovněž rozšířila. Pro účely zákona se navazujícím studijním programem o nelékařských zdravotnických povolání nyní rozumí vyšší odborné školy, vysoké školy se zdravotnickým zaměřením, nebo úzce souvisí s odborností zdravotnického pracovníka. Podstatně se tak rozšiřuje spektrum oborů jiného než zdravotnického zaměření např. studium psychologie, sociologie, pedagogiky, za jejichž absolvování mohou získat zdravotničtí pracovníci kredity.(Brůda, 2011, s. 123, 124)

## **4.2 Hospitalizace bez souhlasu pacienta**

Pacienta bez souhlasu lze hospitalizovat, pokud bezprostředně zásadním způsobem ohrožuje sebe nebo své okolí a jeví příznaky duševní poruchy, nebo přímo některou duševní poruchou trpí, nebo je pod vlivem návykové látky. Dále pak pokud nebezpečí pro pacientovo okolí, nebo pacienta samotného nejde odvrátit jinak, nebo pokud pacient potřebuje poskytnutí akutní neodkladné péče a současně neumožňuje, aby byl vysloven jeho souhlas.(Čtvrtlíková a kol., 2019, s. 14)

Lidé zasažení výše již zmiňovanými problémy, si většinou neuvědomují závažnost situace, nejsou k sobě dostatečně kritičtí a cítí se zcela duševně zdraví. Za těchto okolností není pacient schopen dostatečně posoudit nutnost léčení a souhlasit s doporučenými léčebnými metodami. U hospitalizace bez souhlasu pacienta se jedná o závažný zásah do práv pacienta. Proto má zdravotnické zařízení, ve kterém se pacient vyskytuje, do 24 hodin povinnost oznámit soudu nedobrovolné převzetí pacienta. Do sedmi dnů od začátku hospitalizace musí soud rozhodnout, zda k nedobrovolné hospitalizaci došlo v souladu se zákonem. A v následujících týdnech, v rozmezí do tří měsíců, rozhodne na základě znaleckého posudku o tom, zda je ve zdravotnickém zařízení držení pacienta přípustné a popřípadě na jak dlouhou dobu. Po celou dobu průběhu řízení, kdy soud probírá otázku, zdali je hospitalizace bez souhlasu pacienta v souladu se zákonem, musí být pacient zastoupen. Může si zvolit zástupce z blízkého okolí např. kamarád, rodinný příslušník, nebo má právo na využití bezplatného zastoupení advokátem.(Nepokojová, Nováková, 2011, s. 80)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 5 FORMULACE PROBLÉMU

V současné době, se dle statistik, stále zvyšuje počet agresivních pacientů hospitalizovaných na psychiatrii, z důvodu jejich agresivního chování vůči věcem, nebo osobám ve svém okolí. Práce veškerého ošetřovatelského personálu, včetně všeobecných sester, které jsou vedoucími ošetřovatelských týmů na psychiatrických odděleních, je z tohoto důvodu velmi náročná jak fyzicky, tak také psychicky. Všeobecné sestry jsou vystaveny stále vyššímu tlaku, při kterém je velmi obtížné jednat s chladnou hlavou a používat správné ošetřovatelské postupy. Přístup k agresivním pacientům je otázkou mnoha faktorů např. zkušenostmi, vzděláním, ale i charakterem dané osoby. Cílem je, aby poskytovaná péče byla vždy kvalitní. Zdravotníci si nesou teoretický základ ze školy, což ale zdaleka není dostačující. Je nutné se v průběhu profesního života účastnit pravidelných každoročních školení či kurzů sebeobrany, které pomohou ošetřovatelskému personálu správně zvládnout konfliktní situace s agresivními pacienty. Zdravotnický personál se může setkat s velmi odlišnými projevy agrese či neklidu, ale vždy by měli umět tyto projevy včas rozpoznat a zachovat se tak, aby se konfliktu ideálně předešlo, nebo v případě konfliktu s agresivním pacientem nedošlo k poškození zdraví pacienta nebo členů ošetřovatelského týmu.

„Umí proto zdravotnický personál pracující na psychiatrii s takovýmito pacienty správně jednat a tím zajistit bezpečnost jak jeho, tak i ostatních pacientů či členů ošetřovatelského týmu?“

## 6 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

### 6.1 Hlavní cíl

Hlavní cíl mého výzkumu je zmapovat zkušenosti a vědomosti zdravotnického personálu pracujícího na psychiatrickém oddělení při kontaktu s agresivním pacientem.

## **6.2 Dílčí cíle**

Zjistit, zda zdravotnický personál pracující na psychiatrickém oddělení má dostatek teoretických znalostí v této problematice.

Zjistit, zda své teoretické znalosti zvládá využít v praxi a přistupuje k agresivním pacientům bez obav.

Zjistit v jakém rozsahu se zdravotníci setkávají s agresivním chováním od pacientů a jaká forma agresivity převažuje.

## **7 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY**

Výzkumný problém 1: Dokáže si zdravotnický personál pracující na psychiatrickém oddělení poradit v krizových situacích s agresivním pacientem?

Otázka č. 2, 3, 4, 11, 12, 13

Výzkumný problém 2: Zvládne zdravotnický personál v krizových situacích zachovat klid a vyřešit situaci beze strachu?

Otázka č. 1, 7, 8, 9, 15

Výzkumný problém 3: Je setkávání se zdravotnického personálu s agresivitou jakékoliv formy na psychiatrickém oddělení na denním pořádku?

Otázka č. 5, 6, 10, 14, 16, 17

### **7.1 Charakteristika sledovaného souboru**

Výběr respondentů byt záměrný. Jednalo se o 110 členů zdravotnického personálu pracujícího v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech na různých odděleních.

## **8 METODIKA PRÁCE**

Kvantitativní výzkum je zaměřen tak, aby zpracování přineslo numerická data. Podstata je ve zkoumání vztahů mezi proměnnými. Data jsou nejčastěji získávána od respondentů a to i v mnoha rozličných oblastech.(Keith,2008,13-15s.)

Náš dotazník na téma Ošetrovatelská péče o agresivního pacienta se skládá ze sedmnácti otázek. Jedná se o polostrukturovaný dotazník, který obsahuje jak otevřené, tak i uzavřené otázky.

### **8.1 Organizace výzkumu**

V Psychiatrické nemocnici v Dobřanech jsem během zimních měsíců, ledna a února roku 2021 rozdala 110 kusů (100%) výzkumných dotazníků. Při čemž se nám jich vrátilo 97 (88%). Jeden nebyl vyplněn vůbec (1%) a dva dotazníky musely být vyřazeny pro jejich chybné a neúplné vyplnění (2%). Tedy finální počet dotazníků k vypracování naší praktické části tvořilo 94 kusů.

### **8.2 Zpracování dat**

Ke zpracování dat jsem využila pro mne nejjednodušší způsob a tím je tzv. varianta papír, tužka. Každou odpověď jsem si čárkovala. Po přečtení a zaznamenání všech dotazníků byly čárky sečteny. Získaná data jsem zpracovala na základě popisné statistiky (absolutní a relativní četnost). Při čemž nám vyšla finální hodnota. V samotné praktické části byly tabulky zpracovávány ve Wordu.

## 9 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Tabulka 1: Celkový počet dotazníků

Stav	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Rozdáno	110	100 %
Vráceno	97	88%
Vyplněno	96	87%
Vyřazeno	2	2%
<b>Počet k použití</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>

Zdroj: Vlastní

Celkem jsem na odděleních v PN v Dobřanech rozdala 110 stejných anonymních dotazníků. Z celkového počtu 110 (100%) se nám vrátilo 97 dotazníků (88%). Z nichž bylo vyplněno 96 dotazníků (87%), při čemž 2 (2%) musely být vyřazeny pro jejich neúplné vyplnění. Takže celkový počet dotazníků, který je možno použít ke zpracování praktické části práce je 94, což budu považovat za 100%.

Otázka číslo 1: Jaké je vaše pohlaví?

- Žena
- Muž

*Tabulka 2: Pohlaví respondentů*

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ženy	62	66%
Muži	32	34%
<b>Celkem</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>

*Zdroj: Vlastní*

Z celkových 94 (100%) vyplňovalo dotazníky 62 (66%) žen a 32 (34%) mužů.



Otázka číslo 2: Jaký je váš věk?

- Méně než 30
- 30 – 49
- 50 – 59
- Více než 60

*Tabulka 3: Věk respondentů*

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Méně než 30	13	14%
30 - 49	34	36%
50 - 59	32	34%
Více než 60	15	16%
<b>Celkem</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>

*Zdroj: Vlastní*

Z tabulky vyplývá, že z celkového zastoupení 94 (100%), bylo nejvíce odpovídajících ve věkovém rozmezí 30 - 49 let (36%). Jako další nejvyšší věkové zastoupení bylo v rozmezí 50 - 49 let (34%). Naopak bylo méně zdravotníků starších 60 let (16%) a nejmenší zastoupení měli zdravotníci mladší třiceti let (14%).

Otázka číslo 3: Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Středoškolské
- Vyšší odborná škola
- Bakalářské
- Magisterské
- Jiné:.....

*Tabulka 4: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů*

Studium	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Středoškolské	29	31%
Vyšší odborné	31	33%
Bakalářské	23	24%
Magisterské	11	12%
Jiné	0	0%
<b>Celkem</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>

*Zdroj: Vlastní*

Tabulka číslo 4 nám ukazuje, že nejčastěji zastoupené vzdělání je vyšší odborné 33% (tedy 31 respondentů). Hned po něm je středoškolské 31% (29 respondentů). Ale hojně jsou též zastoupena vysokoškolská vzdělání. Bakalářské 24% (23 respondentů) a magisterské 12% (11 respondentů).

Otázka číslo 4: Jak dlouho pracujete na psychiatrii?

- Méně než rok
- 1 – 5 let
- 6 – 10 let
- 11 – 20 let
- Více než 20 let

*Tabulka 5: Práce s psychicky nemocnými pacienty*

Jak dlouho	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Méně než rok	8	9%
1 – 5 let	38	40%
6 – 10 let	21	22%
11 – 20 let	17	18%
Více než 20 let	10	11%
<b>Celkem</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>

*Zdroj: Vlastní*

Z tabulky číslo 5 můžeme vyčíst, že práce s psychiatrickými pacienty je v rámci let spíše krátkodobá záležitost. Déle než 20 let se v psychiatrické nemocnici vyskytovalo jen 10 respondentů (11%). V rozmezí 11 – 20 let to bylo 17 respondentů (18%). Kdežto v kratším časovém rozmezí 6 – 10 let, už to bylo 21 respondentů (22%) a v rozmezí 1 – 5 let dokonce 38 respondentů (40%). Méně než rok pracovalo s psychicky nemocnými 8 respondentů (9%).

Otázka číslo 5: Jak často se setkáváte s agresivními pacienty?

- Málokdy
- Několikrát v měsíci
- Několikrát v týdnu
- Denně

*Tabulka 6: Kontakt s agresivními pacienty*

Kontakt	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Málokdy	4	4%
Několikrát v měsíci	11	12%
Několikrát v týdnu	17	18%
Denně	62	66%
<b>Celkem</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>

*Zdroj: Vlastní*

Do kontaktu s agresivními pacienty se denně dostává 66% dotazovaných (62 respondentů). Několikrát v týdnu přijde do styku s agresorem 18% (17 respondentů). Několikrát v měsíci to je 12 % dotazovaných (11 respondentů) a málokdy se setkávají pouze 4 % dotazovaných (4 respondenti).

Otázka číslo 6: Jaký typ agrese u pacientů většinou převažuje?

- Verbální
- Brachiální

*Tabulka 7: Převažující typ agrese*

Typ agrese	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Verbální	42	45%
Brachiální	52	55%
<b>Celkem</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>

*Zdroj: Vlastní*

Z tabulky číslo 7 vyplývá, že většinou bohužel převažuje typ brachiální. Což nám potvrdilo 52 respondentů (55%) a 42 respondentů (45%) udalo, že převažuje agrese verbální.

Otázka číslo 7: Měl/a jste někdy obavy či strach z kontaktu s agresivním pacientem?

- Ano
- Ne (pokračujte otázkou č. 9)

*Tabulka 8: Strach z kontaktu s agresivním pacientem*

Strach	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	93	99%
Ne	1	1%
<b>Celkem</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>

*Zdroj: Vlastní*

Strach nebo obavu z kontaktu s agresivním pacientem zažilo 93 respondentů (99%). Pouze jeden respondent (1%) udal, že tyto pocity nikdy nezažil.

Otázka číslo 8: Jaký je hlavní důvod vašich obav?

- .....

Tabulka 9: Hlavní důvod obav

Důvod	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Strach s fyzického napadení	58	62%
Újma na zdraví	18	19%
Nedostatek personálu na směně	12	13%
Stach o rodinu a blízké	5	6%
<b>Celkem</b>	<b>93</b>	<b>100%</b>

Zdroj: Vlastní

Z grafu číslo 9 vyplývá, že největší strach má 58 zdravotníků (62%) ze samotného fyzického napadení. 6% tedy 5 pracovníků má obavy o svou rodinu a blízké. Dalších 12 pracovníků (13%) má strach spojený s tím, že není dostatek personálu na směně a 18 respondentů (19%) se obává újmy na zdraví.

Otázka číslo 9: Přáli byste si nějakou „pomoc“ navíc? (přednášky, psycholog atd.)

- .....

*Tabulka 10: Přání pomoci*

Přání	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Modelové situace, praktické cvičení	32	34%
Konzultace s psychologem	29	31%
Kurzy sebeobrany	33	35%
<b>Celkem</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>

*Zdroj: Vlastní*

Jako pomoc by 32 zdravotníků (34%) uvítalo modelové situace, praktická cvičení. 29 respondentům (31%) by pomohla konzultace s psychologem a 33 respondentů (35%) by si přálo pravidelné kurzy sebeobrany.



Otázka číslo 10: Byl/a jste někdy během svého výkonu povolání napaden/a pacientem?

- Ne
- Ano, verbálně
- Ano, brachiálně
- Ano, zažil/a jsem oba dva typy agrese

*Tabulka 11: Napadení během výkonu povolání*

Napadení	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ne	0	0%
Ano, verbálně	44	47%
Ano, brachiálně	7	7%
Ano, zažil/a jsem oba dva typy agrese	43	46%
<b>Celkem</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>

*Zdroj: Vlastní*

Všichni respondenti uvedli, že během svého povolání již byli napadeni. Verbálně 44 respondentů (47%), brachiálně 7 respondentů (7%) a oba dva typy agrese zažilo 43 respondentů (46%)

Otázka číslo 11: S jakým omezovacím prostředkem se u vás na oddělení nejčastěji setkáváte?

- Kurty
- Terapeutická izolace
- Kazajka
- Podání medikace
- Jiné:.....

*Tabulka 12: Nejčastěji používaný omezovací prostředek*

Omezovací prostředek	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Kurty	3	3%
Terapeutická izolace	31	33%
Kazajka	0	0%
Podání medikace	60	64%
<b>Celkem</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>

*Zdroj: Vlastní*

Z grafu číslo 12 vyplývá, že nejčastěji používaným omezovacím prostředkem je podání medikace. Odpovědělo tak 60 respondentů (62%). Hned za podání medikace je terapeutická izolace. Byla to odpověď 31 respondentů (33%). Spíše okrajově jsou používané kurty, což odpověděli 3 respondenti (3%). Kazajku nezaškrtil žádný z respondentů (0%).

Otázka číslo 12: Byli jste někdy seznámeni s platnými směrnici a znáte je?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

Tabulka 13: Znalost směrnic

Znalost směrnic	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	19	20%
Spíše ano	65	69%
Spíše ne	10	11%
Ne	0	0%
<b>Celkem</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>

Zdroj: Vlastní

Z celkového počtu 94 respondentů (100%) odpovědělo 19 (20%) respondentů, že směrnice zná. Dalších 65 (69%) respondentů se přiklonilo k odpovědi spíše ano. Kdežto 10 respondentů (11%) udává, že spíše se. Odpověď ne, žádný respondent nevyužil (0%).

Otázka číslo 13: Kde získáváte potřebné informace, pokud směrnice či školení nestačí?

- .....

*Tabulka 14: Kde získáváte potřebné informace?*

Kde získáváte informace	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Internet	65	69%
Knihovna	11	12%
Od kolegů	18	19%
<b>Celkem</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>

*Zdroj: Vlastní*

Z grafu číslo 14 můžeme vyčíst, že nejčastější zdroj informací, když směrnice nebo školení nestačí, je internet. Odpovědělo tak 65 respondentů (69%). Další pomoc by hledalo 18 respondentů (19%) u kolegů a posledních 11 respondentů (12%) by navštívilo knihovnu.

Otázka číslo 14: Myslíte si, že správnou verbální komunikací lze zvládnout agresivní pacient?

- Ano
- Ne

*Tabulka 15: Lze zvládnout správnou verbální komunikací agresivní pacient?*

Lze zvládnout?	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	52	55%
Ne	42	45%
<b>Celkem</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>

*Zdroj: Vlastní*

52 respondentů (55%) je přesvědčeno o tom, že agresivní pacient lze zvládnout správnou komunikací. Naopak 42 respondentů (45%) má názor opačný.

Otázky číslo 15: Myslíte si, že je nutné při komunikaci s agresivním pacientem mít promyšlenou únikovou cestu a dodržovat od agresora určitý odstup? Pokud ano, jakou vzdálenost?

- Ne
- Ano - Méně než 1 metr
  - 1 – 2 metry
  - 2 – 3 metry
  - Více než 3 metry

*Tabulka 16: Je nutné si udržovat odstup?*

Nutný odstup	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ne	0	0%
Ano	94	100%
<b>Celkem</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>

*Zdroj: Vlastní*

Všichni dotazovaní, 94 zdravotníků (100%), se domnívá, že je nutné si dodržovat odstup a mít připravenou únikovou cestu při komunikaci s agresivním pacientem.

*Tabulka 17: Jakou vzdálenost je nutné si dodržovat od agresivního pacienta?*

Na jakou vzdálenost	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Méně než 1 metr	0	0%
1 – 2 metry	22	23%
2- 3 metry	64	68%
Více než 3 metry	8	9%
<b>Celkem</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>

*Zdroj: Vlastní*

Z tabulky číslo 17 vyplývá, že nejčastější odpovědí bylo 2 -3 metry. Odpovídalo tak 64 respondentů (68%). Odpověď 1 – 2 metry zvolilo 22 respondentů (23%) a že by měl být rozestup více než 3 metry, se domnívá 8 respondentů (9%). Odpověď méně než metr nevolil nikdo z dotazovaných (0%).

Otázka číslo 16: Poznamenala práce na psychiatrii váš osobní život? (Pokud zvolíte odpověď ne, neodpovídejte na otázku číslo 17)

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

*Tabulka 18: Zásah práce do osobního života*

Zásah práce do osobního života	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	23	24%
Spíše ano	57	61%
Spíše ne	14	15%
Ne	0	0%
<b>Celkem</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>

*Zdroj: Vlastní*

23 respondentů (24%) uvedlo, že práce za psychiatrii jim poznamenala osobní život. 57 respondentů (61%) zvolilo odpověď spíše ano a 14 respondentů (15%) zvolilo odpověď spíše ne. Odpověď ne, nezvolil žádný z dotazovaných (0%)



Otázka číslo 17: Jak poznamenala práce na psychiatrickém oddělení váš život?

- .....

*Tabulka 19: Jak vám práce poznamenala osobní život?*

Jak práce poznamenala život	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Obezřetnost vůči ostatním	52	55%
Psychické vypětí, více hádek doma	8	9%
Zlepšení kvality komunikace	33	35%
Úvaha nad změnou zaměstnání	1	1%
<b>Celkem</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>

*Zdroj: Vlastní*

Z tabulky číslo 18 je zjevné, že 33 respondentům (35%) se zlepšila kvalita komunikace. 52 respondentů (55%) začalo být obezřetnější vůči svému okolí. 8 respondentů (9%) uvedlo, že prožívá psychické vypětí a více hádek v oblasti domova. A jeden respondent (1%) dokonce uvažuje nad změnou povolání.

## DISKUZE

V bakalářské práci na téma Ošetrovatelská péče o agresivního pacienta, bylo mým hlavním cílem, zmapovat zkušenosti a vědomosti zdravotnického personálu pracujícího na psychiatrickém oddělení, ze kterého se i odvíjí následující tři dílčí cíle. Dle daných cílů, jsem stanovila výzkumné problémy a od nich se odvíjelo následné sestavení dotazníku. Výzkumné dotazníkové šetření bylo vytvořeno pro zdravotnické pracovníky, pracující v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech.

Výzkum byl prováděn klasickým způsobem, kdy po vytvoření dotazníku byl namnožen a poté rozdán samotným respondentům. Jednalo se o 110 výtisků. Dotazníky byly zcela anonymní a skládaly se ze sedmnácti otázek. Jednalo se o polostrukturované otázky, což znamená, že v dotazníku byly zahrnuty jak uzavřené, tak i otevřené otázky. Návratnost byla jen 97 kusů dotazníků. Z nichž jeden nebyl vůbec vyplněný, a ve dvou kusech chyběly některé odpovědi, proto byly vyřazeny. Tedy finální počet úplných a validně zhodnotitelných dotazníků byl 94.

Hned z první otázky v dotazníku jsem zjistila, že vyšší procento respondentů jsou ženy, přesněji řečeno 66% žen a 34% mužů. Z toho vyplývá, že i na psychiatrických odděleních, kde se setkáváme s agresivními pacienty, stále převažuje ve zdravotnictví procentuální počet žen, které vykonávají ošetrovatelskou profesi. Věkové spektrum respondentů bylo široké. Nejčastěji zastoupeni byli zdravotníci ve věkovém rozpětí 30 – 49 let s vystudovanou vyšší odbornou školou. U 34 dotazovaných respondentů (36%) bylo dosaženo vysokoškolské vzdělání (bakalářské - 24% respondentů, magisterské - 12% respondentů), což s porovnáním s bakalářskou prací, z roku 2015, také na téma Ošetrovatelská péče u agresivního pacienta, je rapidně více. V již zmíněné bakalářské práci dosáhlo 66% respondentů pouze středoškolského odborného vzdělání a zastoupení respondentů s vystudovanou vysokou školou, bylo jen 8%. (Bognerová, 2015, s. 30) Tento výsledek jsem očekávala, protože je stále více apelováno na nelékařský zdravotnický personál k prohloubení či doplnění studia, tak aby jejich znalosti odpovídaly pokroku a změnám, ke kterým v současné medicíně dochází.

Všichni dotazovaní respondenti uvedli, že se již někdy, během svého výkonu povolání setkali s agresivitou ze strany pacienta. Na kalifornské univerzitě v San

Diegu zjistili ve studii přímou spojitost mezi agresí a somatizací pacientů. Při odvedení psychického napětí, se snížily i záchvaty agrese. (Berna, 2018, s. 368 – 372). U 47% respondentů se jednalo o agresivitu jen verbální. Kdežto 46% zažilo agresivitu jak verbální tak i brachiální. Tyto odpovědi se zřejmě odvíjely i od doby pracující ve zdravotnictví. Respondenti také uváděli, že nejčastěji používaným omezovacím prostředkem je podání medikace, odpovědělo tak 64% zúčastněných. Hned poté byla odpovídána, terapeutická izolace což zmínilo 33% respondentů. Například odpověď kazajka nebyla využita ani jednou. Tyto výsledky jsme si i porovnali s bakalářskou prací na téma Přístup sestry a její možnosti zvládnání agresivního pacienta, kde výsledky byly velmi podobné. Z dotazníků tam vyšlo, že 8% respondentů sice využívá ochranný kabátek, ale pouze 1% si myslí, že spadá k nehumánnějším omezovacím prostředkům. (Heřmánková, 2015, s. 48, 50)

U otázky zdali jsou respondenti seznámeni s platnými směrnicemi a znají je, byla nejčastěji využita odpověď spíše ano (69%). Překvapilo mě, že na tuto otázku neodpověděli všichni kladně, neboť péče o agresivního pacienta je součástí Adaptačního procesu, který musí absolvovat každý nově nastupující nelékařský zdravotnický pracovník a také je toto téma součástí každoročního povinného školení zaměstnanců. Dále respondenti uvedli, že pokud směrnice či školení nestačí, využívají možnost získávání informací na internetu, od kolegů, či v knihovně, která je pro zaměstnance přímo v areálu nemocnice. U většiny respondentů (Odpověď ano a spíše ano zaškrtno dohromady 85%) práce v psychiatrické nemocnici, poznamenala i jejich osobní život. U jednoho respondenta natolik, že uvažuje nad změnou zaměstnání. Některá zjištěná fakta jsou již veřejně známá, naším záměrem si je bylo pouze ověřit.

Prvním z našich cílů bylo zjistit, zda si zdravotnický pracovník dokáže poradit v krizových situacích. Domnívám se, že velmi záleží na tom, jak dlouho zdravotník pracuje s psychicky nemocnými pacienty. Některé reakce jsou instinktivní, jiné naopak naučené. Práce v psychiatrické nemocnici je velmi náročná, což nám potvrdily i výsledky otázky. Zastoupeno bylo jen 15 respondentů, kteří s psychiatrickými pacienty pracovali déle než 20 let. Naopak nejvíce zdravotnických pracovníků vykonávalo práci s psychiatrickými pacienty rok až pět let. V další otázce jsme zjistily, že 55% respondentů se domnívá, že správnou komunikací lze zvládnout krizovou situaci s agresivním pacientem, zbylých 45% ne. Můj názor je takový, když bude chtít

agresor zaútočit tak to udělá tak jako tak, ale domnívám se, že správnou komunikací lze v určitých případech zmírnit riziko eskalace napětí a v některých lehčích případech je i úplně odvrátit. Toto je zmíněno i v teoretické části naší bakalářské práce, v kapitole 2.2 Zásady komunikace, v úryvku od paní Šeblorové a pana Knora. Ovšem na otázku zda si respondenti myslí, že je nutné si udržovat odstup od agresora, byla zastoupen pouze odpověď ano (100%). Ideální vzdáleností je podle 68% respondentů 2 – 3 metry. Reakce v krizových situacích je podmíněna nespočtem faktorů, které ji mohou ovlivnit. Domnívám se, že převážná část zdravotnických pracovníků by si v krizových situacích poradit uměla, ale rychlost reakce, či použití pomůcek se odvíjí právě od charakteru a hlavně zkušeností daného zdravotníka.

Druhým cílem bylo zjistit, zda zdravotnický personál zvládá teoretické znalosti přenést do praxe a jestli pracuje bez jakýchkoliv obav. 99% respondentů uvedlo, že někdy během svého výkonu povolání při kontaktu s agresivním pacientem mělo obavy či strach. Hlavním důvodem těchto obav, byl strach z fyzického napadení (62% respondentů), jako dalším důvodem obav, byl například nedostatek personálu na směně (13%). Jak reagovat v krizových situacích ví zdravotnický personál ze Směrnic ředitele a Standardů nemocnice. V Psychiatrické nemocnici v Dobřanech probíhají pravidelná každoroční školení týkající se agresivních pacientů a ošetrovatelské péče o tyto pacienty a nelékařský zdravotnický personál, lékaři, ale např. i psychologové mají možnost absolvovat kurzy sebeobrany. 35% respondentů uvedlo do dotazníku, že by jako pomoc uvítali pravidelně probíhající kurzy sebeobrany, že dvě odpoledne jedenkrát ročně je dle nich málo. Dále bylo odpovězeno od 34% respondentů, že by si přáli nácvik modelových situací a 31% by uvítalo konzultace s psychologem.

Třetím a posledním cílem bylo zjistit, v jakém rozsahu se zdravotnický personál setkává s agresivním chováním a jaká forma agresivity převažuje. 66% respondentů uvedlo, že setkávání se s agresivitou je v jejich zaměstnání na denním pořádku. Pouze 4 respondenti uvedli, že se s agresivním chováním od pacientů setkají pouze málokdy. Toto odpovídá různým typům oddělení v rámci Psychiatrické nemocnice v Dobřanech. V porovnání s bakalářskou prací na téma Ošetrovatelská péče o agresivního pacienta na psychiatrii, kde vyšlo, že denně se setkává s agresivními pacienty jen 16% respondentů. Nejvyšší procentuální zastoupení v této práci má odpověď několikrát v týdnu 50%, která v naší práci byla zvolena jen 18

%.(Krbcová, 2014, s. 39). Z tohoto porovnání lze vidět, že procentuální počet agresivních pacientů bohužel roste. Nejčastější typ agrese, se kterým se respondenti setkávají, je brachiální. Odpovědělo tak 55% dotazovaných. 42 respondentů uvedlo, že se častěji setkávají s formou verbální. I přes to bylo již 46% respondentů během svého výkonu povolání napadnuto jak verbálně tak i brachiálně.

## ZÁVĚR

Agresivní pacient, ale hlavně používání omezovacích prostředků na psychiatrických odděleních, je dnes velmi medializované a diskutované téma. Počty těchto pacientů se neustále zvyšují, což se odvíjí od aktuálně rostoucího počtu agresivních pacientů ve zdravotnictví. Z toho vyplývá, že nelékařský zdravotnický personál je častěji než dříve vystaven kontaktu s agresivním pacientem. Laická veřejnost mnohdy nemusí chápat fyzické, ale i psychické vyčerpání zdravotníků, které je způsobeno konfrontací s agresivními pacienty.

Praktická část naší práce byla vypracovaná na základě dotazníkového šetření, kterého se zúčastnilo 94 zdravotnických zaměstnanců Psychiatrické nemocnice v Dobřanech. Zjišťovala jsem zkušenosti a vědomosti zdravotnického personálu pracujícím na psychiatrických odděleních, reakce v krizových situacích souvisejícími s obavami personálu, ale i frekvenci a způsob útoku ze strany pacienta.

Zjistila jsem, že všichni respondenti byli již během svého výkonu povolání napadeni pacientem. Převažovala agrese verbální, která u většiny respondentů byla dokonce i na denním pořádku. Z tohoto faktu se zřejmě odvíjí i to, že většina zdravotníků během své práce zažila obavy či strach z kontaktu s agresivním pacientem. Hlavní důvod strachu pramenil z obav z fyzického napadení pacientem. Větší polovina respondentů se domnívá, že správnou verbální komunikací lze v některých případech zvládnout agresivní chování pacienta. Respondenti se také shodli, na udržování nutného odstupu od agresora. Více než 20 let pracovalo s psychicky nemocnými jen 10 respondentů, což částečně ukazuje, jak je tato práce náročná. Nejen fyzicky, ale hlavně také psychicky. Zjistila jsem, že zkušenosti zdravotnického personálu bohužel není možné zjistit z vyplněného dotazníku, Na tomto místě by byla o dost přínosnější metoda pozorování, což v této „covidové době“ nebylo bohužel možné.

Všichni respondenti uvedli, že by uvítali nějakou pomoc od zaměstnavatele navíc. Proto bych do mého doporučení zahrнула pravidelné kurzy sebeobranu pro personál a možnost dobrovolných konzultací s psychologem. Doufám, že tato práce bude mít přínos i pro laickou veřejnost. Jde o to, aby i laická veřejnost byla obeznána s problematikou agresivních pacientů ve zdravotnictví, neboť vzhledem ke stále zvyšujícímu se počtu těchto pacientů, je pravděpodobné, že se s nimi sami

mohou u lékaře setkat. Protože čím více znalostí budeme o problematice agresivity ve zdravotnictví mít, o to lépe se zvládneme nebezpečným situacím vyhnout, nebo alespoň zvládneme omezit jejich důsledky.

## SEZNAM LITERATURY

1. ARSOM, Eliot, ARSON, Joshua. *Tvor společenský*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012. 473 s. ISBN 978-7357-891-6.
2. BERNA, Buluk Cakmak. Anxiety, depression, and anger in functional gastrointestinal disorders: A Cross-sectional observational study. *Psychiatry research. San Diego: Elsevier*, 2018. **268**, 368 - 372 s. ISSN 0165-1781.
3. BOGNEROVÁ, Ilona. *Ošetrovatelská péče u agresivního pacienta*. Liberec, 2015. Bakalářská práce. Technická univerzita v Liberci. Ústav zdravotnických studií.
4. BRŮHA, Dominik, PROSKOVÁ, Eva. *Zdravotnická povolání*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2011. 599 s. ISBN 978-80-7357-661-5.
5. BURDA, Patrik. *Krizová komunikace s agresivním a hostilním pacientem*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů, 2014. 52 s. ISBN 978-80-7013-564-8.
6. ČTVRTLÍKOVÁ, Veronika, JURČÍKOVÁ, Lubica, BOUCHALOVÁ, Nikola, HUDÍKOVÁ, Edita. *Veřejné opatrovnictví praktický průvodce a rádce úředníka*. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, 2019. 66 s. ISBN 978-80-7616-053-8.
7. DOSTÁL, Ondřej. *Právní ochrana zdravotníka* [online]. Centrum pro zdravotnické právo 3. LF UK, 2007 [cit. 20. 2. 2021]. Dostupné z <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/pravni-ochrana-zdravotnika-329811>.
8. DUŠEK, Karel, VEČEROVÁ-PROCHÁZKOVÁ Alena, *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. přepracované vydání. Praha: Garda Publishing, 2015. 646 s. Psyché. ISBN 978-80-247-4826-9.
9. HANUŠKOVÁ, Vlasta. *Terapie akutního neklidu a agrese* [online]. Opava, 2008 [cit. 10. 1. 2021]. Dostupné z <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2008/04/05.pdf>.



- 10 HEŘMÁNKOVÁ, Pavlína. *Přístup sestry a její možnosti zvládnání agresivního pacienta*. Plzeň, 2015. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií.
11. HOFŠTETROVÁ KNOTKOVÁ, Michaela. E-learning v celoživotním vzdělávání zdravotníků. *Sestra*. Praha: Strategie Praha, 2012. **5**, 66 s. ISSN 1210-0404.
12. KRBCOVÁ, Radka. *Ošetrovatelská péče o agresivního pacienta na psychiatrii*. Plzeň, 2014. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v plzni. Fakulta zdravotnických studií.
13. LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Garda Publishing, a.s., 2013. 240 s. ISBN 978-80-247-4454-4.
14. MACH, Jan. *Zákoník o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování*. Praha: Wolters Kluwer, 2018. 766 s. ISBN 978-80-7598-103-5.
15. MYERS, David G. *Sociální psychologie*. Brno: Edika, 2016. 536 s. ISBN 978-80-266-0871-4.
16. NEPOKOJOVÁ, Jitka, NOVÁKOVÁ, Blanka. Fyzické omezení pacienta na akutním psychiatrickém oddělení. *Sestra*. Praha: Strategie Praha, 2011. **2**, 80 s. ISSN 1210-0404.
17. NEŠPOR, Karel. Impulzivní pacienti. *Psychiatrie dnes*. Praha: Portál, 2012. **10**, 43 s. ISSN 1211-5886.
18. NOVÁK, Tomáš. *Péče o pečující, jak být pečovatelem také sobě*. Brno: Moravskoslezský okruh, 2011. 87 s. ISBN 978-80-254-9149-2.
19. PEŠEK, Roman. *Syndrom vyhoření, jak se prací a pomáháním druhým nezničit: přehledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Pasparta, 2016. 179 s. ISBN 978-80-8816-300-8.
20. PUNCH, Keith F. *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál, 2008. 152 s. ISBN 978-80-7367-381-9.
21. ŠEBLOVÁ, Jana, KNOR, Jiří. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada, 2013. 400 s. ISBN 978-80-247-4434-6.

22. ŠEVČÍK, Pavel, MATĚJOVIČ, Martin. *Intenzivní medicína*. Praha: Galén, 2014. 1195 s. ISBN 978-80-7492-066-0.
23. TREFNÁ, Ilona. Ošetřování pacienta s polymorfní závislostí. *Sestra*. Praha: Strategie Praha, 2011. 2, 80 s. ISSN 1210-0404.
24. VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. 815 s. ISBN 978-80-262-0696-5.
25. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2012. 870 s. ISBN 978-80-262-0225-7.
26. ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie teorie a praktická cvičení*. Praha: Garda Publishing, 2017. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.
27. ZEHL, Igor. *Zdravotní sestry mohou přivolat pomoc proti agresorům náramkem* [online]. Třinec, 2015 [cit. 22. 2. 2021]. Dostupné z <https://ct24.ceskatelevize.cz/regiony/1569545-zdravotni-sestry-mohou-privolat-pomoc-proti-agresorum-naramkem>.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha A – Žádost o provedení výzkumu

Příloha B – Výzkumný dotazník

# PŘÍLOHY

## Příloha A – Žádost o provedení výzkumu

MUDr. Petr Žížka  
ředitel  
Psychiatrická nemocnice v Dobřanech  
Ústavní ulice, 334 41 Dobřany

V Plzni 10.8.2020

### Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech

Vážený pane řediteli,

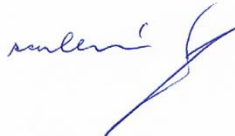
dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech, jež by mělo být součástí mé závěrečné bakalářské práce. Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, prezenční formy, FZS ZČU v Plzni. Cílem tohoto výzkumu je zjistit, zda sestry, pracující na psychiatrii umí správně jednat s agresivními pacienty a tím zajistit bezpečí jak jejich, tak i ostatních pacientů a členů ošetrovatelského týmu.

Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymních dotazníků.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Ivany Balejové, která je staniční sestrou na gerontopsychiatrickém oddělení.

Výsledky šetření Vám ráda poskytnu.

Předem děkuji za vyřízení mé žádosti



Hornová Jana  
e-mail: [janinahornova12@seznam.cz](mailto:janinahornova12@seznam.cz)  
FZS ZČU Plzeň

**PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE  
V DOBŘANECH**  
Prim. MUDr. PETR ŽÍŽKA  
ředitel

## Příloha B – Výzkumný dotazník

### Dotazník

Dobrý den,

Jmenuji se Jana Hornová a jsem studentkou třetího ročníku na západočeské univerzitě, oboru Všeobecná sestra. Touto cestou bych vás ráda požádala, o vyplnění zcela anonymního dotazníku, obsahujícího sedmnáct otázek. Poslouží mně ke zhotovení praktické části bakalářské práce na zvolené téma: Ošetrovatelská péče o agresivního pacienta. Prosím odpovězte na všechny otázky.

Předem děkuji za spolupráci, a čas tomuto dotazníku věnovaný.

Jana Hornová

1. Jaké je vaše pohlaví?
  - Žena
  - Muž
2. Jaký je váš věk?
  - Méně než 30
  - 30 - 49
  - 50 - 59
  - Více než 60
3. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
  - Středoškolské
  - Vyšší odborná škola
  - Bakalářské
  - Magisterské
  - Jiné: .....
4. Jak dlouho pracujete s psychicky nemocnými pacienty?
  - Méně než rok
  - 1 – 5 let
  - 6 – 10 let
  - 11 – 20 let
  - Více než 20 let
5. Jak často se setkáváte s agresivními pacienty?
  - Denně
  - Několikrát v týdnu
  - Několikrát v měsíci
  - Málokdy

6. Jaký typ agrese u pacientů většinou převažuje?
- Verbální
  - Brachiální
7. Měl/a jste někdy obavy či strach z kontaktu s agresivním pacientem?
- Ano
  - Ne (pokračujte otázkou č. 9)
8. Jaký je hlavní důvod vašich obav?
- .....
9. Přáli byste si nějakou „pomoc“ navíc? (přednášky, praktická cvičení, psycholog atd.)
- .....
10. Byl/a jste někdy během svého výkonu povolání napaden/a pacientem?
- Ne
  - Ano, verbálně
  - Ano, brachiálně
  - Ano, zažil/a jsem oba dva typy agrese
11. S jakými omezovacími prostředky se u vás na oddělení setkáváte?
- Kurty
  - Terapeutická izolace
  - Kazajka
  - Podání medikace
  - Jiné:.....
12. Byli jste někdy seznámeni s platnými směrnici a znáte je?
- Ano
  - Spíše ano
  - Spíše ne
  - Ne
13. Kde získáváte potřebné informace, pokud směrnice či školení nestačí?
- .....
14. Myslíte si, že správnou verbální komunikací lze zvládnout agresivní pacient?
- Ano
  - Ne

15. Myslíte si, že je nutné při komunikaci s agresivním pacientem mít promyšlenou únikovou cestu a dodržovat určitý odstup? Pokud ano, jakou vzdálenost?

- Ne
- Ano - Měně než 1 metr
  - 1 – 2 metry
  - 2 – 3 metry
  - Více než 3 metry

16. Poznamenala práce na psychiatrickém oddělení váš osobní život?(Pokud zvolíte odpověď ne, neodpovídejte na otázku č. 17)

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

17. Jak poznamenala práce na psychiatrickém oddělení váš osobní život?

- .....