

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Institut mezioborových studií Brno

**Agresivní pacient a zdravotníci,
teorie, možnosti, řešení**

Diplomová práce

Vedoucí práce:

PhDr. Mgr. Zdeněk Šigut, PhD., MPH

Vypracovala:

Bc. Pavlína Prosecká

Brno 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Agresivní pacient a zdravotníci, teorie, možnosti, řešení“ zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této diplomové práce.

Elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné.

V Brně 4. 8. 2012

.....

Pavλίna Prosecká

Poděkování

Děkuji panu PhDr. Mgr. Zdeňkovi Šigutovi, PhD., MPH za užitečnou metodickou pomoc, cenné rady a připomínky, vstřícnost, čas a ochotu, kterou mi poskytl při zpracování mé diplomové práce.

Pavčina Prosecká

Obsah

Úvod.....	6
Teoretická část	8
1. Agresivita – obecná část	8
1.1 Typy agresivity.....	8
2. Patofyziologie	10
2.1 Agresivita afektivní versus predatorní	10
2.2 Pochody v organismu	10
2.3 Scénáře stresové reakce.....	11
3. Příčiny agresivity.....	12
3.1 Psychiatrická onemocnění.....	12
3.2 Vliv prostředí.....	13
3.3 Vliv výchovy	13
3.4 Vliv multimedií na agresivitu.....	14
3.5 Počítačové hry	15
4. Agresivita ve zdravotnictví.....	16
4.1 Příčiny agresivity ve zdravotnictví.....	16
4.2 Rizikové faktory pro vznik agresivního chování	17
4.3 Cyklus napadení	17
5. Zvládání agresivního pacienta	19
5.1 Verbální techniky	19
5.2 Zásady jednání s agresivním pacientem.....	19
5.3 Imobilizace pacienta.....	20
5.4 Farmakologická sedace	21
5.4.1 Benzodiazepiny	22
5.4.2 Neuroleptika.....	22
6. Právní aspekty.....	23
6.1 Omezování a zbavení osobní svobody	23

6.2	Provádění vyšetřovacích a léčebných postupů bez souhlasu pacienta	24
6.3	Novelizace	24
7.	Prevence vzniku agresivity	25
	Praktická část	26
8.	Cíle práce	26
8.1	Metodika.....	27
8.2	Realizace průzkumného šetření.....	27
8.3	Charakteristika zkoumaného souboru	28
8.4	Výsledky průzkumu a jejich analýza	28
8.4.1	Analýza konkrétních odpovědí v dotazníku	29
8.4.2	Další analýzy vyplývající z dotazníku	42
	Závěr	46
	Resumé.....	50
	Anotace	51
	Seznam literatury	52
	Seznam zkratk	55
	Seznam grafů	56

Úvod

V současné době sledujeme všeobecně nárůst agresivity ve společnosti, který se logicky odráží nejvíce v krizových situacích. V krizové situaci je přirozenou reakcí útok nebo útek. V našem současném světě se jedná o nevhodné modely chování, nicméně evolučně se tyto dva modely chování osvědčily. Jsou to však scénáře boje o život v podmínkách primitivní společnosti, které naprosto neakceptují situaci v současné společnosti. K takovým krizovým situacím, které vedou ke stresu patří i kontakt se zdravotnickým zařízením a zdravotníky jako takovými. V situacích, kdy jde o život či zdraví je stresová reakce běžná a logická. Nicméně její nevládnutí může vést k agresii. Agrese jako taková je pak ventilována vůči lidem, kteří jsou aktuálně se stresovaným v kontaktu. Taková agrese může mít mnoho forem od verbální až po fyzické napadení.

V médiích jsou často ukazovány případy napadení zdravotníka, často již při prvním kontaktu v sanitě. Práce bude v jedné rovině popisovat současnou situaci všeobecně ve společnosti. Důvodů, které vedou ke stresu a následně pak k možné agresivitě, je v současné civilizované společnosti velké množství. Oproti době minulé na člověka doslova útočí obrovské množství podnětů, ve formě prezentované médií to znamená informace v televizi, internetu a velké množství periodik. Současně však narůstá i množství informací, které musí civilizovaný člověk zpracovat v práci. Takové množství informací logicky vede ke chronickému stresu.

Problematikou emočně labilních lidí se podrobně zabývá ve svých publikacích F. Koukolík. Označuje je termínem deprivanti. Deprivanti (od slova deprivare z latiny zprostit) jsou lidé, kteří z biologických, psychologických nebo sociokulturních důvodů nedosáhli lidské normality či o ni přišli. Ve vztahu k normalitě jsou to lidé v různém stupni a rozsahu „nepovedení“ nebo „zmrzačení“, nikoli nemocní. Postižení je výraznější v citové a hodnotové oblasti než v oblasti intelektuální (Koukolík, 1996, s. 43). V důsledku populační exploze takových jedinců jsou častější sociopatologické jevy jako násilí, bezdomovectví, sebevraždy apod. Jde o důsledek kombinace vlastností typických pro deprivanty. Nejhorší je kombinace impulzivity, útočnosti, neschopnosti vcítit se a neschopnosti předvídat následky. (Koukolík, 1996, s. 201-202)

Specifická situace je pak ve zdravotnictví. Z každodenního života vystresovaný pacient přichází k lékaři s nějakým problémem. Prakticky vždy je pro něj tato situace nepříjemná a často jde reálně i o možnost ohrožení na životě. Zdravotnictví je tak na špičce ledovce všech možných stresujících situací. Samostatnou kapitolou je reakce na agresivního pacienta. Podrobněji budou zhodnoceny možnosti reakce na agresivitu v podmínkách zdravotnického zařízení. Repertoár možných reakcí je od běžného „lidského přístupu“ přes psychologický přístup až po represivní metody, jako je aplikace sedativ či omezující prostředky. Specifickou kapitolou je jednání s drogově závislými pacienty či pacienty psychiatricky nemocnými.

Popisná část je doplněna o vlastní výzkum formou dotazníku pro lékaře a pro střední zdravotnický personál, který je v první linii kontaktu s pacientem. Ze zhodnoceného dotazníku by mělo vyplynout, zda je tento personál dostatečně proškolen v této problematice, případně zda by s ohledem na závažnost problematiky

neměla být tato problematika více akcentována ve vzdělávání zdravotníků, ať již ve středoškolském studiu, či ve formě dodatečných kurzů.

Důvodem výběru tématu je závažnost problematiky a předpoklad nedostatečného zvládnání agresivních pacientů. Počet kontaktů s agresivními pacienty bude do budoucna spíše přibývat a zvládnání těchto situací by mělo patřit k základnímu profesnímu vybavení zdravotníka. Ve zdravotnictví se často setkáváme se situacemi, které jsou velmi vypjaté. Většina stavů, které ohrožují život, již dnes neprobíhá doma, ale ve zdravotnickém zařízení.

Lidé také většinou alespoň v naší společnosti umírají v nemocnici. Mnohdy dle mého názoru zbytečně, protože z pohledu umírajícího je lepší umírat v okruhu svých nejbližších. Nicméně víra ve všemocnost medicíny přivádí do nemocnic i pacienty, kterým pomoci neumíme. Tyto mezní situace kladou velké nároky jak na zdravotnický personál, tak na nemocného či jeho příbuzné. Často jsou nezvládnutí takových krizových situací medializována. Nežádka je pak zdravotník kritizován za nezvládnutí této situace. Je potřeba si uvědomit, že na jedné straně stojící zdravotník musí současně řešit několik mezních situací, což na něj klade enormní nároky. Na druhé straně stojí pacient a jeho rodina, obvykle naprosto nepřipravená na řešení mezní situace.

Relativně často jsou rozlišovací schopnosti pacienta a rodiny sníženy stresem, alkoholem či medikací, mnohdy přímo onemocněním ovlivňuje funkce mozku. Reakce bývají již z těchto důvodů neadekvátní a přemrštěné. V mé práci bych se ráda věnovala agresivitě jako takové a speciálně pak agresivitě ve zdravotnickém zařízení.

Teoretická část

1. Agresivita – obecná část

Agresivita jako taková byla nepochybně z evolučního hlediska potřebná k přežití lidstva. Jde však v přeneseném slova smyslu o analogii s nožem. Lze jím bodnout stejně jako ukrojit chleba. Agresivitu, která umožňuje přežít boj se zvířetem či ho ulovit je možno vnímat pozitivně. Agresivitu, která ve válkách vedla k vyvraždění celých národů, lze takto pozitivně vnímat jen stěží.

Zatímco *agresi* považujeme za fyziologickou odpověď, která směřuje k přežití organismu v přírodě, *násilné chování* je patologická agrese, jejímž smyslem je záměrně někoho fyzicky poškodit. *Agitovanost* je stav, při kterém dominuje špatně organizovaná a neúčelná psychomotorická aktivita, vycházející z fyzické nebo duševní nepohody. (Vevera, 2011, s. 69-71)

Již mnoho generací se vedou spory o to, jestli je agresivita čistě lidskou vlastností a lidstvo jako takové je proto špatné. Další spor pak je v tom, jestli agresivita vychází z genetické danosti nebo jestli je působena výchovou. Z pozorování zvířat můžeme oba tyto vlivy relativizovat. V konkrétní oblasti se u zvířat často nacházejí jedinci agresivní, až vyložení pacifisté a to jestli jsou více či méně agresivní nezávisí tolik na genetice, jako na zdrojích. V oblastech s omezenými zdroji je agresivita faktorem limitujícím přežití. V oblastech s dostatkem zdrojů je nadbytečná. V živočišné říši jsou typické zdroje, o které probíhá boj: zásoby potravin, úkryt, prostor pro sexuální projevy a místo pro kladení vajec či výchovu mláďat. (Wilson, 1993, s. 98-118)

1.1 Typy agresivity

Mezi zvířaty je možné rozlišit dva odlišné typy agresivního chování. **Afektivní agrese** je spojena s emotivními projevy, zvuky a je často spojena s bojem o zdroje či pohlavního partnera. Málokdy vede k usmrcení protivníka. Naopak takzvaná **predatorní agrese** je spojena s lovem a probíhá tedy mezi příslušníky různých druhů. Cílem je tedy úlovek a jeho efektivní získání bez výrazných zevních projevů. (Koukolík, 2002, s. 314-321)

Agresivita se nachází prakticky ve všech lidských společnostech. Byly diskutovány některé pacifistické společnosti. Například kmen Kung San bývá označován jako neškodní lidé. Podobný kmen jsou Semajové v Malajsii. V této společnosti je násilí prakticky neznámým pojmem a ve slovníku této společnosti zcela chybí označení pro vraždu a zabití. Zabití, pokud k němu přece jen dojde je označováno jako trefit. Takové společnosti vedou k úvahám, že lidstvo přece jen nemusí být tak špatné. Z kmene Semajů však byli koloniální vládou vybráni muži, aby se účastnili tažení proti komunistickým partyzánům. Předpokládala se více méně

nepoužitelnost bojovníků z takového kmene. K velkému překvapení právě tito muži snadno podléhali válečnému opojení a zabíjení. (Wilson, 1993, s. 98-118)

Etolog Konrád Lorenz a nakonec i Erich Fromm hovořili o instinktu agresivity a na základě těchto tvrzení je lidstvo stavěno do velmi špatného obrazu. Nicméně ve srovnání s jinými živočišnými druhy je lidstvo spíše někde v pozadí. Prakticky na denním pořádku jsou mravenčí bitvy, kde se berou i poražení jedinci z cizího mraveniště do otroctví.

Agresivita není vždy stejná a dá se rozdělit do několika forem:

- ochrana a dobití teritoria,
 - prosazování dominantního postavení v rámci organizované skupiny,
 - sexuální agresivita,
 - projevy nepřátelství, kterými se končí odstavení mláďat,
 - agrese proti kořisti,
 - ochranné protiútoky proti dravcům,
 - disciplinární agrese k upevnění pravidel společnosti.
- (Wilson, 1993, s. 98-118)

Tak jak pokračují civilizační vlivy, je agresivita čím dále více svázána a ritualizována. Typickou ritualizovanou formou agresivity jsou některé sporty. Typickým příkladem jsou sporty úpolové. Již u primitivních národů je však snaha agresivitu nějakým způsobem formovat. Ritualizované souboje mezi muži jsou snad v každé společnosti. Většinou rituál omezí míru agresivity tak, aby nemuselo dojít k úmrtí poraženého. Jsou pochopitelně výjimky např. u Mayů, kdy naopak poražený tým byl popraven. Rituál se formuje díky opakování. Vytváří se pravidla jednání, kterými je obvyklé na situaci reagovat. Umožňuje i plánované vybití agresivity, které je nepochybně lepší než vybití neplánované, neregulované rituálem a tedy ani pravidly. Zde je větší riziko fatálních následků pro protivníka a i pro společnost.

Zdá se, že agresivita je velmi hluboce začleněná ve starých stereotypech. Tyto stereotypy se vyvíjely desetitisíce let a jsou pochopitelně v naší civilizované společnosti nepoužitelné. Nejsme již sběrači a nesoupeříme o potravu. Z praktického hlediska je však důležité si uvědomit, že máme tendence dělit lidi na známé a cizince. Od cizinců pak máme tendenci primárně očekávat napadení. Agrese je proto častěji a snáze směřovaná proti cizincům.

2. Patofyziologie

Agresivita nemá nějaké konkrétní mozkové centrum, které je odpovědné za spouštění agresivního jednání. Existují však funkční okruhy v mozku, které mohou spouštět či tlumit agresivitu. Mezi tyto patří orbitofrontální kůra oboustranně, septum, hipokampus, amygdala, caput nuclei caudati, talamus, ventromediální a zadní hypotalamické jádro, tegmentum středního mozku, Varolův most, přední část a nucleus Fastigii mozečku. U prefrontální kůry se naopak předpokládá tlumivý vliv.

Tato skutečnost je dobře známá všem pečujícím o pacienty s takovými poškozeními mozku. Tito pacienti, kteří mají poškození lokalizované do frontálních oblastí mozku, se označují jako „odbrzdění“, často mají sklon k agresivitě, sprostým slovům, emoční labilitě. Jsou popsány klinické případy s kompletní změnou osobnosti po úrazu či při nádorech mozku. (Koukolík, 2002, s. 314-321)

2.1 Agresivita afektivní versus predatorní

Existují jisté koreláty aktivace mozkových částí, které byly zjištěny u psychiatrických onemocnění při vyšetřování moderními zobrazovacími metodami. Mezi takové metody patří například SPECT vyšetření, které je možné zacílit na metabolismus radioaktivní látky. Užívá se sledování metabolismu glukózy, které je pro mozek stěžejním metabolitem. Část mozku, která je aktivní, musí zvýšit metabolismus glukózy, a tedy se u této metody více zobrazuje. Zajímavý rozdíl v zobrazení metabolismu glukózy je mezi vrahy tzv. predatorními a afektivními.

Afektivní vrah vraždí v rámci emocí, kdy ztrácí schopnost kontrolovat svoje chování. Oproti tomu predatorní vrah vraždí bez emocí s chladnou hlavou. Na rozdíl od vraha afektivního nemívá predatorní vrah většinou výčitky svědomí. Byla provedena studie na 41 vrazích, kteří byli rozděleni na vrahy afektivní a predatorní. Podle očekávání afektivní vrahové mívají nižší aktivitu glukózy v prefrontálních korových oblastech a dále vyšší míru aktivity naopak v oblasti pravostranné amygdaly, talamu, hippokampu a nižší poměr aktivity mezi pravostrannými korovými a podkorovými oblastmi. (Koukolík, 2002, s. 314-321)

2.2 Pochody v organismu

Agresivita vzniká v organismu jako reakce na stresovou situaci. Organismus tedy vyhodnotí nějakou situaci jako život ohrožující a spustí stereotypní regulační mechanismy, které mají organismus připravit na boj o život. Dochází k centralizaci oběhu, jsou tedy krví zásobovány preferenčně pouze ty orgány, které jsou pro přežití důležité – srdce, mozek, kosterní svalovina a nadledvinky jako endokrinní orgán produkující hormony stresu. Hormony jako adrenalin, noradrenalin a kortikoidní hormony připravují vnitřní prostředí. Mobilizují zásoby glukózy pro okamžitou

spotřebu. Zásoby v organismu směřují k výrobě glukózy, tj. ke glukoneogenezi. Reakce organismu se zrychlují, narůstá tepová frekvence a roste minutový srdeční výdej. (Schreiber, 2004, s. 85-92)

2.3 Scénáře stresové reakce

Stresovou situaci organismus řeší prakticky pouze třemi scénáři:

- **útok** s cílem přežít,
- **útěk** je vcelku jasná reakce, jak se dostat mimo nebezpečí. Útok může mít primitivní agresivní formu či formu ritualizovanou,
- **reakce mrtvého brouka** je reakcí, kdy organismus nenachází řešení a snaží se přečkat situaci tím, že nebude reagovat. Snaží se předstírat, že se v daném místě vlastně ani nenachází.

Tyto scénáře snad byly vhodné v době dávno minulé, kdy mohly fyzicky vyřešit situaci. Ať již se podařilo z ní uprchnout, nebo byl poražen protivník. Tyto reakce se ale do našeho civilizovaného světa nehodí. Těžko můžete na poradě přchnout před ředitelem či mu skočit po krku. Nicméně reakce, které vyplývají ze stresových situací v civilizovaném světě se odvíjejí z prehistorického scénáře. Jsou to útoky a útky v přeneseném slova smyslu. Lze tedy očekávat slovní útok či snahu vyvléci se ze situace. Je tedy mnohdy očekávatelným výsledkem situace, že chování bude neadekvátní. Respektive je neadekvátní v současném civilizačním kontextu.

Agresivitu lze rozdělit na několik stupňů dle intenzity:

- **agrese vůči potlačená** - lze pozorovat projevy jako napětí, neklid, svírání pěstí, kousání se do rtů nebo záškuby lícního svalstva,
- **agrese verbální** - pacient buď postupuje přímo (nadává, spílá, vyhrožuje, ponižuje, ironizuje) nebo nepřímo (psaní stížností, telefonáty),
- **agrese fyzická, která může být zaměřena**
 - **vůči věcem**, např. boucháním do dveří, bušením do zdí, ničením šatů apod.,
 - **vůči lidem**. Ta je pak nejzávažnějším stupněm a může mnohdy skončit i zraněním.

3. Příčiny agresivity

Agresivita může být nadměrná, aniž by vyplynula ze situace. Jsou nepochybně lidé s nižším prahem ke spuštění agresivního chování.

Příčiny nadměrné agresivity můžeme rozdělit na **tři základní příčiny**:

- **dědičnost**,
- **poškození mozku onemocněním** (nádor, zánět, úraz, intoxikace akutní i chronické),
- **naučené chování** (vliv výchovy v rodině, ve škole, v kultuře, násilí ve filmech, v počítačových hrách, společenské klima). (Koukolík, 2002, s. 314-321)

Bohužel není to somatické onemocnění, které nejčastěji vede k nadměrné agresivitě. Naopak nejčastěji jde o kombinaci dědičnosti a výchovy. Velice specifickou skupinou je však tzv. *násilnická menšina*. Jedná se zhruba o 6% recidivistů, kteří jsou pachateli přibližně 70% vražd, znásilnění a ozbrojených útoků. Jde často o lidi, u kterých byl těžký porod a mají nějakou formu mozkové poruchy – lehká mozková dysfunkce, poruchy čtení, epilepsie. Odlišně od ostatní populace vnímají zrakové a sluchové informace. Často byli v dětství pohlavně zneužiti. Více než u poloviny je nějaká forma závislosti – alkohol, drogy, automaty. (Koukolík, 2002, s. 314-321)

3.1 Psychiatrická onemocnění

Některá onemocnění jsou spojena s častějšími projevy agresivity, než je běžné u zdravé populace. **Epizodické poruchy kontroly chování** se objevují prakticky u většiny psychiatrických onemocnění. Útočné chování je v těchto případech vysoce emočně nabitě a následně se objevují pocity lítosti. **Porucha chování** je odlišnou patologií, která je charakterizována opakovaným porušováním základních práv jiných osob či běžných sociálních norem. Tato porušování mají typickou formu:

- agrese vůči lidem či zvířatům (rvačky, krutost, krádeže, sexuální agresivita),
- ničení majetku s cílem způsobit vážnou škodu (zakládání požárů),
- podvádění, krádeže, lhaní s cílem vyhnout se závazku nebo s cílem získat nějakou výhodu,
- v dětském věku porušování pravidel chování (utíkání z domova, záškoláctví). (Koukolík, 2002, s. 314-321)

Antisociální porucha osobnosti je typická neúctou k právům ostatních. Jsou pro ni typická tato jednání:

- činy vedoucí k uvěznění,
- systematické lhaní a podvádění,
- manipulování lidmi k vlastnímu prospěchu,
- opakované fyzické útoky,
- soustavnou nezodpovědností, která vede k neschopnosti systematicky pracovat a neschopností dostát finančním závazkům,
- nepřítomnost výčitek svědomí. (Koukolík, 2002, s. 314-321)

Současná psychiatrie je dnes poměrně úspěšná, co se týká hlavních psychiatrických onemocnění s možnými projevy agresivity, jako je maniodepresivita či schizofrenie. Na rozdíl od těchto úspěchů u poruch osobnosti farmakoterapie selhává.

3.2 Vliv prostředí

Vliv prostředí formuje projevy agresivity v převažující míře. V první řadě se pochopitelně na formování jedince projeví vliv rodičů. Ale již nitroděložně může matka ovlivnit budoucí sklon k agresivitě. Je-li matka kuřačka a kouří-li více než 20 cigaret za den, má dítě 1,4 - 2,5x vyšší pravděpodobnost vzniku antisociální poruchy. Dále výrazně zvyšuje pravděpodobnost budoucího násilného chování kombinace faktorů:

- perinatální poškození,
- odmítnutí či nepřijetí dítěte matkou,
- nedobrá socioekonomická situace rodiny.

Z výše uvedených faktorů je jasné, že s tím, jak se zlepšuje péče o nedonošené děti, tím narůstá počet dětí, které by dříve perinatální poškození nepřežily. Tyto děti pak mají vyšší pravděpodobnost násilného chování. (Koukolík, 2002, s. 314-321)

3.3 Vliv výchovy

Výrazně narůstá i množství dětí, které označuje J. Prekopová jako malí tyrani. Tyto děti působí svým rodičům nemalé potíže a často se stávají nevladatelnými. Přitom většinou nepochází z rodin se socioekonomickými problémy. Spíše naopak jde o děti vychované zhusta v nadbytku a o děti až přehnaně opečovávané. Dítě v těchto případech přebírá velení a vynucuje si pozornost různými způsoby. Jedna z teorií předpokládá, že viníkem je přehnaně liberální výchova. Smazává se dominantní postavení rodiče a tím i jistá hierarchie, která dítě zakotvuje v rodině. Nežádá pak vynucování pozornosti přechází až v agresivitu. Překvapivě tato situace nemá žádnou souvislost s inteligencí dítěte – může jít o autistu nebo o malého genia. (Prekopová, 2009, s. 33-34)

3.4 Vliv multimedii na agresivitu

Multimédia se stala součástí prostředí, které nás formuje. Velká část populace dokonce stráví více času sledováním multimedii než kontaktem s přírodou. Bohužel u některých mladistvých či předškoláků multimedia a hlavně televize nahrazuje komunikaci s rodiči a stává se tak hlavním zdrojem informací a životních postojů do budoucího života. Kupodivu dětské pořady, alespoň v USA obsahují znázorňování násilí dokonce častěji než pořady pro dospělé. Oproti 8 -12 epizodám za hodinu u pořadů pro dospělé je to u dětských pořadů 25 - 50 epizod za hodinu. Většinou tyto pořady zobrazující násilí glorifikují původce násilí, navíc je často hlavní postavou. (Dietz, 1991, s. 8)

Násilí je pak často zobrazováno bez dalších následků, bez bolestí, bez konsekvencí pro oběti a jejich příbuzné. Násilné řešení problémů je výrazně častější než dohoda mezi protagonisty. Americké děti než dokončí základní školu odhadem spatří asi 8 tisíc vražd a 100 tisíc epizod násilí a zhruba 2x tolik, než dokončí dvacátý rok života (Donnerstein, 1996, s. 219). Metaanalýzy studií, zabývajících se sledováním dětí v kontrolovaných podmínkách, došly k jednoznačnému závěru, že jsou souvislosti mezi sledováním násilí ve filmech a jejich následným násilným či agresivním chováním. Kohorta osmiletých dětí v USA byla sledována po 22 let. Mezi sledovanými dětmi byla skupina chlapců, kteří preferovali sledování násilí v televizních pořadech již v osmi letech. Tito chlapci pak byli 2x častěji uvězněni pro násilné činy provedené do 30-ti let věku. Již slabší byla souvislost se sledováním násilí v 18 letech a následným násilným chováním. Z této studie je možno usuzovat, že děti kolem 8. roku věku jsou více citlivé vůči násilí v televizi. (Huesmann, 1986, s. 125)

V kontrolovaném pokusu byly děti ve 3. a 4. třídě základní školy v USA podrobeny cílené redukci sledování televize, videokazet a videoher. V porovnání s kontrolní skupinou došlo k poklesu sledované agresivity a i verbálních agresivních projevů. (Robinson, 2001, s. 17)

Násilí v televizi vede k několika efektům:

- zvýšená tendence chovat se agresivně k druhým,
- zvýšení obav z násilí a z toho, že se divák může stát v reálném životě obětí násilí. V důsledku toho se pak může jedinec chovat zvýšeně sebeprotektivně,
- roste otupělost a desenzibilizace vůči násilí,
- dítě se může ztotožňovat s televizním násilníkem a může přehrávat filmové scénáře,
- divák může nadále vyhledávat více a více násilné pořady.

3.5 Počítačové hry

Novým fenoménem v prostředí multimedii jsou počítačové hry, které také formují vývoj dítěte a mohou být ventilem. Obecné mínění považuje počítačové hry za faktor, který přispívá k agresivnímu jednání. Situace však není tak jednoznačná a ani studie, zabývající se tímto nejsou jednoznačné.

Mezi hrami existují různé typy. Na jednu stranu pouhé bezmyšlenkovité střílečky. To jsou hry, kde se likvidují nepřátelé a prakticky v nich jde převážně jen o postřeh. Na druhé straně jsou propracované hry, tříficí logické uvažování nebo hry s propracovaným dějem. K jednomu typu her patří tzv. strategie, kde je nutné většinou poměrně složitě redistribuovat určité limitované zdroje jako jsou peníze, mana, drahé kovy a podobně. Dalším typem her jsou tzv. RPG z anglického „role playing games“. Při jejich hraní prožíváme určitý příběh, ve kterém se ztotožňujeme s hlavním hrdinou. V průběhu příběhu dochází k rozvoji vlastností tohoto hrdiny a způsob vývoje této postavy závisí na našich rozhodnutích. Na rozdíl od RPG při agenturách prožíváme příběh bez vývoje postavy. Existují také simulátory. To jsou hry, kdy se učíme ovládnout nějakého složitějšího mechanismu. Můžeme řídit auto, letadlo, nebo také ovládat elektrárnu. Někdy jde o opravdovou simulaci skutečného zařízení. Posledním výdobytkem jsou pak online hry. Hry, které může hrát větší množství hráčů navzájem po internetu.

Mezi hráči jsou rozdíly v preferencích typu her, existují strategové, hráči simulátorů, bojovníci a jiní. Hry poskytují různé požitky lidské psychice nebo jinak řečeno bonusy. Možnost umístit se v žebříčku a dokázat si, jak dobře hrají, naučit se ovládat třeba helikoptéru. Nebo jde o zážitky, kdy hráč může být na chvíli kouzelníkem, elfem nebo lupičem. V adventuře se pak může vypravit do starověkého Řecka či Egypta. Při hře logických her si třífí logické myšlení. Některé motivy tedy jistě nejsou zavrženíhodné a nejde vždy o to zlikvidovat jen co nejvíce nepřátel.

Oproti pasivnímu sledování televize je hraní her mnohem aktivnější zábava. Mnohé hry umožňují i tvorbu postav či celých pasáží hry, které je možné ke hře připojit a aktivně se tak podílet na tvorbě hry. Samotné vytvoření herní postavy je často vstupním požadavkem. Vznikají celé virtuální herní světy s celou populací hráčů, kteří se v tomto světě pohybují. Je jasné, že hraní hry, simulující letecké kokpity nepovede k vzestupu agresivity. Jiná situace může být u tzv. stříleček, kdy hráč zabíjí to, co se objeví na obrazovce. V takovém případě by u dítěte měl zasáhnout rodič. V případě dospělého je otázka, zda jde o ventil agrese, či zda hra může ovlivnit chování jedince a tento pak může přenést agresivní chování do reálného světa. Odpověď bude asi individuální, ale existuje práce, která hodnotila aktivace mozkových center při hraní násilných počítačových her a při sledování násilí v televizi. Závěr je, že jsou zapojena odlišná mozková centra. Mozek běžného hráče tedy dobře rozlišuje, že ve hře nejde o reálnou situaci. Paušální zavržení počítačových her jako zdroje násilí je tedy pochybné. Násilné počítačové hry však rozhodně nejsou vhodné pro dítě ve vývoji.

4. Agresivita ve zdravotnictví

Až 50% pracovníků ve zdravotnictví jsou oběťmi násilí někdy v průběhu jejich zdravotnické kariéry. (Schulte, 1998, s.439)

Studie 2008 v USA se zaměřila na nemocniční pohotovosti, tedy emergency, které jsou nyní často stejně koncipovány i u nás. Celkem 3500 lékařů za dobu 5 let v celkem 65 zdravotnických zařízeních ohlásili 3461 fyzických napadení. Běžně byly do zdravotnického zařízení nošeny nože a střelné zbraně. (Kansagra, 2008, s. 1268) Podobná čísla stran počtu fyzických napadení byla zjištěna v pracích z Turecka (Boz, 2006, s. 364) a Austrálie u pracovníků z pohotovostí. (Crilly, 2004, s. 67) V USA situace dospěla až k zavedení detektorů kovu a v jedné pohotovosti v městské aglomeraci bylo denně zabaveno v průměru 5.4 zbraní za den. (Ordog, 1995, s. 109)

4.1 Příčiny agresivity ve zdravotnictví

Jako příčiny agresivity na pohotovostech byly nejčastěji identifikovány intoxikace ať již alkoholem, či omamnými látkami nebo na druhou stranu abstinenční příznaky při závislostech na těchto látkách. Další rizikovou skupinou jsou psychiatrickí pacienti, typicky sem patří pacienti s schizofrénií, pacienti s poruchami osobnosti, pacienti v manické fázi bipolární poruchy, pacienti s demencí, pacienti s delirantním stavem a pacienti v akutní psychóze.

Zdravotníci jsou na základě průzkumů z mnoha zemí všeobecně nedostatečně schopni čelit agresivnímu jednání. Jsou po této stránce nedostatečně edukováni a nedostatečně chráněni. Ve většině nemocnic není bezpečnostní služba k dispozici 24 hodin.

Zdravotníci by měli být schopni rozpoznat známky potenciální agresivity:

- provokativní vystupování,
- vzteklé chování,
- hlasitá agresivní řeč,
- napětí v postoji,
- sevřené ruce,
- časté změny pozice těla, popocházení,
- agresivní jednání, mlácení do zdi, házení věcmi. (Rice, 1991, s. 13)

4.2 Rizikové faktory pro vznik agresivního chování

Příčiny vzniku agresivity je nutné hledat na obou stranách a to jak u pacientů, tak u zdravotníků.

Všeobecnými příčinami, které vedou k agresivitě u pacientů jsou především:

- vysoká hladina stresu,
- vliv alkoholu nebo drog,
- násilné jednání v minulosti nebo dokonce soudem uložený trest pro násilí,
- přítomnost duševní choroby,
- přítomnost jiné nemoci, která by mohla vést ke ztrátě kontroly,
- pocit ohrožení vlastní osoby,
- nereálné představy a požadavky,
- pocit bezmoci.

U zdravotníků jde většinou o sekundární problém, kdy neznalost problematiky vede k eskalaci konfliktu. Důležité jsou i vlivy prostředí pracoviště jako:

- osamocení na pracovišti,
- ostatní spolupracovníci nevědí, kde se zdravotník nachází,
- nemá možnost spuštění poplachu,
- nemá možnost útěku,
- strach z pacienta, se kterým se již v minulosti setkal,
- neznalost zásad jednání s agresivním pacientem,
- neznalost cyklu napadení. (Peňáková, 2011, s. 16)

4.3 Cyklus napadení

Při standardním průběhu agrese můžeme mluvit o jakémsi cyklu napadení, kdy rozeznáváme čtyři fáze:

- **spouštěcí** - odklon od obvyklého jednání,
- **eskalační** - jedinec již přestává reagovat na racionální argumenty,
- **krizová** - jedinec ztrácí nad sebou zcela kontrolu,
- **uklidnění** - návrat k základní formě chování, kdy se může projevit deprese, lítost nebo pláčem.

Zdravotník by měl mít na paměti, že optimum je nedopustit přechod ze spouštěcí fáze do fáze eskalační. (Honzák, 2005, s. 195)

Ve fázi eskalační by takový potenciální agresor měl být izolován od ostatních pacientů, aby k další eskalaci napětí nedocházelo. Častou příčinou napětí je čekání. Zdravotníci mnohdy trvají na pořadí pacientů. Bezodkladné ošetření takového pacienta však mnohdy samo o sobě vede k poklesu napětí a předchází eskalaci konfliktu. Přednostní vyšetření potenciálně agresivního pacienta by mělo být základem prevence agresivity v zdravotnickém zařízení.

Z praktického hlediska je důležité pro zdravotníka rozeznávat signály blížícího se násilí. Pak je možné reagovat již na tyto signály a nenechat situaci dospět do fáze eskalační, kdy již agresor špatně reaguje na racionální argumenty.

Varovné signály předpovídající bezprostředně hrozící násilí:

- **Fyzické signály** – přehnaná motorická aktivita, rozrušení, nepokoj, přecházení sem a tam, svalové napětí, rigidní postoje, eretické pohyby, výhrůžná gesta a postoje, zlost, lapání po dechu, agrese vůči předmětům – bouchání do stolu, stěn, vůči sobě – tlučení hlavou.
- **Signály z nálady** – slovní výhrůžky, stížnosti, požadavky, odmítání komunikovat, hlasitý, naléhavý projev.
- **Signály z myšlení a vnímání** – neschopnost koncentrace a vnímání informací, nejasný a zmatený myšlenkový proces, bizardní, paranoidní, perzekuční a násilné myšlenky a bludy, akutní halucinace – obvykle auditivní, někdy i vizuální myšlenky s násilnou tematikou, zmatenost a dezorientace.
- **Signály z vnímání hranic** – pocit narušování jeho osobního prostoru anebo soukromí, trvalé narušování osobního prostoru druhých osob, např. nadbytečné přibližování se, naléhání na okamžité uskutečnění i nereálného požadavku.
- **Signály z kontextu a minulosti pacienta** – anamnéza násilných epizod, aktuální zprávy od ošetřovatelů, ostatních pacientů a pacienta samotného, o zlostných pocitech a nevyhověných požadavcích, akutní požití zakázaných látek a alkoholu, nízká frustrační tolerance a jiné maladaptivní strategie zvládání.
- **Signály z terapeutického procesu** – narušení terapeutického vztahu, odmítání spolupráce, nedostatek povzbuzování, obvykle zhoršující se psychický stav, selhání dosud úspěšných a předem dohodnutých strategií, např. techniky zklidnění, odloučení. (Zelman, 2006, s. 185–190)

5. Zvládání agresivního pacienta

U agresivního pacienta jsou možné různé přístupy:

- verbální techniky,
- imobilizace pacienta,
- farmakologická sedace.

5.1 Verbální techniky

Verbální techniky jsou první metodou, při které současně zdravotník zjistí pacientův stav a možnost zklidnění touto metodou. Slovní projev by měl být provázen přátelskými gesty a měl by být veden ve zdvořilém tónu. Je vhodné nabídnout pohodlné křeslo a něco k pití (nikoliv však horký nápoj použitelný jako zbraň). Řada pacientů je již tímto přístupem zklidněna. Kontakt by měl probíhat v nekonfrontačním duchu, ale bez projevů slabosti. Řeč by měla být klidná. Je vhodné se vyhnout přímému očnímu kontaktu. K pacientovi se nepřibližujeme náhle, nebo zezadu a udržujeme vzdálenost na délku paží. (Rice, 1991, s. 13)

Některé techniky, které jsou využívány při jednání s nespokojenými zákazníky je také možno použít. Je možno použít **techniku „3F“** (z angličtiny feel, felt, found):

- chápu, jak se v této situaci cítíte. (nepoužíváme častou větu „Já vím, jak se cítíte.“, protože toto evokuje odpověď: „Vy vůbec nevíte, jak se cítím.“),
- sám bych se v této situaci cítil stejně,
- myslím, že najdeme způsob, jak tuto situaci vyřešit.

Další technikou je **„ano“ technika**:

- ano, tak rychle jak ...,
- ano, ale nejdříve musíme udělat ...,
- absolutně chápu, proč chcete toto, ale ze své zkušenosti vím, že jsou lepší způsoby, jak tohoto dosáhnout. (Morgan, 2012)

5.2 Zásady jednání s agresivním pacientem

Při jednání s agresivním pacientem dodržujeme tyto zásady jednání:

- nikdy nebýt sám s pacientem v uzavřené místnosti bez možnosti přivolat pomoc,
- lékař sedí vždy blíže ke dveřím s možností úniku,
- respektujeme neverbální signály (např. ústup, otočení hlavy...),

- respektujeme osobní prostor (např. u pacientů s paranoidními bludy typicky větší za sebou),
- snažíme se jednat vsedě,
- odstraníme z dosahu pacienta nebezpečné předměty (těžítka, přístroje apod.),
- neotáčíme se k pacientovi zády,
- dodržujeme bezpečnou vzdálenost – delší než délka natažené paže,
- hovoříme klidným hlasem (intoxikovaný pacient může vnímat spíše neverbální složky komunikace),
- slovní sdělení by mělo být maximálně jednoduché, srozumitelné a jednoznačné,
- nevyvracíme přímo poruchy myšlení a vnímání,
- nekomentujeme pacientovy hodnotící soudy (větu „Všichni mě štvete.“ nekomentujeme, ale snažíme se porozumět důvodům),
- citlivá prezentace převahy (někdy postačí pouhá přítomnost dalšího personálu),
- nenutíme pacienta k zásadním rozhodnutím, poskytnout čas na rozmyšlení,
- při vystupňování neklidu ukončíme hovor,
- pokud chování má charakter trestné činnosti a/nebo s sebou nese značné riziko, odejdeme na bezpečnější místo a snažíme se získat čas (např. případ musíte konzultovat, zatelefonovat atd.), kontaktujeme policii,
- pokud má pacient zbraň, je lepší žádat ho, aby ji odložil na neutrální místo, spíše než aby ji odevzdal personálu. (Vevera J, 2011, s. 69-71)

Na druhou stranu jsou způsoby komunikace, které mohou konflikt eskalovat. Rozhodně není dobrý nápad se s agresivním pacientem hádat, chovat se jako „mačo“, direktivně pacienta nutit, aby se uklidnil. Pacienta zásadně nepřerušujeme, nekritizujeme, ale také se nechováme defenzivně. Nikdy nelžeme, jakmile se lež stane zřetelnou, je poškozena důvěra jak ke zdravotníkovi, tak i k jeho kolegům. Nezlehčujeme pacientovy hrozby. Je důležité nedat impulzivní odpověď. Konflikt s pacientem není pro zdravotníka žádným přínosem. Nereagování je také jednání, Konfucius je označoval za konání nečiněním. Další možností je metoda otevřených dveří, kdy agresora často překvapí vstřícnost a již tímto dojde ke zklidnění situace (Honzák, 1999, s.105).

5.3 Imobilizace pacienta

Imobilizace pacienta pomocí popruhů neboli kurtů je velice kontroverzní téma. Vzbuzuje v ochráncích lidských práv odmítavé reakce. Nicméně v medicíně jsou bohužel situace, kdy se bez těchto „středověkých metod“ neobejdeme. Právě s ohledem na kontroverzní reakce je nutné postupovat striktně podle pravidel a použití kurtace

dobře zdokumentovat a odůvodnit. Pokud je pacient agresivní, je nutné ke kurtaci přistoupit v okamžiku, kdy není účinné slovní zklidnění a hrozí eskalace konfliktu do fyzického napadení. Typicky jsou kurty naloženy, pokud pacient ohrožuje sebe nebo své okolí.

Existují v podstatě tři kategorie pacientů, kde je nutná kurtace:

- *organické onemocnění*, kde je kurtace nutná k dalšímu došetření,
- *psychóza*, kdy kurtace umožňuje následné podání zklidňujícího neuroleptika,
- *poruchy osobnosti*, kdy jsou verbální techniky zcela neúčinné.
(Rice, 1991, s. 13)

Kurtace by měla mít jasná pravidla, nejlépe zakotvená v protokolech instituce. Postup by měl být rutinní a známý zdravotníkům stejně jako pravidla kardiopulmonální resuscitace (Petit, 2005, s. 701). Důležitý je tým, který bude zvládat agresivního pacienta. Musí se skládat z minimálně pěti osob, jedna osoba by měla být vůdčí osobností a rozdávat povely. Takový člověk by měl mít s kurtací zkušenosti. Vedoucí týmu mluví s pacientem a vysvětluje další postup a důvody k aplikaci kurtů. Jakmile je jednou rozhodnuto o nasazení kurtů, je nutné je nasadit, o tomto se s pacientem nesmlouvá. Pokud je agresivním pacientem žena, měla by být i žena v týmu nasazujícím kurtaci, aby se předešlo podezření ze sexuálního podtextu. Kurtovaný pacient by měl být pravidelně kontrolován. Kurty by měly být pravidelně upravovány, aby se předešlo komplikacím souvisejícím s ischemií končetin či s otlaky.

5.4 Farmakologická sedace

Často je agresivitu nutné tlumit farmakologicky, aby se zabránilo poranění jak zdravotnického personálu, tak i agresora jako takového. Ideální farmakum pro takové účely je farmakum s rychlým nástupem účinku, který funguje nezávisle na způsobu podání. Látku, která vyžaduje striktně intravenózní podání budeme u pacienta s psychomotorickým neklidem podávat problematicky.

Máme k dispozici v podstatě tři skupiny léčiv:

- benzodiazepiny ,
- první generace antipsychotik,
- druhá generace antipsychotik (tzv. atypická antipsychotika).

Doporučený postup při volbě farmakologické sedace (zklidnění):

- u velmi agresivních pacientů podáváme benzodiazepiny nebo antipsychotika první generace, nebo jejich vzájemné kombinace,
- u pacientů agitovaných v důsledku užití drog nebo naopak v důsledku abstinčních příznaků podáváme benzodiazepiny,

- u pacientů s nejasným důvodem agitovanosti podáváme benzodiazepiny, ale antipsychotika první generace jsou také možností volby,
- pro agitované pacienty se známým psychiatrickým onemocněním preferujeme první generaci antipsychotik,
- u agitovaných pacientů s demencí ve vyšším věku preferujeme atypická antipsychotika. (Vevera 2011, s.69-71, Fauman, 2000, s.2040)

5.4.1 Benzodiazepiny

Svým efektem mohou způsobit útlum dechového centra, pacient tedy může přestat dýchat a bude poté potřebovat zajištění dýchacích cest. Je tedy nutné monitorovat dýchání. Benzodiazepiny působí útlumem, tedy agresor se stává ospalým a usíná. U některých typů pacientů – seniorů nebo u dětí s mozkovou dysfunkcí mohou benzodiazepiny způsobit naopak excitaci. Benzodiazepiny jsou výhodnější než antipsychotika v redukci deliria, redukuje riziko epileptického záchvatu.

V dvojité slepé a randomizované studii u akutně agitovaných pacientů na pohotovosti byl benzodiazepin midazolam stejně účinný jako antipsychotikum droperidol. (Charren, 1994, s. 631) Mezi typické reprezentanty benzodiazepinů patří midazolam nebo diazepam s možností podání i.v. i p.o. Dalším představitelem jsou perorálně podávaná farmaka alprazolam, oxazepam či bronazepam.

5.4.2 Neuroleptika

- **První generace antipsychotik (neuroleptik) – typická antipsychotika**

Po jejich podání převažuje anxiolytické působení a účinek snižující excitaci. Dále je přítomen efekt distancující, tj. nežádoucí jevy jsou vnímány bez intenzivních emocí. Sedativní složka účinku je slaběji vyjádřená. Antipsychotické působení se dostavuje až po dlouhodobějším podávání.

Z nežádoucích účinků jsou nejdůležitější dyskinézy (mimovolní pohyby), které se mohou objevit již po krátkodobém působení neuroleptik, jako je např. haloperidol. Typickými zástupci skupiny pro akutní podání je haloperidol a droperidol (Lüllmann, 2004, s. 371-395)

- **Druhá generace antipsychotik (neuroleptik) – atypická antipsychotika**

Jde o novější skupinu léčiv s menším množstvím nežádoucích účinků. Působí méně dyskinéz. Tiaprid se stal hlavním lékem ke tlumení agitovanosti a zmatenosti ve stáří. Taktéž v léčbě delirií je první volbou terapie tiapridem a při nedostatečném efektu podáváme melperon a někdy k intenzivnějšímu počátku terapie můžeme podat i jednorázově i.v. haloperidol. (Jirák, 2012, s. 72-75)

6. Právní aspekty

Četné případy napadení zdravotníků, které navíc jsou často prezentovány v masmédiích v hlavních zprávách, spustily debatu, zda by zdravotník neměl mít status veřejného činitele stejně jako policisté. Institut veřejného činitele je v právním řádu mnoha zemí včetně České republiky zakotven, aby chránil občana a jeho svobodu. Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon, ve znění pozdější v § 89 odst. 9 stanoví, že veřejným činitelem je pracovník orgánu samosprávy, pokud se podílí na plnění úkolů společnosti a státu a používá přitom pravomoci, která mu byla v rámci odpovědnosti za plnění těchto úkolů svěřena. Pokud tyto osoby zneužijí svého práva a je to kvalifikováno jako přečin nebo trestný čin, hrozí mu až dvojnásobná sazba (míra trestu), než u ostatních osob. Veřejní činitelé jsou napadáni díky své exponovanosti častěji než běžná populace. Bohužel výše trestu nemůže zabránit agresí. Navíc ve zdravotnictví se často setkáváme s osobami se sníženou rozpoznávací schopností. Výše trestu jim tedy bude zcela jedno a navíc soud bude k této skutečnosti pravděpodobně přihlížet. Institut veřejného činitele je tedy dosti sporná ochrana. Naopak, mohlo by se stát, že zdravotník bude postižen dvojnásobnou výší trestu, pokud jej pacient zažaluje například pro nepřiměřenou obranu. (Peňáková, 2011, s. 24)

6.1 Omezování a zbavení osobní svobody

Omezování a zbavení osobní svobody je trestný čin, jehož podstata spočívá v tom, že někdo jinému bez oprávnění brání užívat osobní svobodu. Zbavení osobní svobody pak spočívá v trvalém nebo alespoň dlouhotrvajícím omezení osobní svobody, které se blíží uvěznění. (Stolínová, 1998, s. 50-52)

Je nutné si uvědomit, že omezení osobní svobody je i takové rozhodnutí, které vede k omezení svobody rozhodovat. Respektive jde o situace, kdy zdravotník rozhoduje bez pacienta, či při jeho snížené rozhodovací schopnosti. Zde podle znaleckých rozhodnutí je pacient schopen rozhodovat o odmítnutí péče při akutním infarktu myokardu, nikoliv však již při mozkové komoci (otřesu mozku). Při jednání s agresivním pacientem může snadno dojít k mozkové komoci a poté jsou snadno zpochybnitelná jeho rozhodnutí, tedy jak souhlas, tak nesouhlas se zdravotními výkony. Rozhodnutí zdravotníka tedy nemá oporu v dohodě s pacientem a je nutné vše dobře dokumentovat.

6.2 Provádění vyšetřovacích a léčebných postupů bez souhlasu pacienta

Bez souhlasu pacienta lze provádět vyšetřovací a léčebné úkony:

- jde-li o nemoci stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení,
- jestliže osoba, jevící známky duševní choroby nebo intoxikace, ohrožuje sebe nebo své okolí,
- není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde-li o neodkladné výkony, nutné k záchraně života nebo zdraví. (Höschl, 1996, s. 309)

6.3 Novelizace

Dne 12. srpna 2009 vstoupila v platnost novelizace trestního zákona č. 40/2009 Sb., s účinností od 1. ledna 2010. Zásadní změny, které se týkají zdravotnických pracovníků při výkonu zdravotnického zaměstnání nebo povolání, směřujícího k záchraně života nebo ochraně zdraví a jejich možného ohrožení jsou zakotveny v § 145 (Těžké ublížení na zdraví), § 146 (Ublížení na zdraví) a § 353 (Nebezpečné vyhrožování). Sazby odnětí svobody pro pachatele se pohybují od 1 roku do 12 let podle závažnosti trestného činu.

7. Prevence vzniku agresivity

Od všeobecných proklamací, že by společnost měla upřednostňovat nenásilné řešení problémů a že by násilí nemělo být obdivováno, je potřeba se přesunout ke konkrétní problematice. Například město New York dokázalo výrazně zredukovat množství násilných činů a to i ve srovnání s ostatními americkými městy. Současné analýzy kriminality v městě New Yorku ukazují, že hlavním faktorem nebyla rozmělněná povšechná prevence, ale řešení konkrétních ohnisek násilí - tedy problematických čtvrtí. Zde byla výrazně posílena přítomnost policie a byly zavedeny sice nepopulární, ale četné rutinní kontroly obyvatelstva. Sledována byla statistika mezi lety 1999 a 2009. Ve srovnání s dalšími městy Houstonem, Filadelfií, Chicagem a Los Angeles se New York dostal na pozici města s nejnižším množstvím vražd o cca 40% od středního počtu vražd v ostatních městech. Současně zde došlo k poklesu krádeží o více než 90%. (Zimring, 2011, s.59-63)

Tento příklad dle mého svědčí pro nutnost konkrétních opatření a jejich aplikaci do rizikových oblastí ve zdravotnictví. Takovými oblastmi místa prvního kontaktu s pacientem – RZP, urgentní příjmy, emergency, psychiatrická oddělení či léčebny.

Výzkumem agresivity se zabývá Ústav pro ošetřovatelský výzkum Charité při lékařské fakultě v Berlíně a překvapivě jsou potenciálními místy agrese spíše akutní příjmy a standardní oddělení. Jejich personál by měl být plně proškolen a ve zdravotnickém zařízení by měly být vytvořeny rutinní standardy s postupy jednání s agresivním pacientem.

Důležitou součástí opatření je vznik týmů pro zvládnutí agresivního pacienta a rychlé přečíslení pacienta, tedy možnost rychlého přivolání bezpečnostní služby. Tento předpoklad není v našich českých nemocnicích realizován. Situace je ponechána na odpovědnosti konkrétního zdravotníka. Tento si pak musí poradit, jak umí. Většinou musí improvizovat, což je úplný opak toho co by bylo vhodné. To znamená, vhodné je postupovat podle konkrétních doporučení a rutinním způsobem s možností využití týmu, specializovaného na zvládnutí agresivního pacienta.

Praktická část

8. Cíle práce

Cílem práce bylo posouzení četnosti agresivity ve zdravotnických zařízeních. Pokusit se o průřez forem agresivity v různých formách zdravotnických provozů. Byla hodnocena i závažnost agresivity, kdy mediální obraz tohoto problému vyznívá naléhavě. Jedním z cílů bylo tedy zhodnotit, zda situace stran agresivity vůči zdravotníkům skutečně dosahuje té závažnosti, jak je prezentováno v hromadných sdělovacích prostředcích.

Dalším cílem je pak posoudit, jaká je informovanost zdravotníků. Zda jsou jejich znalosti adekvátní závažnosti situace a zjistit, jaká jsou častá řešení konfliktů s agresivními pacienty. Pokusit se z rozboru odpovědí identifikovat ta pracoviště, kde ke kontaktu s agresivními pacienty dochází nejčastěji. Výsledky práce pak lze využít k dalšímu zlepšování informovanosti zdravotníků a případně i ke zlepšení bezpečnostních opatření. Konkrétně byla zvolena zařízení dvou různých typů. Na jedné straně fakultní nemocnici s velkým obrátem pacientů jako páteřní zařízení našeho zdravotnictví, kde je předpoklad vysoké kvalifikovanosti. Na druhé straně soukromou polikliniku, kde toto zařízení dnes prakticky reprezentuje soubor soukromých ambulancí různých specializací s různou problematikou.

Cíl 1: Zmapovat výskyt agresivity a její četnost ve vazbě na typ provozu.

- **Hypotéza 1:** Předpokládám, že polovina zdravotníků se setká s agresivitou.
- **Hypotéza 2:** Předpokládám, že třetina zdravotníků se za svoji praxi setká s fyzickou agresí.
- **Hypotéza 3:** Předpokládám, že více než 50% kontaktů s agresivními pacienty probíhá při ambulantním vyšetření.

Cíl 2: Srovnat četnost a závažnost kontaktů s agresivními pacienty mezi sestrami a lékaři.

- **Hypotéza 4:** Předpokládám, že sestry jsou v častějším kontaktu s pacientem a jsou tedy i častěji v kontaktu s agresivním pacientem.
- **Hypotéza 5:** Předpokládám, že sestry jsou v častějším kontaktu s pacientem a jsou tedy i častěji v kontaktu s nejzávažnější formou agresivity, tj. fyzickou agresivitou.

Cíl 3: Posoudit informovanost zdravotníků a jejich proškolenost.

- **Hypotéza 6:** Předpokládám, že více než 90% zdravotníků je proškolen v problematice jednání s agresivními pacienty.
- **Hypotéza 7:** Předpokládám, že více než 90% zdravotníků používá přiměřených metod ke zvládnutí konfliktů s agresorem.

8.1 Metodika

Vzhledem k povaze zkoumané problematiky byla zvolena kvantitativní metoda dotazování. Základní pomůckou pro shromáždění informací k danému tématu této diplomové práce byl anonymní dotazník. (viz. Příloha 1)

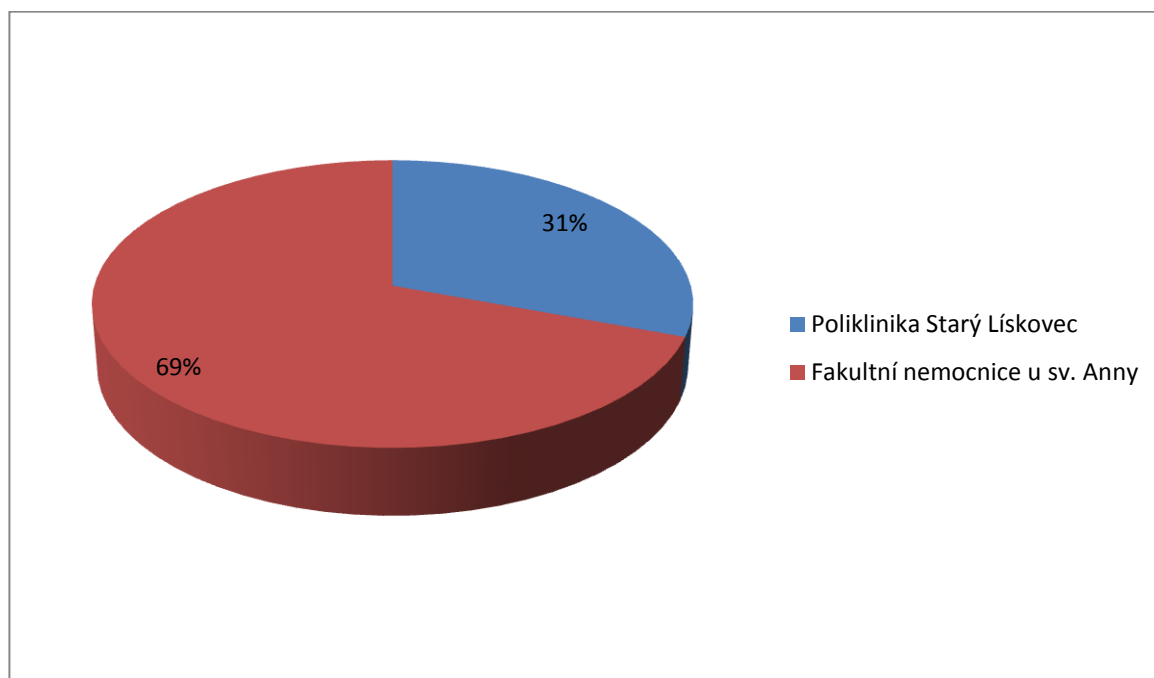
Dotazník byl vytvořen konkrétně pro tuto práci a obsahoval 13 otázek. Po vstupním vysvětlení účelu dotazníku byly první údaje věnovány demografickým údajům, jako je pohlaví a dále délka praxe ve zdravotnictví. Délka praxe se mi jeví k danému problému jako daleko validnější údaj než kalendářní věk. Důležitým údajem je, zda respondentem byla zdravotní sestra či lékař. Lze očekávat, že frekvence kontaktů s agresorem bude jiná u lékaře a jiná u zdravotní sestry. Další dotazy jsou pak věnovány specializaci a typu zařízení, ve kterém zdravotník pracuje. Dotazník se skládá ze 13 položek a obsahuje:

- Uzavřené otázky číslo: 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 12 (celkem 8).
- Polozavřené otázky číslo: 7, 10, 11 (celkem 3).
- Otevřené otázky číslo: 5, 13 (celkem 2).

8.2 Realizace průzkumného šetření

Na základě povolení byla provedena ve Fakultní nemocnici U sv. Anny v Brně dotazníková akce a současně byly dotazníky rozdány i na Poliklinice Starý Lískovec, s. r. o v Brně. Zde byly dotazníky rozdány se souhlasem lékařů konkrétních ambulancí. Ještě před vlastním průzkumným šetřením jsem provedla primární šetření. Prvotní dotazník jsem předložila 3 zdravotnickým pracovníkům, kteří splňovali charakteristiky cílové skupiny dotazovaných a na základě jejich připomínkování jsem upravila otázky 10 a 11. Otázku číslo 10 jsem rozšířila o více možností odpovědi a otázku číslo 11 jsem přeformulovala, neboť jí nebylo respondenty dobře porozuměno. Za účelem průzkumného šetření bylo vyhotoveno 134 dotazníků. Ve Fakultní nemocnici U sv. Anny v Brně bylo rozdáno 95 dotazníků a vráceno 77 kusů, to znamená 81,05% návratnost. Na Poliklinice Starý Lískovec, s. r. o v Brně bylo distribuováno 39 dotazníků a vráceno 34 kusů, to je 87,18% návratnost. Nižší procento návratnosti dotazníků z Fakultní nemocnice U sv. Anny v Brně je dle mého názoru dáno větším odosobněním prostředí fakultní nemocnice. **Z celkového počtu 134 dotazníků bylo vráceno 111 kusů. Celková návratnost tedy činí 82,84%.** Co se týká celkového počtu dotazníků, převažují množstvím dotazníky z FN u sv. Anny v Brně, které tvoří cca 2/3 z celkového počtu. (viz. Graf č. 1)

Graf č. 1 Počet vrácených dotazníků



Autor: vlastní zpracování

Pokud je mi známo, tak nebyl žádný překryv mezi poliklinikou a fakultní nemocnicí. Žádný respondent tedy neodpovídal dvakrát.

8.3 Charakteristika zkoumaného souboru

Dotazníky byly rozdány zdravotním sestřám a lékařům jak na poliklinice, tak ve fakultní nemocnici. Byli zastoupeni jak zdravotníci pracující na standardních odděleních, tak na ambulancích a odděleních JIP. Největší zastoupení měli ve fakultní nemocnici zdravotníci základních oborů tj. interny a chirurgie. Na poliklinice zastoupení odpovídá přítomnosti jednotlivých oborů.

8.4 Výsledky průzkumu a jejich analýza

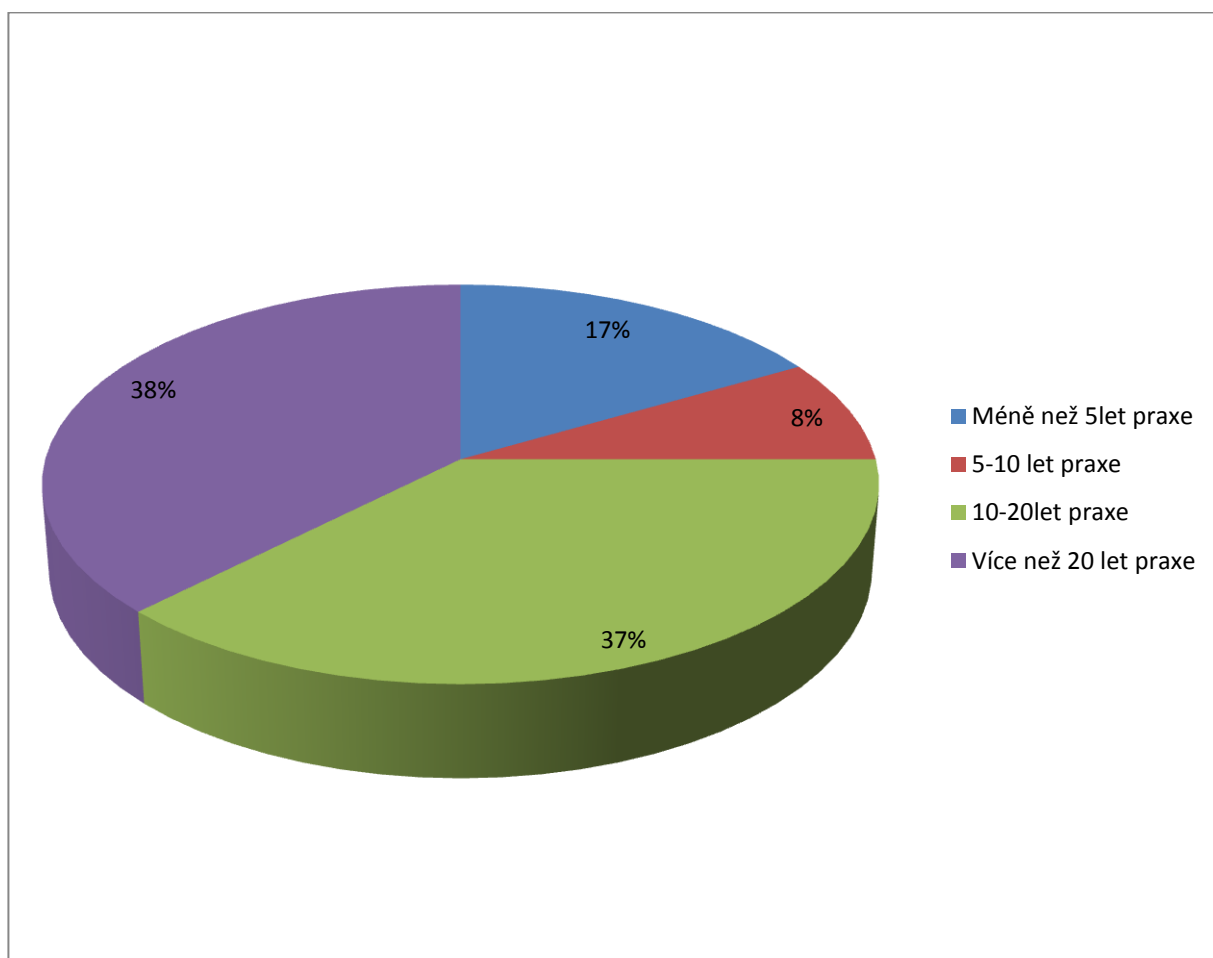
V této části mé diplomové práce jsou uvedeny rozborů jednotlivých otázek v dotazníku, které byly od dotazovaných sester a lékařů získány. Výsledky průzkumu byly hodnoceny jak v absolutní, tak relativní četnosti a výsledky pak byly pro názornost prezentovány v koláčovém grafu. Pouze zastoupení oborů a odpovědi na konkrétní přístupy k pacientovi byly pro názornost znázorněny grafem sloupcovým.

8.4.1 Analýza konkrétních odpovědí v dotazníku

1. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- a) méně než 5 let
- b) 5-10 let
- c) 10-20 let
- d) více než 20 let

Graf č. 2 Rozdělení respondentů podle praxe



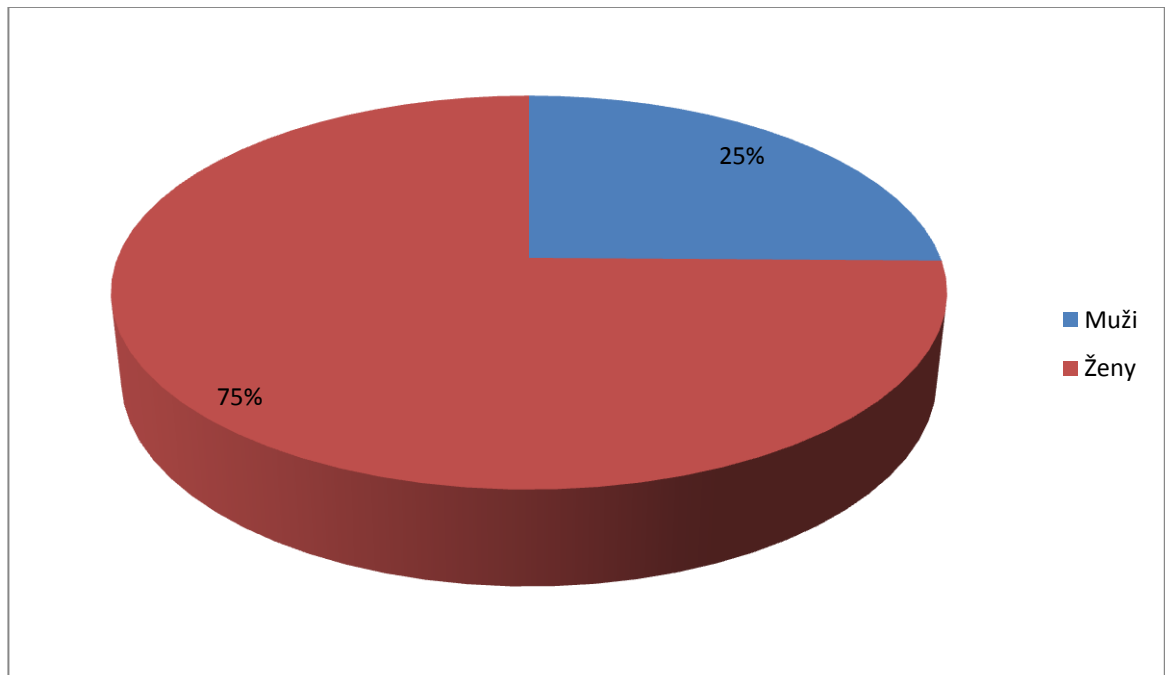
Autor: vlastní zpracování

Na základě rozdělení respondentů podle délky praxe je možné říci, že převažují respondenti, kteří již mají velkou praxi v práci ve zdravotnictví. (viz. Graf č. 2) Odpovědi na dotazy mají tedy dostatečnou váhu. Nejde o názory lidí, kteří se teprve seznamují s problematikou, ale o zkušené profesionály. Naprostou většinu respondentů tvoří zdravotníci s délkou praxe 10-20 a více let.

2. Jste:

- a) žena
- b) muž

Graf č. 3 Rozdělení podle pohlaví



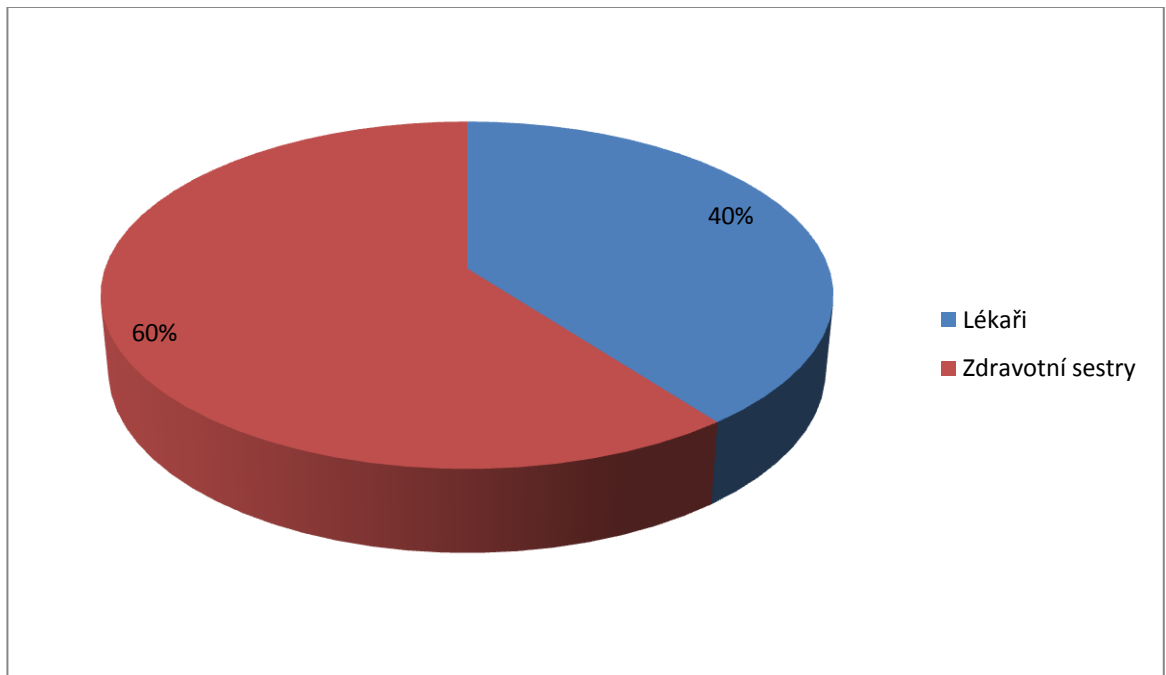
Autor: vlastní zpracování

Mezi respondenty převažují ženy 75% (viz. Graf č. 3). To je s ohledem na převažující podíl žen - zdravotních sester mezi středním zdravotním personálem logické. Proporcionalita žen a mužů mezi lékaři je již vyvážená.

3. Pracujete jako:

- a) lékař/ lékařka
- b) zdravotní sestra

Graf č. 4 Pracovní pozice respondentů



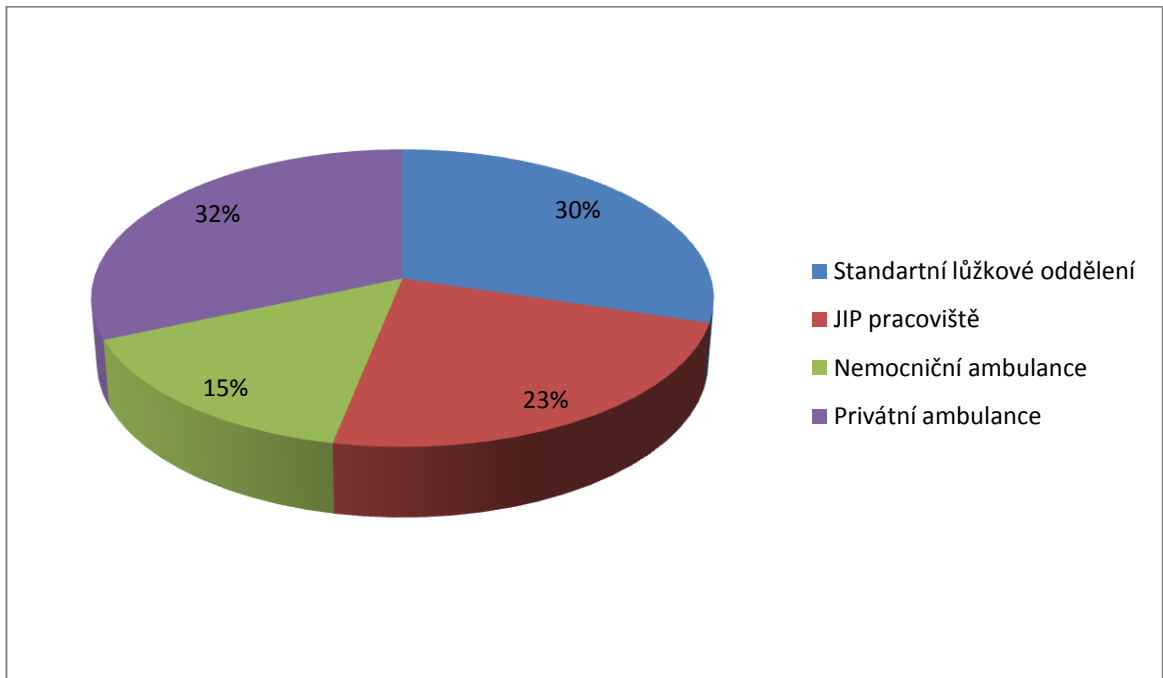
Autor: vlastní zpracování

Mezi respondenty lehce převažují zdravotní sestry. Odpovídalo 60% sester oproti 40% lékařů (viz. Graf č. 4). V praxi jsou však také sestry v daleko těsnějším kontaktu s pacientem, počtem je mezi zdravotníky také více sester než lékařů.

4. Jaký je typ Vašeho pracoviště?

- a) standardní lůžkové oddělení
- b) JIP či ARO oddělení
- c) nemocniční ambulance
- d) privátní ambulance

Graf č. 5 Typ pracoviště

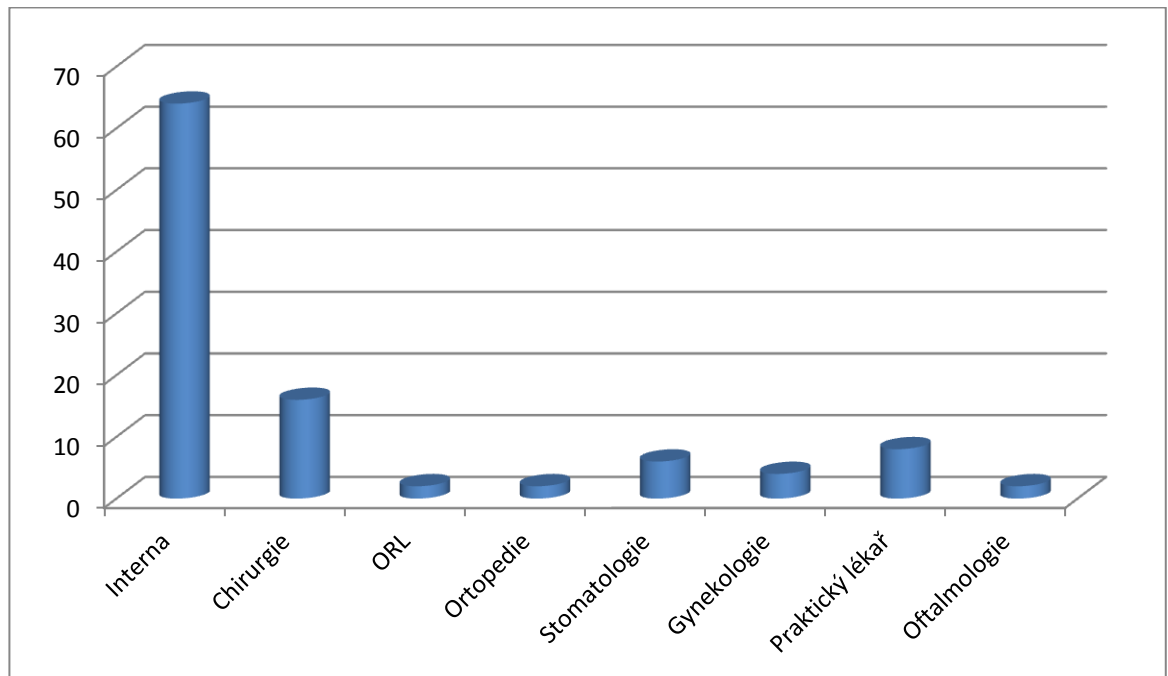


Autor: vlastní zpracování

Jsou zastoupeny různé zdravotnické provozy běžného typu. Mírně převažuje zastoupení lůžkových oddělení 53% versus 47% ambulantních provozů (viz. Graf č. 5). Frekvence výskytu různých typů provozů odráží i různou problematiku v souvislosti s četností a intenzitou agrese vůči zdravotníkům.

5. Uved'te prosím obor:

Graf č. 6 Zastoupení podle oborů



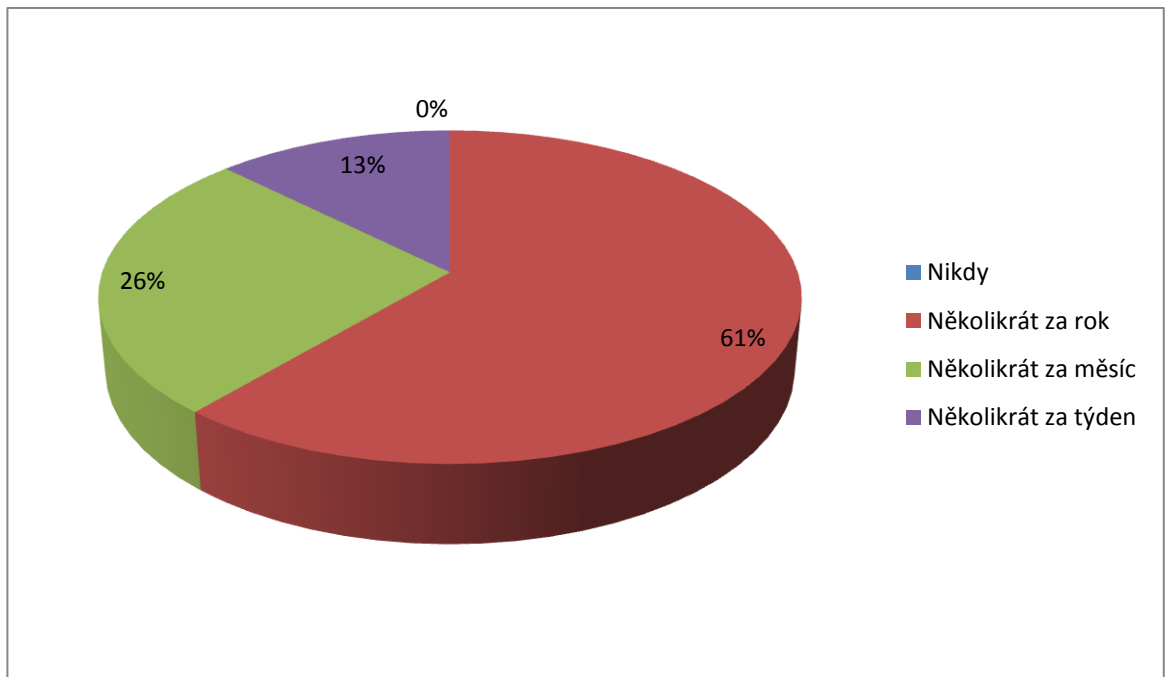
Autor: vlastní zpracování

Převažujícím oborem v mém sledování byla pracoviště interní medicíny a druhé v pořadí pak chirurgická pracoviště. Tedy největší zastoupení mají dva nejdůležitější obory a převažují zde nemocniční pracoviště. Dále pak jsou zastoupeny další menší odbornosti s menší četností, reprezentující ambulantní pracoviště. (viz. Graf č. 6)

6. Jak často se setkáváte s projevy agresivity?

- a) Nikdy jsem se neseťkal/a
- b) Zřídka (několikrát do roka)
- c) Několikrát do měsíce
- d) Několikrát do týdne

Graf č. 7 Četnost kontaktu zdravotníků s agresí

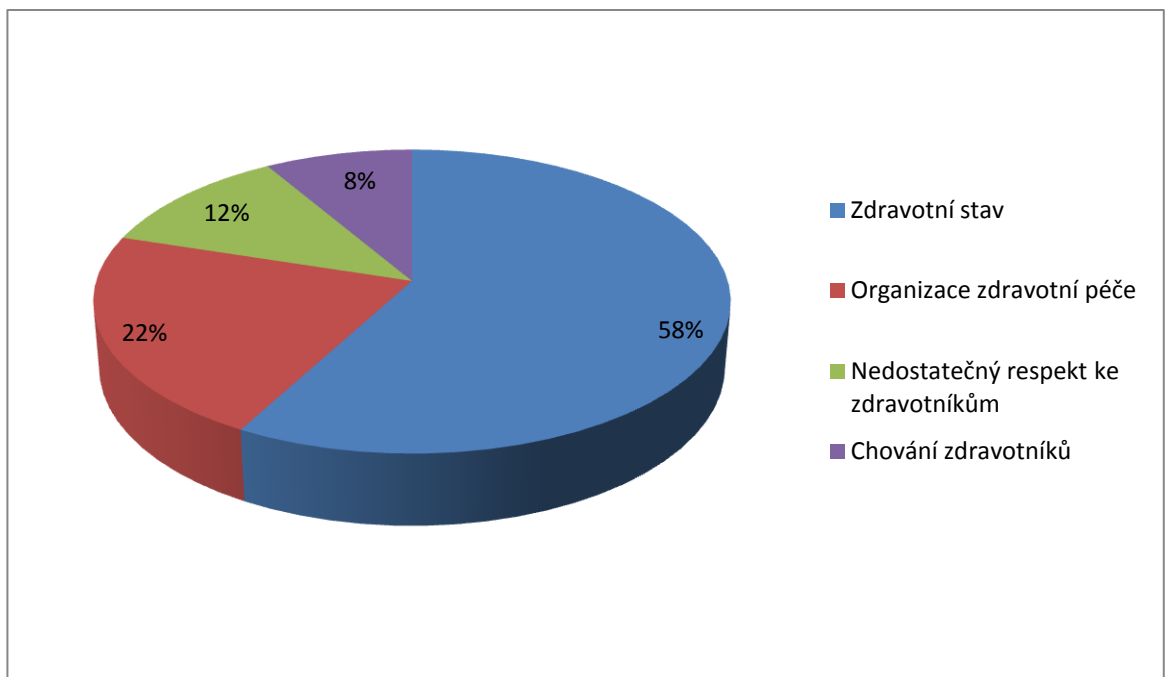


Odpovědi respondentů potvrzují hypotézu, že kontakt s agresivním pacientem je častý a že většina zdravotníků se s agresivním pacientem setká několikrát do roka. Někteří pak i několikrát do týdne. Cca 13% respondentů je tedy několikrát do týdne v kontaktu s agresory. Pro takové provozy pak mají smysl větší bezpečnostní opatření a zároveň větší proškolení personálu. Odpověď, že nebyl v kontaktu s agresivitou, nezatrhnul ani jeden zdravotník. (viz. Graf č. 7)

7. S čím nejčastěji dle vašeho názoru konflikty s pacientem souvisí?

- a) Se zdravotním stavem pacienta
- b) S organizací zdravotní péče (čekání v ambulanci apod.)
- c) S nedostatečným respektem vůči zdravotníkům
- d) S chováním zdravotníků
- e) Jiné

Graf č. 8 Příčiny konfliktů



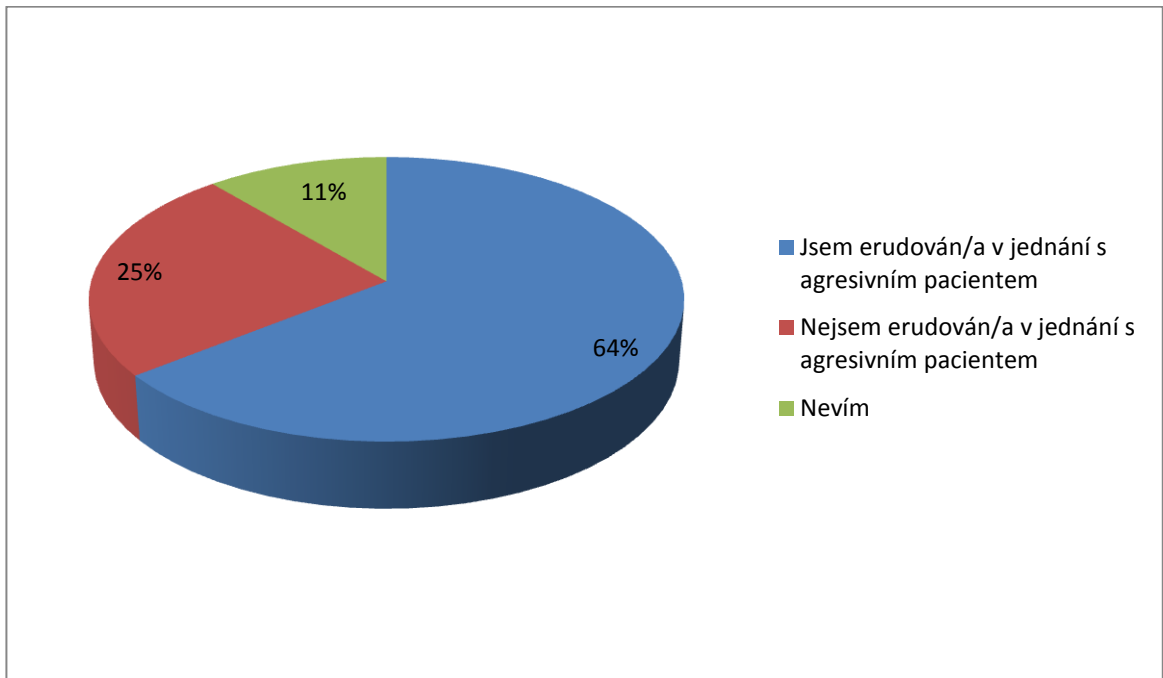
Autor: vlastní zpracování

Většina dotazovaných dává agresivitu do souvislosti se zdravotním stavem pacienta. Zhruba čtvrtina dotazovaných pak přisuzuje agresivitu špatné organizaci zdravotní péče. Překvapivě pouze malá část zdravotníků viní přímo pacienty, v tomto případě agresory, že nemají dostatečný respekt k zdravotníkům. Stejně tak chování zdravotníků považují jen málokdy za příčinu konfliktů (viz. Graf č. 8). Tento názor pochopitelně může být ovlivněn tím, že odpovídají zdravotníci. Odpovědi pacientů by jistě byly minimálně procentuálně jiné.

8. Jste dle vašeho názoru dostatečně edukován v postupech jak jednat s agresivním pacientem?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

Graf č. 9 Posouzení erudovanosti



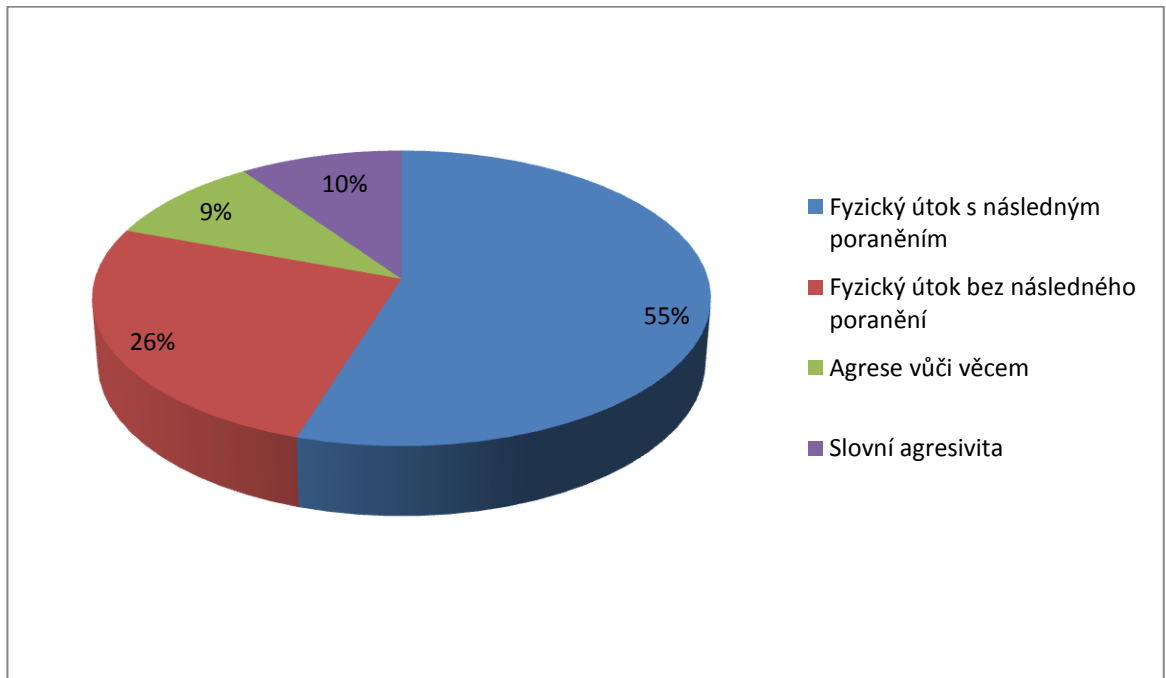
Autor: vlastní zpracování

Přes 60% zdravotníků se cítí erudovaných v jednání s agresivním pacientem. Pouze čtvrtina se necítí erudována. Společně s respondenty, kteří nejsou schopni posoudit, jestli jsou dosti erudováni, je však již třetina zdravotníků, kteří se necítí v této problematice jistě (viz. Graf č. 9). Třetina zdravotníků, kteří si nejsou jisti je jistě hodně. A to s ohledem na četnost a závažnost těchto situací. Pokud bychom to srovnali s běžnou zdravotní péčí, jistě by v nás nebudilo důvěru zdravotnické zařízení, kde by si třetina zdravotníků s naším onemocněním nevěděla rady.

9. S jakou nejhorší formou agresivity jste se zatím setkal/a?

- a) Fyzický útok s výsledným poraněním zdravotníka
- b) Fyzický útok bez poranění
- c) Fyzická agrese vůči věcem
- d) Slovní agresivita

Graf č. 10 Formy agresivity ve zdravotnictví



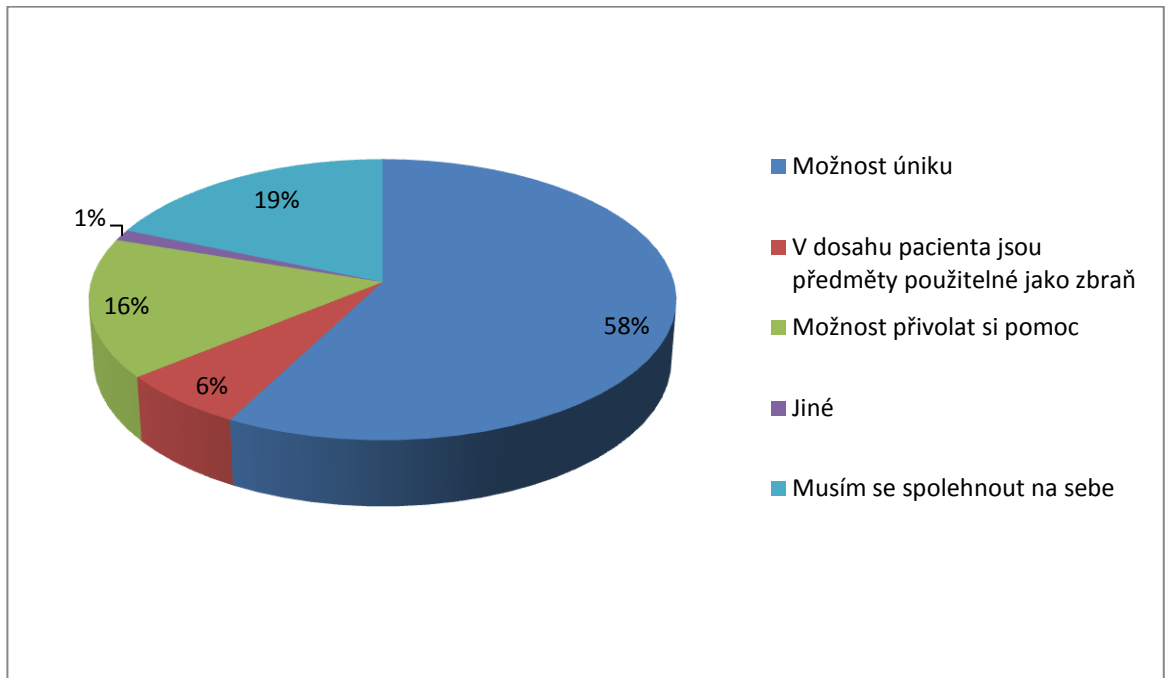
Autor: vlastní zpracování

Tento graf je asi největším překvapením dotazníku. 55% respondentů má zkušenost s fyzickým napadením a následným poraněním. Dalších 26% bylo napadeno, avšak vyvázlo ze situace bez poranění. Souhrnně tedy přes 80% zdravotníků má zkušenost s fyzickým napadením (viz. Graf č. 10). Takovou frekvenci nejzávažnější formy agresivity nebylo možné očekávat. I když většina poranění bude patrně drobných, nelze výsledky z toho plynoucí bagatelizovat. I když drobná poranění nebudou v popředí zájmu tisku, jde nepochybně o indikátor závažnosti situace. Nevládnutá agrese může vyústit i v život ohrožující poranění.

10. V případě agresivity ze strany pacienta (můžete označit více možností):

- a) Mám možnost úniku při napadení pacientem
- b) Mám na svém pracovišti v dosahu pacienta předměty použitelné jako zbraň
- c) Mám možnost si přivolat pomoc
- d) Jiné (prosím uveďte)

Graf č. 11 Konflikt s pacientem



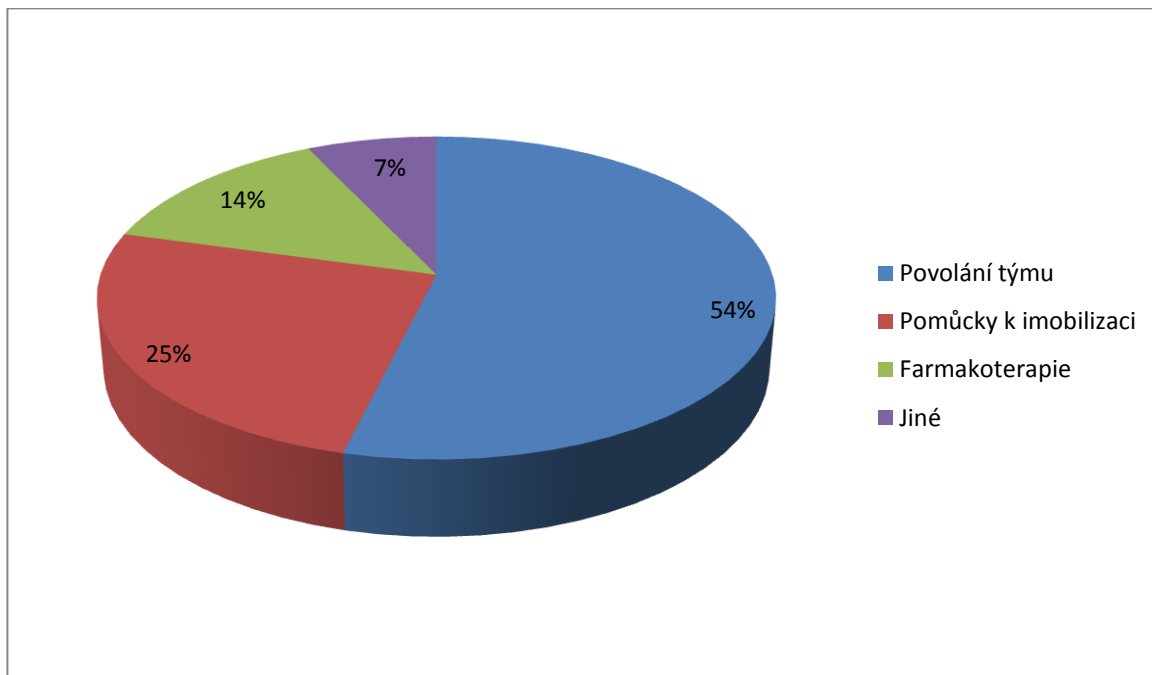
Autor: vlastní zpracování

Ve scénářích řešení konfliktu s agresivním pacientem převažuje racionální úvaha, že zdravotník tu není součástí represivních složek státu. Většina zdravotníků tedy volí možnost úniku a možnost přivolat si pomoc. Přesto zhruba u 6 % zdravotníků jsou na pracovišti v dosahu pacienta předměty použitelné jako zbraň. 16% zdravotníků se musí spolehnout sama na sebe. (viz. Graf č. 11)

11. Jaké postupy máte k dispozici k pacifikaci pacienta?

- a) Povolání dalších osob mimo ambulanci ke zvládnutí pacienta
- b) Pomůcky k imobilizaci
- c) Farmakoterapie
- d) Jiné

Graf č. 12 Přístupy k pacifikaci pacienta



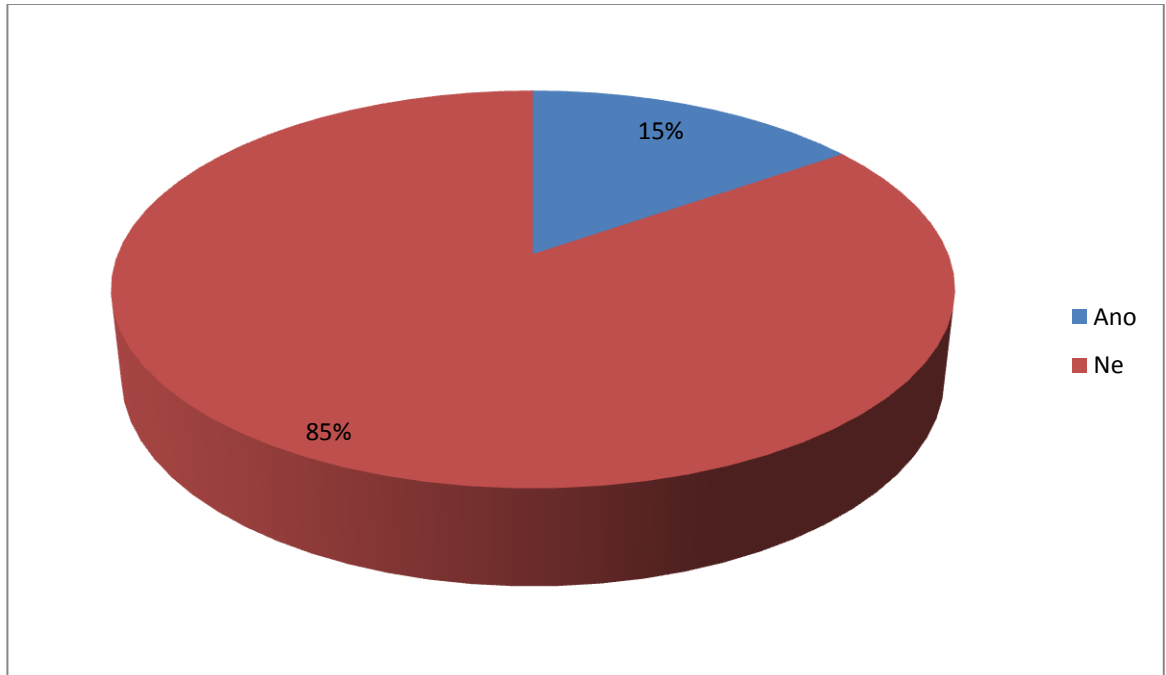
Autor: vlastní zpracování

Pokud je nutné přistoupit k pacifikaci pacienta, volí většina zdravotníků možnost přivolat tým, který situaci zvládne 54%. Dále pak pomůcky k imobilizaci 25% a na dalším místě farmakoterapii 14% (viz. Graf č. 12). Tento postup je ve shodě s literárními doporučeními. I když médii proběhla vášnivá diskuze, je na prvním místě imobilizace, která mnohdy vede ke zklidnění pacienta. Farmakoterapie je většinou volena s ohledem na další okolnosti, případně s ohledem na psychiatrický stav pacienta.

12. Byl/a jste někdy proškolen/a v jednání s agresivním pacientem?

- a) Ano
- b) Ne

Graf č. 13 Proškolenost zdravotníků

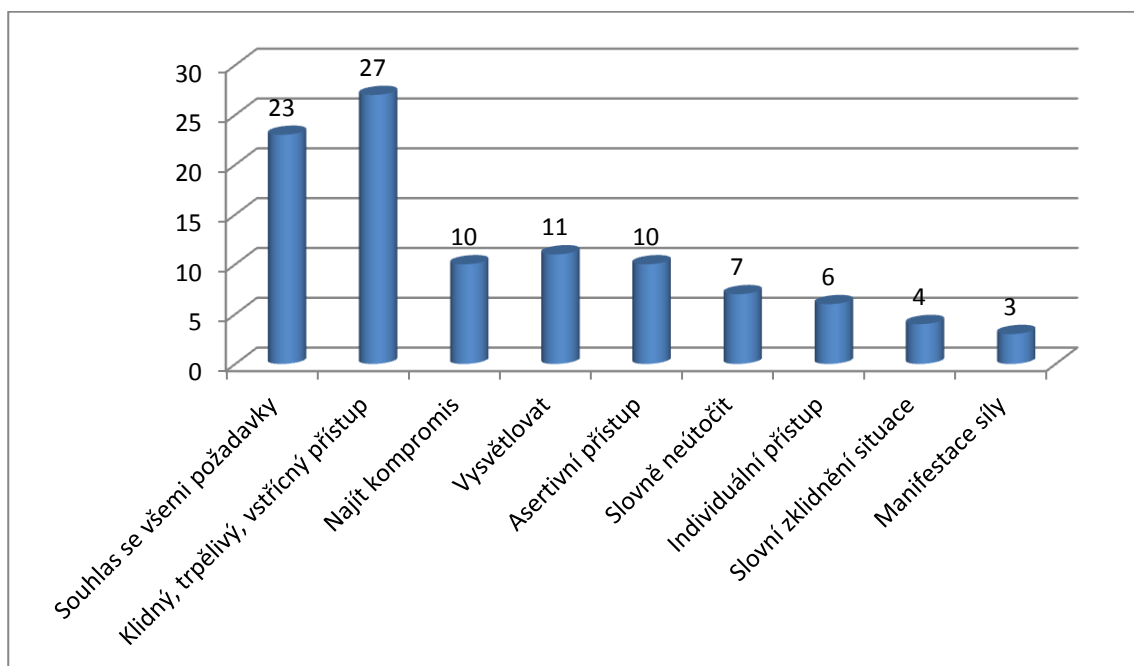


Autor: vlastní zpracování

Naprostá většina zdravotníků nebyla nikdy proškolená v jednání s agresivním pacientem 85% (viz. Graf č. 13). S ohledem na fakt, že se tito zdravotníci ve více než v 80 % potkávají s nejhorší formou agresivity, je zvýšení proškolenosti nepochybně snadno řešitelný dluh. Takové školení by mělo být ve zdravotnictví stejnou samozřejmostí jako školení o bezpečnosti práce.

13. Jaké postupy jsou dle vašeho názoru vhodné ve slovní komunikaci s agresivním pacientem (například manifestace síly, či naopak, souhlas se všemi požadavky agresora)? Prosím doplňte.

Graf č. 14 Nejčastější přístupy zdravotníků k agresi



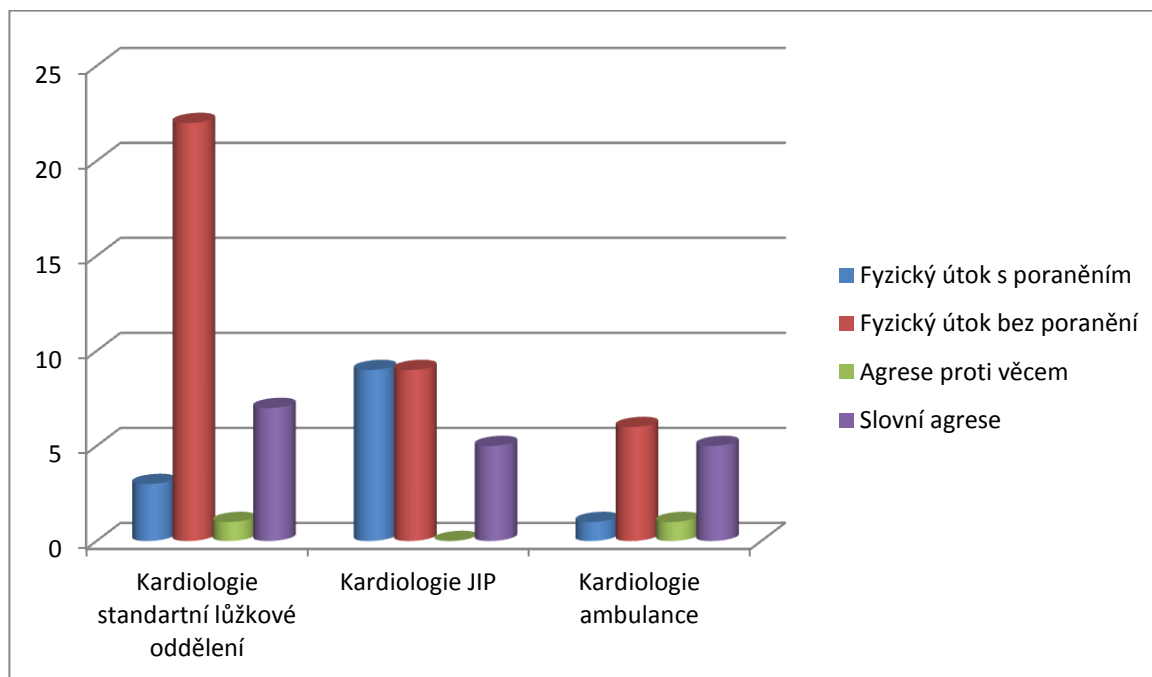
Autor: vlastní zpracování

S většinou uváděných postupů lze souhlasit. Nicméně je nutné si uvědomit, že bezpodmínečný souhlas se všemi požadavky pacienta zdravotníka zahání do defenzivy a může stupňovat požadavky agresora. Navíc se v průběhu času může ukázat, že zdravotník není schopen všemu vyhovět. Manifestace síly rovněž není vhodnou strategií, protože eskaluje situaci. Přesto tyto odpovědi patří mezi často uváděné. (viz. Graf č. 14)

8.4.2 Další analýzy vyplývající z dotazníku

Analýza nejzávažnějších forem agrese dle místa kontaktu

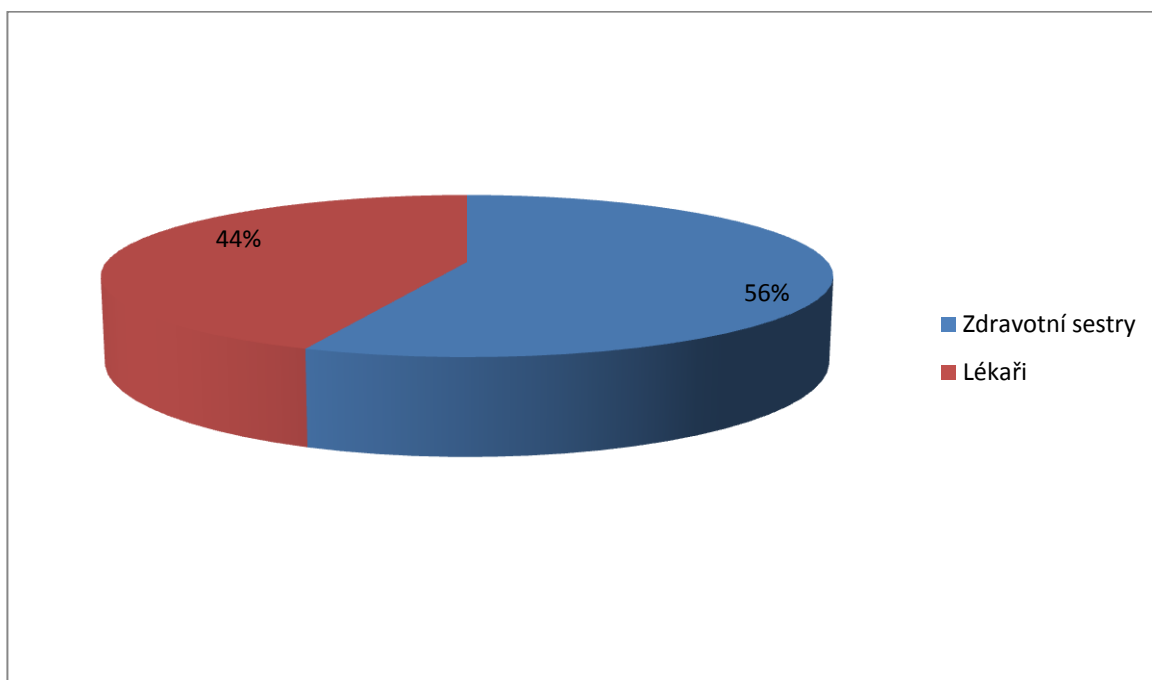
Graf č. 15 Formy agrese dle pracoviště



Autor: vlastní zpracování

Jako místo nejčastějšího kontaktu s agresivním pacientem vychází kardiologická JIP a standardní oddělení na kardiologii ve FN u sv. Anny. Výsledek je pro mne překvapením. Daleko pravděpodobnějším místem, z mého pohledu, byla chirurgická oddělení, kde musí pacient čelit bolesti po operačních zákrocích. Lze jen spekulovat o důvodech. Možným vysvětlením je, že na kardiologii leží pacienti s ohrožením cirkulace krevního oběhu a tedy i zhoršením prokrvení mozku. Toto zhoršení prokrvení by teoreticky mohlo vést ke zmatenosti a agresivním projevům.

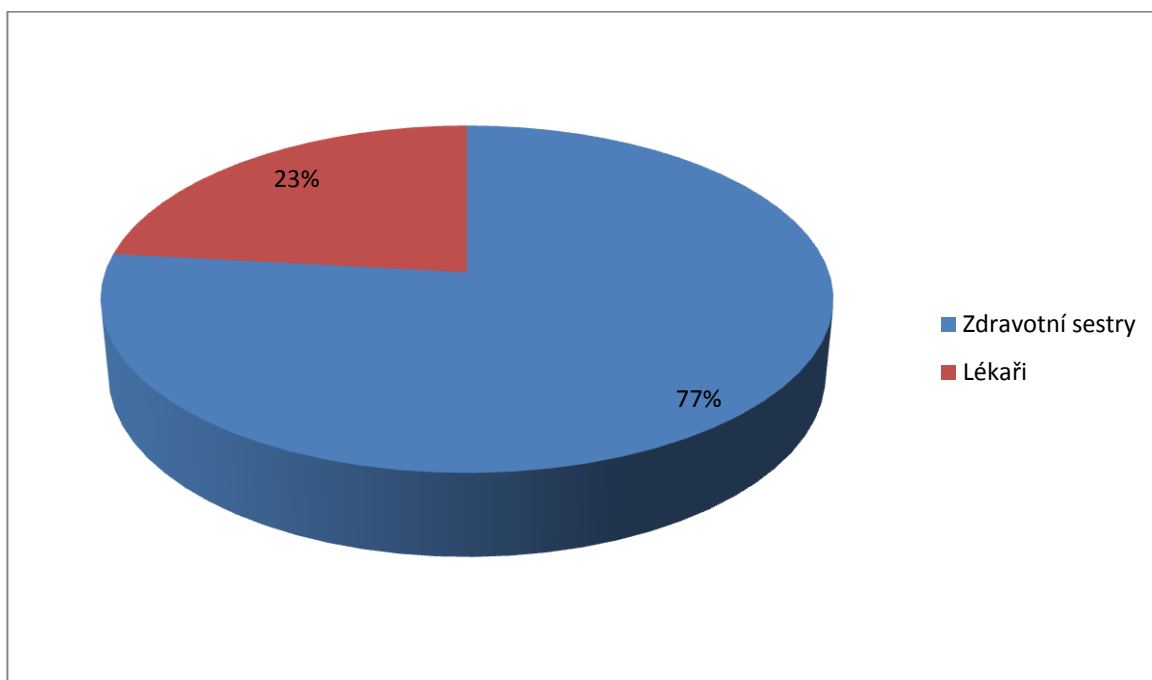
Graf č. 16 Kontakt s fyzickou agresí namířenou proti zdravotníkům



Autor: vlastní zpracování

S ohledem na daleko těsnější kontakt s pacientem bylo možno předpokládat daleko častější kontakt s fyzickou agresivitou. Vyrovnaná četnost kontaktu s fyzickou agresivitou 56% u sester versus 44% u lékařů je spíše překvapením. (viz. Graf č. 16)

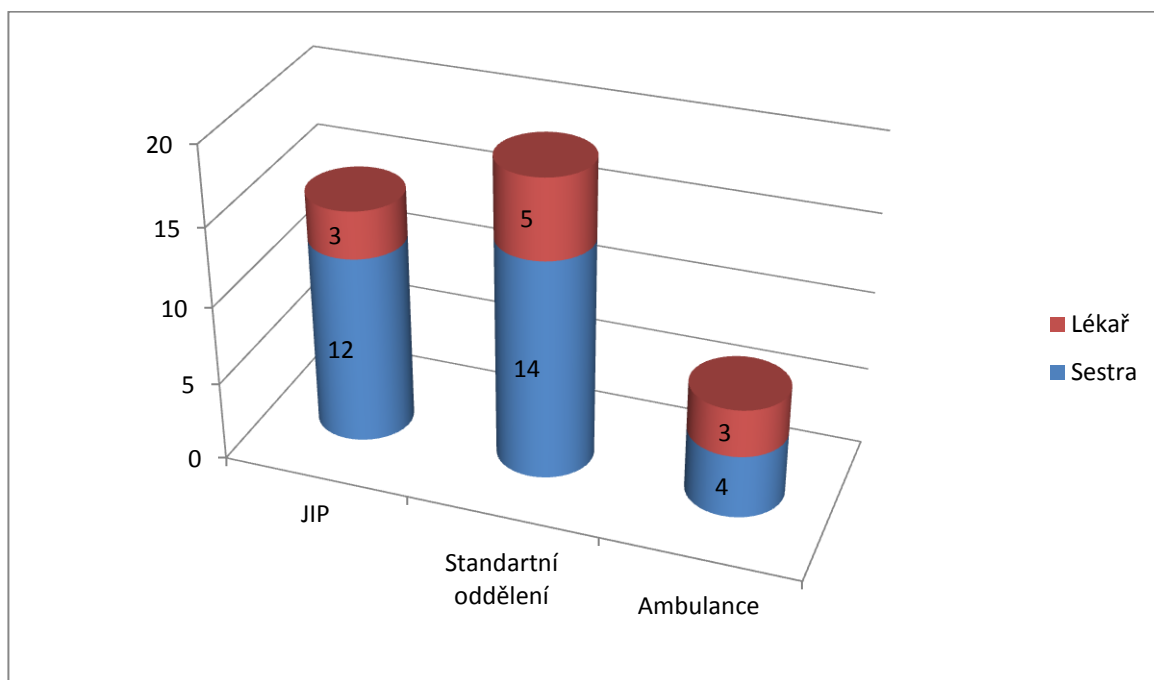
Graf č. 17 Kontakt s agresivním pacientem několikrát za měsíc



Autor: vlastní zpracování

I vezmeme-li v úvahu mírně vyšší zastoupení sester v průzkumu, je výsledek shodný s očekáváním. Sestry jsou v daleko četnějším kontaktu s pacienty a frekvence kontaktu s agresivitou je tedy četnější. (viz. Graf č. 17)

Graf č. 18 Kontakt s agresí ve FN u sv. Anny podle pracovišť



Autor: vlastní zpracování

Z analýzy vychází jako zhruba stejně četný kontakt s agresivním pacientem na jednotkách intenzivní péče a na standardních odděleních FN u sv. Anny. Daleko častěji jsou pak na těchto pracovištích vystavené agresivnímu chování zdravotní sestry. (viz. Graf č. 18)

Závěr

Agresivita je běžnou součástí lidského života, avšak ve vazbě na narůstající civilizovanost našeho života přece jen kontakt s ní není tak častý. Spíše se setkáváme s ritualizovanými formami agresivity ve formě sportovních zápasů či ve formě filmů. V životě člověka, žijícího v civilizaci západoevropského typu není příliš kontaktů s agresivitou. Z toho vyplývá jistá nezkušenost, nepřipravenost na řešení situací související s agresí. Situací, kdy se i v západní civilizaci můžeme setkat s krajními situacemi vedoucími k agresivitě není mnoho. Možná i proto narůstá obliba adrenalinových sportů a vyhledávání extrémních zážitků. Mezi situace, kdy dochází k ohrožení života, patří i nemoc. Díky systému zdravotní péče alespoň v České republice není běžná populace příliš konfrontována s vážnými nemocemi.

Většina stavů ohrožujících život se odehrává za zavřenými branami nemocnic. Zkušenost s bezprostředním ohrožením života byla dříve běžnou zkušeností lovce či sběrače. Nyní takový kontakt se smrtí chybí a na takovou situaci dnes není civilizovaný člověk připraven. Reakce tedy bývají často neadekvátní a přehnané. Smrt prostě přestala být běžnou součástí života a kontakt s ní vede k abnormálním reakcím.

Agrese se odehrává podle zkratkových scénářů, tj. útok nebo útěk. Protože racionalita v takových situacích je zcela potlačena, bývá agrese ventilována na nejbližší osoby. Často bývá nejbližší v těchto případech zdravotník. I když ze zkušenosti musím říct, že i konflikty mezi příbuznými bývají časté. Většinou však dojde k hádce bez fyzického napadení. V případě zdravotníka jde o cizí osobu, tedy o ideálního obětního beránka.

Cílem mojí práce tedy bylo zmapovat situaci a posoudit možná řešení. Na základě dotazníků byli osloveni zdravotníci a zhruba stejnou měrou byly zastoupeny zdravotní sestry a lékaři. Byly osloveny pouze klinické obory, tedy ty typy specializací, které bezprostředně přicházejí do kontaktu s pacientem. U oborů, kde dochází ke kontaktu pouze s materiálem pacienta jako je biochemie, mikrobiologie či patologie nelze očekávat konflikty s pacientem. Také mezi těmito obory byly osloveny ty obory, kde opravdu dochází k řešení stavů ohrožující pacientův život. Mezi klinickými obory byla pouze jako ojedinělý případ zastoupena dermatologie. Zde podle očekávání byly konflikty s pacienty hodnoceny jako řídké. Hlavní spektrum v mém průzkumu tvořili zdravotníci chirurgických a interních oborů.

Jednou z otázek, kterou jsem ve svém průzkumu řešila, byla otázka, kde je největší frekvence kontaktů s agresivitou. Jestli je větší frekvence kontaktů s agresorem na ambulanci nebo na standardním oddělení či na jednotce intenzivní péče. Jako pracoviště s největší frekvencí i s nezávažnějšími formami agresivity byla kardiologická JIP a standardní oddělení FN u sv. Anny v Brně. To bylo pro mne do značné míry překvapením. Vstupní předpoklad byl, že častěji jsou v kontaktu s agresivitou chirurgové. Přece jen, jsou to oni, kteří řeší nemoci invazivními operačními postupy. Zasahují více do integrity těla. Častěji je přítomna bolest, ať již jako vstupní projev nemoci, nebo jako důsledek operace. Do hodnocení však patrně dle mého názoru vstupuje další faktor. Zde se mohu pokusit pouze o spekulaci. Jde o to, že frekvence agresivity na kardiologii výrazně překonává očekávání. Je zde několik možných vysvětlení tohoto fenoménu.

Zdá se však, že pacienti, kteří mají zhoršení oběhu, mají i zhoršení prokrvení mozku. Mají tedy zhoršené rozpoznávací schopnosti a i bezprostřední reakce jsou méně tlumené.

Na kardiologické JIP se často k podpoře oběhu používají katecholaminy. Tedy látky, které jsou fyziologicky mediátory stresu a aktivace organismu. Mohou tedy vést k větší pohotovosti organismu k agresivnímu jednání. Oproti chirurgickým oborům jsou interní pacienti vyššího věku. Jde o to, že řada operačních postupů již pro pacienty ve vyšším věku není vhodná a řeší se tedy konzervativně a medikamentózně. Mezi pacienty vyššího věku je pochopitelně větší frekvence kognitivních poruch a demencí. Takový pacient je schopen přiměřeně fungovat ve známém prostředí. V prostředí neznámém pak dochází k zmatenosti. Navíc k neklidu vede množství vstupů: cévní vstup, močový katétr, vstup do tepenného systému k invazivnímu měření krevního tlaku, monitorace ekg (sledování ekg), monitorace saturace, monitorace TK neinvazivně (s frekvenčními kompresemi paže), vstup pro kontrapulsaci. Toto vše limituje pohyb pacienta a vede k neklidu i mladého člověka bez kognitivní deteriorace. U starého člověka s kognitivní poruchou často vede množství vstupů k vytrhání si všech vstupů a vynadání sestře a lékaři a případně k slovní či fyzické agresi.

Budeme-li hodnotit vstupní cíle a hypotézy tak, jak byly formulovány před rozdáním dotazníků, tak cíle se dle mého názoru povedlo splnit. Některé hypotézy se ukázaly jako správné, některé byly podhodnoceny.

Cíl 1: Zmapovat výskyt agresivity a její četnost ve vazbě na typ provozu.

Agresivita byla ve formě dotazníků zmapována v širokém spektru klinických oborů. Dotazníky byly rozděleny jak zdravotním sestřám, tak lékařům. Přednostně byly zastoupeny obory s bezprostředním kontaktem s pacientem.

- **Hypotéza 1:** Polovina zdravotníků se setká s agresivitou. Předpoklad byl výrazně podhodnocen. V dotaznících nebyl zastoupen ani jeden zdravotník, který by se s nějakou formou agresivity nesetkal. Převažovala frekvence kontaktů s agresivním chováním několikrát za rok.
- **Hypotéza 2:** Třetina zdravotníků se setká za život s fyzickou agresí. 55% respondentů má zkušenost s fyzickým napadením a následným poraněním. Dalších 26 % bylo napadeno, avšak vyvázlo ze situace bez poranění. Souhrnně tedy přes 80 % zdravotníků má zkušenost s fyzickým napadením. Opět oproti předpokladu je frekvence kontaktů s fyzickou agresivitou výrazně čtenější.
- **Hypotéza 3:** Více než 50 % kontaktů s agresivními pacienty probíhá na ambulancích.

Cíl 2: Srovnat četnost a závažnost kontaktů s agresivními pacienty mezi sestrami a lékaři.

Zastoupení sester a lékařů v dotaznících bylo poměrně vyrovnané. Odpovídalo 60 % sester oproti 40 % lékařů. Tedy je možné si vytvořit jistý obraz a srovnání mezi oběma skupinami.

- **Hypotéza 4:** Sestry jsou v častějším kontaktu s pacientem, jsou tedy i častěji v kontaktu s agresivním pacientem.
Předpoklad častějšího kontaktu byl u sester naplněn. Sestry jsou v daleko četnějším kontaktu s pacienty a frekvence kontaktu s agresivitou je tedy četnější.
- **Hypotéza 5:** Sestry jsou v častějším kontaktu s pacientem, jsou tedy i častěji v kontaktu s nejzávažnější formou agresivity, tj. fyzickou agresivitou.
Předpoklad nebyl naplněn, ačkoliv jsou sestry častěji v kontaktu s agresivními pacienty. Kontakt s fyzickou agresivitou je co do frekvence stejný jak u zdravotních sester, tak u lékařů. Možným vysvětlením je, že při takto závažné formě agresivity sestry vždy volají i lékaře.

Cíl 3: Posoudit informovanost zdravotníků a jejich proškolenost.

- **Hypotéza 6:** více než 90 % zdravotníků je proškolen v problematice jednání s agresivními pacienty.
Předpoklad nebyl splněn, proškolenost udává pouze 15 % zdravotníků.
- **Hypotéza 7:** Více než 90 % zdravotníků používá přiměřených metod ke zvládnutí konfliktů s agresorem.
Předpoklad nebyl splněn, protože řada zdravotníků by volila z možných postupů buďto úplný souhlas se všemi požadavky agresora nebo na druhé straně by několik zdravotníků volilo manifestaci síly. Ani jednu z těchto zcela protichůdných metod nelze akceptovat jako správné řešení situace. Procentuálně cca 26 % zdravotníků by v průzkumu volilo tyto nevhodné scénáře.
Z výsledků vyplývajících z dotazníkové akce vyplývá, že edukace v problematice agresivity je mezi zdravotníky stále nedostatečná a pravidelná školení by tento stav mohla zlepšit. Mohlo by jít o analogii školení o bezpečnosti práce.
Jako pracoviště s největším rizikem byla dle dotazníku identifikována jednotka intenzivní péče na kardiologii. Obecně je však patrně nutné brát jednotky intenzivní péče všeobecně jako pracoviště s vyšším rizikem.
Přes vysoká rizika v kontaktu s agresivním pacientem je v dosahu pacienta často předmět použitelný jako zbraň.

Podstatným faktem je, že zdravotník by se neměl snažit zvládat situaci sám a měl by se snažit přivolat pomoc. Rozhodně není úkolem zdravotníka snažit se přemoci agresora. Zdravotník nepatří k represivním orgánům státní moci. Projevy násilí budou jinak hodnoceny u policisty a jinak u zdravotní sestry či lékaře. Zdravotník by tedy neměl váhat s povoláním buďto ostrahy či přímo policie.

Všechny postupy vedoucí k zvládnání agresivního pacienta by měly být zaznamenány ve zdravotní dokumentaci. Pokud nejde o pacienta, ale o příbuzného, je jeho zvládnutí v pravomoci policie.

Z vrácených dotazníků je jasné, že závažnost problematiky je všeobecně podceňována. I když situace v České republice nedosahuje takových rozměrů jako v USA, kde jsou běžně při vstupu do nemocnic odebrány zbraně. Je vhodné na tuto problematiku zaměřit pozornost, zvláště pak v managementu nemocnic. Spíše než plošná opatření je vhodné zvýšit opatrnost a volat poučenou ostrahu k rizikovým pacientům jako jsou toxikomani, sociálně nepřizpůsobiví, pacienti v ebrietě. Také není vhodné nechat zdravotnický personál přečíslit množstvím rizikových příbuzných, jak je u některých etnik zvykem. Pro tyto situace by měla být vytvořena vnitronemocniční pravidla.

Typickým pacientem, u kterého je možné předpokládat neadekvátní chování, jsou bezdomovci s četnými zdravotními potížemi. Jsou tedy častými návštěvníky zdravotních zařízení.

Prostředí fakultní nemocnice se jeví jako výrazně rizikovější než provoz privátní polikliniky. Nicméně na poliklinice prakticky chybí možnost povolat ostrahu.

Resumé

Agresivita ve zdravotnictví je závažnějším problémem, než je všeobecně vnímáno. Nelze očekávat snižování frekvence ani závažnosti agresivity. Řada problémů, které nejsou jednoznačně zdravotní, ale spíše sociální, je institucionalizováno do zdravotních zařízení (podchlazení bezdomovci, stárnoucí a nemohoucí populace apod.). Je potřeba zdravotníky a zdravotnická zařízení připravit na zvládání takových situací, které již potenciálně mohou vyústit v konflikt. Zdravotník nemá čelit agresoru sám, ale má si rychle povolat pomoc, nejlépe zavedeným mechanismem. Pravidelná školení o řešení situací s agresivním pacientem by měla být samozřejmostí. Ve větších nemocnicích je ke zvážení vytvoření týmu specializovaného na takovéto situace. V mojí diplomové práci se prokázalo, že četnost, s jakou se zdravotník setkává s agresivním jednáním je neobyčejně vysoká. Naopak formální proškolení v této problematice většinou chybí. Bude nezbytné se tomuto problému dále věnovat a to ve smyslu minimalizace škod na obou stranách, tedy jak na straně pacienta, tak na straně zdravotníka. Je důležité, aby vše probíhalo v pořádku i po formální stránce, tj. v souladu s platnými právními předpisy.

Aggression in healthcare is a more serious problem than it is generally perceived. We can not expect to reduce the frequency or severity of aggression. Many problems that are not clearly health related, but rather on the social spectrum, are concentrated on in health facilities (homeless with hypothermia, infirmed and aging population, etc.). We need medical professionals and healthcare facilities to be prepared for coping with situations that can potentially result in conflict. Health professionals should not have to face the aggressor himself, but should quickly summon help, as best routine procedure in hospitals. Regular training on dealing with situations with aggressive patients should be instituted in every medical facility. Creating a specialized team for such situations should be considered in larger hospitals. In my thesis I show that the frequency with which a paramedic encounters aggressive behavior is extremely high. Conversely, formal training in this area is mostly absent. It is necessary to emphasize the issue of aggression to minimize the damage on both sides, i.e. on the side of the patient and of the health care professionals. It is important to keep every medical procedure in accordance with applicable laws and regulations especially in the case of aggressive patients.

Anotace

Navzdory našim přáním je agresivita součástí našeho života. Díky úspěchům moderní civilizace není člověk v našem zeměpisném prostoru běžně konfrontován s život ohrožujícími stavy. Takové stavy se koncentrují do nemocnic a běžný pacient je pak na ně zcela nepřipraven. Výsledkem bývá často neadekvátní reakce, mnohdy sklouzávající do agresivity. Cílem této diplomové práce bylo ozřejmit četnost a závažnost agresivity ve zdravotních zařízeních. Jako metoda byl zvolen dotazník o třinácti otázkách, který byl vyplněn zdravotnickými profesionály ve fakultní nemocnici a na soukromé poliklinice v průběhu března 2012. Vysoká četnost kontaktů s agresivitou byla překvapující. Nebyl žádný zdravotník, který neměl kontakt s agresivitou a 55% mělo kontakt s fyzickou agresí a souvisejícím poraněním. Nejrizikovější prostředí bylo na jednotkách intenzivní péče a na standardních odděleních kardiologické kliniky ve FN U sv. Anny v Brně. Sestry jsou díky užšímu kontaktu s pacientem mnohem častěji vystaveny agresí než lékaři.

Klíčová slova: Agresivita, násilí, nemoc, nemocnice, pacient, lékař, zdravotní sestra.

Despite our wishes, aggression is a part of our lives. Due to the success of modern civilization, a man in our geographical area is not commonly confronted with life-threatening diseases in their daily life. Such situations are concentrated in hospitals and the patient is then going totally unprepared for this situation. The result is often inadequate response, sometimes leading to aggression. The aim of this work was to evaluate the frequency and the severity of aggression in healthcare facilities. The particular method of evaluation chosen was a 13-item questionnaire (open ended as well as closed questions) that was completed by healthcare professionals in a teaching hospital and private clinic. The questionnaire was given to them during the March 2012. The high frequency of encounters with aggression was surprising. There were no healthcare professionals who didn't deal with aggression and 55% of them experienced physical aggression and sustained some kind of injury. The highest-risk environment was in intensive care units and standard units of the cardiology clinic of the University Hospital Brno (Brno, Czech Republic). Nurses are much more susceptible to aggression than doctor due to closer contact with patients.

Key words: Aggressivity, violence, disease, hospital, patient, doctor, nurse.

Seznam literatury

ZÁKON 40/2009 Sb. *Trestní zákoník*. [online] Dostupné z:

<http://www.mvcr.cz/clanek/sbirka-zakonu.aspx>. [cit. 2012-08-22].

ZÁKON 140/1961 Sb. *Trestní zákoník*. [online] Dostupné z:

<http://www.mvcr.cz/clanek/sbirka-zakonu.aspx>. [cit. 2012-08-22].

BOHÁČEK, P. *Agresivní chování vůči zdravotnickému personálu*. Sestra, 2008, roč. 18, č. 1, 33 s. ISSN 1210-0404.

BOZ, B., ACAR, K., ERGIN, A. et al. *Violence toward health care workers in emergency departments in Denizli*. Advances in therapy. 2006, 23, 364 s. ISSN 0741-238x.

CRILLY, J., CHABOYER, W., CREEDY, D. *Violence towards emergency department nurses by patients*. Accident and Emergency Nursing. 2004, 12, 67s. ISSN 0965-2302.

DIETZ, W. H., STRASBURGER, V. C. *Children, adolescents, and television*. Current Problems in Pediatrics. 1991, roč. 21, č. 1, 8 s. ISSN 0045-9380.

DONNERSTEIN, E., SLABY, R. G., ERON, L. D. *The mass media and youth aggression*. In: Reason to Hope: A Psychosocial Perspective on Violence and Youth, Eron, L.,D., Gentry, J.,H., Schlegel, P., Washington, DC: American Psychological Association Press, 1996. 219 s. ISBN 1-55798-272-4.

FAUMAN, B. *Other psychiatric emergencies*. In: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7.vyd. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000, Vol 2, 2040 s. ISBN 978-0683301281.

HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. Praha: Galén, 1999, 105 s. ISBN 80-7262-032-0.

HONZÁK, R. *Obrana před napadením agresivním pacientem*. Diagnóza v ošetrovatelství. 2005, 4, 195 s. ISSN 1801-1349.

HÖSCHL, C. *Psychiatrie pro praktické lékaře*. Praha: nakladatelství H&H. 1996, 309 s. ISBN 80-85-787-96-2.

- HUESMANN, L. R. *Psychological processes promoting the relation between exposure to media violence and aggressive behavior by the viewer*. Journal of Social Issues. 1986, 42, 125 s. ISSN 1540-4560.
- CHARREN, P., GERBER, A., ARNOLD, M. *Media, children, and violence: a public policy perspective*. Pediatrics. 1994, 94, 631 s. ISSN 0031-4005.
- JIRÁK, R. *Léčba psychických poruch ve stáří*. Postgraduální medicína. 2012, 1, 72-75 s. ISSN 1212-4184.
- LÜLLMANN, H., MOHR, K. *Farmakologie a toxikologie*. 15.vyd. Praha: Grada, 2004, 390-398 s. ISBN 8024708361.
- KANSAGRA, S. M., RAO, S. R., SULLIVAN, A. F., et al. *A survey of workplace violence across 65 U.S. emergency departments*. Academic Emergency Medicine. 2008, 15, 1268 s. ISSN 1553-2712.
- KOUKOLÍK, F. *Lidský mozek*. Praha: Portál, 2002, 314-321 s. ISBN 80-7178-632-2.
- KOUKOLÍK, F., DRTILOVÁ J. *Vzpoura deprivantů*. Praha: Makropulos, 1996, 43, 201, 202 s. ISBN 80-901776-8-9.
- MORGAN, R. L. *How Do You Calm Upset Customers?* [online]. Dostupné z: <http://www.rebeccamorgan.com/articles/cs/cs6.html> [cit. 2012-02-07].
- ORDOG, G. J., WASSERBERGER, J., ORDOG, C., et al. *Weapon carriage among major trauma victims in the emergency department*. Academic Emergency Medicine. 1995, 2, 109 s. ISSN 1553-2712.
- PEŇÁKOVÁ, S. *Aktuální výskyt agresivity u pacientů ve zdravotnických zařízeních z pohledu zdravotníka*. Bakalářská práce, Brno: Masarykova univerzita, 2011, 16 a 24 s.
- PETIT, J. R. *Management of the acutely violent patient*. The Psychiatric clinics of North America. 2005, 28, 701 s. ISSN 0193-953x.
- PREKOPOVÁ, J. *Malý tyran*. Praha: Portál, 2009, 33-34 s. ISBN 978-80-7367-589-9.
- RICE, M. M., MOORE, G. P. *Management of the violent patient. Therapeutic and legal considerations*. Emergency Medicine Clinics of North America. 1991, 9, 13 s. ISSN 0733-8627.
- ROBINSON, T. N., WILDE, M. L., NAVRACRUZ, L. C., et al. *Effects of reducing children's television and video game use on aggressive behavior: a randomized controlled trial*. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine. 2001, 155, 17 s. ISSN 1072-4710.

SCHULTE, J. M., NOLT, B. J., WILLIAMS, R. L., et al. *Violence and threats of violence experienced by public health field-workers*. JAMA. 1998, 280, 439 s. ISSN 0098-7484.

SCHREIBER, V. *Hormony a lidská mysl*. Praha: Triton, 2004, 85-92 s. ISBN 80-7254-433-0.

STOLÍNOVÁ, J., MACH, J. *Právní odpovědnost v medicíně*. Praha: Galén, 1998. 50-52 s. ISBN 80-85824-88-4.

VEVERA, J., ČERNÝ, M. *Zvládání agitovanosti a násilného chování*. Psychiatrie pro praxi. 2011, 12, 69-71 s. ISSN 1213-0508.

WILSON, E. O. *O lidské přirozenosti*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1993, 98-118 s. ISBN 80-7106-076-3.

ZELMAN, M., HOLLÝ, K., BRAČOKOVÁ H. *Zvládanie akútneho psychomotorického nekludu a agresivity pacienta*. Psychiatria pro praxi. 2006, 4, 185–190 s. ISSN 1213-0508.

ZIMRING, F. E. *New York proti zločinu*. Scientific american. 2011, s. 59-63. ISSN 1213-7723.

Seznam zkratek

apod. – a podobně

atd. – a tak dále

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení

cca – cirka

FN U sv. Anny – Fakultní nemocnice U Svaté Anny v Brně

i. v. – intravenózně (do žíly)

JIP – jednotka intenzivní péče

např. – například

ORL – otorinolaryngologické oddělení (ušní, nosní, krční)

p. o. – per os (ústý)

RZP – rychlá záchranná pomoc

SPECT – Single photon emission computed tomography (tomografická scintigrafie)

tj. – to je

TK – krevní tlak

tzv. – takzvaný

USA – United States Of America (Spojené státy americké)

Seznam grafů

Graf 1: Počet vrácených dotazníků

Graf 2: Rozdělení respondentů podle délky praxe

Graf 3: Rozdělení respondentů podle pohlaví

Graf 4: Pracovní pozice respondentů

Graf 5: Typ pracoviště

Graf 6: Zastoupení podle oborů

Graf 7: Četnost výskytu agresivního chování

Graf 8: Příčiny konfliktů

Graf 9: Erudovanost v jednání s agresivním pacientem

Graf 10: Formy agresivity

Graf 11: Konflikt a agresivním pacientem

Graf 12: Zvolené postupy s cílem pacifikovat pacienta

Graf 13: Proškolenost

Graf 14: Nejčastější odpovědi

Graf 15: Analýza nejzávažnějších forem agrese dle místa kontaktu

Graf 16: Fyzická agresivita vůči zdravotníkům

Graf 17: Kontakt s agresivním pacientem několikrát do měsíce

Graf 18: Kontakty s agresivním pacientem několikrát do měsíce
ve FN U sv. Anny v Brně

Příloha č. 1: Dotazník

Dotazník k diplomové práci na téma

Agresivní pacient a zdravotníci, teorie, možnosti, řešení

Vážená paní doktorko, pane doktore, vážené zdravotní sestry,

do rukou se Vám dostává dotazník k diplomové práci, ve které se zabývám agresivitou ve zdravotnictví, četností kontaktů zdravotníků s agresivitou a způsoby reakcí na agresivního pacienta.

Dovoluji si Vás požádat o pravdivé vyplnění tohoto dotazníku, který je pro mne zdrojem informací, důležitých k vypracování mé práce. Dotazník je anonymní a údaje, které poskytnete, budou použity pouze pro účely tohoto průzkumu. Vámi vybranou odpověď prosím zakroužkujte, pokud není uvedeno jinak.

Děkuji Vám za čas a ochotu, které jste věnovali vyplnění tohoto dotazníku.

Bc. Pavlína Prosecká

1. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- a) méně než 5 let
- b) 5-10 let
- c) 10-20 let
- d) více než 20 let

2. Jste:

- a) žena
- b) muž

3. Pracujete jako:

- a) lékař/ lékařka
- b) zdravotní sestra

4. Jaký je typ Vašeho pracoviště?

- a) standardní lůžkové oddělení
- b) JIP či ARO oddělení
- c) nemocniční ambulance
- d) privátní ambulance

5. Uveďte prosím obor.

.....

6. Jak často se s projevy agresivity pacientů setkáváte?

- a) nikdy jsem se nesešel/a
- b) zřídka (několikrát do roka)
- c) několikrát do měsíce
- d) několikrát do týdne

7. S čím nejčastěji dle vašeho názoru konflikty s pacienty souvisí?

- a) se zdravotním stavem pacienta
- b) s organizací zdravotní péče (čekání v ambulanci apod)
- c) s nedostatečným respektem vůči zdravotníkům
- d) s chováním zdravotníků
- e) jiné (prosím uveďte).....

8. Jste dle vašeho názoru dostatečně edukován/a v postupech jak jednat s agresivním pacientem?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

9. S jakou nejhorší formou agresivity jste se zatím setkal/a?

- a) fyzický útok s výsledným poraněním zdravotníka
- b) fyzický útok bez poranění
- c) fyzická agrese vůči věcem
- d) slovní agresivita

10. V případě agresivity ze strany pacienta: (můžete označit více možností)

- a) mám možnost úniku při napadení pacientem
- b) mám na svém pracovišti v dosahu pacienta předměty použitelné jako zbraň
- c) mám možnost si přivolat pomoc
- d) musím se spolehnout jen na sebe
- e) jiné (prosím uveďte).....

11. Jaké postupy máte k dispozici k pacifikaci pacienta?

- a) povolání dalších osob mimo ambulanci ke zvládnutí pacienta
- b) pomůcky k imobilizaci
- c) farmakoterapie
- d) jiné (prosím uveďte).....

12. Byl jste někdy proškolen v jednání s agresivním pacientem?

- a) ano
- b) ne

13. Jaké postupy jsou dle vašeho názoru vhodné ve slovní komunikaci s agresivním pacientem (například manifestace síly, či naopak, souhlas se všemi požadavky agresora)? Prosím doplňte.

.....

.....