

Rizikové faktory při práci ve zdravotnictví Agresivní pacient

Monika Veverková

Bakalářská práce
2009



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetrovatelství
akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Monika VEVERKOVÁ**
Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Rizikové faktory při práci ve zdravotnictví**

Zásady pro vypracování:

- Vytyčit hlavní cíle bakalářské práce.**
- Shrnout nejčastější rizikové faktory, které ovlivňují práci ve zdravotnictví.**
- Rozlišit jednotlivé typy klientů a blíže je charakterizovat.**
- Specifikovat různé druhy agrese.**
- Stanovit si hypotézy výzkumu.**
- Sestavit strukturovaný dotazník.**
- Určit nejčastější příčiny chování agresivního klienta.**
- Stanovit jak často se zdravotnický personál setkává s agresivními klienty.**
- Zmapovat znalost zdravotnického personálu v oblasti komunikace s agresivním klientem.**
- Popsat, jak sestry na agresivního klienta reagují.**
- Dozvědět se, jaké metody zvládnutí agresivního klienta nejčastěji sestry používají.**
- Na podkladě zjištěných informací vytvořit edukační materiál pro zdravotní sestry.**

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BAUMRK, J., CIKRT, M., HLAVÁKOVÁ, J. Analýza rizik při práci: Příručka pro zaměstnavatele. 2.vyd., Praha: Státní zdravotní ústav, 2001. 135 s. ISBN: 80-7071-183-3.

DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, A. První pomoc v psychiatrii. 1.vyd., Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 176 s. ISBN: 80-247-0197-9.

HAŠKOVCOVÁ, H. Manuálek o násilí. 1.vyd., Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004. 83 s. ISBN: 80-7013-397-X.

JANÁČKOVÁ, L., PAVLÁT, J. Psychologické aspekty zdravotnické komunikace. 1.vyd., Brno: Masarykova univerzita, 2007. 111 s. ISBN: 978-80-210-4330-6.

ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních. 1.vyd., Praha: Grada Publishing, spol. s r.o., 2008. 200 s. ISBN: 978-80-247-2616-8.

ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. Zdravotnická psychologie, Teorie a praktická cvičení. 1.vyd., Praha: Grada Publishing, spol. s r.o., 2007. 232 s. ISBN: 978-80-247-2068-5.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Dagmar Čizmářová
Ústav ošetrovatelství

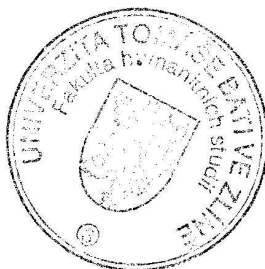
Datum zadání bakalářské práce:

5. února 2009

Termín odevzdání bakalářské práce:

5. června 2009

Ve Zlíně dne 5. února 2009



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan

L.S.

doc. MUDr. Jaroslav Slaný, CSc.
ředitel ústavu

ABSTRAKT

Cílem mé celé práce je upozornit na velké množství rizikových faktorů, které se ve zdravotnictví vyskytují. Tyto rizikové faktory se nacházejí při práci sester nejen v nemocnicích na jednotlivých odděleních, ale také v ambulancích.

Má práce je rozdělena na dvě části. V části teoretické jsou popsány nejčastěji vyskytující se rizikové faktory, které ovlivňují fyzickou i psychickou stránku zdravotnického pracovníka. Dále se zabývám jedním z nejrizikovějších faktorů a tím je samotný pacient. Velký úsek teoretické části své bakalářské práce věnuji tzv. „obtížným, neboli agresivním pacientům“ a agresivitě vůbec. Protože právě agresivita má velmi významný vliv na práci sester a ostatních zdravotnických pracovníků. V praktické části práce se zabývám reakcí sester na agresivní pacienty. Pro výzkumné šetření jsem použila dotazníkové metody. Prostřednictvím strukturovaného dotazníku jsem zjišťovala postoje zdravotnických pracovníků při kontaktu s agresivním pacientem. Dále jsem se zaměřila na četnost setkávání zdravotníků s těmito pacienty, nejčastější příčinu agrese a řešení vážnějších konfliktů.

Klíčová slova: rizikové faktory, nosokomiální nákazy, syndrom vyhoření, pacient, agresivita

ABSTRACT

Objective of my whole work is to bring attention to huge amount of risk factors which have occurred in health care. These risk factors you can find at work of nurses working not only in different sections of hospitals, but also in ambulances. My work is divided in two parts. Theory part is describing most occurred risk factors which have impact on physical and mental state of health workers Secondly, theory is describing most risky factor which is patient alone. At the end of theory part I am describing so called "difficult or aggressive patient" and aggression at all which has huge impact on work of nurses. In practical part I am describing reactions of nurses working with aggressive patients. I am working on questionnaire in which I state ten basic questions and finding attitude of health workers coming to contact with aggressive patients. Trying to find out how often do nurses or any other health care worker come to contact with these patients, what is patients reason for aggression and how are health workers coping with most difficult conflicts.

Keywords: risk factors, nosokomial infections, burnout syndrome, patient, aggression

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat své vedoucí práce Mgr. Dagmar Čižmářové za pomoc, podporu, komentáře a vedení práce. Dále chci poděkovat všem nelékařským zdravotnickým pracovníkům Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně, kteří se podíleli svými názory na vzniku této práce, bez kterých by nemohla vzniknout. Ještě chci poděkovat zdravotní sestře Yvettě Veverkové, dlouholeté pracovníci v oboru, odbornici z praxe, která mě seznámila se všemi svými zkušenostmi týkající se rizik při práci.

Motto:

Chování každého z nás řídí snaha minimalizovat vlastní riziko a maximalizovat svou odměnu.

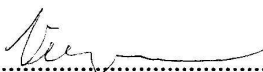
Jack Welch (*1935)

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Ve Zlíně 14. 2. 2009

.....


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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 RIZIKA PŘI PRÁCI	13
1.1 ODBORNÁ TERMINOLOGIE	13
1.2 PRACOVNÍ PROSTŘEDÍ	15
1.2.1 Hluk a vibrace	16
1.2.2 Neionizující a ionizující záření.....	17
1.2.3 Chemické látky a přípravky	18
1.2.4 Biologické činitele.....	18
1.3 FYZICKÁ A PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ	21
1.3.1 Fyzická pracovní zátěž	22
1.3.2 Psychická pracovní zátěž.....	22
1.4 PRACOVNÍ DOBA.....	23
2 DRUHY PACIENTŮ	25
2.1 TYPY PACIENTŮ.....	25
2.2 PROBLÉMOVÍ PACIENTI.....	32
3 AGRESIVITA	33
3.1 TERMINOLOGIE	33
3.2 DEFINICE AGRESE.....	33
3.3 AGRESE VE ZDRAVOTNICTVÍ	35
3.4 AGRESIVNÍ, NESPOLUPRACUJÍCÍ PACIENT	35
3.5 DRUHY AGRESE	36
3.6 ROZPOZNÁNÍ AGRESIVNÍHO PACIENTA	38
3.7 PŘÍČINY AGRESE.....	39
3.8 FAKTORY ZVYŠUJÍCÍ NAPĚTÍ PACIENTA	41
3.9 FYZICKÁ AGRESIVITA	42
3.10 DOVEDNOSTI SESTRY	42
3.11 OBECNÉ ZÁSADY CHOVÁNÍ K AGRESIVNÍM PACIENTŮM	43
3.12 PŘÍSTUP SESTRY K AGRESIVNÍMU PACIENTOVÍ	43
3.13 ZÁSADY RESTRIKCE	45
3.14 KOMPLIKACE RESTRIKTIVNÍCH POSTUPŮ.....	47
3.15 OCHRANNÁ OPATŘENÍ- FIXACE	48
3.16 PRÁVNÍ PŘEDPISY SOUVISEJÍCÍ S OMEZUJÍCÍMI PROSTŘEDKY.....	48
II PRAKTICKÁ ČÁST	50
4 METODIKA PRÁCE	51
4.1 CÍLE A HYPOTÉZY	51
4.2 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	52
4.3 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	52
4.3.1 Formy položek v dotazníku.....	53

5	ROZBOR A VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEHO GRAFICKÉ ZPRACOVÁNÍ	54
5.1	GRAFICKÉ ZPRACOVÁNÍ DOTAZNÍKŮ.....	54
6	ANALÝZA A STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ	77
7	DISKUSE	82
	ZÁVĚR	85
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	86
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	90
	SEZNAM TABULEK	92
	SEZNAM GRAFŮ	93
	SEZNAM PŘÍLOH	94

ÚVOD

Studenti, kteří se rozhodli pro povolání všeobecné sestry, vstupují do studia s ambicemi, že po absolvování této školy budou pomáhat lidem při léčbě nemocí a zmírňování utrpení. Avšak, již v průběhu studia zjišťují, že to nebude jednoduché. S nástupem do praxe objevují, že péče o pacienty je jen jednou z mnoha povinností, které sestra musí zvládnout. Více než kdy předtím si uvědomují, že i oni sami se stávají potencionálními pacienty, protože jsou každodenně vystavováni velkému množství rizikových faktorů při své práci. A to je také důvodem, proč se v předkládané bakalářské práci zabývám právě touto problematikou.

Při vstupu na své nové pracoviště jsou studenti ohromeni perfektně vybavenou vyšetřovnou a komfortní sesternou. I takto zařízené oddělení skrývá některá „neviditelná“ či potencionální rizika. Těmi skrytými riziky jsou např. práce s chemikáliemi, s ostrými předměty, jehlami, skalpely, s biologickým materiálem. Ve zdravotnickém prostředí je obtížné se vyhnout přístrojům s ionizujícím a neionizujícím zářením a dalším specifickým zařízením, které způsobují vibrace a hluk.

Jedním z vážných rizik přenosných na zdravotnický personál jsou infekční nemoci. Je nespočet chorob, které se mohou přenést z pacienta na zdravotnického pracovníka. Zejména proto chci upozornit na tři zdravotně nejzávažnější infekce, se kterými se dostává sestra do styku a jejich léčba je buď velmi komplikovaná, nebo zatím nemožná.

Práci ve zdravotnictví by měl vykonávat pouze člověk, který má nejen dobrou fyzickou, ale také psychickou zdatnost. Toto je nejdůležitější kritérium pro zdravotníka, neboť jeho tělesná i duševní kondice je denně vystavována stresům a problémům jiných lidí.

I po několikaletém studiu, kdy jsme vedeni k tomu, jak předcházet jednotlivým nemocem, jak dodržovat bariérový systém péče, nás však škola nenaučí a ani naučit nemůže, jak se ubránit lidským emocím a rozmarům, protože každý jedinec je velmi individuální.

V sociálních vědách je popsáno, jak se chovat k lidem, kteří mají problémy, bolesti, starosti. Víme, jak se k takovýmto pacientům chovat, ale někteří pacienti neví, jak se mají chovat k nám. A to je další klíčový problém, kterým se ve své bakalářské práci zabývám.

Jak jsem již jednou uvedla, každý člověk je individualita, tzn., že každý jedinec se chová jinak. Nejvíce ohrožujícím faktorem pro sestru je agresivní pacient. Sestry se učí, jak zvládnout pacientovu agresi, ale neví, kdy ji mají čekat. A proto si kladou otázky typu:

„Kde se v pacientovi agresivita bere? Co ji způsobilo? Jsem snad příčinou já? Mohu tomu příště zabránit? Zanechalo to na mě nějaké následky?“ Na tyto otázky není zrovna lehké si odpovědět a nesnadné je také vyrovnat se s agresí pacienta. To je také jeden z důvodů, proč jsou sestry tak často ohroženy syndromem vyhoření a následně svou práci ve zdravotnictví opouštějí.

Má bakalářská práce, která se zabývá rizikovými faktory ve zdravotnictví je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části se zaměřuji na tři oblasti.

V první z nich se zajímám o pracovní prostředí a jeho vliv na pracovní výkonnost zdravotníků. Upozorňuji na rizika nejčastějších infekčních nemocí a na fyzikální a chemické faktory vyskytující se při práci ve zdravotnictví.

Dále se zabývám jedním z nejrizikovějších faktorů a tím je samotný pacient. Každý člověk je individualita a proto každý potřebuje jiný přístup. Aby sestra mohla zvládat komunikaci s různými typy pacientů, měla by také rozpoznat, s jakým pacientem jedná.

A na závěr teoretické části definuji agresivitu, její příčiny a příznaky a charakterizuji agresivního pacienta, neboť se domnívám, že je to typ klienta, který nejvíce zatěžuje zdravotnický personál po stránce psychické i fyzické. Dále zde popisuji zásady chování sester k takovým pacientům, ochranná opatření a zásady restrikce.

V části praktické popisuji metodu výzkumného šetření - dotazník, který jsem použila pro sběr dat.

Cílem výzkumného šetření je zjistit, kolik dotazovaných zdravotníků se setkalo s agresivním klientem, jak často se s ním setkávají, jaká je nejčastěji stanovena diagnóza u agresivního klienta a jak řeší vážnější konflikt s pacientem.

V této práci jsem využila poznatků, které jsem získala nejen na střední i vysoké škole, ale také na praxi, kterou jsem vykonávala v Krajské nemocnici T. Bati ve Zlíně a v nemocnici Atlas. Snažila jsem se do praxe uvést znalosti z psychologie ze všech ročníků a zjistila jsem, že v krizových situacích člověk zapomene na většinu získaných znalostí a jedná instinktivně.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 RIZIKA PŘI PRÁCI

1.1 Odborná terminologie

V úvodu mé bakalářské práce, která se zabývá rizikovými faktory při práci ve zdravotnictví, chci přiblížit základní terminologii usnadňující orientaci v oblasti rizik na pracovišti. [2]

Základem vyhledávání rizik při práci je systematické sledování (monitorování) všech faktorů pracovního prostředí a pracovních podmínek z hlediska zátěže lidského zdraví těmito faktory a jejich možného škodlivého vlivu na zdraví, bezpečnost pracovníků při práci a předpověď možností vzniku pracovních úrazů, nemocí z povolání či jiných poškození zdraví souvisejících s prací a pracovními podmínkami. Odborná terminologie v oblasti rizik není zcela sjednocena, a proto považuji za vhodné definovat dva základní pojmy v této oblasti:

- **NEBEZPEČNOST** - vnitřní vlastnost nebo schopnost materiálu, zařízení, pracovní metody a praxe způsobit škodu. [2]
- **RIZIKO** - pravděpodobnost způsobení škody v podmínkách užití či expozice s přihlédnutím k možnému rozsahu škody. [2]

Hodnocení rizik je proces kvalitativního a kvantitativního určení rizika při práci pro zdraví a bezpečnost pracovníka. Užívá se různých metod a postupů, jejichž cílem je odhadnout možnost poškození zdraví člověka. Protože se jedná o zdraví člověka, užívá se též pojem **hodnocení zdravotních rizik**. [2]

Analýza rizik probíhá v následujících krocích:

- Identifikace nebezpečí;
- Identifikace exponovaných zaměstnanců;
- Hodnocení rizika;
- Zvážení, zda riziko může či nemůže být odstraněno;
- Rozhodnutí, zda je třeba uplatnit další opatření k odstranění nebo redukci rizika. [2], [22]

Nepříznivé pracovní prostředí může způsobit újmu na zdraví (zejména pracovní úrazy a nemoci z povolání). Z potřeby zabývat se vztahem práce a zdraví vznikl specializovaný

obor, který rozpoznává a léčí škody na zdraví v souvislosti s prací a též posuzuje zdravotní způsobilost k práci a nároků na odškodnění a v nedávné době zejména prevenci poškození zdraví z práce. Tento obor se nazývá **pracovní lékařství**. [2]

V České republice byl zaveden hygienickou službou systém **kategorizace prací** (prováděcí vyhláška č. 89/2001 Sb. k zákonu č. 258/2000 Sb.), který rozděluje práci do 4 kategorií podle rizika. [2]

Do **první** kategorie se zařazují práce vykonávané za podmínek, při nichž podle současné úrovně poznání není pravděpodobný nepříznivý vliv na zdraví zaměstnance. [2]

Do **druhé** kategorie se zařazují práce, při nichž ukazatele faktorů, jimž jsou zaměstnanci vystaveni, nepřekračují hygienické limity stanovené zvláštním právním předpisem upravujícím ochranu zdraví zaměstnanců a touto vyhláškou, ale nelze vyloučit, že při této míře expozice se neprojeví u vnímavých jedinců nepříznivé účinky na zdraví. Do této kategorie se zpravidla dále zařazují práce, pro jejichž vykonávání jsou zvláštními právními předpisy stanoveny požadavky na zdravotní způsobilost osob, které takovou práci vykonávají, a práce, o nichž takto rozhodne orgán ochrany veřejného zdraví. [2]

Do **třetí** kategorie se zařazují práce, při nichž není expozice zaměstnanců faktorům spolehlivě snížena technickými opatřeními na úroveň stanovenou hygienickými limity a pro zajištění ochrany zdraví zaměstnanců je proto nezbytné využívat osobní ochranné prostředky, organizační a jiná ochranná opatření. [2]

Do **čtvrté** kategorie se zařazují práce a pracovní procesy spojené s vysokým rizikem ohrožení zdraví, které nelze zcela vyloučit ani při používání dostupných a použitelných ochranných opatření. [2]

Hodnocena je rizikovost těchto faktorů:

- prach;
- chemické látky;
- hluk;
- ultrazvuk;
- vibrace;
- neionizující záření;
- elektromagnetické pole;
- fyzická zátěž;

- pracovní poloha;
- mikroklima;
- psychická zátěž;
- senzorická zátěž (zraková);
- práce s biologickými činiteli.

A všechny tyto faktory se objevují při práci ve zdravotnictví v různých odvětvích. [2]

1.2 Pracovní prostředí

Pracovní prostředí je definováno jako místo, kde pracovník tráví většinu pracovního času a pro některé je to místo nazývané „druhý domov“. Pracovním prostředím se také rozumí část pracovního prostoru vymezená určitému pracovníkovi nebo skupině pracovníků pro hlavní a vedlejší činnost. Veškerý pracovní prostor musí vyhovovat bezpečnostním podmínkám. V pracovním prostředí se hodnotí: plocha a prostor (zda podlaha neklouže, zda se nepracuje v stísněném prostoru a zda je na pracovišti nedostatek či nadbytek pracovníků). [36]

Do pracovního prostředí patří:

- pracoviště uzavřené - dílna, sklad, nemocniční oddělení;
- pracoviště polootevřené - otevřené haly, krizové stany první pomoci;
- pracoviště venkovní - ve volném prostoru, záchranná služba;
- pracoviště s omezeným prostorem – v podzemí, v některých laboratorních prostorech. [36]

Z hlediska osvětlení lze dělit pracovní prostředí na pracoviště:

- s denním světlem;
- s kombinovaným světlem;
- s umělým světlem. [36]

V pracovním prostředí je také důležité střídání pracovní polohy. Zdravotní sestra vystřídá za jednu směnu skoro všechny pracovní polohy a pohyby. Nejen psychický, ale také fyzický stav a časová náročnost práce ovlivňují pracovní tempo. V českém zdravotnictví je standardní pracovní zatížení sestry dle osmihodinové nebo dvanáctihodinové směny. [36]

Veškeré vyhovující normy a bezpečnostní podmínky pracoviště jsou uvedeny v zákoníku práce. Zaměstnavatel je povinen se těmito pokyny řídit, jinak mu hrozí sankce v podobě peněžité pokuty. Pokud tyto normy nejsou dodrženy, je na pracovišti vysoké riziko vzniku pracovního úrazu. [36]

Pracovní úraz- podle ust. § 190 odst. 1 zákoníku práce, došlo-li u pracovníka při plnění pracovních úkolů nebo v přímé souvislosti s ním k poškození na zdraví nebo k jeho smrti úrazem (pracovní úraz), odpovídá za škodu tím vniklou organizace, u níž byl pracovník v době úrazu v pracovním poměru. Dle výše zmíněného zákona je pracovní úraz definován jako porucha zdraví způsobená zaměstnanci při plnění pracovních úkolů nebo v přímé souvislosti s ním nezávisle na jeho vůli, náhlým, násilným a krátkodobým působením vnějších vlivů, které mají za následek poruchu zdraví, a to nejen vlivů mechanických, ale i chemických a psychických. Pracovní úrazy můžeme dělit na: smrtelné, těžké, hromadné a ostatní. [14], [41]

Každé pracoviště je ohodnoceno stupněm zátěže, které má na svědomí zdravotní rizika. Příklad: Radiologicko-diagnostické oddělení - 3 stupeň zátěže z důvodu časté radiace rentgenovým zářením. Diabetologická ambulance - 1 stupeň zátěže z důvodu monotónnosti práce. [2]

Obecná charakteristika stupňů zátěže:

1. stupeň zátěže - minimální zdravotní riziko,
2. stupeň zátěže - únosná míra zdravotního rizika,
3. stupeň zátěže - významná míra zdravotního rizika,
4. stupeň zátěže - vysoká míra zdravotního rizika. [2]

1.2.1 Hluk a vibrace

Velmi významným rizikovým faktorem, který sledujeme, je hluk. **Hluk** je jakýkoliv nepříjemný, rušivý nebo pro člověka škodlivý zvuk. Zvuk představuje z fyzikálního hlediska mechanické vlnění pružného prostředí ve frekvenčním rozsahu normálního lidského sluchu od 20Hz do 20kHz. Šíří se od zdroje prostřednictvím zvukových vln. Subjektivně se rozeznává hlasitost, výška a barva zvuku. [2]

Nejvíce jsou hlukem ohroženy sestry na jednotkách intenzivní péče a anesteziologicko-resuscitačních odděleních, kde je velký počet přístrojů alarmujících změny zdravotního stavu pacienta. Mezi další kategorie zdravotních sester, které jsou ohroženy hlukem, patří ty, které pracují na psychiatrickém oddělení, kde hluk nezpůsobují přístroje, ale klienti těchto zařízení. [2]

Expozice hluku vyvolá nejprve dočasný posun sluchového prahu a poté trvalý posun sluchového prahu. Vystavení hluku způsobuje funkční poruchy centrálního nervového systému vyvolávající vegetativní, hormonální nebo biochemické reakce. Dále hluk způsobuje poruchy spánku či funkční poruchy emocionální rovnováhy. [2]

Dalším rizikovým faktorem jsou **vibrace**. Tímto termínem rozumíme mechanické kmitání a chvění pevných těles. Vibrace představují pohyb pružného tělesa nebo prostředí, jehož jednotlivé body kmitají kolem své rovnoběžné polohy. [2]

S vibracemi se sestry setkávají na operačních sálech a na specializovaných pracovištích, kde pracovníci používají či jinak manipulují s přístroji vydávající vibrace. Z vibrací jsou nejzávažnější místní vibrace přenášené na ruce. Postiženy bývají cévy, nervy, kosti, klouby, šlachy a svaly horních končetin. [2]

1.2.2 Neionizující a ionizující záření

Dnešní moderní medicína se neobejde bez diagnostických přístrojů, které při svém provozu užívají různé druhy záření. Tím je hlavně ionizující a neionizující záření. [17]

Neionizující záření tvoří elektrické a magnetické pole, elektromagnetické záření včetně viditelného světla, ultrafialového a infračerveného záření. Nejvíce neionizujícího záření produkují lasery, které se využívají jak na operačních sálech, tak v očním lékařství a jiných specifických oborech. Záření laserů neproniká do hloubky tkání. Z hlediska poškození zdraví jsou kritickými orgány oko a kůže. [17]

Ionizující záření je jakékoliv záření schopné ionizovat atomy a molekuly prostředí. Patří zde záření alfa, beta, neutronové záření, elektromagnetické záření, záření gama a rentgenové záření. Většinu těchto záření produkují přístroje určené k diagnostickým účelům a pracovníci ovládající tyto přístroje jsou ohroženi neustálými dávkami záření. K měření dávek v ochraně před zářením je zavedena filmová dozimetrie či osobní tužkové dozimetrie. [17]

1.2.3 Chemické látky a přípravky

Mycí a dezinfekční roztoky jsou nedílnou součástí každého nemocničního oddělení. Bez nich by nemohl fungovat bariérový režim a hrozilo by vysoké riziko nosokomiálních nákaz. Chemické látky a přípravky vykazují jednu nebo více nebezpečných vlastností a jsou klasifikovány takto: výbušné, oxidující, extrémně hořlavé, vysoce hořlavé, hořlavé, vysoce toxické, toxické, zdraví škodlivé, žíravé, dráždivé, senzibilizující, karcinogenní, mutagenní, toxické pro reprodukci, nebezpečné pro životní prostředí. (Viz příloha PII), [3]

Na každém pracovišti nemocnice se vyskytují dezinfekční prostředky ve formě kapalné nebo pevné. Se všemi těmito prostředky se musí zacházet opatrně dle BOZP. V bezpečnostním oděvu, který zahrnuje rukavice, plášť, ústenku, brýle či celoobličejové masky. Nejvíce ohroženy jsou sestry na onkologických odděleních. Zde se používají cytostatické prostředky a látky, které mohou způsobovat komplikace, jako jsou sterilita, porucha imunity či alergické reakce. [3]

Téměř každý zaměstnanec nemocnice se dostane do kontaktu s nějakou chemickou látkou. Proto je také veškerý personál pravidelně školen v zacházení s těmito chemikáliemi. Mezi nejčastěji používané chemikálie na oddělení patří: alkohol, benzín, Jodisol, Softasept, Procura, Tiutol, Jodonal a jiné.

1.2.4 Biologické činitele

Jsou nedílnou součástí rizikových faktorů, které ohrožují sestry nejen v pracovním, ale také v domácím i venkovním prostředí.

Biologickými činiteli jsou mikroorganismy včetně těch, které byly geneticky modifikovány, buněčné kultury a endoparaziti, kteří mohou být schopni vyvolat infekční onemocnění, alergické nebo toxické projevy. Pod pojmem **mikroorganismus** se rozumí mikrobiologický objekt buněčný nebo nebuněčný, schopný replikace nebo přesunu genetického materiálu. Termínem **buněčná kultura** se rozumí buňky pocházející z mnohobuněčného organismu, které rostou mimo živý organismus (in vitro). [3]

Průkaz jednotlivých biologických činitelů v prostředí či v biologickém materiálu (krev, moč, stolice, sputum apod.), vyžaduje speciální znalosti. Průkaz je možný s využitím mikroskopu, (kultivačně, sérologicky) či speciálními technikami (molekulární genetika).

Těmto činitelům je vystaven každý zdravotnický pracovník, který je v kontaktu s pacientem či biologickými vzorky. Tudíž všechny sestry na oddělení, v ambulanci, na specializovaných pracovištích tak i pracovníci v laboratořích. Proto je důležitá ochrana před těmito činiteli. [3]

Mezi základní doporučení patří:

- zřídit povrchy nepropouštějící vodu a snadno omyvatelné, odolné vůči kyselinám, louhům a dezinfekčním látkám;
- volit speciální dezinfekční postupy;
- kontrolovat přenašeče nákaz;
- bezpečně skladovat biologické činitele;
- uchovávat infikovaný materiál pod vhodným uzavřením;
- označit biologické riziko;
- zajistit ochranné pracovní prostředky pro zaměstnance (rukavice, ústenky, masky, čepice, pláště, obuv, pracovní oděv...);
- zřídit dekontaminační zařízení, umývárny, sprchy pro zaměstnance;
- požadovat hygienické kontroly;
- omezit přístup na pracoviště jen pro určené zaměstnance;
- zakázat práci mladistvým, těhotným a kojícím ženám a ženám do konce devátého měsíce po porodu v kontrolovaném pásmu;
- zajistit pravidelné lékařské preventivní prohlídky, případně preventivní očkování. [3]

Mezi nejvýznamnější biologické činitele patří hepatitidy. **Hepatitida** je jedna z nejčastěji objevujících se virových onemocnění na nemocničním pracovišti. Je to zánětlivé onemocnění jaterního parenchymu, vyskytující se celosvětově, z nichž některá mohou přecházet do chronicity a posléze i způsobit vznik hepatocelulárního karcinomu. Příznaky nastupujícího jaterního selhání jsou ascites, hepatální fétor, spavost, letargie až jaterní koma. Léčení je z větší části podpůrné - dieta, klid, omezení tuků a bílkovin, dodání lipotropních faktorů, vitamínů skupiny C a B, hepatoprotektiv. [6]

Virová hepatitida A je způsobena RNA virem, vylučuje se stolicí a proto je jeho přenos fekálněorální a to buď přímým kontaktem nemocným člověkem, nebo prostřednictvím stolicí nemocného kontaminovanými předměty, hlavně vodou a potravinami. Je mož-

ný i parenterální přenos krví nemocného člověka. Tímto onemocněním se může zdravotnický personál nakazit, pokud hrubě nedodrží či zanedbává bariérový režim. [6]

Virová hepatitida B je způsobena DNA virem. Tento virus se replikuje v játrech, v jádrech hepatocytů. Virové částice se vyskytují ve velkém počtu v krvi, proto se může při nedostatečné kontrole dárců přenášet transfúzemi krve, plasmy, kontaminovanými lékařskými nástroji, injekčními jehlami, při hemodialýze, nedostatečně sterilizovanými nástroji pedikérů a holičů, při tetování, piercingu, při sexuálním styku a při manipulaci s krví nemocných v laboratořích různých medicínských oborů. Nezanedbatelným je rovněž přenos z HVB pozitivní matky na plod. [6]

Virová hepatitida C je způsobena RNA virem, který podléhá mutacím, a proto je těžké proti ní vyvinout dostatečně účinnou vakcínu. Přenos je výhradně parenterální.

Dalšími a méně častými hepatitidami je hepatitida typu D, E a G. Při jakémkoliv kontaktu s pozitivním pacientem je nutné si vždy brát minimálně dvoje rukavice. Všechny pomůcky musí být individuální a nesmí se odnášet z pokoje. [6]

Dalším z významných biologických činitelů je Meticilin rezistentní *Stafylokokus Aureus*.

Stafylokoky jsou velmi odolné proti fyzikálním vlivům a rychle se stávají rezistentními vůči antibiotikům. Produkuje řadu enzymů a toxinů, které jsou faktory jejich patogenity a virulence. [35]

Stafylokokus aureus je mikrob odpovědný za většinu lokalizovaných kožních zánettlivých afekcí a řadu celkových nákaz. Zdrojem onemocnění bývají asymptomatictí nosiči stafylokoků. Velký význam má také porucha kůže, popáleniny, zhmožděná poranění s uvíznutými cizími tělesy, diabetes, jaterní či ledvinová onemocnění, alkoholismus a systémová a maligní onemocnění. [35]

Stafylokokové infekce jsou: kožní infekce, stafylokoková sepe, stafylokoková purulentní meningitida, stafylokokový syndrom opařené kůže, stafylokokový syndrom toxického šoku, stafylokoková enterotoxikóza. [4], [35]

K léčení běžných stafylokokových infekcí se užívá oxacilin, clindamycin, Augmentin eventuálně cotrimoxazol. [4], [35]

Je zde vysoké riziko přenosu stafylokoka přes zdravotnický personál na ostatní pacienty. Personál musí striktně dodržovat bariérový režim, užívat individuální pomůcky a izolovat postiženého pacienta na samostatný pokoj. [4], [35]

Jednou z nejvážnějších a v dnešní době ještě stále nevyléčitelnou nemocí je **AIDS**, kterou způsobuje nebezpečný virus HIV. HIV je infekční agens, které způsobí onemocnění zvané AIDS, a to patří k největším nejen medicínským, ale i sociálním a ekonomickým problémům současného světa. Virus HIV ničí T- lymfocyty, čímž výrazně narušuje odolnost proti nákazám. Napadá orgány CNS a zažívací trakt. Virus je nejvíce přenášen spermatem, poševním sekretem a krví. Přenáší se i perinatálně z matky na plod a při kojení. Sledování a léčení nemocných patří do péče odborníků v AIDS centrech. S tímto onemocněním se na odděleních nesetkáváme tak často jako s hepatitidami, ale onemocnění je vážné. Proto každý zdravotník musí být informován o přítomnosti viru HIV na oddělení. Pozor na píchnutí o použité jehly!!! [13]

1.3 Fyzická a psychická zátěž

Další rizikovou skupinou při práci a to nejen ve zdravotnictví je fyzická a psychická zátěž. Součástí ochrany zdraví pracovníků jsou vedle faktorů fyzikální, chemické a biologické povahy též faktory, které souvisí s vybaveností a s výkonovou kapacitou člověka, např. s jeho tělesnou stavbou, rozměry těla, končetin, s rozsahy pohybů, pohybovými stereotypy, se svalovou silou, s tělesnou zdatností, a to v závislosti na věku a pohlaví, a které jsou dány kapacitou smyslových orgánů a kapacitou myšlenkových procesů a funkcí jako je paměť, představitivost, zátěžová tolerance a spolehlivost. Negativní vliv působení těchto faktorů na zdraví člověka se projevuje např. zvýšeným počtem pracovních úrazů, potížemi a onemocněním svalově kosterního aparátu, zejména páteře, neurotickými příznaky a psychosomatickými onemocněními v důsledku psychické pracovní zátěže např. vnuceného pracovního tempa, nevhodné rotace směn, narušeného sociálního klimatu či zvýšených nároků na mentální procesy (odpovědnost, spolehlivost). Tyto faktory bezpochyby významně ovlivňují výkonnost pracovníka a kvalitu jeho práce. [2]

1.3.1 Fyzická pracovní zátěž

Fyzická pracovní zátěž je pracovní zátěž pohybového, srdečně cévního a dýchacího systému. Nerovnováha konstituce a celkové svalové kapacity jedince a nároků na fyzickou zdatnost, která plyne z pracovních úkolů, může být zdrojem nadměrného přetěžování jeho pohybového aparátu se všemi důsledky na zdraví. Nepřiměřená fyzická náročnost pracovních úkonů vzniká z nejrůznějších příčin, jako je např. jednostranné nadměrné přetěžování určitých svalových skupin končetin nebo trupu, nepřiměřená hmotnost břemen, s nimiž se ručně manipuluje, fyziologicky nevhodné pracovní polohy aj. [22]

Tyto situace nejčastěji nastávají při manipulaci s pacientem, při jeho polohování či přenášení z lůžka na lůžko. Hmotnost břemen ručně přenášených muži nesmí překročit při dobrých úchopových možnostech při občasném zvedání 50kg, při častém zvedání 30kg. U žen je to o 10 kg méně. (Viz příloha PI). Ruční manipulace znamená jakékoliv přepravování břemen zahrnující zvedání, posunování, tahání, nesení nebo přemisťování břemen, jež s sebou přináší riziko poškození zdraví. Ohrožen může být i pracovník, který není fyzicky a zdravotně způsobilý, nepoužívá osobní ochranné prostředky a v neposlední řadě i ten, který nemá patřičné znalosti nebo nebyl náležitě zacvičen a poučen. [22]

1.3.2 Psychická pracovní zátěž

Psychickou pracovní zátěž je možné definovat jako proces psychického zpracování a vyrovnání se s požadavky a vlivy životního a pracovního prostředí.

Rozlišujeme tři formy psychické zátěže:

- **Senzorická zátěž** - vyplývá z požadavků práce na činnost smyslových orgánů; [22]
- **Mentální zátěž** - vyplývá z požadavků na zpracování informací kladoucích nároky na psychické procesy, zejména pozornost, paměť, představivost, myšlení, rozhodování; [22]
- **Emoční zátěž** - vyplývá ze situací a požadavků vyvolávajících afektivní odezvu. Ve zdravotnictví je nejčastější psychickou zátěží přetížení, kombinace vysoké náročnosti práce s nízkou mírou vlastní kontroly nad svou prací, časový tlak, vnucené pracovní tempo, konfliktní interpersonální vztahy na pracovišti, vysoká odpovědnost, směnová a trvalá noční práce, riziko

ohrožení zdraví vlastního či jiných osob, vysoké nároky na sociální integraci. [22]

Vyvrcholením psychické zátěže u zdravotníků a sociálních pracovníků je **syndrom vyhoření** (BURN OUT). Můžeme jej sledovat na třech úrovních. Na psychické úrovni se projevuje pocitem celkového vyčerpání, ztrátou motivace, depresivním laděním, pocity smutku a frustrace, projevy cynismu, negativismu a hostilis vůči klientům. Na fyzické úrovni se objevuje rychlá unavitelnost, bolesti hlavy, poruchy spánku, poruchy krevního tlaku, zvýšené riziko závislosti všeho druhu. Na úrovni sociálních vztahů lze pozorovat výraznou tendenci redukovat kontakt s klienty, často i kolegy a rodinnými příslušníky, zjevnou nechuť k vykonávané profesi, nízkou empatii. [29]

Se syndromem vyhoření se setkáváme především u těch profesí, jejichž pracovní náplní je pomáhat lidem. Zodpovědnost za životy a pohodu pacientů může být na jedné straně zdrojem uspokojení z práce, na druhé straně se sestry mohou při této náročné práci cítit vyčerpané a citově opotřebované. Mezi stresující faktory patří vztahy s nadřízenými, vztahy na pracovišti a v současné době i nedořešené kompetence sester. V oblasti citového vyčerpání jsou syndromem vyhoření nejvíce postiženy sestry v odvětví chronické péče. Objevují se zde pocity beznaděje a nízké efektivity poskytované péče. Prevencí syndromu vyhoření je profesní růst a další vzdělávání pracovníků, efektivní týmová práce, odpovídající finanční ohodnocení, morální ocenění, zdravá životospráva, odpočinek, pěstování koníčků, nebát se změn a umět stanovit dosažitelné cíle. [29]

1.4 Pracovní doba

S déle trvající pracovní dobou se zvyšuje riziko pochybení při práci. Proto má délka pracovní doby vliv na pracovní výkon.

Práce v nepřetržitých provozech a tzv. rotace směn (střídání ranních, odpoledních a nočních směn) a trvalá práce v noci jsou závažným fyziologickým, psychologickým a společenským problémem. Tyto práce kladou zvýšené nároky na adaptaci související se změnami životního stylu (omezení sociálních kontaktů s rodinnými příslušníky, omezení možnosti realizace společenských a kulturních zájmů, posouvání a nepravidelnost pracovního volna). Ovlivňují též cirkadiální rytmus a mohou být příčinou různých zdravotních potíží

vegetativního charakteru, pocitu nedostatečného odpočinku, spánkového dluhu, chronické únavy apod. [2], [38]

Dvanáctihodinové pracovní směny nemají být zaváděny v nepřetržitých provozech s vysokou fyzickou zátěží, u mladistvých, při zvýšené psychické zátěži např. v důsledku nutnosti dlouhodobé pozornosti při sledování proměnlivých dějů (monitorování), u činností s vysokou zodpovědností za případné chybné rozhodnutí, u práce se zvýšenými nároky na zrakový výkon. [2], [38]

Na nočních směnách nemají pracovat zejména osoby mladší 18 let a starší osoby, osoby se sklonem k psychosomatickým onemocněním a trpící poruchami spánku, osoby bydlící daleko od místa zaměstnání pro dlouhotrvající cestu z práce a do práce. [2], [38]

2 DRUHY PACIENTŮ

Ve své bakalářské práci se zaměřuji na rizikové faktory ve zdravotnictví a jedním z největších rizikových faktorů při práci ve zdravotnictví je samotný pacient. Pacient působí na psychickou i fyzickou stránku sestry. Pacient je zdroj nemocí, infekcí, ale také emocí, bolesti, strachu a požadavků. Sestra pacientům věnuje většinu své pracovní doby. Tudíž je s nimi v neustálém kontaktu a všechny tyto emotivní prožitky prožívá s pacienty. Proto je někdy důležité ihned při prvním kontaktu rozpoznat typ pacienta a vědět, jak se k němu chovat a co od něj očekávat. [7], [42]

2.1 Typy pacientů

U každého pacienta je možné určit, dle jeho projevů chování, o jaký typ pacienta se jedná. Aby sestra toto určila, musí s pacientem strávit nějaký čas. Typů pacientů je několik. Já jsem vybrala dělení pacientů dle Mgr. Šárky Dynákové (2005) a MUDr. PhDr. Jana Poněšického (2005) rozvinuté o zvládací strategie od PhDr. Laury Janáčkové (2008), protože jejich vysvětlení a pochopení pacientů je jedno z nejčastěji používaných na psychiatrických odděleních. [9], [10], [19], [30]

Vyrovnaný pacient

Tento typ pacienta má střízlivé hodnocení svého stavu bez sklonu ke zveličování jeho závažnosti a bez důvodů vidět všechno negativně, ale i bez nedoceňování závažnosti nemoci. Snaží se aktivně napomáhat úspěchu léčení. Má snahu neobtěžovat jiné tíhou starostí o sebe. V případě nepříznivé prognózy se přeorientují jeho zájmy na oblasti života, které zůstanou nemocnému dostupné. Při špatné prognóze soustředí svou pozornost na blízké, příbuzné nebo na práci. V zásadě je tento typ pacienta velkým přínosem pro dobrou a kvalitní práci sester. [10], [19]

Ergopatický pacient

Pacient utíká od nemoci do práce, dokonce i při závažném onemocnění a bolestech se nemocný snaží za každou cenu pokračovat v práci. Zarputile pracuje ještě s větším úsilím než před nemocí. Věnuje práci všechn čas. Snaží se léčit a podřízovat se vyšetřování také proto, aby mu zůstávala možnost dále pracovat. [9]

Zvládací strategie ergopatického pacienta:

- Nepřistupujte jako první. Nezkracujte ani neprodlužujte vzdálenost, kterou určil. Většinu času se dívejte do očí, a to zejména vždy, když hovoříte. Odklon pohledu je možný s jeho odklonem pohledu.
- Jednejte neosobně, klidně, důstojně. Informujte vyčerpávajícím způsobem, hovořte stručně ale věcně. Neopakujte se.
- Nenechte se vyvést z míry jeho mlčením. Neudržujte rozhovor za každou cenu.
- Nepodléhejte panice, držte se předmětu a skutkové podstaty jednání. Vyvarujte se osobně prestižních reakcí a emotivních projevů.
- Nereagujte na to, co nebylo otevřeně řečeno. Vůči narážkám a dvojsmyslným in-vektivám zůstaňte hluší. Užijte nedokončených vět, pomlk, nahozených a nezodpovězených otázek. Neuspěchávejte jednání, hrajte „na čas“. [11], [19]

Zneklidněný pacient

Vznikl spojením úzkostného a obsesivně fobického typu. Je neustále neklidný a má obavy z nemoci vzhledem k jejímu nepříznivému průběhu, k možným komplikacím, neefektivností či dokonce nebezpečnosti léčení. Hledá nové způsoby léčení, touží po dalších informacích o nemoci, pravděpodobných komplikacích, metodách léčení, neustále hledá autoritu. Na rozdíl od hypochondrického typu zajímají nemocného více objektivní údaje o nemoci (výsledky analýz, závěry odborníků) než osobní pocity. Úzkostná obava z nemoci se především netýká strachů (reálných obav), ale málo pravděpodobných komplikací nemoci, neúspěšné léčby, ale také možných (ale málo podložených) neúspěchů v životě, v práci nebo v rodině. Domnělá nebezpečí ho znepokojují více než reálná. Obranou před neodůvodněným strachem (úzkostí) se stávají rituály a lidové pranostiky. V knize Laury Janáčkové (2008) je tento pacient také nazván jako úzkostný pacient. [10]

Zvládací strategie zneklidněného pacienta:

- Vyčkejte, až se na vás obrátí, nezaujímejte pozici tváří v tvář, neulpívejte příliš zrakem v jeho obličej.
- Hovořte pomalu, klidným hlasem, podejte vyčerpávající informace.
- Vyvarujte se nátlaku na rozhodnutí a otázek typu „buď, anebo“.
- Dopředu signalizujte dostatek času se mu klidně a ochotně věnovat.

- Uvažujte za něho nahlas. Klad'te jim nevyslovené otázky a vyslovte za něho pochybnosti. Odpovídejte pak na ně.
- Nečiňte přímá rozhodování za něho. Přispějte ale rekapitulací otázek, obecným shrnutím závěrů, alternativ, sdělením zkušeností u jiných. [11], [19]

Hypochondrický pacient

Soustředí se na subjektivní bolestivé a jiné nepříznivé pocity. Snaží se neustále o nich povídat svému okolí. Zveličuje skutečnosti a vyhledává neexistující nemoci a utrpení. Zveličuje vedlejší účinky léků. Současně se touží léčit a nedůvěřuje v úspěch, potřebuje pečlivé vyšetření a má strach ze škodlivosti bolestivých procedur. [10]

Rigidní (perfekcionalistický) pacient

Tento typ pacienta může sestry provokovat a být jim nesympatický zejména kvůli jeho zvýšené potřebě kontroly situace. Tito pacienti si často vedou paralelní chorobopisy, pečlivě si zapisují naměřenou teplotu a další výsledky související s jejich osobou. Mají také tendenci poučovat odborníky. Často se z nich stávají tzv. ambulanti turisté, kteří si důkladně ověřují, zda několik lékařů učiní stejný závěr. V případě, že sestra s tímto typem pacienta komunikuje, je pro ni velmi důležité vědět o všech fasetách jeho chování. Rigidní pacient zjišťuje, kdo a kdy ho poškodil, a zpochybňuje všechny a všechno, jen ne osobu, se kterou se právě baví. [9]

Zvládací strategie hypochondrického a rigidního pacienta:

- Jděte mu vstříc jako první. Zpomalte a zastavte se ve vzdálenosti asi 1,3 metru.
- Nemůžete-li se věnovat ihned, signalizujte, že byl všimnut, a vyžádejte strpení.
- Často vyhledávejte pohledy z očí do očí bez ohledu na to, kdo hovoří nebo naslouchá.
- Buďte při jednání v pohybu kolem jeho osoby, bude pak doslova středem pozornosti a péče.
- Vyvarujte se tónu poučovat a mentorovat. Podejte úplné informace, jednejte ale jako se zasvěceným partnerem.

- Nejednejte poníživě či podbízivě. Jednejte důstojně a na úrovni. Při konfliktu, je-li to na místě, neváhejte se stručnou a krátkou profesionální omluvou. [11], [19]

Melancholický pacient

Je usouzený z nemoci, nedůvěřuje v uzdravení, v možné léčení, v efekt léčení. Má depresivní sklony až do lucidních myšlenek. Pesimisticky se dívá na vše kolem. Nedůvěřuje v úspěch léčení, dokonce při příznivých objektivních údajích. Má někdy známky skeptické rozmazlenosti a ironizující přezíravosti. Spontánně nevyhledává setkání pohledů. Nevyhledává fyzickou přítomnost druhých. Místo otevřených názorů či přímých doporučení používá pouze polemické glosy, projevy skepse, nedůvěry, negace. Ironizuje druhé, hovoří pomalu, dává si na čas. [9], [10], [19]

Neurastenický pacient

Tento typ pacienta mívá záchvaty podrážděnosti zvláště při bolestech, při nepříjemných pocitech, při neúspěšném léčení, při nepříznivých údajích z vyšetření. Podrážděnost se nezdědí, přenáší na prvního, kdo se naskytne a končívá lítostí a slzami. Neschopnost překonávat bolestivé pocity, netrpělivost, neschopnost čekat na úlevu se střídá s lítostí za svůj neklid a nezdrženlivost (netrpělivost). [9]

Seduktivní (svádějící) pacient

Jedná se o muže nebo ženy, kteří jsou zvyklí své okolí erotizovat. Díky tomuto chování získávají výhody, které by se jim jinak nenabízely. Jen málokterá sestra, ať je jí sedmnáct či padesát, nezažila, že by vůči ní pacient neměl narážky typu: „Vy máte, sestřičko, tak krásné nohy, oči, ňadra...“ Někdy dochází i k fyzickým kontaktům. Pacient si takto zvyšuje sebevědomí poničené hospitalizací. [10]

Zvládací strategie melancholického, neurastenického a seduktivního pacienta:

- Při setkání postupujte spolu s ním asi do vzdálenosti 0,9m. Často hledte přímo do obličeje. Vhodná jsou společná setkání a společné odklony pohledů.
- Jednejte uspořádaně, věcně, klidně, střízlivě. Vyvarujte se překotnosti zmatečného jednání. Nezahlcujte informacemi.
- Informace dejte vyčerpávajícím způsobem. Na dotazy odpovídejte logicky a stručně.

- Signalizujte názorovou příbuznost, respektive k zásadám a tradicím. Projevte pochopení.
- Vyvarujte se bagatelizace hodnot, negace tradic.
- Při mírné polemice se dovolávejte zákonitosti vývoje, chronologie postupů, kauzality. Apelujte na zkušenost. V konfliktu projevte úctu k jeho osobě a respekt k právu jeho svobodného rozhodování se. [11], [19]

Egocentrický pacient

Utíká do nemoci. Nemocný vystavuje na obdiv okolí své utrpení a prožitky, aby upoutal jeho pozornost. Vyžaduje výjimečnou starostlivost. Všichni musí na vše zapomenout a starat se jen o nemocného. Rozhovory jiných lidí rychle převádí na sebe. V jiných lidech, kteří vyžadují pozornost a starostlivost, vidí pouze konkurenty a chová se k nim nepřátelsky. Neustále chce ukazovat svou osobní situaci, svou výjimečnost, co se týče nemoci. K tomuto typu pacienta můžeme zařadit i histrionský typ pacienta dle Laury Janáčkové (2008). Používá živou mimiku a gesta vyjadřující emoce. Osoba je režisérem i hercem v jedné osobě. Do hry stahuje ostatní, infikuje emoce, vyvolává davovou psychózu. Řečový projev se často stává emocionálním výlevem, postrádajícím logiku. Při konfliktu dochází ke křiku, slovním výpadům, rozbíjení předmětů, trhání vlastního oděvu a dalším demonstrativním projevům agrese a autoagrese. [9], [10], [19]

Zvládací strategie egocentrického pacienta:

- Snižte možnost pohybu a gestikulace uvedením do těsnějšího prostoru, jednáním vsedě apod.
- Odved'te jednání mimo pozornost dalších osob.
- Buďte vstřícní a chápající, vracejte stále jednání k předmětu věci.
- Zůstaňte hluší k odbočkám od tématu.
- Hovořte věcně, stručně, jednoznačně. Volte obraty a tvrzení, která vylučují možnost polemiky a smlouvání.
- Regulujte jednání tak, aby šlo k co nerychlejšímu konci.

- Buďte rozhodní, nesmlouvavě pevní, rázní, autoritativní, vyvarujte se ale despektu a agresivity. Zůstaňte přátelští. [11], [19]

Paranoidní pacient

Také úzkostně-agresivní pacient, kterého popsala Laura Janáčková (2008). Přesvědčuje se, že nemoc je výsledkem něčího zlého úmyslu. Je krajně podezřívavý k lékům a procedurám. Má sklon přepisovat možné komplikace léčení nebo vedlejší účinky léků nedbalosti nebo zlému úmyslu lékařů a zdravotnického personálu. Jejich obviňování a vyžadování trestů s tím úzce souvisí. Projevuje se stísněností a nervozitou v hlase, který přechází do vyšších poloh. Pocity újmy, křivdy a ústrků jsou spojené s energicky rychlými obranářskými reakcemi. Používá jízlivých poznámek a zraňující výroky, vedené na city a morálku druhých. Křečovitě výpady provázené pláčem na krajíčku, útočnost za každou cenu. [10], [19]

Dystrofický pacient

Dominuje u něj pochmurně zlostná nálada, neustálá nevraživost. Závidí a nenávidí zdravé lidi, všem přeje stejnou nemoc. Má návaly velké zlosti se sklonem vinit za svoji nemoc druhé. Vyžaduje zvláštní pozornosti k sobě a je podezřívavý k procedurám a k léčení. Má despotický vztah k blízkým, vyžaduje ve všem vyhovět. Dle Jana Poněšického (2005) lze tento typ pacienta také nazvat jako narcisticky agresivní typ. V situacích domnělého ponížení reaguje okázale rezervovaným vyčkáváním, kroucením hlavou, ironií, sarkasmy, ostře vznesenou kritikou. V konfliktu se pak prezentuje jako mocensky silný, výjimečného postavení, vlivných konexí a netušených možností. [9]

Zvládací strategie paranoidního a dystrofického pacienta:

- Pohledem signalizujte ochotu, nechte přistoupit a určit vzdálenost při jednání. Dodržte horizontální polohu pohledu z očí do očí. Vyvarujte se tzv. pohledu z patra.
- Hovoří-li druhá osoba, se zájmem hleďte do jejího obličeje. Hovoříme-li sami, střídajte pohled do očí s odklonem pohledu stranou.
- Hovořte klidně, věcně, srozumitelně. Vstřícně podejte vyčerpávající informace pro rozhodování se.

- Nezrychlujte tempo řeči, nezvyšujte hlas. Skočí-li nám do řeči, vyčkejte a pak pokračujte ve svém sdělení.
- Co nejméně používejte výrazu „ne“ a nahraďte ho výrazem „ano, ale“. [11], [19]

Bezohledně-agresivní pacient

Projevuje se nejčastěji robustní postavou, neměnným, nechápavým a nepřátelským výrazem v obličejí. Má nepohotové pomalé myšlení, je podezřívavý a vztahovačný. Hlučný, nespisovný, má nelogický řečový projev a užívá vulgární výrazy. Nekultivovaně jedná, je vehementní a netolerantní v prosazování svých zájmů. Zkratkovitě a výbušně reaguje. Neurvale útočně zastrašuje submisivní a slušnější jedince. Má nepřátelské postoje vůči obecně uznávaným hodnotám, ideálům, autoritám, konvencím a zvyklostem. [8], [19], [20], [26], [30]

Zvládací strategie bezohledně-agresivního pacienta:

- Jako první zvolte vzdálenost 0,7m vodorovně „z očí do očí“ a neměňte v žádném případě tuto pozici.
- Hovoříte-li, nasad'te rázně setrvalý pohled do očí. Hovoří-li osoba, odvrát'te, ale neklopte ani nezvedejte zrak.
- Hovořte klidně, věcně, pomalu, plynule, srozumitelně, jistým, nevzrušeným hlasem, neosobně, bez afektu.
- Stůj'te uvolněně, gestikulujte pomalu a plynule. Nejednejte zmatečně či zakřiknutě. Nepodléhejte panice.
- Jednejte vážně a důstojně, nikoliv však přehnanou kulturou projevu a s nadřazenec-kou noblesou.
- Důstojně stůj'te na svých stanoviscích, projevte však pochopení a uznání. Apelujte na čestnost a férovost. Neved'te jednání do slepé uličky. Nabídněte možnost důstoj-ného ústupu. [11], [19]

Pokud však přistupujeme v praxi ke konkrétním pacientům, je nutné si uvědomit, že tzv. čisté typy, tak jak byly popsány ve svých vyhrocených podobách, jsou vždy vzácností. Každá typologie pacienta proto může navozovat předem nežádoucí zkreslení našeho vní-mání, například tak, že mu po jeho zařazení do určitého typu připíšeme některé neexistující negativní vlastnosti. [34]

Při nadměrné sebereflexi a násilné autokorekci podle popsaných návodů jednání pak hrozí, že přestaneme být spontánní, staneme se křečovitě násilnými, strojenými, nepřesvědčivými. To pak může při komunikaci s pacientem naopak přispět ke vzniku konfliktních situací. [40]

2.2 Problémoví pacienti

Takto jsou nazýváni všichni pacienti, kteří nejsou ochotni spolupracovat se zdravotnickým personálem a dodržovat zásady léčebného režimu. Jedná se nejen o pacienty s psychiatrickou poruchou, ale také o alkoholiky, narkomany a „asociály“. [34], [39]

Problémoví pacienti nejsou vstřícní při sdělování osobní anamnézy; nejsou ochotni naslouchat informacím, které jim sdělují nepříznivé, ale nutné zprávy - včetně indikace akutního přijetí; upadnou naopak do akutní deprese s pocitem marnosti. Mohou být pro zdravotnický personál nepříjemní a také stát se velice nebezpečnými. [34], [39]

Proto při styku s takovým pacientem:

- Vždy udržujte odstup, nikdy se nechovejte familiárně.
- Nikdy nepřistupujte na návrhy setkat se mimo nemocnici a ve vašem volném čase.
- Určete přesné hranice vašeho styku, které nelze překročit. Netolerujte byť náznak výhrůžky. Ale nikdy se nezkoušejte s podobným pacientem měřit fyzicky. Ani fyzická převaha vám nemusí být nic platná. Počítejte s tím, že pacient může mít v záloze nějakou zbraň. Proto jej vždy pouze slušně ale rezolutně poproste o její vydání, informujte lékaře, popřípadě policii.
- Mějte s personálem domluven tajný signál, na který ihned zavolá policii. Jakmile totiž odmítnete pacientovo přání, mohou nastat potíže. Pokud možno s ním nikdy nezůstávejte na pokoji sami.
- Velmi ošidné je předepisovat problémovým pacientům jakékoli návykové látky; nejen že je zneužívají sami, ale často s nimi obchodují.
- Nikdy nenechávejte podobného člověka na vyšetřovně o samotě. V takovém případě si buďte jisti, že vám něco důležitého zmizí. [11], [19], [33]

Pokud budete výše zmíněná pravidla dodržovat, může se stát, že pacient vás začne brát jako zřetelnou autoritu. A bude po problémech. [40]

3 AGRESIVITA

Ve své bakalářské práci, zabývající se rizikovými faktory, uvádím faktor, který může zanechávat psychické následky na jakémkoliv pracovníkovi, a tím faktorem je **agrese**.

Všudypřítomná agresivita je neoddělitelnou součástí přelomu tisíciletí. Setkáváme se s ní na silnicích, ve vlacích, v obchodech, ale také v nemocnicích, ve školách a na televizních obrazovkách. Agresivita hrála v historii lidského rodu důležitou roli. Pro pravěké lidi byla životní nezbytností, hnacím motorem úspěšného lovu i zachování rodu proti stále hrozícím nepřátelům. Dnes je stejně důležitá, ale musí to být agresivita ovládaná a přesně směřovaná. V současné době se agresivní chování bohužel projevuje stále výrazněji v každodenním životě.

3.1 Terminologie

Abychom se lépe dokázali zorientovat v následující problematice a porozuměli uvedeným výrazům, definuji několik důležitých termínů; [26], [27]

Neklid je stav zvýšené pohybové aktivity, která přechází od mírných forem, jako je zvýšená gestikulace, přešlapování, podupávání, až po výrazný celkový neklid, kdy jedinec bezcílně pobíhá a aktivně zasahuje do okolí. Celkovou motorickou aktivaci a velký neklid označujeme jako **agitovanost**. Velký pohybový neklid se často pojí s násilným chováním. [26], [27]

Násilné chování je použití síly vůči lidem nebo předmětům spojené často s nepřátelským afektem. Někdy se mluví o agresi a při opakovaném nebo déletrvajícím takto charakterizovaném chování o **agresivitě**. [26], [27]

3.2 Definice agrese

Otevřeně agresivní chování je způsobeno výbuchem hněvu a charakterizuje jej: nechuť poslouchat, křik, používání zastrašovací řeči těla (bubnování prsty do stolu, ukazování prstem, dupání, výhružky), přerušování druhé osoby, zjevné snahy "odrovnat ji", nadávky. Cílem je agresivní vítězství, střetnutí za každou cenu tak, aby druhá strana prohrála. Nápaditá je arogance, křik a nervozita směřující k vyhýbání se otázkám. Agresivní otevře-

né reakce jsou často trapné, destruktivní, riskantní a vyvolávají většinou pocit frustrace (reakce na neschopnost řešit problém). Reakcí ve stylu "nejlepší obrana je útok", je pro osobu, která má potřebu dominovat a prorazit s vlastním názorem. Úkolem je zesměšňovat nebo urážet. [27], [28], [31], [32]

Agrese jako taková je často doprovázena pocitem nenávisti a může vést až k fyzickému zranění zdravotníka nebo jiného pacienta či zničení nejrůznějších předmětů. Rozlišují se různé stupně agrese. [26]

Nepřátelství (hostilita) je nejnižším stupněm agrese, je zřejmá z chování a vystupování pacienta, dává nám zřetelně najevo své antipatie. [26]

Verbální agrese je druhý stupeň agrese. Je buď **přímá** (pacient sestře přímo nadá, uráží ji), cílené agresivní, nejčastěji sprosté slovo, nebo **nepřímá** (typické je psaní dopisů či telefonáty), nebo **ideatorní** (jedná se pouze o představy, jak někomu vynadá, které pacient ventiluje navenek). [26]

Brachiální agrese je třetím a nejzávažnějším stupněm agrese, jedná se o agresi fyzickou, která může být zaměřena vůči věcem, nebo vůči živým tvorům. [26]

Cíle agrese mohou být různé, často je však snahou pacienta někoho zastrašit, zmocnit se něčeho, něco pro sebe získat. Agresi lze dále dělit na **autoagresi**, což je násilí zaměřené na sebe (sebevražedné pokusy, nejrůznější formy sebepoškozování), nebo dokonce skok z otevřeného okna ambulance, a **heteroagresi**, která je zaměřená navenek. [26]

Vytvářením nepříjemného napětí nerespektuje ostatní osoby ani sebe sama. Vede ke ztrátě kontroly, úcty k člověku. Po výbuchu zlosti následuje nejčastěji pocit studu, viny a zklamání se sebou samým. Tělesné projevy tohoto chování mohou být patrné ještě několik hodin po výbuchu. Aserktivním řešením vzniklé situace je v tomto případě patřičná omluva bez sebeponižování. [16], [31]

Terč agrese má pak následující pocity: ohrožení, rozzlobení, rozčilení, vylekání, rezervovanost, pomstychtivost. [31]

3.3 Agrese ve zdravotnictví

Lékaři a zdravotní sestry se ještě donedávna řadili mezi povolání, jež měla vysoký stupeň vážnosti, a v předválečné době patřili ke společenské elitě. Dnes se ale zdravotníci stále častěji stávají terčem verbálních a fyzických útoků pacientů – a to nejen duševně nemocných.

Čeští zdravotníci se pod tlakem okolností začínají učit jak se násilnickým pacientům účinně bránit, aniž by ohrozili svou nebo jejich bezpečnost. Přitom je to právě společnost, která žádá, aby byl každý agresor odkázán do míst, kde nebude ohrožovat zdravotníky, ale ani své okolí v širším smyslu. [5], [24]

V případě, že agrese není způsobena duševní poruchou, zasahuje policie, následuje cela předběžného zadržení nebo vazba. Pokud se jedná o alkohol, pacient končí na záchytné stanici. [5]

Jestliže je za agresí duševní choroba, je na místě převoz na uzavřené oddělení psychiatrického lůžkového pracoviště. Z právního hlediska je to dokonce nutnost. [1], [43]

K oddělením, kde lze očekávat riziko agresivních projevů, patří zejména oddělení akutní psychiatrické péče, detoxifikační jednotky, záchytné stanice, oddělení ochranného léčení. S projevy agrese se však lze setkat i na jiných odděleních, kde je jejich zvládnutí složitější právě proto, že nejsou tak očekávané, personál jimi bývá zaskočen a chybějí mu zkušenosti s jejich řešeními. [5]

3.4 Agresivní, nespolupracující pacient

Řekne-li se nespolupracující pacient, mnozí si představí pacienta neklidného, agresivního, pod vlivem omamných látek. Ale prakticky vzato, je to i pacient v bezvědomí, ochrnutý, encefalopatický, nebo jen apatický. [5]

Specifickým pacientem je pacient, kterého zdravotníci souhrnně nazývají agresivní. Pacient agresivní z neznámé příčiny je pacientem diagnosticky i léčebně náročným. [25]

U duševně nemocných pacientů lze jejich agresivní chování určitým způsobem „omluvit“, protože je k útoku podněcuje choroba, kterou nedokáží zvládnout. [25]

Přibývá stále více útoků na zdravotníky, které jsou způsobeny vlivem alkoholu, drog, ale také z obyčejného hulvátství.

Někteří pacienti si bohužel čím dál častěji pletou zdravotní sestru se služkou. Hrubě se chovají i zcela duševně zdraví dospělí lidé. Pacient sestru uráží, protože mu nevyhověla tak rychle, jak by si přál, a tato má často tendenci mu oplatit stejně. Někdy bohužel nezůstává jen u hrubých slov.

Zdravotníci v ambulancích a nemocničních odděleních nemají speciálně školený personál nebo samostatné místnosti, kam by mohli poslat pacienta uklidnit, nemluvě o kurtovacích lůžkách. Často navíc zdravotníci útoky ze strany pacienta ani nečekají.

Oddělení psychiatrie je přizpůsobeno na zvládnutí agrese ze strany pacientů, a proto také disponuje lepšími možnostmi než běžná nemocnice. [5], [21], [25]

3.5 Druhy agrese

Sublimovaná a soutěživá agrese

Pacientova chuť ubližovat jiným se neprojeví v adekvátní negativní činnosti, ale v jiné- chvályhodné aktivitě. Příkladem by mohla být volba povolání - oblast chirurgie, aktivní sportovec, řezník apod. Soutěživou agresivitu důvěrně známe z každodenního života. Zajišťuje nám dostatek zdrojů pro kvalitní přežití. Kvůli ní se rveme o pozice ve společnosti, o místo na silnici, snažíme se mít všeho víc a všechno lepší. Typickým příkladem je pacient zdravotník, který si vše raději udělá sám, než aby mu tuto službu poskytla nezkušená sestra. [20], [27], [42]

Převrácená agrese

Například přehnaná péče zdravotníka o pacienta, kdy mu touto péčí může i ubližovat. Stačí, když v pacientovi vzbuzuje nepříjemné pocity. [23]

Přenesená (transformovaná) agrese

Přenesená z člověka, vůči kterému si nemůžeme agresivitu dovolit, na jiného. Při konfliktu s nadřízeným reaguje sestra mlčením, a projevy agrese se odrazí až při kontaktu s pacientem. Velmi podobně tato reakce proběhne, pokud se pacient zlobí na příbuzné, kteří ho nenavštívili, a jeho agresivní počin se obrátí vůči sestře. [23]

Zadržená agrese

Projeví se klasickou větou po menším či větším konfliktu: „Počkej, až jednou...!“ [23]

Racionalizovaná agrese

Rodič udeří své dítě s vysvětlením, že to činí v jeho prospěch: „Já to dělám, protože ho mám rád“. V sesterském povolání rovněž činíme mnoho výkonů, které jsou nepříjemné nebo časově pacientům nevyhovují, s vysvětlením, že je to v jejich prospěch. [23]

Autoagrese

Přenesení agrese na svou vlastní osobu. Netroufám si na někoho jiného, tak jsem naštvaný na sebe. [27], [28], [42]

Pasivní agrese s „úsměvem“

Z pohledu mezilidského komunikování je to zaútočení na některé z práv člověka jemnějším způsobem. Takto obvykle komunikuje člověk tehdy, když prožívá silný hněv či zlost, a pravděpodobně si to netroufne říci svému protějšku přímo a jasně. Sestra nepřipomene důležitou věc své kolegyni, přestože o ní ví, a vidí, že kolegyně na to zapomněla, v té chvíli je osobou, která komunikuje pasivně agresivně. Místo přímého útoku mi způsobí problém. Pacient se může mstít zdravotní sestře za svou citovou nepohodu nebo nějakou její chybu či nevlídnost. Třeba záměrně nevezme léky a tak vyprovokuje lékařovu zlost vůči sestře při vizitě. [20], [27], [42]

Agrese „utlačovaných“

Pasivní agresi vyprovokuje člověk tehdy, když se cítí slabší a ublížený. Člověk v takových chvílích prožívá sám sebe jako oběť, cítí křivdu. Zaútočí tím, že jednoduše neudělá něco, co by měl udělat. Tento způsob chování vidíme hlavně u malých dětí. Otevřená, ale hlavně pasivní agrese bývá také velmi typickým chováním u pacientů, jimž bylo diagnostikováno závažné onemocnění. V jedné fázi prožívání nemoci v čase, kterou běžně sestry znají jako tzv. „fázi depresivní“, se u pacienta zvlášť silně objevuje pocit křivdy „proč právě já...“ vůči ostatním zdravým lidem. Je nutné si uvědomit, že zdravotní sestry jsou v těchto chvílích často jediným vzorkem zdravé populace, se kterou má pacient kontakt, a tudíž se jeho agrese obrací právě proti nim. [20], [27], [42]

Agrese „tiché domácnosti“

U pacienta se křivda může projevit v podobě nespolupráce a nemluvení. V hlavě sestry se asi odehrává toto: „Tak já se snažím a on na to kašle a ještě na mě nemluví a navíc se tváří uraženě...“ V tu chvíli hrozí, že i sestra začne cítit pocit křivdy a začne oplácet stejným způsobem. Pakliže by v této situaci setrvala, vytvořila by se v nemocničním prostředí ona výše zmiňovaná atmosféra tiché domácnosti, která je neproduktivní a v konečném důsledku ubližuje všem. [15]

Obranná a rodičovská agresivita

Je odpovědí na bezprostřední hrozbu. Pomáhá živému tvorovi ubránit se proti útočníkům, kteří ho fyzicky napadnou nebo ho ohrožují zbraní. Rodičovská agresivita je variací na obrannou agresivitu. Rodiče chrání své potomky před jakoukoliv újmou. Tato agresivita má velký význam pro přežití a zachování rodu a není výsadou otce ani matky. Proto na dětských odděleních bývají častěji agresivní rodiče než děti pacienti. [20], [27], [42]

3.6 Rozpoznání agresivního pacienta

Rozpoznat agresivního klienta není jednoduché, protože většina zdravotníků dává na první dojem a může mylně určit typ pacienta. Zde uvádím několik pomocných otázek, které lze využít do praxe jako škálu, a mohou pomoci rozpoznat počínající agresivitu.

- **Co si o sobě myslí?**

- je nadřazený / méněcenný, ale úzkostlivě se to snaží skrýt; [31]

- **Jak se cítí?**

- rozhněvaně, napjatě; [31]

- **Jaký zaujímá tělesný postoj?**

- vzpřímený, hlavu vzhůru, naklání se dopředu nebo jde blízko k druhé osobě, aby zdůraznil svůj postoj, snaží se být co nejvyšší (stojí, když ostatní sedí); [31]

- **Postavení nohou a chodidel?**

- vstojte pevně rozkročený, při chůzi netrpělivě popochází, vsedě nohy strnule zaražené do podlahy nebo chodidlo netrpělivě poťukává o zem; [31]

- **Co dělají ruce a paže?**

- ruce se opírají o boky, paže zkřížené na prsou, jedna paže pozdvižená jako při kázání, pevně sevřené ruce, bouchá pěstí, zdvihá ukazovák nebo jím hrozím, prudké pohyby zápěstím, příliš pevný stisk při podávání ruky, příliš silné poklepání na rameno; [31]

- **Kam se dívá?**

- dolů z výšky, upřeně, pronikavě, tvrdým pohledem, mhouří oči, dívá se skrz nebo za osobu. [31]

- **Jaký je jeho výraz?**

- káravý pohled, zaťaté zuby, brada dopředu, hněvem mění barvu, zvedá obočí v nevěřícím údivu, má rozhořčené nebo hněvivé vzezření, ironický nebo pohrdavý úšklebek; [31]

- **Jaký je jeho hlas?**

- chladný, ironický, velmi hlasitý, ostrý, výhružný, rychlý, úsečný. [31]

Dalším způsobem, jak rozpoznat počátek agrese, je použití dotazníku, který vytvořila britská psycholožka Glynis Breakwellová, zabývající se prevencí a zvládnutím násilí, který umožňuje odhadnout rizika napadení. (Viz příloha III), [31]

3.7 Příčiny agrese

Agresivita má různé příčiny. Zdaleka nejčastější je odbrzdění všech sociálních a kulturních zábran po požití alkoholu v dávce, která ještě nemá hypnotický vliv, ale je již doprovázena hypertermií, potácením se a padáním, tunelovým viděním a bráněním se veškerým opatřením. Podobné účinky mají i některé drogy. [8], [27]

Příčiny mohou být:

- cerebrální: postkontuzní stav, hypoxie, hypoglykemie;
- psychiatrické choroby: schizofrenie, paranoidní bludy, preuremický stav, počínající encefalitida; [8], [27]
- psychotické stavy, kdy nemocný reaguje na své halucinace, bludy, nemá náhled na situaci a ohrožuje sebe i své okolí;
- sebevražedné tendence, nejčastěji u psychotických či depresivních pacientů;
- intoxikace léky a drogami, alkoholem, předávkování lysohlávkou, abstinenční syndrom;
- organické psychosyndromy;
- stavy po epileptickém záchvatu;
- asociální chování;
- neúnosné situace, člověk ve velké krizi, traumatu (týrání, zneužívání), násilí jako reakce na bezmoc, strach, ztráta kontroly nad situací;
- hormonální disharmonie (poporodní stavy). [26]

Panický strach a akutní panická porucha mohou vést k naprosto nečekaným agresivním činům. Mírnější projevy doprovázejí předávkování pervitinem, strach z bolesti, z neznámého, z náhlé smrti či amentní stav při mozkové ateroskleróze. [8], [27]

Příčinou agrese u velmi přecitlivělých pacientů mohou být i naprosté maličkosti. Ihned při příchodu do nemocničního zařízení mohou nastat komplikace. Kvalita prvního kontaktu je velmi podstatná. Člověk sužovaný úzkostí, strachem a jinými nepříjemnými pocity musí hodinu hledat ve zdravotnickém zařízení příjmovou kancelář a pak tráví dlouhé minuty v čekárně, aniž by si ho kdokoliv všiml. V takovéto situaci stačí nevhodně zvolené slovo k vyprovokování zlostné a agresivní reakce. Proto bereme ohled i na tyto zdánlivé maličkosti. Projevy agrese jsou časté v přímé souvislosti s přijetím nebo propuštěním pacienta. [26]

Serotonin

Existují lidé, kteří se rozběsní i při slabém podnětu. Jde rovněž o druh psychické poruchy, která souvisí se špatnou funkcí produkce serotoninu v těle. Serotonin je biologicky aktivní látka, takzvaný tkáňový hormon, který se vyskytuje ve tkáních všech živých organismů. U člověka se tvoří v buňkách trávicího ústrojí a v centrální nervové soustavě. V krvi je přenášen hlavně krevními destičkami. Biologické účinky serotoninu jsou různé.

Ovlivňuje dýchání, zvyšuje stahy hladkého svalstva, povzbuzuje střevní peristaltiku. Serotonin navozuje pocit pohody a významně ovlivňuje i tu část mozku, v níž je zakódováno racionální chování. Snížení jeho hladiny působí depresi, útlum, nespavost a halucinace. [42], [43]

Některé léky zvyšují hladinu serotoninu v organismu. Jsou používány především k léčbě depresivních stavů, ale ukazuje se, že působí dobře i jako prostředek ke snížení nepřátelských pocitů, k navození příjemných stavů, a tím i ke snížení nadměrné agresivity. [42], [43]

3.8 Faktory zvyšující napětí pacienta

Faktorů je nesčetně mnoho a proto uvádím nejčastěji objevující se rizika zvýšení agrese a nervozity. V zásadě neexistuje žádný psaný postup, jak zabránit afektivnímu jednání pacienta.

- Obtížná orientace ve zdravotnickém zařízení, absence vhodného a srozumitelného označení budov a jednotlivých ordinací;
- dlouhé čekací doby v čekárně, špatná organizace práce, hluk;
- nedostatek informací, personál se nepředstaví, není vybaven jmenovkami, pacient není informován o tom, co se bude dít;
- neprofesionální přístup personálu, rutinní přístup, nevhodné poznámky, absence empatie, nervozita a stres personálu;
- neumožnění kontaktu s blízkými, zákaz telefonování;
- faktor neznámého, nového prostředí, hospitalismus;
- neadekvátní, zkreslené představy o léčebném oddělení (př. Léčebna dlouhodobě nemocných = budova pro umírání důchodců). [26]

Nejčastější zdroje konfliktů mezi personálem a pacienty:

- dotazy na propuštění a vycházky;
- nesouhlas s hospitalizací, medikací apod.;
- odkaz na dodržování pravidel oddělení;
- nedostatek informací;
- personál vyžaduje aktivity/přetěžování;

- neoblíbené ošetrovatelské intervence, např. hygiena;
- pacient musí bez vysvětlení čekat;
- nedostatek soukromí, srážky s jinými pacienty. [26]

Faktory s negativním vlivem na poskytovanou péči:

- napětí v týmu;
- nevyslovené konflikty;
- velká vyčerpání, výpadky personálu;
- vysoké zatížení těžce nemocnými pacienty;
- prostorová těsnost, hluk. [26]

3.9 Fyzická agresivita

Fyzická agresivita je nejen závažným příznakem, ale současně rizikem pro ošetroující personál. Její příčiny mohou být tytéž jako výše uvedené, projevy jsou ale podstatně intenzivnější. V některých zařízeních nelze vyloučit ani účelovou a cílenou reakci. Fyzické ohrožení vlastní osoby- zdraví a života- a fyzické ohrožení zdraví a života osob ošetrojících vyžaduje rychlé rozhodnutí, zda je možno eskalaci a napadení vyřešit slovním uklidněním, což by bylo nejvhodnější, ale bývá v takto vyhocené situaci jen výjimečně účinné. Druhá možnost je zabránit postižení zdraví a ohrožení života restrikcí- fyzickou a nebo farmakologickou. Postup je indikován jako léčba, neslouží jako trest, msta nebo úprava chování. Oba druhy omezení se hodnotí jako právně srovnatelné. Fyzické omezení je většinou úvodní. [26], [33], [39]

3.10 Dovednosti sestry

První praktickou dovedností v naléhavé situaci je zvládnutí kontaktu s pacientem, často neklidným až agresivním. Snažíme se s ním navázat důvěryhodný vztah. Nechodíme k němu blíž, než vidíme a cítíme, že je mu v dané chvíli příjemné a než je nezbytně nutné. [26]

Přizpůsobíme se jeho neverbálním signálům (ustupování, obranná gesta, stupňování neklidu). Mluvíme v klidné nevzrušivé tónině. Vyhýbáme se imperativům a emočně nabi-

tým projevům. K pacientovi jsme občansky zdvořilí, vystupujeme jako reprezentanti profese, jejímž hlavním úkolem je úleva od bolesti a pomoc v nesnázích. S pacientem solidari-
zujeme. Nepřeme se s ním a nevynášíme o něm žádné hodnotící soudy. Nelžeme mu a sna-
žíme se poskytnout informaci o všem, co víme, přiměřeně k jeho rozumovým schopnostem
a momentálnímu psychickému stavu. [12], [26]

Sestra musí ovládat i samu sebe. Důraz se klade na ohleduplný, citlivý a šetrný pří-
stup. Sestra vystupuje klidně, trpělivě, ovládá se a nebere si věci osobně. Musí vidět situaci
očima nemocného. Projevy nemocného chápat v souvislosti s jeho utrpením a starostmi,
působit povzbudivě, důvěryhodně, nenechat se vyprovokovat, být zdrženlivá a trpělivá.
[26]

3.11 Přístup sestry k agresivnímu pacientovi

V roli ošetřovatelského personálu pracují většinou ženy a ty mývají z výchovy jasné
poselství: „Dívka nesmí být zlá.“ Díky tomu přestane mnoho žen akceptovat agresivitu
jako možnou součást své osobnosti. V případě, že se setkají s projevy agrese, prožívají
silný pocit ohrožení a tím zvyšují pravděpodobnost vlastní neadekvátní reakce. [20]

Základem je už dodržení určité vzdálenosti při vzájemné komunikaci, aby nebyl na-
rušen pacientův soukromý prostor. Pokud do něj chce zdravotník vstoupit, měl by dát paci-
entovi najevo, že tak činí s jeho svolením. „Už způsob, jakým k pacientovi přistupujeme,
může mnohé ovlivnit. Měli bychom se snažit vyzařovat co nejvíc pozitivní energie. Není
nic horšího, než když záchranář, lékař nebo zdravotní sestra dávají už zdálky najevo, že
jsou unavení a rozmrzelí. Že kontakt s pacientem je obtěžuje a starají se o něj, protože mu-
sí. V takovém případě může některý pacient reagovat stejně negativně. A za určité procen-
to případů napadení si bohužel mohou zdravotníci sami. [26], [37]

Obecné zásady chování k agresivním pacientům:

- **Klidný a otevřený přístup**

- na zvládnutí situace má velký podíl způsob jakým jedná zdravotník; [26]

- **Aktivita pacientů v terapeutickém procesu**

- sestra nesmí zacházet s pacientem, jako s pasivním objektem, musí zdůrazňovat a vyža-
dovat aktivní přístup v léčebném procesu; [26]

- **Zachování společenských pravidel**

- při příjmu zanedbaných lidí, s projevy snížení intelektu, může mít zdravotník tendenci jednat s ním degradujícím způsobem; [26]

- pravidla společenského chování je nutné zachovat i při sníženém vědomí, nebo agresi; [26]

- **Stanovení jasných pravidel**

- hned v počátku léčby pacienta seznámit s léčebným režimem;

- mnohdy zdravotníkům nepřipadá nutné upozorňovat na zdánlivé samozřejmosti, které pak vedou ke vzniku nepříjemností; [26]

- **Kolegiálnost ke členům týmu**

- týmové vztahy a práce celého týmu ovlivňují pacienta, někdy slouží jako modely vztahů; [26]

- **Ohleduplné vyžadování nepříjemných požadavků**

- mezi nepříjemné požadavky řadíme: soustavné kontrolování, narušení intimity, omezení sociálních kontaktů, rušení spánku noční službou, nedostatek informací, neznalost prostředí, nejistota ohledně onemocnění – měly by být redukovány na minimum; [26]

- **Sestra by se měla vyhnout chybnému jednání vůči pacientovi, kam řadíme:**

- bagatelizaci, ironické chování, nedostatek zdvořilosti, pacienti se cítí nepochopeni, ztrácí důvěru;

- soukromé vztahy k pacientům – profesionální vztah může překročit rámec profese, řadíme sem: erotické vztahy, ochranné postoje, při práci je nutné zachovat si odstup, pokud takový vztah vznikne, je nutné ho řešit, přeložením pracovníka nebo pacienta;

- nervozita, neklid – narušují atmosféru na oddělení, špatná nálada a neochota patří k neprofesionálnímu chování;

- negativní až agresivní postoj - může vzniknout, jako obranná reakce na přátelské chování pacientů, agrese ve formě verbálního nebo fyzického napadení pacienta je znakem profesionálního selhání, mezi negativní postoje řadíme i aplikaci zklidňujících farmak;

- rezignace, lhostejnost – je patrná u chronických pacientů a pacientů s mentálním defektem, může také být projevem vyhoření;

- přehnaná péče, vede k pasivitě pacienta, závislosti na sestře či zařízení, současným trendem je zachování nebo navrácení co nejvyšší soběstačnosti;
- neosobní vztah či pouhé vykonávání povinností. [26]

3.12 Zásady restrikce

Dojde-li k vyostření situace a chování pacienta se stává nebezpečné a ohrožující pro něj nebo pro jeho okolí, lze po vyčerpání všech ostatních možností ke zklidnění použít jako krajní řešení omezující opatření. Nejčastěji používanými restriktivními postupy jsou omezení v lůžku a terapeutická izolace, méně často se používá ochranný kabátek nebo síťová lůžka. [26]

Musí-li sestra řešit otevřenou agresi, dbá zejména:

- na bezpečí pro pacienta;
- na bezpečí pro ostatní pacienty;
- na bezpečí pro personál. [26]

Omezujícími prostředky rozumíme:

- terapeutická opatření omezující volný pohyb a jednání pacienta (izolace, omezení v lůžku);
- terapeutická opatření uplatňovaná bez souhlasu pacienta (podání medikace). [26]

Když se pacient brání aplikaci nezbytného léku, je na místě ho fyzicky omezit, aby léčba mohla být podána. Vždy vysvětlujeme pacientovi, co mu dáváme, a proč, a stále to opakujeme. K fyzickému omezení může dojít také v případě, kdy podané léky dostatečně nezabírají, a další zvyšování dávek by pacienta zatěžovalo nežádoucími účinky. Když je takový pacient současně agresivní a ohrožuje sebe nebo svoje okolí (spolupacienty či ošetrovatelský personál), pak je nutné ho na nezbytně nutnou dobu částečně nebo úplně oddělit od ostatních“. Toto jsou podmínky, za kterých musí ošetřující lékař sáhnout k určitým omezovacím prostředkům. Celou dobu používáme ke zklidnění hlavně psychologických prostředků. Vlídna slova rozhodně nemůžou ublížit. Důležité je také vědět, na koho se v případě konfliktu obrátit. [26]

Usměrnění agresivního pacienta má být zajištěno kompetentním personálem i za účasti policistů nebo ostrahy zdravotnického zařízení. Imobilizace nesmí působit další zra-

nění postiženému. Nejvhodnější je nasadit 5 členů personálu, kteří jsou dostatečně teoreticky i prakticky proškoleni. Když dojde k nějakému poranění, musí být vždy velmi podrobně zdokumentováno. Nejčastější poranění bývá zlomení předloktí. U pacientů po kontuzi mozku, při podezření na postižení mozkového kmene nikdy nezakláníme hlavu násilným způsobem, protože by mohlo dojít k nebezpečné bradykardii, popř. asystolii. [26]

Nejvhodnějším vybavením bývají široké pásy se suchými zipy, s jejichž pomocí lze vytvořit velmi rychle imobilizující mumii bez ohrožení agresivního klienta. Za poměrně bezpečný farmakologický zklidňující prostředek se považuje přiměřená dávka Diazepamu. Nejvhodnější je podání i.v. do širší žíly s následným bolusem 10-20 ml fyziologického roztoku. Podání i.m. i podání i.v. do tenké žíly jsou rovněž možné, ale subjektivně velmi nepříjemné a bolestivé. Na nutnost imobilizace musí být pacient hlasitě upozorněn, i když jsme si vědomi, že nás nemusí vnímat, či nerozumí řeči a udrží toto v paměti. Do dokumentace se zapíše indikace, provedení a doba trvání imobilizace. [26]

Doba imobilizace musí být co nejkratší, s pacientem při vědomí musí být trvalý kontakt, snažíme se navázat verbální empatickou komunikaci. Musí být sledovány nebo monitorovány základní životní funkce, zejména dýchání a oběh. Fyzické omezení nesmí být bolestivé a nesmí zhoršit původní stav pacienta. Příliš dlouhé omezení je pacientem subjektivně velmi negativně vnímáno a důvěra k personálu a následující spolupráce mohou trpět. Proto by omezení pacienta nemělo sloužit k jiným účelům než je zvládnutí akutního neklidu. Jedná se o profesionální výkon, nikoliv o demonstraci fyzické převahy či potrestání. [26]

Farmakologické omezení nesmí mít nežádoucí interakce s léky již podanými nebo plánovanými. Oba typy omezení vyžadují zvýšený dohled, rozvahu o dalších medikacích atd., abychom nebyli překvapeni novým náhlým autodestruktivním nebo destruktivním činem. [26]

K fyzickému omezení pacientů používají psychiatrická zařízení nejčastěji odlukové (izolační) místnosti, síťová lůžka, kurty v lůžku, a to vždy pouze na nezbytně nutnou dobu. Celou dobu aplikace omezovacího prostředku je pacient sledován ošetřovatelským personálem: v síťovém lůžku a kurtech průhledovým oknem z pracoviště ošetřujícího personálu, v odlukové místnosti kamerou, spojenou s monitorem v pracoviště ošetřovatelského personálu. „Nikdy nedochází k natáčení pacienta, ale pouze přenosu aktuálního obrazu, popřípadě zvuku. [26]

Péče o duševně nemocné vyžaduje zvlášť vzdělaný, schopný a specializovaný zdravotnický personál. Právě na oddělení vyčleněném pro péči o neklidné dospělé muže s těžkými duševními poruchami, kde se agresivní chování pacientů občas vyskytuje, dokáží zdravotníci poskytnout pacientovi potřebnou zdravotní péči i za ztížených podmínek. [26]

Užití restriktivních postupů není důvodem k nepovolení návštěv. Každá návštěva však musí být personálem dostatečně poučena o důvodech vedoucích k omezení pacienta. Doporučují se kratší návštěvy pod supervizí personálu. Návštěva musí být schopna akceptovat omezující opatření. [26]

3.13 Komplikace restriktivních postupů

Každý restriktivní postup má svá rizika. Proto je musí lékař i personál dobře zvážit a počítat také s jejími následky. Zde uvádím nejčastější komplikace, které vznikají při restrikci pacientů. Lepší je těmto komplikacím předcházet, než je poté léčit. [26]

- poranění pacienta nebo členů personálu v průběhu omezování pacienta;
- poranění pacienta způsobené přílišným utažením popruhů, či jejich nedostatečným vypořádáním, nebo nedostatečnou kontrolou personálem. Může se jednat o poruchu prokrvení, poruchu inervace, vznik trombózy, odřeniny aj.;
- prochladnutí pacienta v důsledku nezajištění optimálního tepelného komfortu;
- poranění pacienta jiným pacientem z oddělení;
- poranění pacienta v terapeutické izolaci cizím předmětem způsobené nedostatečnou kontrolou na počátku izolace;
- komplikace plynoucí z nedostatečné ošetrovatelské péče- dehydratace, vznik deku-bitů, tenze apod.;
- psychická traumatizace pacienta vyplývající z omezení. [26]

Vyskytnou-li se i přes veškerou péči nějaké komplikace, je nutné jejich výskyt řádně zdokumentovat, informovat o nich lékaře a přijmout opatření k jejich řešení. [26]

3.14 Ochranná opatření - fixace

V souvislosti s restrikcí pacientů se lze setkat s pojmem fixace pacienta. Rozumí se tím ochranné opatření, kterým se neřeší projevy neklidu a agitovanosti. Jedná se o postup, jehož smyslem je předejít pádu či vytržení kanyly například u gerontopsychiatrických pacientů, u zmatených pacientů, kteří se neprojeví neklidem. V důsledku jejich psychického stavu jim však hrozí poranění, které může mít vážné důsledky. Fixace pacienta je postup, kdy je pacient omezen břišním pásem v lůžku nebo v křesle, nebo je mu fixována pouze jedna končetina. [26]

Kontraindikací k fixaci je psychomotorický neklid, aktivní negativismus, tendence k sebepoškození či jiné projevy, jejichž řešení spadá do kategorie fyzického omezení. [26]

3.15 Právní předpisy související s omezujícími prostředky

Použití omezujících opatření je výrazným zásahem do osobní svobody pacienta.

Český právní řád vychází z principu, že osobní svoboda každého je zaručena, proto zásahy do osobní svobody lze činit pouze v případech a za podmínek výslovně jmenovaných zákonem. Úmluva o biomedicíně stanoví, že jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. [26], [41]

Tento princip lze prolomit jen v některých případech. Například může být proveden zákrok na osobě, která není schopná dát souhlas (z důvodu duševního postižení, či nemoci), pouze je-li to k jejímu přímému prospěchu. Zákon o péči o zdraví lidu obdobně a podrobněji určuje, že vyšetřování a léčebné výkony se provádějí se souhlasem nemocného nebo lze-li tento souhlas předpokládat. Bez souhlasu nemocného je možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony a je-li to podle povahy onemocnění třeba, převzít nemocného do ústavní péče mimo jiné: [26], [41]

- Jestliže osoba jeví známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí;
- Není-li možné vzhledem k zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví. [26], [41]

V souladu s tímto zákonem lze tedy činit opatření dočasně omezující svobodu pacienta (např. izolace, omezení v lůžku) pouze ve čtyřech případech, a to tehdy, jestliže:

- Pacient k takovému zákroku dal poté, co byl o povaze takového opatření informován, svobodný souhlas;
- lze předpokládat, že by pacient s tímto opatřením souhlasil a neprojevuje svůj nesouhlas;
- pacient jeví známky duševní choroby nebo intoxikace (pacient nemusí trpět duševní chorobou či být intoxikován, pouze jeví známky takového stavu) a zároveň ohrožuje sebe i své okolí;
- z důvodu zdravotního stavu pacienta od něj nelze vyžádat souhlas a jde o neodkladný výkon, který je nutný k záchraně života či zdraví. [26], [41]

Zárok, který by omezoval svobodu pacienta a byl v rozporu s výše uvedenými ustanoveními, byl by považován za trestný čin podle § 231 trestního zákoníku. Výjimkou jsou stavy krajní nouze, kdy se činem odvrací nebezpečí přímo hrozící zájmu chráněnému trestním zákonem (což je např. lidský život či zdraví) nebo nebezpečí nelze od daných okolností odvrátit jiným, nedovoleným způsobem. [26], [41]

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA PRÁCE

4.1 Cíle a hypotézy

- **Cíl č. 1: Stanovit, jak často se zdravotnický personál setkává s agresivními klienty.**

H1: Domnívám se, že většina sester se setkává s agresivními klienty alespoň jednou za měsíc.

H2: Domnívám se, že je minimum sester, které se nikdy nesetkaly s agresivním klientem.

- **Cíl č. 2: Zmapovat znalosti zdravotnického personálu v oblasti komunikace s agresivním klientem**

H3: Myslím si, že znalost sester v oblasti komunikace s agresivním klientem je nedostatečná.

H4: Myslím si, že polovina sester neví, jak se k „obtížným“ klientům chovat.

- **Cíl č. 3: Popsat, jak sestry reagují na agresivního klienta**

H5: Domnívám se, že v krizové situaci se sestry chovají též agresivně.

H6: Domnívám se, že nejméně polovina sester se nedokáže chovat korektně a zachovat klid při práci s agresivním klientem.

- **Cíl č. 4: Určit, jak se změní vztah sester ke klientům, které byly slovně nebo fyzicky napadeny agresivním klientem**

H7: Myslím si, že u většiny sester tento kontakt zanechal negativní pocity.

- **Cíl č. 5: Dozvědět se, jaké metody sestry užívají nejčastěji při zvládnutí agresivního klienta**

H8: Domnívám se, že nejčastěji užívanou metodou při zvládnutí agresivního klienta je rozhovor.

H9: Domnívám se, že dalším velmi užívaným zklidňujícím prostředkem je naordinovaná medikace dle lékaře.

- **Cíl č. 6: Zjistit, do jaké míry je agresivní klient příčinou syndromu vyhoření u sestry**

H10: Myslím si, že agresivní klient se nejvíce podílí na vzniku syndromu vyhoření u sester.

4.2 Zpracování získaných dat

Průzkum byl prováděn ve čtyřech zdravotnických zařízeních pomocí dotazníkového šetření.

Pilotní studie pro sestavení finální podoby dotazníku, byla prováděna v měsíci říjnu, kdy bylo rozdáno zdravotnickým pracovníkům 5 ks dotazníků. Na základě pilotní studie jsem v dotazníku pozměnila formulaci otázky číslo 5.

Dotazník jsem osobně rozdala na různá oddělení nemocnic a jiných zdravotnických zařízení (Krajská nemocnice T. Bati ve Zlíně, nemocnice Atlas, Psychiatrická léčebna Kroměříž, Rychlá záchranná pomoc Zlín - Prštěné) v počtu 150 ks a elektronicky rozeslala zdravotním sestřím a záchranářům v počtu 20 ks. Z celkového počtu rozdaných dotazníků (170 kusů) bylo vráceno 116 ks dotazníků (68 % úspěšnost vrácení dotazníků). Vyřazeno pro nečitelnost bylo 6 dotazníků a pro neúplné vyplnění nebylo možno pro zpracování dat použít 10 dotazníků. Použitelný počet dotazníků pro výsledné šetření byl 100 ks. Průzkum trval asi 1,5 měsíce (listopad až prosinec). Zpracované výsledky šetření jsou uvedeny v kapitole č. 5 – rozbor výsledku průzkumu. Zde jsou také zpracovány jednotlivé dotazníkové položky v grafické podobě. Součástí rozborů výsledku šetření jsou tabulky s procentuálním vyjádřením možných odpovědí.

4.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Charakteristiku zkoumaného vzorku tvořily z větší části zdravotní sestry ze třech zdravotnických zařízení a muži ze dvou zdravotnických organizací všech věkových kategorií a různé doby praxe. K průzkumu a vyhodnocení této bakalářské práce byla použita metoda dotazníku, jenž je nejčastější a nejprůhlednější užívanou výzkumnou metodou vůbec.

Na úvod dotazníku seznamuji respondenty s tématem mé bakalářské práce a seznamuji je s pravidly pro vyplnění dotazníku. Použitý dotazník obsahuje 10 otázek a 3 podotázky (příloha P IV). Položky v něm uvedené vedly k ověření hypotéz.

4.3.1 Formy položek v dotazníku

- Uzavřená položka: 1, 3, 6, 7, 8
- Polozavřená položka: 2, 4, 5, 7a, 9
- Otevřená položka: 7b, 7c, 10
- Položka úvodní: 1, 2
- Položka dichotomická: 1, 3, 6, 7
- Položka polytomická s neúplným výběrem: 2, 4, 5, 7a, 9
- Položka filtrační: 7, 7a, 7b, 7c
- Položka škálová: 8

5 ROZBOR A VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEHO GRAFICKÉ ZPRACOVÁNÍ

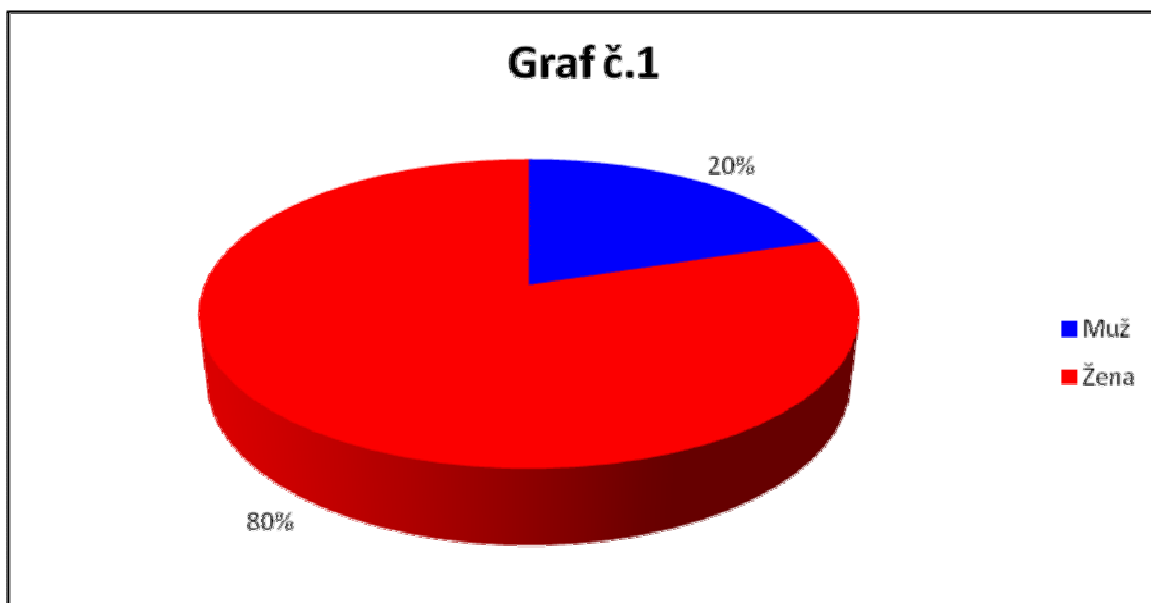
5.1 Grafické zpracování dotazníků

Otázka č. 1: Jste muž nebo žena?

Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů

Pohlaví	Počet respondentů	Procenta %
Muž	20	20%
Žena	80	80%
Celkem	100	100%

Graf č. 1: Pohlaví respondentů



Komentář:

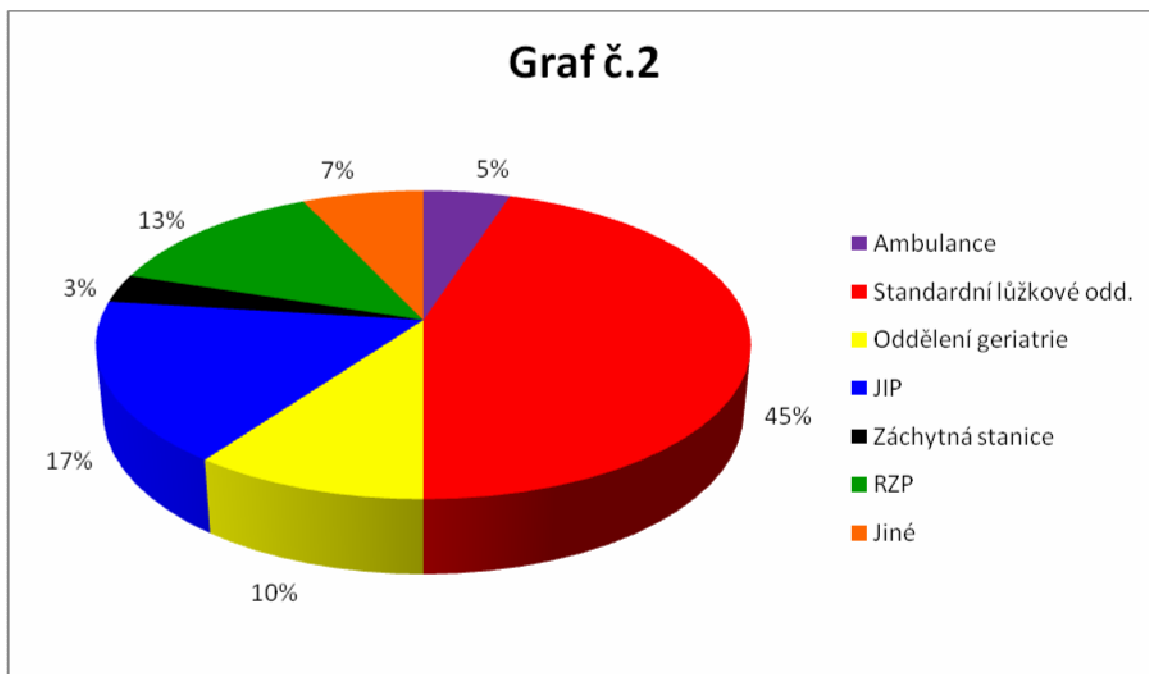
Z počtu 100 respondentů odpovídalo v dotaznících 80% žen a 20% mužů. Vzhledem k povaze povolání je většina respondentů zastoupena ženami (zdravotními sestrami). Mužské zastoupení, které se zúčastnilo tohoto výzkumu, je z oblasti zdravotnických záchranářů. Výsledek uvedené položky není překvapující, protože v nemocničních zařízeních pracují ve většině případů ženy. Počet žen se v poslední době zvyšuje také v oblasti první pomoci.

Otázka č. 2: Na kterém oddělení pracujete?

Tabulka č. 2: Pracovní místo

Oddělení	Počet respondentů	Procenta %
Ambulance	5	5%
Standardní lůžkové odd.	45	45%
Oddělení geriatricie	10	10%
JIP	17	17%
Záchytná stanice	3	3%
RZP	13	13%
Jiné	7	7%
Celkem	100	100%

Graf č. 2: Pracovní místo

**Komentář:**

Z grafu č. 2 je patrné, že nejvíce respondentů tvořily sestry ze standardních lůžkových oddělení (převážně interních a chirurgických 45% dotazovaných). Druhou nejvíce

zastoupenou skupinou jsou respondenti z oddělení JIP (17% dotazovaných). Třetí nejfrekventovanější skupinou jsou respondenti z oblasti RZP (13% dotazovaných). Další skupinou jsou zdravotní sestry z oddělení geriatric, které tvoří 10% dotazovaných. Do oblasti jiných zdravotníků (7% dotazovaných) jsem zahrnula 1 respondenta z anesteziologicko-resuscitačního oddělení, 1 respondenta z ústavu pro ženy s mentálním postižením a 5 respondentů z oddělení psychiatrie. V neposlední řadě jsou zde zastoupeny skupiny zdravotníků z ambulancí. Do oblasti ambulancí jsem zahrnula 2x traumatologickou ambulanci, 2x chirurgickou ambulanci a 1x pohotovost (5% dotazovaných) a pracovníci ze záchranné stanice (3% dotazovaných). Velkým překvapením pro mě byl vysoký počet odpovídajících respondentů z oboru záchranář, pro které bylo toto téma velmi zajímavé. A právě tato skupina zdravotnických pracovníků se dostává do kontaktu s agresivním klientem nejčastěji.

Otázka č. 3: Setkal/a jste se ve své praxi s agresivním klientem?

Tabulka č. 3: Setkání s agresorem

Setkání s agresorem	Počet respondentů	Procenta %
Ano	100	100%
Ne	0	0%
Celkem	100	100%

Graf č. 3: Setkání s agresorem



Komentář:

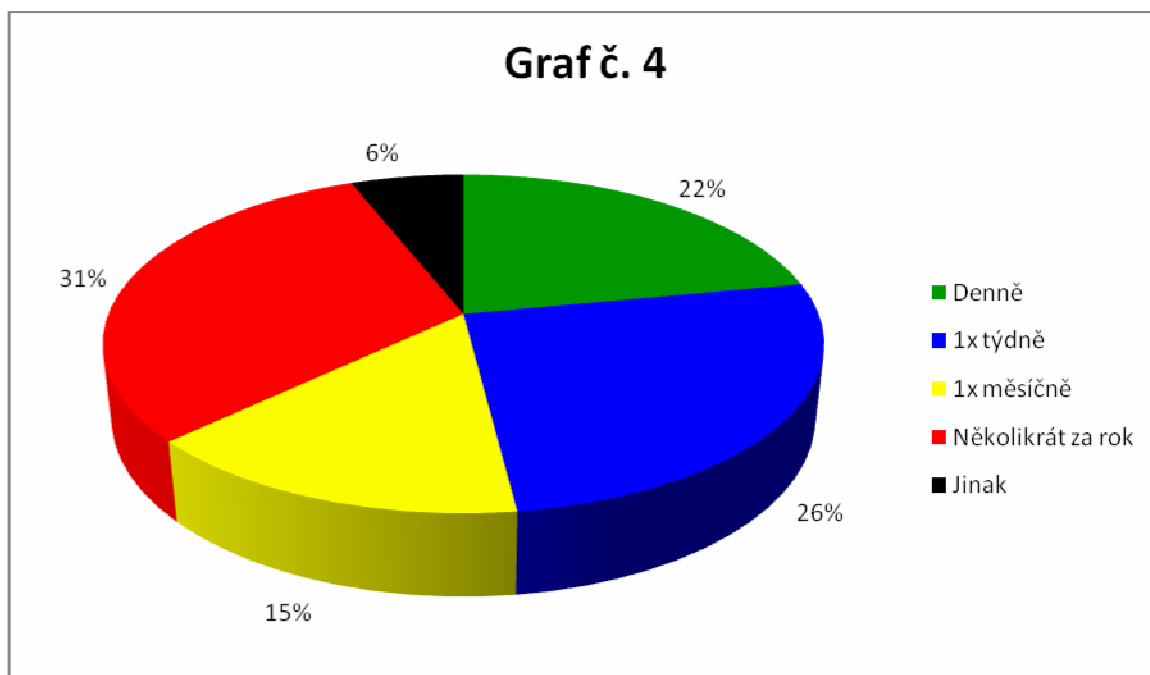
Uvedená otázka zjistila, že všichni respondenti (100% dotazovaných) se ve své zdravotnické praxi setkali s agresivním klientem. Překvapující je, že všichni dotazovaní byli v kontaktu s agresivním klientem. Z výše uvedeného grafu také vyplývá, že téměř každý zdravotnický pracovník se během své praxe setkává s agresivním pacientem.

Otázka č. 4: Jak často se setkáváte s agresivními klienty?

Tabulka č. 4: Častost setkání

Častost setkání	Počet respondentů	Procenta %
denně	22	22%
1x týdně	26	26%
1x měsíčně	15	15%
Několikrát za rok	31	31%
Jinak	6	6%
Celkem	100	100%

Graf č. 4: Častost setkání

**Komentář:**

Z celkového počtu 100 respondentů uvedlo 31% dotazovaných, že se s agresivním klientem setkává několikrát za rok. Dále 26% dotazovaných uvedlo, že se s takovýmto klientem setkávají minimálně 1x týdně a 22% dotazovaných respondentů bere agresivního klienta jako součást každodenní práce. 15% respondentů se setkává s agresivním klientem 1x měsíčně. Z 6% dotazovaných respondentů si nevybralo ani jednu z určených možností a

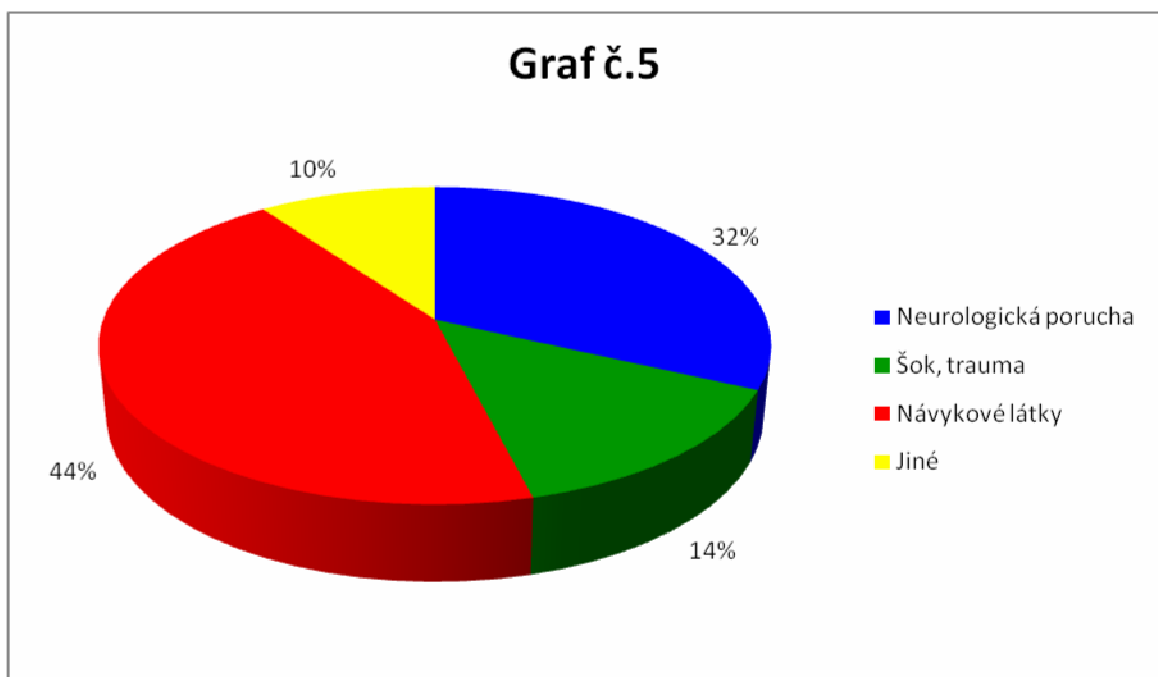
do kolonky JINÉ uvedli: 2x občas, 2x pokaždé jinak a 2x několikrát týdně. Velmi mě překvapilo vysoké procento každodenního kontaktu s agresivním klientem. S těmito případy se nejčastěji setkávají pracovníci na RZP a záchytné stanici.

Otázka č. 5: Jaká diagnóza je nejčastěji stanovena u agresivního klienta?

Tabulka č. 5: Nejčastější diagnóza

Diagnóza	Počet respondentů	Procenta %
Neurologická porucha	32	32%
Šok, trauma	14	14%
Návykové látky (alkohol, drogy)	44	44%
Jiné	10	10%
Celkem	100	100%

Graf č. 5: Nejčastější diagnóza



Komentář:

Uvedená otázka měla za úkol zjistit, co je nejčastější příčinou agresivity pacienta. 44% dotazovaných uvedlo, že nejčastější příčinou jsou návykové látky jako alkohol a drogy. Nezávisle, bez uvedení podotázky, několik desítek respondentů označilo v několikanásobně větší míře, že hlavní příčinou je spíše alkohol než jiné drogy. Další nejčastěji uváděnou příčinou agresivity je neurologická porucha (uvedlo 32% dotazovaných). Dále v pořá-

dí je šok či trauma (uvedlo 14% dotazovaných). 10% respondentů uvedlo do kolonky jiné odpovědi: abstinční syndrom, demence a obyčejné hulvátství. Objevila se zde i odpověď, že příčinou jsou dusíkaté látky v krvi a psychomotorický neklid v důsledku mimotělního oběhu. Nepřekvapilo mě, že nejčastější odpovědí byl alkohol, který vzbuzuje v pacientech agresivitu. Spíše mě překvapilo, že na druhém místě je neurologická porucha. Tuto odpověď nejčastěji uváděli zdravotníci z oblasti geriatric.

Otázka č. 6: Myslíte si, že máte dostatek znalostí v oblasti komunikace s agresivním klientem?

Tabulka č. 6: Znalosti v komunikaci

Znalost v komunikaci	Počet respondentů	Procenta %
Ano	40	40%
Ne	60	60%
Celkem	100	100%

Graf č. 6: Znalosti v komunikaci



Komentář:

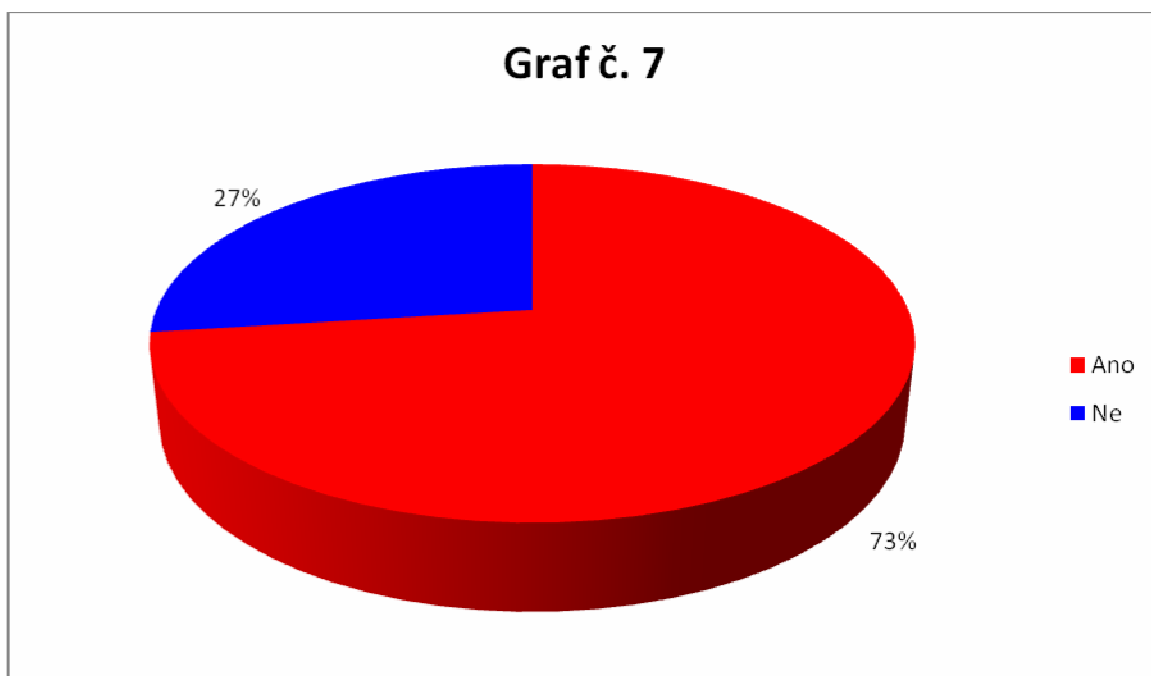
Touto otázkou jsem se snažila zjistit, zda si respondenti myslí, že mají dostatek informací v oblasti komunikace s agresivním klientem. Z celkového počtu 100 dotazovaných uvedlo 60% jedinců, že nemají dostatek informací a uvítali-by nějaké další informace a zbylých 40% dotázaných uvedlo, že mají dostatek znalostí, anebo se více o tuto problematiku zajímat nechtějí. Mrzí mě, že tak vysoké procento respondentů nemá zájem se dále vzdělávat v oblasti komunikace s agresivním klientem. Jak strategicky zvládnout agresivního klienta by měl vědět každý. Proto bych doporučila, aby na každém oddělení byla aspoň jedna brožurka s návodem jak se k agresivním klientům chovat.

Otázka č. 7: Měl/měla jste někdy vážnější konflikt s agresivním klientem?

Tabulka č. 7: Vážnější konflikt

Vážnější konflikt	Počet respondentů	Procenta %
Ano	73	73%
Ne	27	27%
Celkem	100	100%

Graf č. 7: Vážnější konflikt



Komentář:

Z tabulky č. 7 je patrné, že ze 100 respondentů se do vážnějšího konfliktu s agresivním pacientem dostalo 73% dotazovaných. Pouze 27% dotazovaných se do vážnějšího konfliktu s klientem nedostalo, nebo se mu zatím úspěšně vyhýbalo. Myslím si, že dříve nebo později se každý zdravotník do nějakého konfliktu s agresivním klientem dostane. Říká se, že „zkušenosti dělají profesionála“ a s každým dalším konfliktem bude pracovník zkušenější a bude vědět, jak se vyvarovat konfliktním situacím.

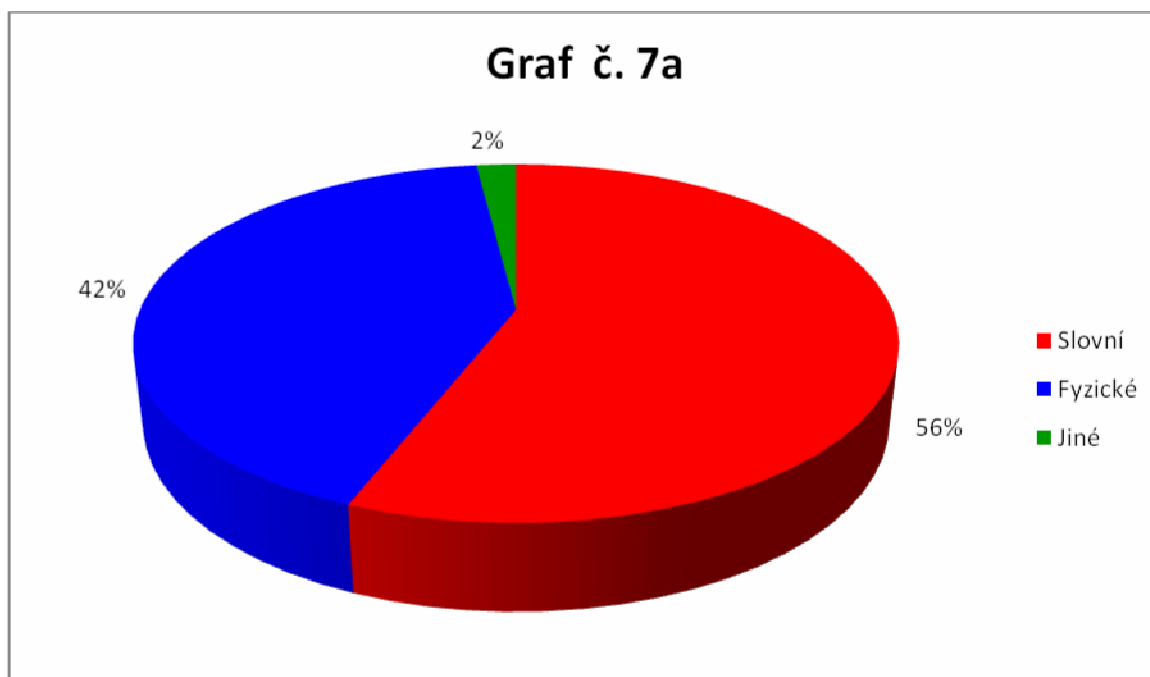
Podotázka č. 7a: Pokud ano, jaký?

(otázka je určena jen pro respondenty, kteří měli vážnější konflikt a agresivním klientem)

Tabulka č. 7a: Druh konfliktu

Druh konfliktu	Počet odpovědí	Procenta %
Slovní napadení	61	56%
Fyzické napadení	45	42%
Jiné	2	2%
Celkem	108	100%

Graf č. 7a: Druh konfliktu

**Komentář:**

Z grafu č. 7a vyplývá, že ze 73 respondentů, kteří měli vážnější konflikt s agresivním klientem, uvedlo v 56% slovní napadení a v 42% dokonce fyzické napadení. Z jiných druhů konfliktů uvedli dva respondenti sexuální napadení, což činí necelá 2%. Překvapilo mě, že mnoho respondentů si myslí, že vulgarismy a nadávky jsou jen druh určité komunikace a nepovažují je za slovní napadení. Za napadení většina dotázaných zdravotníků považuje pouze fyzické napadení. Dále bylo překvapující, že četnost sexuálního napadení je

tak nízká. Myslela jsem si, že bude vyšší procento sexuálního napadení z toho důvodu, že agresivními bývají především muži a napadány bývají většinou ženy.

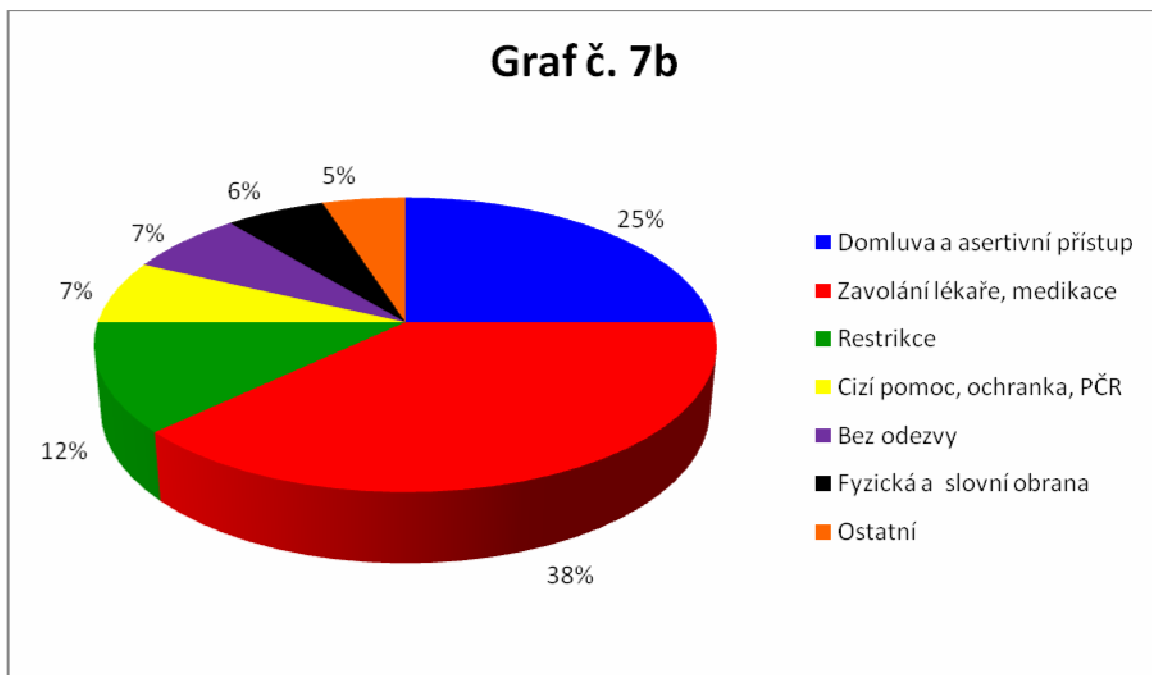
Podotázka č. 7b: A jak jste konflikt řešil/ řešila?

(otázka je určena jen pro respondenty, kteří měli vážnější konflikt a agresivním klientem)

Tabulka č. 7b: řešení konfliktu

Řešení konfliktu	Počet odpovědí	Procenta %
Domluva a asertivní přístup	30	25%
Zavolání lékaře, medikace	44	38%
Restrikce	14	12%
Cizí pomoc, ochranka, PČR	8	7%
Bez odezvy	8	7%
Fyzická a slovní obrana	7	6%
Ostatní	6	5%
Celkem	117	100%

Graf č. 7b: řešení konfliktu



Komentář:

Cílem této volné otázky bylo zjistit, jak v danou chvíli zdravotníci řeší konflikt s agresivním klientem. Ze 73 respondentů uvedlo, že ve 38% procentech zavolají lékaře a podají naordinovanou medikaci. Druhým nejčastějším způsobem je domluva a asertivní přístup což činí 25%. Ve 12% řeší respondenti agresivitu klienta restrikcí. Cizí pomoc, ochranu a volání policie České republiky volí respondenti v 7%. Stejně tak v 7% respondenti případ agresivního klienta neřeší. 6% respondentů uvedlo, že zvládají agresivitu klientů svou slovní i fyzickou obranou. Pod tímto pojmem většina dotazovaných uvedla, že taktéž užívá vulgarizmy a fyzické usměrňování. A 5% respondentů uvedlo několik možností, mezi kterými bylo přeložení na jiné standardní oddělení, na JIP či do psychiatrické léčebny. Nepřekvapilo mě, že největší procento zaujímá zavolání lékaře a až poté domluva a asertivní přístup. Můj názor je ten, že většina sester se snaží vyhnout konfliktu a tak převede tento konflikt na lékaře, pokud i ten není úspěšný, nezbyvá, než se do usměrňování klienta také vložit.

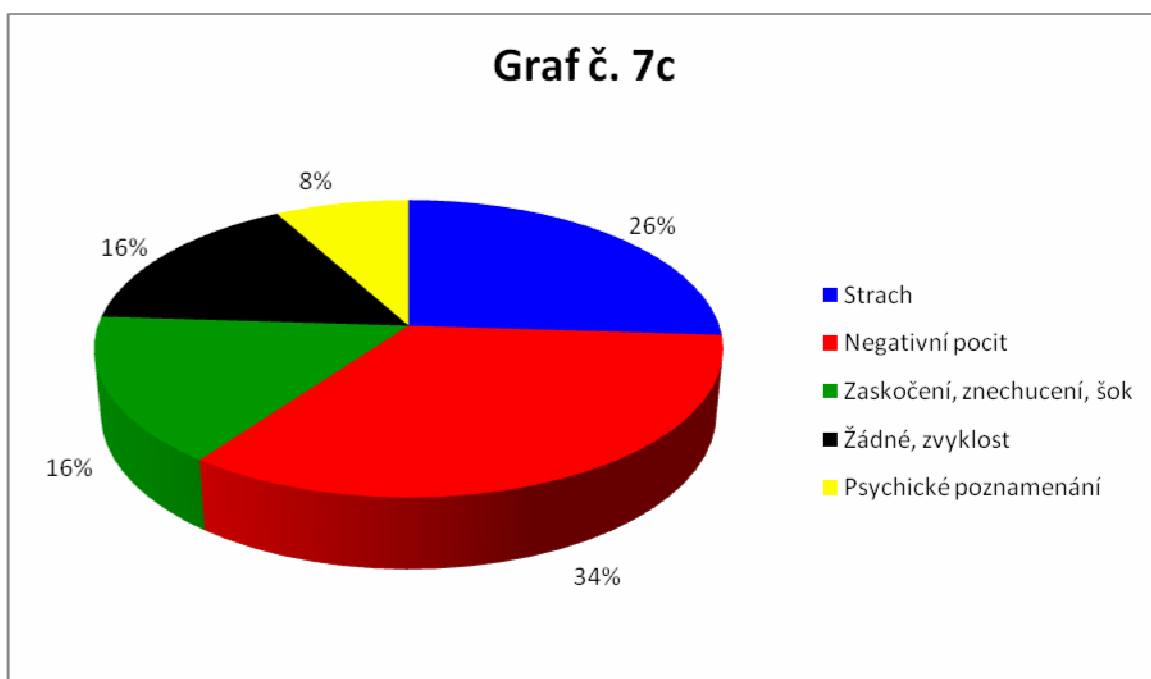
Podotázka č. 7c: Jaké pocity ve Vás tato zkušenost zanechala.

(otázka je určena jen pro respondenty, kteří měli vážnější konflikt a agresivním klientem)

Tabulka č. 7c: Pocity

Druh pocitu	Počet odpovědí	Procenta %
Strach	16	26%
Negativní pocit	21	34%
Zaskočení, znechucení, šok	10	16%
Žádné, zvyklost	10	16%
Psychické poznamenání	5	8%
Celkem	62	100%

Graf č. 7c: Pocity



Komentář:

Jak ukazuje tabulka č.7c ze 73 respondentů se se svými pocity svěřilo jen 62 jedinců, u kterých se objevovaly pocity buď žádné, anebo negativní. Žádný z dotázaných neměl kladné pocity. Z počtu 62 odpovědí jsem pocity rozdělila do pěti základních dat. Většinu odpovědí tvořil negativní pocit, který se vyskytl u 34% respondentů. Další respondenti ve

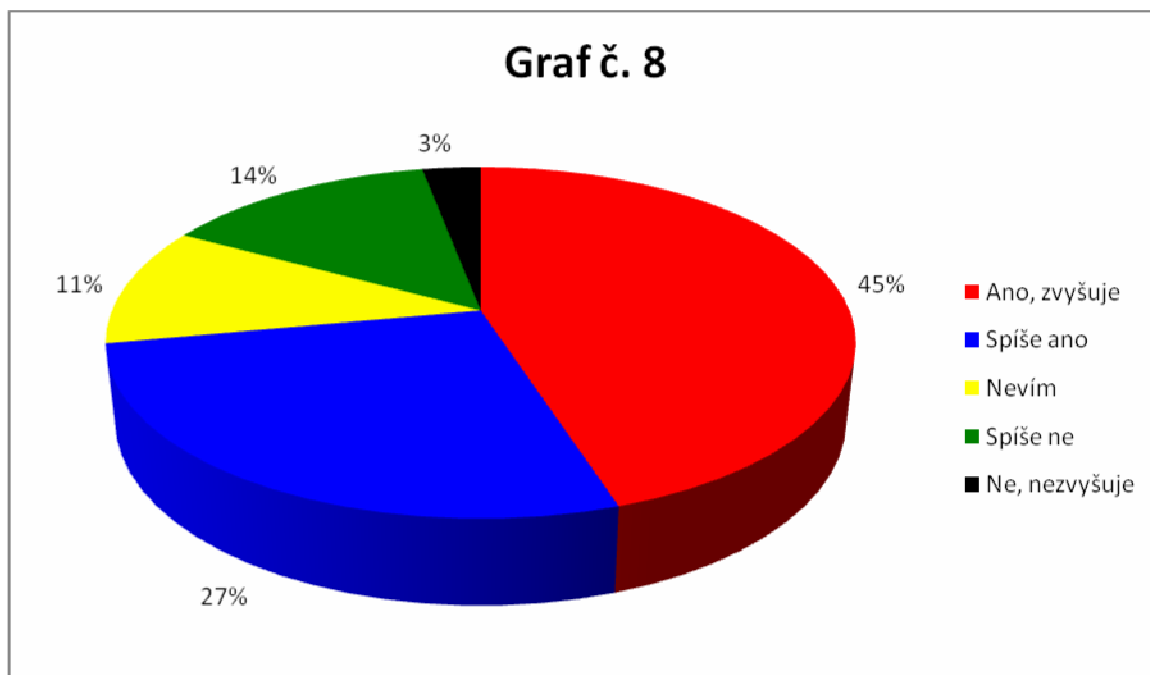
velké míře prožívali strach v 26%. Stejně procentuální zastoupení 16% tvořily pocity zaskočení, znechucení a šok a taktéž se u 16% dotázaných v odpovědích objevovaly žádné pocity, či tuto událost brali respondenti jako zvyklost. Z odpovídajících 73 oslovených respondentů 8% uvedlo, že konflikt s agresivním klientem je psychicky poznamenal a nikdy na něj nezapomenou. Uvedené odpovědi mě nepřekvapily, protože si myslím, že nikdo nemá rád konflikty, křik a hulvátství.

Otázka č. 8: Myslíte si, že častý kontakt s agresivními klienty u Vás zvyšuje riziko syndromu vyhoření?

Tabulka č. 8: Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření	Počet respondentů	Procenta %
Ano, zvyšuje	45	45%
Spíše ano	27	27%
Nevím	11	11%
Spíše ne	14	14%
Ne, nezvyšuje	3	3%
Celkem	100	100%

Graf č. 8: Syndrom vyhoření



Komentář:

Z grafu vyplývá, že celých 45% respondentů si myslí, že agresivní pacient je příčinou syndromu vyhoření a 27% respondentů se spíše přiklání k názoru, že by mohl být příčinou syndromu vyhoření. Pouze 3% respondentů si nemyslí, že agresivní pacient zvyšuje riziko syndromu vyhoření a 14% respondentů se k tomuto názoru spíše přiklání. Zbylých

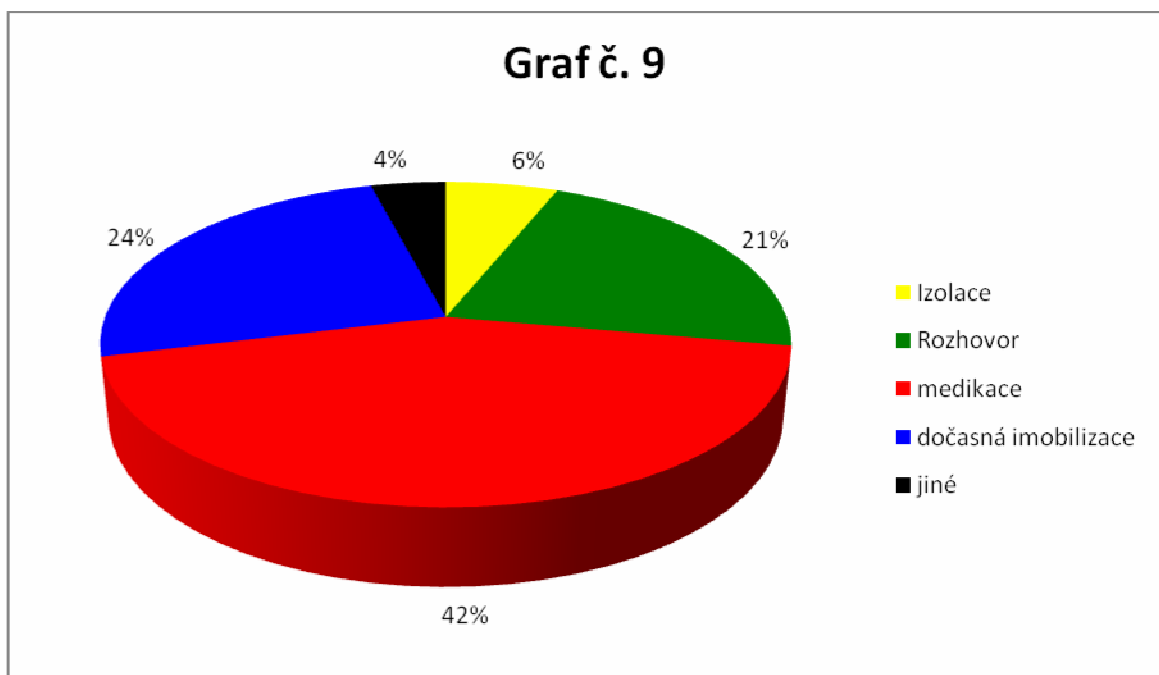
11% respondentů si nebylo jistých a volilo odpověď nevím. Můj názor je takový, že pokud se někdo denně setkává s agresivním klientem, je pro něj jeho práce demotivující, chodí do zaměstnání s nechutí a syndrom vyhoření se u něj rozvíjí rychleji. Na opačnou stranu, pokud v zaměstnání pracovník prožívá každodenní stereotyp, může agresivního klienta brát jako menší zpestření na pracovišti.

Otázka č. 9: Jak nejčastěji zklidňujete konfliktního klienta? (možno více odpovědí)

Tabulka č. 9: Nejčastější zklidnění

Nejčastější zklidnění	Počet odpovědí	Procenta
Izolace na samostatný pokoj	12	6%
Rozhovorem	38	21%
Medikací dle ordinace	74	42%
Dočasná imobilizace	43	27%
Jiné	7	4%
Celkem	167	100%

Graf č. 9: Nejčastější zklidnění



Komentář:

Mým dalším cílem bylo zjistit, jakým způsobem zdravotníci nejčastěji zklidňují pacienta a v rámci ověření navazovala na předchozí otázku č. 7b. Z určených dat odpovědělo 42% respondentů, že nejčastěji používá ke zklidnění medikaci naordinovanou od lékaře. Ze 167 odpovědí 24% použije dočasnou imobilizaci, čímž se rozumí kurtovací popruhy

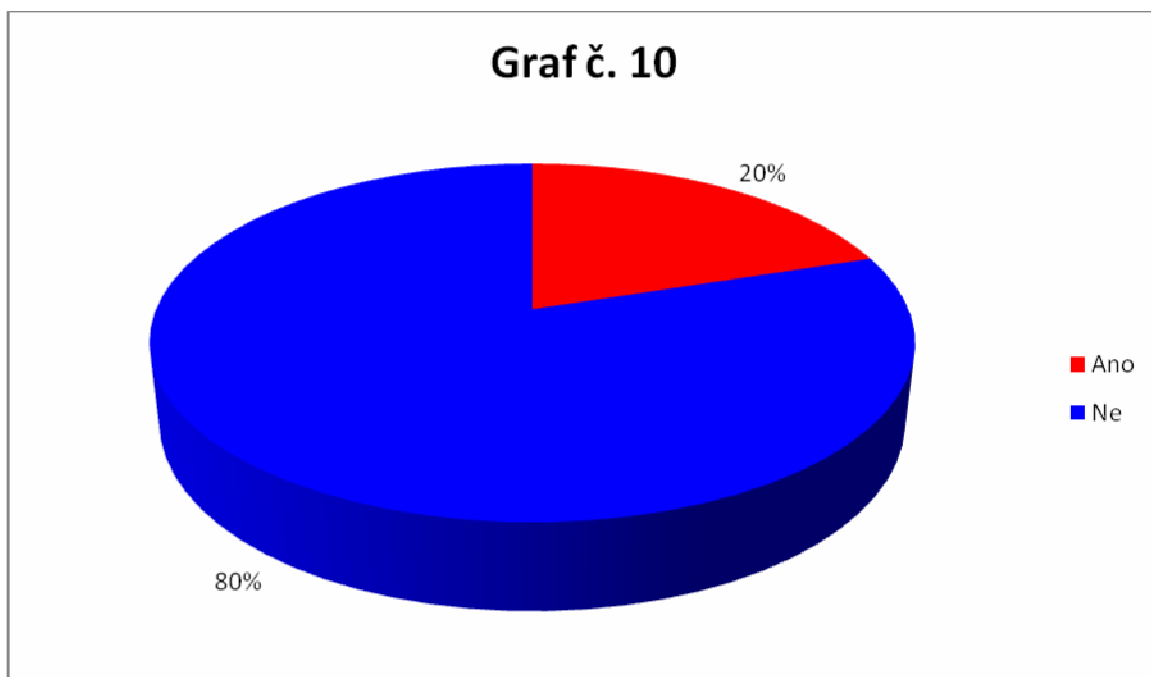
a jiná zádržná zařízení. Dále pak se 21% respondentů snaží pacienta uklidnit rozhovorem. U několika odpovědí byli poznámky, že rozhovorem se snaží začít vždy, ale výsledek bývá málokdy úspěšný. Pouze 6% respondentů konfliktního pacienta izoluje od ostatních klientů, protože na to mají prostředky i místnosti k tomu určené. Celkem 4% respondentů odpovědělo ve smyslu, že agresivní klienty přenechává ochrance a policii ČR. Můj názor je ten, že by každé nemocniční oddělení mělo mít jednu místnost pro speciální případy. Ta by mohla sloužit nejen jako izolační místnost pro agresivní pacienty, ale třeba také jako záložní místnost pro přistýlky nebo místnost pro umírající. Je velmi malá možnost, že by se všechny tyto případy vyskytly ve stejném časovém intervalu. Na druhou stranu vím, že z provozních důvodů tuto místnost nelze zatím zařídit.

Otázka č. 10: Máte nějaké jiné zážitky týkající se tohoto tématu, se kterými byste se chtěl/chtěla svěřit?

Tabulka č. 10: Zážitky

Zážitky	Počet respondentů	Procenta %
Svěřilo se	20	20%
Nesvěřilo se	80	80%
Celkem	100	100%

Graf č. 10: Zážitky



Komentář:

Ze 100 dotazovaných respondentů se se svými zážitky svěřilo pouze 20 jedinců a 80 respondentů nechalo otázku bez odpovědi. Zde jsou uvedeny odpovědi a poznámky zdravotníků, kteří nechtějí, aby jejich zážitky zůstaly v tajnosti.

„Mám jich mnoho. Ze zkušenosti si myslím, že pacienti mají dojem, že mohou ubližovat zdravotnickému personálu verbálně i fyzicky. Práce sestry by byla jiná, kdyby bylo dostatek času, personálu a financí.“

„Komu není rady, tomu není pomoci... a raději pomáhám, tam kde to má cenu.“

„Než dojde ochranka nebo polici k nám na oddělení, trvá to několik desítek minut. Měli by zde být přítomni neustále.“

„ Na oddělení by mohl být přítomen aspoň jeden mužský element, který by budil respekt a pomohl by nám takového klienta zpacifikovat.“

„Při prvních známkách agrese, už při příjmu, bych je ihned posílala do P.L.(psychiatrické léčebny)“

„Každé oddělení by mělo mít jednu speciální místnost, jako mají na psychiatrii.“

„Ano, mám zážitky- a opravdu to není nic příjemného.“

„Je nemožné zvládat celé oddělení, plus jednoho agresivního klienta, tak, aby nebyl nebezpečný sobě a okolí.“

„Agresivního klienta musím mít stále na očích. Např. ať si zapálí a držím ho za ruku, aby mi neskočil z balkónu.“

„Noční služby na traumatologii spočívají v boji s agresivním pacientem.“

„Je potřeba rozlišovat pacienty s agresivním chováním z důvodu neurologické poruchy (např. nádory mozku) a pacienty alkoholiky popř. drogově závislé. Každý z těchto pacientů potřebuje individuální přístup a jiný způsob komunikace zdravotnického pracovníka. Například u alkoholiků se nerozpakují použít imobilizační popruhy.“

„Nemám potřebu na to vzpomínat, bylo to strašné.“

„Oni za to někdy nemůžou, beru je jako psychicky nemocné.“

„Je to prostě moje práce.“ 2x

„Odsuzuji názor politiků, že dávat popruhy a sítě u agresivních klientů je nepřipustné. To může říct jen člověk, který se s takovýmto pacientem v nemocnici (na psychiatrii) nesetkal.“

„Klient se sebevražednými sklony, agresivní, vulgární, po připoutání na lůžko s popruhama, docházelo k častému vyvléknutí z popruhů, dokonce nám visel i přes lůžko za jednu připoutanou končetinu. Pak došlo k utlumení medikamenty. Spolu s častou komunikací se po pár dnech výrazně zlepšil, byl bez popruhů a schopen sebepečce.“

„Alkoholiky a narkomany by se mělo natáčet na video a pak jim jejich chování za střízliva pouštět.“

„Při diagnóze a věku našich pacientů je důležitá správná medikace a asertivita personálu, profesionalita. Snažíme se pacienta zklidnit, ale netlumit. Dávky volíme tak, aby byli schopni rehabilitovat.“

„Nejběžnější je používat kombinaci všeho. Zvýšené sledování, kurty, medikace, slovní kontakt a farmakologie. Nejčastěji používáme antipsychotika – neuroleptika (Tiapridal, Haloperidol), anestetika- celková (1% Propofol), anxiolytika (Apaurin). Ojediněle antipsychotika (Plegomazin) v kombinaci s Hypnotiky- sedativy (Dormicum).“

6 ANALÝZA A STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ

Na začátku práce bylo stanoveno 10 hypotéz, které budou v následující kapitole analyzovány. Pro potvrzení nebo vyvrácení některých hypotéz postačily samotné výsledky výzkumu.

Hypotéza č. 1: Domnívám se, že většina sester se setkává s agresivními klienty alespoň jednou za měsíc.

Vzhledem ke stále stoupající agresivitě klientů předpokládám, že každý zdravotník se aspoň jednou měsíčně setká s agresivním pacientem. Dle výsledku procentuálního vyjádření (graf č. 4) je zřejmé, že respondenti se tak často s agresivními klienty nesetkávají. Tuto hodnotu tvoří 15% zastoupených respondentů. Nejčastěji uváděná položka byla setkání několikrát za rok a to v 31%.

Rozdělila jsem si zdravotnické pracovníky do dvou skupin (externí a interní pracovníci). Externí pracovníci nejčastěji uváděli odpověď denně a 1x týdně a interní zdravotníci spíše volili odpovědi 1x měsíčně a několikrát za rok.

Vzhledem k získaným procentuálním vyjádřením se tato hypotéza **nepotvrdila**.

Hypotéza č. 2: Domnívám se, že je minimum sester, které se nikdy nesetkaly s agresivním klientem.

Očekávala jsem, že se ve výzkumu objeví aspoň tři respondenti, kteří uvedou, že se doposud nesetkali s agresivním klientem. Domnívala jsem se, že začínající zdravotníci ještě neměli příležitost se s těmito klienty setkat. Fakta jsou taková, že do jednoho roku se každý zdravotník setká s agresivním pacientem, jak ukazuje graf č. 3.

Uchránit sestry před kontaktem s agresivním klientem nelze, avšak toto riziko by se mohlo minimalizovat stálou přítomností ochranky či policie, která by neustále byla k dispozici zdravotnickým pracovníkům. Situace, kdy se zdravotnický pracovník nesetká s agresivním klientem, může nastat jen tehdy, pokud vůbec nepracuje s pacienty.

Má hypotéza se tedy **potvrdila**.

Hypotéza č. 3: Myslím si, že znalost sester v oblasti komunikace s agresivním klientem je nedostačující.

Touto problematikou se zabývala otázka v dotazníku číslo 6. Uvedené výsledky jsou znázorněny v grafu č. 6, kde je procentuální četnost vyjádřena v 60% odpovědí ne a 40% odpovědí ano. Tudíž 60 odpovídajících respondentů má pocit, že jejich znalosti v komunikaci s agresivním klientem jsou nedostačující a uvítali by nějaké edukační prostředky pro jejich zlepšení. A 40 zbylých respondentů si myslí, že mají dostatek znalostí, nebo se již dále nechtějí o tuto problematiku zajímat.

Vzhledem k získaným datům se stanovená hypotéza **ověřila**.

Hypotéza č. 4: Myslím si, že polovina sester neví, jak se k „obtížným“ klientům chovat.

Důvodem prvního špatného reagování při kontaktu s agresivním klientem bývá překvapení a šok. Ze získaných dat je patrné (graf č. 7b), že sestry ve většině případů povolají lékaře a ihned aplikují naordinovanou medikaci (38%), a až po té je domluva a asertivní přístup (25%). Předpokládala jsem, že na prvním místě bude nejdříve domluva a poté medikace a restrikce. Tyto výsledky mě překvapily, protože jsem se domnívala, že sestra má být první, kdo převezme iniciativu a snaží se konflikt vyřešit nejdříve rozhovorem. V tomto případě se sestry snaží nejdříve volat lékaře, aby naordinoval medikaci a ony pak měly snazší převahu nad agresivním pacientem.

Také si myslím, že je to pro to, že na prvním místě v jednání s klientem zareagují obranné lidské pudy a až poté je člověk schopen rozumě reagovat. V první fázi konfliktu zdravotník neví, jak má zareagovat, protože na tuto situaci není připraven. Proto bych doporučila, aby se takovýmto tématům více věnovaly semináře pro celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků.

Tato hypotéza se dle výsledků **ověřila**.

Hypotéza č. 5: Domnívám se, že v krizové situaci se sestry chovají též agresivně.

Mým cílem bylo zjistit, jak sestry reagují na agresivního pacienta. Dle procentuálního zastoupení z grafu č. 7b je patrné, že agresivní postup při zvládnutí agresivního klienta volilo ze 73 respondentů jen 6% dotazovaných. Tito volili slovní obranu a používali též vulgární výrazy. Z fyzické obrany uváděli respondenti nepříjemný silnější stisk klientovy ruky a také fyzické napadení.

Z těchto výsledků vyplývá, že má hypotéza se **nepotvrdila**.

Hypotéza č. 6: Domnívám se, že nejméně polovina sester se nedokáže chovat korektně a zachovat klid při práci s agresivním klientem.

Očekávala jsem, že klidným asertivním přístupem a klidně vedeným rozhovorem bude korespondovat ve většině případů každý zdravotník. V ověřovací otázce č. 9, jsem chtěla zjistit, zda opravdu zdravotnický personál volí v prvním kontaktu opravdu nejdříve rozhovor a poté jiné zklidňující prostředky. Z grafu č. 9 je patrné, že otázka č. 9 ověřila otázku č. 7b a ve většině případů zdravotnicí nejdříve volí medikaci a poté rozhovor, jak znázorňuje graf č. 9.

Očekávaná hypotéza se v tomto případě **neověřila**.

Hypotéza č. 7: Myslím si, že u většiny sester tento kontakt zanechal negativní pocity.

Graf i tabulka č. 7c ukazují, že negativní pocit uvedlo 34% ze 73 respondentů. Pokud bychom zahrnuli mezi negativní pocity i strach, zaskočení, šok, znechucení a psychologické poznamenání, tvořily by negativní pocity 84% odpovědí. Pouze 16% odpovědí se nedá přiřadit mezi negativní pocity. Z těchto procentuálně získaných dat lze tvrdit, že negativní pocity převažují nad těmi neutrálními.

Na každé sestře zanechal tento kontakt negativní zážitek, tudíž se hypotéza **potvrdila**.

Hypotéza č. 8: Domnívám se, že nejčastěji užívanou metodou při zvládnání agresivního klienta je rozhovor.

Graf č. 7b ukazuje, že rozhovor je jednou z častých metod zvládnání agresivního klienta (26%), ne však tou nejčastější. Dle procentuálního zpracování výsledků je patrné, že nejčastěji užívanou metodou je medikace (37%).

Mnoho zdravotnických pracovníků na prvním místě nepoužívá rozhovor, protože v danou chvíli nevědí, co mají říci. Proto by bylo vhodné vytvořit brožuru s neutrálními výrazy, které by mohl zdravotník v komunikaci s agresivním pacientem použít, aniž by pacienta dále provokoval.

Tato hypotéza se dle výsledků v grafu **neověřila**.

Hypotéza č. 9: Domnívám se, že dalším velmi užívaným zklidňujícím prostředkem je naordinovaná medikace dle lékaře.

Tato hypotéza navazuje na otázku v dotazníku č. 7b a taktéž na otázku č. 9. V dřívějším zkoumání hypotéz jsme vyloučili, že nejčastější zklidňující metodou je rozhovor a asertivní přístup. Při srovnání dvou položek z grafu č. 7b a grafu č. 9 je patrné, že se obě odpovědi navzájem ověřily a výsledky potvrzují, že nejčastější metodou zklidnění pacienta je opravdu medikace.

Tímto se nám stanovená hypotéza **ověřila**.

Hypotéza č. 10: Myslím si, že agresivní klient se nejvíce podílí na vzniku syndromu vyhoření u sestry.

Tuto hypotézou měla potvrdit či vyvrátit otázka číslo 8. Je to otázka škálová a ukazuje, že nejvíce respondentů (45%) označilo pacienta za nejčastější příčinu zvyšování rizika syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků. Dle výsledků je patrné, že převažuje většina respondentů, s kladnou odpovědí a tudíž přiřazují agresivním pacientům významné postavení v podílu na syndromu vyhoření.

Domnívám se, že nejčastější odpověď ano volili respondenti z toho důvodu, že od agresivního klienta se nedočkají vděku, pochvaly či jiných pozitivních vlivů na svou osobu.

Daná hypotéza se nám **ověřila.**

7 DISKUSE

V praktické části této bakalářské práce se zabývám kontaktem zdravotnických pracovníků s agresivními pacienty. Z výsledků šetření vyplývá jako nejpřekvapivější poznatek, že každá sestra se za svou praxi setká s agresivním klientem. A ve většině případů tento kontakt zanechá nepříjemné zážitky. Tyto nepříjemné zážitky jsou častým podnětem pro vznik syndromu vyhoření, jak je uvedeno ve výsledcích zkoumání.

Hlavní náplní práce zdravotnického personálu je práce s lidmi, a jak víme, každý člověk je individualita. A k individualitě patří také emocionální rozpoložení člověka a agresivita na různé úrovni sebeovládání. V dnešní době mě stále více překvapuje každodenní setkání sester s agresivními klienty. Nejpřekvapivějším zjištěním pro mě bylo, že se nelze vyhnout kontaktu s agresivním klientem. Situace, kdy se zdravotnický pracovník nesetká s agresivním klientem, může nastat jen tehdy, pokud vůbec nepracuje s pacienty.

Dále jsem ve své studii zjišťovala, jak často se zdravotníci setkávají s agresivními klienty. Rozdělila jsem si respondenty do dvou velkých skupin. První skupinu tvoří interní pracovníci (standardní lůžkové oddělení, oddělení geriatricke a JIP) a druhou skupinu externí pracovníci (ambulance, záchranná stanice a RZP).

Interní pracovníci nejčastěji uváděli, že se s agresivním klientem setkávají spíše několikrát za rok 31% a 1x měsíčně 15%. Avšak externí pracovníci spíše uváděli 1x týdně 26% a denně 22%. Z těchto poznatků lze říci, že externí pracovníci jsou v kontaktu s agresory častěji než sestry z nemocničních oddělení. Proto bych doporučovala, aby nejen záchranáři ale také ostatní zdravotníci byli pravidelně proškolení v oblasti sebeobrany, komunikační psychologie a práv, týkající se ochrany pacienta i zdravotníka.

Předpokládala jsem, že jednou z hlavních příčin agrese u klienta jsou návykové látky, tedy alkohol a drogy. Tato skutečnost se mi také během mého šetření potvrdila. Respondenti v dotazníku uváděli především alkohol. A to alespoň dle mého názoru z toho důvodu, že alkohol je v současném moderním světě společností velmi tolerovanou a legalizovanou návykovou látkou. Respondenti uváděli, že 44% agresivních pacientů je pod vlivem alkoholu a je jednou z hlavních příčin agrese. Dále respondenti zahrnovali do této skupiny i abstinenci syndrom, který se projevuje po nedostatku návykové látky. Dále byla hojně zastoupena také neurologická porucha, která se objevovala zejména na geriatricke oddělení, což byl pro mě očekávaný výsledek. Je to nejspíše proto, že na geriatricke odděleních se většinou vyskytují pacienti s degenerativními poruchami myšlení a to může být

příčina agresivity. V takovémto případě chápou zdravotníci agresivitu jako nemoc, za kterou pacient nemůže.

Tyto konfliktní situace, jak uvádějí respondenti, mají i kladnou stránku. Pokud léčba a ošetrovatelská péče pokračuje dobře, výsledkem je zklidněný pacient, který si své dřívější činy uvědomuje a později se za ně omlouvá. Toto je nejvhodnější doba, kdy může zdravotnický personál psychologicky působit na pacienta a donutit jej k další léčbě, např. léčbě závislosti. Pokud je to možné, doporučuje se také působit na rodinné příslušníky, kteří by měli jedince v další léčbě podporovat a to i mimo zdravotnické zařízení.

Dalším bodem mého zájmu bylo zjistit, zda si respondenti myslí, že mají dostatek znalostí v oblasti komunikace s agresivním klientem. Ze 100 respondentů 60% odpovědělo, že nemají dostatek znalostí. Z jejich reakcí si myslím, že by uvítali edukační materiál, který by fungoval jako první pomoc při kontaktu s agresivním klientem. Domnívám se, že by se tématem s agresivním pacientem mohlo zabývat více edukačních seminářů a sympózií pro sestry v rámci celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků. Také postrádám v odborných časopisech více článků zabývajících se právě agresí klienta.

V učebnicích psychologie středních škol se dozvíme základy komunikace s agresivním klientem, nevíme však nic o možných právních postizích nesprávného jednání s takovýmto pacientem. Na vyšších a vysokých školách se tyto informace dozvíme, ale na druhou stranu jsou zde postrádána praktická cvičení sebeobrany a manipulace s restriktivními pomůckami. Záchranáři jsou v těchto postupech proškolení pravidelně, avšak zdravotní sestry ze standardních oddělení si musí poradit samy.

Nejčastější projev agresivity, jak z průzkumu vyplývá, je slovní napadení (56,5%). Je to první projev, který říká „POZOR!, něco se může stát“. Pokud sestra či jiný zdravotník přehlédnou tyto náznaky, či se jimi nezabývá a neřeší je, může to vést až k fyzickému napadení (42%). Tehdy se pacient stává nebezpečným sobě i svému okolí a je třeba rázně zakročit. Ve většině případů takovou situaci pouze jedna samotná osoba nezvládne. Proto musí sestra vědět, kdy a na koho se obrátit, koho má volat a kam má volat. Z další části průzkumu vyplývá, že sestry nejčastěji volají lékaře, aby medicínsky zakročil a předepsal zklidňující medikaci, což uvedlo 37% respondentů. Poté sestry volají pomoc z jiných oddělení, ochranku a PČR 7%. A však než tito dorazí na místo, je do té doby zdravotní sestra jediná, která působí na agresora, nějakým způsobem ho zklidňuje, či se brání nebo brání

ostatní pacienty. Než přijde pomoc, trvá to několik minut, a ty se osamělému zdravotníkovi v ohrožení zdají jako nekonečná doba.

Většina respondentů na tyto zážitky nevzpomíná v dobrém. 34% respondentů uvedlo, že si z této situace odneslo negativní zážitky. Někteří dotazovaní respondenti na to nechtěli vzpomínat. Odpovědi těch, kteří se svěřit chtěli, jsou v komentáři u otázky č. 10. Zastávám názor, že více personálu, prostředků i financí by pomohlo zlepšit individuální péči o pacienty a tudíž by bylo i více času řešit konfliktní situace s pacienty.

Dle zjištěných údajů bych doporučila několik řešení, které by mohly být využity v praxi:

- navýšení počtu zdravotnického personálu;
- zavedení možnosti psychologického poradenství pro zdravotnický personál;
- zahrnutí sebeobrany do povinných školních vyučovacích předmětů;
- pravidelné proškolení sester v sebeobraně;
- zavedení kurzů a seminářů pro zdravotnický personál na téma komunikace s pacientem;
- vytvoření několika edukačních materiálů pro komunikaci s agresivním pacientem;
- vytvoření tabulky s pohotovostními čísly, kam mají sestry v případě napadení volat - lékař, příslužba, psychiatrie, ochranka nemocnice, PČR;
- častější publikace odborných článků na téma agrese;
- proškolení v oblasti zacházení s imobilizačními pomůckami;
- mezioborová spolupráce s psychiatrickým oddělením, záchytnou stanicí a protialkoholní léčebnou.

Na závěr diskuse bych chtěla upozornit, že cílem této práce je upozornit na velké množství rizikových faktorů při práci, kterým musí čelit zdravotničtí pracovníci. Jedním z nejrizikovějších faktorů je agresivní pacient. Protože právě agresivní pacient ohrožuje zdravotnické pracovníky nejen psychicky, ale také fyzicky. Jsem přesvědčena o tom, že nejdůležitější prioritou je zdraví a bezpečnost zdravotníků. A proto si myslím, že bychom měli udělat vše, co je možné, aby se zabránilo agresivním střetům a fyzickým napadením zdravotnických pracovníků.

ZÁVĚR

V bakalářské práci nazvané Rizikové faktory při práci ve zdravotnictví - Agresivní pacient jsem se zaměřila na rizika prací zdravotních sester. Za nejrizikovější faktor v práci zdravotní sestry považuji samotného pacienta, a také proto jsem si toto téma vybrala pro zpracování bakalářské práce.

V teoretické části své bakalářské práce popisuji nejčastější rizika na pracovišti sester. Jsou zde zmíněny nejzákladnější rizikové faktory, se kterými se sestra denně setkává na oddělení. Jedná se o rizika pracovního prostředí jako je hluk, vibrace, záření, chemické látky, přípravky a biologické činitele. Dále se zabývám psychickou a fyzickou pracovní zátěží sester. V části nazvané Druhy pacientů se zabývám pacientem jako rizikovým faktorem. Definuji jednotlivé typy pacientů a uvádím příklady, jak s takovými pacienty jednat. Na závěr teoretické části definuji agresi a její druhy, poukazuji na nejčastější příčiny agrese ve zdravotnických zařízeních. V kapitole agresivita jsou také uvedeny dovednosti sester, obecné zásady chování k agresivním klientům, postupy, zásady restrikce a právní předpisy. Také jsou zde podrobně popsány přístupy, jak rozpoznat agresivitu, jak jí předcházet a jak ji řešit.

V praktické části práce jsem se zaměřila na ověření a zpracování stanovených cílů a hypotéz. Pro realizaci výzkumu jsem zvolila dotazníkové šetření. Získané a zpracované údaje jsou přehledně zpracovány pomocí tabulek a grafů. Pro jejich úplné vysvětlení jsem je doplnila o komentáře. Pro ověření hypotéz jsem použila procentuální zpracování.

Pomocí výzkumu jsem zjistila, jak často se zdravotnický personál setkává s agresivními klienty, co je nejčastější příčinou agrese a jak zdravotnický personál řeší konflikt s těmito pacienty.

Závěrem bych chtěla sdělit, že cíle bakalářské práce, které jsem si stanovila, byly splněny. Téma je natolik rozsáhlé a diskutované, že umožňuje další vypracování projektů zabývajících se agresivním chováním klientů a bezpečností sester.

Součástí práce je leták, na kterém jsou uvedeny základní postupy v chování k agresivním klientům.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Literatura:

- [1] ANDRES, M., SKOPOVÁ, J. *Praktické otázky diagnostiky a léčby depresivních poruch*. 1. vyd., Praha: Galén, 2006. 41 s. ISBN: 80-7262-396-6.
- [2] BAUMRK, J; CIKRT, M; HLAVÁKOVÁ, J. *Analýza rizik při práci: Příručka pro zaměstnavatele*. 2.vyd., Praha: Státní zdravotní ústav, 2001. 135 s. ISBN: 80-7071-183-3.
- [3] BENCKO, V. a kol. *Hygiena a epidemiologie*. 1.vyd., Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2006. 178 s. ISBN: 80-246-1129-5.
- [4] BERAN, J., HAVLÍK, J. *Pneumokokové nákazy a možnosti očkování proti nim*. 1.vyd., Praha: Maxdorf s r.o., 2006. 136 s. ISBN: 80-7345-091-7.
- [5] ČECHOVÁ, Z. *Agresivní pacienti útočí na sestry: V nemocnicích musí zasahovat ochranka nebo policie*. Sestra [online]. 2008 [cit. 10.11.2008]. Dostupný z WWW: <<http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=384211>>. ISSN 1210-0404.
- [6] ČERNÝ, Z., MRÁZKOVÁ, J., ONDERKOVÁ, A. *Infekční nemoci, Jak pečovat o pacienty s infekčním onemocněním*. 2.vyd., Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 284 s. ISBN: 978-80-7013-480-1.
- [7] DÖDNER, K., PLOG, U. *Bláznit je lidské: Učebnice psychiatrie a psychoterapie*. 1.vyd., Praha: Grada Publishing, spol. s r.o., 1999. 356 s. ISBN: 80-7169-628-5.
- [8] DRÁBKOVÁ, J. Pacient jako partner lékaře a naopak?. *Lékařské listy*. 2001, č. 48, s. 6-9. Příloha zdravotnických novin. Dostupný z WWW: <www.zdn.cz>. ISSN: 1214-7664.
- [9] DYNÁKOVÁ, Š. Komunikační strategie s obtížným pacientem. *Sestra*. 2005, roč. 15, č. 10, s. 14. Dostupný z WWW: <www.mf.cz>. ISSN:1210-0404.
- [10] DYNÁKOVÁ, Š. Nejsme si v něčem podobní?: komunikace s agresivním pacientem. *Sestra*. 2005, roč. 15, č. 7-8, s. 20. Dostupný z WWW: <www.mf.cz>. ISSN:1210-0404.
- [11] DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *První pomoc v psychiatrii*. 1.vyd., Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 176 s. ISBN: 80-247-0197-9.
- [12] EDWIGE, A. *Agresivita dětí*. 1.vyd., Praha: Portál, 2004. 104 s. ISBN: 80-7178-808-2.

- [13] GÖPFERTO VÁ, D., VANIŠTA, J. *Infekce na cestách a jejich prevence*. 1.vyd., Praha: Triton, 1997. 45 s. ISBN: 80-85875-42-X.
- [14] HÁJEK, S., ŠTEFAN, J. *Příčiny, mechanismus a hodnocení poranění v lékařské praxi*. 2.vyd., Havlíčkův Brod: Grada Publishing, spol. s r.o., 1996. 232 s. ISBN: 80-7169-202-6.
- [15] HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o násilí*. 1.vyd., Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004. 83 s. ISBN: 80-7013-397-X.
- [16] HAYES, N. *Psychologie týmové práce*. 1.vyd., Praha: Portál, s r.o., 2005. 189 s. ISBN: 80-7178-983-6.
- [17] HUŠÁK, V. *Zdravotní rizika ionizujícího záření a ochrana před ním*. 1. vyd., Olomouc: rektorát Univerzity Palackého v Olomouci, 1992. 57 s. ISBN: 80-7067-109-2.
- [18] IVANOVÁ, K., JURÍČKOVÁ, L. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. 1.vyd., Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 98 s. ISBN: 80-244-0992-5.
- [19] JANÁČKOVÁ, L. *Zásady zdravotnické psychologie*. 1. vyd., Praha: Triton, 2008. 99 s. ISBN 978-80-7387-179-6.
- [20] JANÁČKOVÁ, L., PAVLÁT, J. *Psychologické aspekty zdravotnické komunikace*. 1.vyd., Brno: Masarykova univerzita, 2007. 111 s. ISBN: 978-80-210-4330-6.
- [21] KOČÁREK, M. *Opilý pacient praštil sestřičku pěstí do hlavy: Problém agresivních podnapilých pacientů řeší ústecká Masarykova nemocnice* [online]. 30.8.2008. Cet21 spol. s r. o., 1999, 30.8.2008 [cit. 5.10.2008]. Video. Dostupný z WWW: <<http://tn.nova.cz/zpravy/regionalni/ustecky-region/podnapily-pacient-uderil-sestricku-pesti-do-hlavy.html>>.
- [22] KOPEČNÝ, P. Rizika práce ve zdravotnictví a sociálních službách. *Bulletiny* [online]. 1999, roč. 4 [cit. 13.9.2008]. Dostupný z WWW: <http://osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/04_1999/members_rizika_prace.html>.
- [23] KOŽNAR, J., DYNÁKOVÁ, Š. Křik není to nejhorší: komunikace s agresivním pacientem. *Sestra*. 2005, roč. 15, č. 9, s. 12. Dostupný z WWW: <www.mf.cz>. ISSN:1210-0404.

- [24] KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak přežít vztek, zlost a agresi*. 1.vyd., Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 156 s. ISBN: 80-247-0818-3.
- [25] LAHODOVÁ, M. *Problémový nemocný v urologické praxi* [online]. 6/2003. Solen medical education, listopad 2006 [cit. 10.11.2008]. Dostupný z WWW: <<https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zc/1268.pdf>>. ISSN 1803-5299.
- [26] MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIÁKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. 352s. ISBN 80-247-1151-6.
- [27] *Neklid a agresivita: diferenciální diagnostika a ovlivnění* [online]. 2002, 20-03-2002 [cit. 6.11.2008]. 19435 bytes. Dostupný z WWW: <<http://old.lf3.cuni.cz/reforma/neklid.html>>.
- [28] NOVÁK, T., CAPPONI, V. *Sám proti agresi*. 1.vyd., Praha: Grada Publishing, spol. s r.o., 1996. 128 s. ISBN: 80-7169-253-0.
- [29] NOVOTNÁ, H., HLAVÁČOVÁ, M. Syndrom vyhoření bohužel není minulostí. *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 3, s. 23-24. Dostupný z WWW: <www.mf.cz>. ISSN:1210-0404.
- [30] PONĚŠICKÝ, J. *Agrese, násilí a psychologie moci*. 1. vyd., Praha: Triton, 2005. 225 s. ISBN 80-7254-593-0.
- [31] Porovnání typu chování. *TBSD-EQ.WZ.cz* [online]. 2005 [cit. 10.8.2008]. Dostupný z WWW: <<http://tbsd-eq.wz.cz/asertivita/porovnv.php>>.
- [32] ŘÍČAN, P. *Agresivita a šikana mezi dětmi: Jak dát dětem ve škole pocit bezpečí*. 1.vyd., Praha: Portál, 1995. 95 s. ISBN: 80-7178-049-9.
- [33] SAADOUNI, Š. *Jemné umění sebeobrany* [online]. Mladá fronta . 2008 , 9.6.2008 [cit. 5.10.2008]. Dostupný z WWW: <<http://www.strategie.cz/scripts/detail.php?id=362985>>. ISSN 1214-766.
- [34] SCHMIDBAUER, W. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. 1.vyd., Praha: Portál, 2000. 176 s. ISBN: 80-7178-312-9.
- [35] STAŇKOVÁ, M., MAREŠOVÁ, V., VANIŠTA, J. *Repetitorium infekčních nemocí*. 1.vyd., Praha: Triton, 2008. 207 s. ISBN: 978-80-7387-056-0.
- [36] ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1.vyd., Praha: Grada Publishing, spol. s r.o., 2008. 200 s. ISBN: 978-80-247-2616-8.

- [37] ŠKROBÁNKOVÁ, A. *Psychologický přístup k agresivním nemocným*. Hematologická klinika FN Olomouc [online]. 2007 [cit. 25.10.2008], s. 1-22. Dostupný z WWW: <<http://public.fnol.cz/www/urgent/seminare/20070125/PSYCHOL.pdf>>.
- [38] ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY V ČR. *Nemoci z povolání 2006*. Praha: UZIS ČR, 2007. 73 s. ISBN: 978-80-7280-659-1.
- [39] VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 3.vyd., Praha: Portál, 2002. 444 s. ISBN: 80-7178-678-0.
- [40] VONDRÁČEK, L., HOLCÁT, M. Komunikace a její problémy ve zdravotnictví. *Zdravotnictví v České republice*. 2008, č. 3, s. 102-103. ISSN:1213-6050. Dostupný z WWW: <<http://www.zcr.cz/Stranky/obsah.htm#10>>.
- [41] VONDRÁČEK, L. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. 1.vyd., Praha: Grada Publishing, spol. s r.o., 2005. 100 s. ISBN: 80-247-1198-2.
- [42] VONDRÁČEK, V., DOBIÁŠ, J. a kol. *Lékařská psychologie*. 1.vyd., Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1969. 280 s. ISBN: neuvedeno.
- [43] ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie, Teorie a praktická cvičení*. 1.vyd., Praha: Grada Publishing, spol. s r.o., 2007. 232 s. ISBN: 978-80-247-2068-5.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome- syndrom získaného selhání imunity
apod.	a podobně
BOZP	Bezpečnost a ochrana zdraví při práci
CNS	Centrální nervový systém
DNA	Deoxyribonukleová kyselina
HIV	Human immunodeficiency virus - virus lidské imunodeficiency
HVB	Hepatitida viru B
Hz	Hertz - jednotka frekvence
In vitro	z latiny „ve zkumavce“
i.m.	intra muscular - do svalu
i.v.	intra venous - do žíly
JIP	Jednotka intenzivní péče
kg	kilogram - váhová jednotka
kHz	kiloHertz - jednotka frekvence
ks	kus
ml	mililitr - jednotka objemu
MRSA	Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus
PČR	Policie české republiky
RNA	Ribonukleová kyselina
RZP	Rychlá záchranná pomoc
Sb.	Sbírka zákonů
tzv.	tak zvaný
ust.	ustanovení

x krát

% procento

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů.....	54
Tabulka č. 2 Pracovní místo.....	55
Tabulka č. 3 Setkání s agresorem.....	57
Tabulka č. 4 Častost setkání.....	58
Tabulka č. 5 Nejčastější diagnózy.....	60
Tabulka č. 6 Znalosti v komunikaci.....	62
Tabulka č. 7 Vážnější konflikt.....	63
Tabulka č. 8 Druh konfliktu.....	64
Tabulka č. 9 Řešení konfliktu.....	66
Tabulka č. 10 Pocity.....	68
Tabulka č. 11 Syndrom vyhoření.....	70
Tabulka č. 12 Nejčastější zklidnění.....	72
Tabulka č. 13 Zážitky.....	74

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Pohlaví respondentů.....	54
Graf č. 2 Pracovní místo.....	55
Graf č. 3 Setkání s agresorem.....	57
Graf č. 4 Častost setkání.....	58
Graf č. 5 Nejčastější diagnózy.....	60
Graf č. 6 Znalosti v komunikaci.....	62
Graf č. 7 Vážnější konflikt.....	63
Graf č. 8 Druh konfliktu.....	64
Graf č. 9 Řešení konfliktu.....	66
Graf č. 10 Pocity.....	68
Graf č. 11 Syndrom vyhoření.....	70
Graf č. 12 Nejčastější zklidnění.....	72
Graf č. 13 Zážitky.....	74

SEZNAM PŘÍLOH

- P I 261/1997 Sb. Výňatek – Vyhláška Ministerstva zdravotnictví, kterou se stanoví práce a pracoviště, které jsou zakázané všem ženám, těhotným ženám, matkám do konce devátého měsíce po porodu a mladistvým, a podmínky, za nichž mohou mladiství výjimečně tyto práce konat z důvodu přípravy na povolání.
- P II Seznam výstražných symbolů látek a chemických přípravků.
- P III Dotazník Glynis Breakwellové - Riziko napadení
- P IV Dotazník
- P V Brožura pro sestry

PŘÍLOHA P I: 261/1997 SB. VÝŇATEK

SBÍRKA ZÁKONŮ ČESKÉ REPUBLIKY Profil aktualizovaného znění:

Titul původního předpisu:

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví, kterou se stanoví práce a pracoviště, které jsou zakázané všem ženám, těhotným ženám, matkám do konce devátého měsíce po porodu a mladistvým, a podmínky, za nichž mohou mladiství výjimečně tyto práce konat z důvodu přípravy na povolání

Citace pův. předpisu: 261/1997 Sb.

Částka: 88/1997 Sb.

Datum přijetí: 6. října 1997

Rozeslána dne: 21. října 1997

Datum účinnosti: 1. ledna 1998

Změny a doplňky předpisu:

provedené	číslo	s účinností dnem	Úplné znění
vyhláškou	185/1998 Sb.	1. září 1998	

Text aktualizovaného znění předpisu:

(Poslední změny vyznačeny podtržením)

VYHLÁŠKA

Ministerstva zdravotnictví

kteřou se stanoví práce a pracoviště, které jsou zakázané všem ženám, těhotným ženám, matkám do konce devátého měsíce po porodu a mladistvým, a podmínky, za nichž mohou mladiství výjimečně tyto práce konat z důvodu přípravy na povolání

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 150 odst. 2 a v dohodě s Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy podle § 167 odst. 2 zákona č. 65/1965 Sb., zákoník práce, ve znění zákona č. 74/1994 Sb.:

§ 1

Práce zakázané všem ženám

Všem ženám jsou zakázány







a)








práce






3.

spojené se zvedáním a přenášením břemen, při nichž jsou překračovány ukazatele uvedené v příloze č. 1, která je součástí této vyhlášky; při zvedání osob jsou přípustné hodnoty pro manipulaci s břemeny dodrženy, jestliže při zvedání osob nad 40 kg hmotnosti tuto činnost vykonávají alespoň dvě osoby za použití technických prostředků, například podložek s rukojetí

Příloha PII: Seznam výstražných symbolů látek a chemických přípravků

	Klasifikace nebezpečné vlastnosti	Písemné označení nebezpečné vlastnosti	Výstražný symbol nebezpečné vlastnosti (piktogram)
Klasifikace na základě fyzikálně – chemických vlastností	výbušný	E	
	oxidující	O	
	extrémně hořlavý	F+	
	vysoce hořlavý	F	
	hořlavý	-	
Klasifikace na základě toxikologických vlastností	vysoce toxický	T+	

	toxický	T	
	zdraví škodlivý	Xn	
	žravý	C	
	dráždivý	Xi	
	senzibilující	Xn	
	senzibilující	Xi	
Klasifikace na základě specifických účinků na	karcinogenní kategorie 1 a 2	T	

zdraví	karcinogenní kategorie 3	Xn	
	mutagenní kategorie 1 a 2	T	
	mutagenní kategorie 3	Xn	
	toxický pro reprodukcii kategorie 1 a 2	T	
	toxický pro reprodukcii kategorie 3	Xn	
	Klasifikace na základě účinků na životní prostředí	nebezpečný pro životní prostředí	N

Příloha PIII: Dotazník Glynis Breakwellové - Riziko napadení

1. Je člověk, se kterým právě jednám, pod vlivem výrazného stresu?
2. Je podnapilý či pod vlivem drog?
3. Projevil se již v minulosti jako násilník?
4. Byl v minulosti již soudně trestán pro agresivně zabarvenou trestnou činnost?
5. Trpěl nebo trpí duševní chorobou, která snižuje přičetnost?
6. Má zdravotní problémy snižující sebekontrolu?
7. Napadl nás ten člověk v minulosti nebo nám vyhrožoval?
8. Vyhrožoval nám již v minulosti konkrétním násilím?
9. Zaútočil na mě již někdy?
10. Myslí si ten člověk, že ohrožuji jeho děti nebo jiné jemu blízké osoby, nebo jsem tak či onak spojován s institucí, jež by něco podobného mohla činit?
11. Myslí si dotyčný, že ohrožuji jeho svobodu nebo že nějakým způsobem patřím mezi ty, kteří by jeho svobodu mohli ohrozit?
12. Má onen člověk nereálné představy o tom, co pro něj mohu udělat?
13. Je přesvědčen, že mu úmyslně nechci pomoci?
14. Měl jsem z tohoto člověka již v minulosti strach?
15. Má diváky, kteří jsou zaměřeni proti mé osobě a kteří by mohli buď přímo nebo zprostředkovaně jeho agresivní chování vůči mě podporovat, obdivovat nebo oceňovat?

Čím více je odpovědí ANO, tím větší je riziko agresivního napadení. Po pěti odpovědích ANO je riziko dosti výrazné, 10 odpovědí činí následný útok dosti pravděpodobný. Vyhodnotíme-li situaci na 15 krát ANO, lze útok považovat za prakticky jasný. Zkušenost dokazuje, že personál má spíše rizikové tendence podceňovat, nepřipouští si je a pak je překvapený.

Příloha P IV: Dotazník

Vážená paní / pane,

Jmenuji se Monika Veverková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra, Univerzity T. Bati ve Zlíně.

V rámci mé bakalářské práce na téma Rizikové faktory při práci ve zdravotnictví se na Vás obracím s žádostí o vyplnění tohoto **anonymního** dotazníku, který má zjistit, jaký je vztah sester k tzv. „obtížným klientům“. Získané informace budou použity k vytvoření edukačního materiálu.

Děkuji Vám za čas, který jste věnoval/a vyplňování tohoto dotazníku.

U otázek s možností výběru zakroužkujte vždy jednu odpověď, pokud nebude uvedeno jinak!

1. Jste:

muž

žena

2. Na kterém oddělení pracujete?

Ambulance (specifikujte).....

Standardní lůžkové odd.

Oddělení geriatric

JIP

Záchytná stanice

RZP

Jiné.....

3. Setkal/a jste se ve své praxi s agresivním klientem?

Ano

Ne.....pokud ne, v následujících otázkách nemusíte pokračovat.

4. Jak často se setkáváte s agresivními klienty?

denně

1x týdně

1x měsíčně

několikrát za rok

jinak.....

5. Jaká diagnóza je nejčastěji stanovena u agresivního klienta?

neurologická porucha

šok, trauma

návykové látky (alkohol, drogy)

jiné.....

6. Myslíte si, že máte dostatek znalostí v oblasti komunikace s agresivním klientem?

Ano

Ne

7. Měl/měla jste někdy vážnější konflikt s agresivním klientem?

Ano

- Pokud ano, jaký? (více možností)

slovní napadení

fyzické napadení

jiné.....

- A jak jste konflikt řešil/ řešila?

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

.....
.....

- Jaké pocity ve Vás tato zkušenost zanechala?

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

Ne

8. Myslíte si, že častý kontakt s agresivními klienty u Vás zvyšuje riziko syndromu vyhoření?

Ano, zvyšuje

Spíše ano

Nevím

Spíše ne

Ne, nezvyšuje

9. Jak nejčastěji zklidňujete konfliktního klienta? (možno více odpovědí)

izolováním klienta na samostatný pokoj

rozhovorem

medikací dle ordinace lékaře

dočasná imobilizace klienta (imobilizační popruhy)

jiné.....

10. Máte nějaké jiné zážitky týkající se tohoto tématu, se kterými byste se chtěl/a sdělit? (vypište)

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

.....
.....