

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

Radka Krbcová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O AGRESIVNÍHO
PACIENTA NA PSYCHIATRII**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Bc. Simona Kubešová

PLZEŇ 2014

Prohlášení:

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

V Plzni dne 25. 3. 2014

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Chtěla bych především poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Bc. Simoně Kubešové za velmi cenné rady a připomínky při zpracování této práce. Neméně bych chtěla poděkovat respondentům – zdravotníkům Psychiatrické nemocnice v Dobřanech, kteří byli ochotni spolupracovat při realizaci průzkumného šetření pro tuto bakalářskou práci.

Anotace:

Příjmení a jméno: Krbcová Radka

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelská péče o agresivního pacienta na psychiatrii

Vedoucí práce: Mgr. Bc. Simona Kubešová

Počet stran: číslovaných 58, nečíslovaných 12

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 41

Klíčová slova: agresivní pacient, agrese, psychiatrický pacient, neklid, omezovací prostředky, ošetrovatelské péče

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče o agresivního pacienta na psychiatrii. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část obsahuje úvod do problematiky agresivního chování psychiatrických pacientů a s tím spojenou ošetrovatelskou péčí. Praktická část je věnována výzkumu znalosti sester v psychiatrické nemocnici v oblasti péče o agresivní pacienty.

Annotation:

Surname and name: Krbcová Radka

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Nursing care aggressive patient in a mental hospital

Consultant: Mgr. Bc. Simona Kubešová

Pages: numbered 58, 12 unnumbered

Number of appendices: 2

Number of literature čems used: 41

Key words: aggressive patient, aggression, psychiatric patient, restlessness, restraints, nursing care

Summary:

This thesis deals with nursing care aggressive patient in a mental hospital. The work is divided into theoretical and practical. The theoretical part contains an introduction to the problems of aggressive behavior in psychiatric patients and the associated nursing care. The practical part is devoted to the research skills of nurses in a psychiatric hospital for the care of aggressive patients.

Obsah

TEORETICKÁ ČÁST

ÚVOD.....	8
1 AGRESIVITA.....	10
1.1 Základní pojmy	11
1.2 Stupně agresivity.....	11
1.2.1 Druhy agresivity – dělení dle Venglářové a Mahrové.....	12
1.2.2 Projevy agresivního chování	12
2 PÉČE O AGRESIVNÍHO PACIENTA	14
2.1 Specifika práce sestry na psychiatrii.....	14
2.1.1 Faktory ovlivňující kvalitu péče	15
2.2 Nejčastější spouštěče agresivního chování	16
2.3 Komunikace s psychiatrickým a agresivním pacientem.....	16
2.4 Příjem agresivního pacienta na psychiatrii	17
2.5 Přístup k neklidnému pacientovi.....	18
3 OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY V PSYCHIATRII.....	20
3.1 Obecné zásady při používání omezovacích prostředků	20
3.2 Druhy restriktivních postupů	21
3.2.1 Omezení v lůžku.....	21
3.2.2 Terapeutická izolace	21
3.2.3 Síťové lůžko	23
3.2.4 Ochranný kabátek.....	23
3.2.5 Manuální fixace	24
3.3 Právní předpisy a normy související s omezujícími prostředky	24
3.4 Pomoc zdravotníkům po napadení.....	25
4 MOŽNOST VZDĚLÁVÁNÍ V OBLASTI ZVLÁDÁNÍ AGRESIVITY	27
4.1 Teoretické vzdělávací kurzy	27
4.2 Praktické vzdělávací kurzy	27
5 PROBLEMATIKA PRÁCE S AGRESIVNÍM PACIENTEM V PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICI V DOBŘANECH.....	29
5.1 Směrnice ředitele	29
5.2 Standardní pracovní postupy	30
PRAKTICKÁ ČÁST	32
6 FORMULACE PROBLÉMU	32

7	CÍL VÝZKUMU	32
7.1	Hlavní cíl.....	32
7.2	Dílčí cíle.....	32
8	FORMULACE PŘEDPOKLADU	33
9	VZOREK RESPONDENTŮ	34
10	METODA SBĚRU DAT	34
11	ORGANIZACE VÝZKUMU	34
12	ANALÝZA ÚDAJŮ.....	35
13	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	50
14	DISKUSE	53
	ZÁVĚR.....	57
	SEZNAM ZDROJŮ	
	SEZNAM GRAFŮ	
	SEZNAM PŘÍLOH	

ÚVOD

Problematiku týkající se ošetřování agresivního pacienta na psychiatrii jsem zvolila z několika důvodů. Především proto, že počet napadení zdravotníků stoupá. Spolu s násilím však stoupá i brutalita útoků páchaných ze strany pacienta vůči personálu a to nejen vůči mužům, ale i vůči ženám. Dalším důvodem zvolení této problematiky je snaha se ve své budoucí praxi vyhnout riziku napadení či samotnému napadení. Již několikrát se mi poměrně za ne dlouhou délku praxe na psychiatrii stalo, že se vůči mně pacient choval agresivně. Častěji však převládala verbální agrese projevující se vulgarismy, ironií a nepřiměřenou intonací v hlase.

Sestra je často první osobou, se kterou se pacient při hospitalizaci potká. Pacient v tuto dobu často cítí úzkost, strach z léčby, bolest nebo je ovlivněn omamnými látkami. V teoretické části práce se zabývám definicí agrese, jejím rozdělením, příčinami a projevy. Druhá kapitola je zaměřena na péči o agresivního pacienta, příjem takového pacienta do nemocničního zařízení, způsob komunikace s ním a přístup k neklidnému klientovi, tato kapitola podává návody, jak se chovat a jednat s psychiatricky nemocnými.

V každé profesi poskytující služby lidem je nutno myslet na hrozící riziko agresivního chování ze strany pacienta nebo klienta, proto se v další kapitole zabývám možnostmi případného zklidnění agresora za pomoci restriktivních postupů. Zde jsou vyjmenovány a popsány druhy omezovacích prostředků užívaných v praxi, dále jsou zde popsány i právní předpisy spojené s těmito postupy.

Dále jsem se zabývala možnostmi dalšího vzdělávání zdravotníků v problematice agresivních pacientů. Toto vzdělávání je poskytováno pomocí teoretických nebo praktických kurzů. Poslední kapitola teoretické části je věnována problematice spojené s agresivním chováním pacientů v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech, kde jsou popsány směrnice ředitele nemocnice a standardní pracovní postupy, které jsou pro personál návodem, jak s těmito lidmi jednat a jak se zachovat v určitých situacích. Tato kapitola je zde zahrnuta z důvodu výzkumného šetření, které právě probíhalo ve výše jmenované nemocnici.

V praktické části jsou interpretovány výsledky kvantitativního výzkumného šetření, které bylo zaměřeno na nelékařský zdravotnický personál nemocnice. Cílem

výzkumu bylo zmapovat incidenci a převládající formu agresivního chování ze strany pacientů vůči personálu a znalost zdravotníků v této problematice.

Tato práce tedy přináší základní informace k problematice týkající se ošetřování agresivních pacientů na psychiatrii, kterou jsem obohatila o kvantitativní výzkum. Využila jsem k tomu nalezené dosud publikované zdroje a vlastní zkušenosti, které jsem získala praxí v rámci své profese v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech.

TEORETICKÁ ČÁST

1 AGRESIVITA

Agresivní chování má mnoho podob, ale je nutné se na něj dívat jako na celostní jev chování. Toto chování má určitou spojitost s prostředím, ve kterém jedinec žije a s jeho historií. Jedná se o jakousi odpověď jedince na podnět ohrožující jeho bytí. Z tohoto důvodu je určitý způsob agrese v životě nepostradatelný. V psychologických slovnících je agrese definována jako sklon k útočnému jednání, reakcí na pocit ohrožení nebo reakcí na duševní poruchu. Slovo agrese je odvozena z latinského slova *aggradi*, což v překladu znamená: jít proti, chovat se násilně. V psychiatrii byl tento termín použit počátkem devatenáctého století Alfredem Adlerem a hlavně Sigmundem Freudem. (1, s. 67 – 71; 2, s. 56)

Agresivní tendence se u člověka formují již od narození. Vychází z dědičných predispozic, výchovy, učení, vlivů prostředí, má je v sobě každý jedinec, tudíž je nelze zcela vyloučit ze života populace. Projevy agrese se dělí na verbální, neverbální, psychické, fyzické, proti lidem, věcem, zvířatům apod. Agresivita v životě člověka má svoje pozitivní i negativní stránky. (3, s. 15 - 18)

Tuto problematiku řešili v druhé polovině dvacátého století například Vondráček a Študent (přední čeští psychiatři). Agresi zařadili do čtyř stupňů: potlačená agrese, agrese slovní, agrese proti věcem, agrese proti lidem a zvířatům, ta je projevem nejtěžší formy. Študent se zabýval patickou agresí a patickou agresivitou. Agresi popisuje jako jednorázové vybití a uvolnění energie, zatímco agresivitou označuje návykové chování. Tento způsob jednání je vyznačován jako povahový sklon s určitými vrozenými i získanými faktory.

S jiným rozdělením agresivního chování přišel v roce 1978 Hanzlíček (český psychiatr), který ji rozdělil na zřejmou a zastřenou agresi. Do zřejmé zahrnuje brachiální agresi a slovní agresi. Zastřená se projevuje výhrůžnými gesty, ironií, sarkasmem, snahou ponižovat a terorizovat jedince. (1, s. 67 - 71) Nejtěžším stavem bývá nadměrná agresivita projevující se destruktivní či násilnou formou. Agresivní projevy mají bio-psycho-sociální kontext. (3, s. 15 - 18)

1.1 Základní pojmy

Neklid se definuje jako zvýšení pohybové aktivity, která se dělí na mírné formy (zvýšená gestikulace, přešlapování a podupávání) a následně se transformuje do fáze, kdy dochází k celkovému neklidu (jedinec bezcílně pobíhá a aktivně zasahuje do okolí). Neklid může také být prožíván vnitřně, aniž by docházelo k jeho pohybovým projevům. Takle forma je považována za vnitřní neklid, který někdy přechází nebo se může plynule spojit s projevy drobného pohybového neklidu.

Agitovanost je následným projevem neklidu, který se vyznačuje celkovou motorickou aktivací a velkým neklidem. Tato hyperaktivita je spojena i s násilným chováním.

Násilné chování je zaměření síly vůči lidem nebo předmětům. Pojí se často s nepřátelským afektem.

Agrese přichází po násilném chování. Jedinec jeví známky hněvu, vzteku a pocity nenávisti, které mohou způsobit fyzické zranění zdravotníka nebo jiného pacienta či zničení nejrůznějších předmětů.

Agresivitou rozumíme tendenci k nepřátelskému, či útočnému chování vůči vlastní osobě nebo okolí. (4, s. 106 – 107; 5, s. 7 - 8)

Agresor je člověk, který má výraznou touhu ubližovat druhým, bezohledně se prosazovat, dominovat, má uspokojení z bolesti a utrpení druhých, je sobecký a sebestředný. Při nemorálním chování nemá pocity viny. Trest za své chování bere jako křivdu. (6, s. 116 - 120)

1.2 Stupně agresivity

Agresivitu rozdělujeme na několik stupňů.

První stupeň je nazýván jako **nepřátelství** (hostilita). Vyznačuje se nepřátelským chováním jedince, dává najevo své antipatie. Podstatný rys je hněvivé odmítání, tendence ublížit či uškodit druhým.

Verbální agrese je řazena do druhého stupně. Verbalizována je formou přímou, nepřímou a ideatorní. Do přímé patří slovní napadání sestry například urážky a vulgarizmy. Nepřímá je typická pro psaní dopisů či telefonátů a ideatorní se projevuje pouze ventilací představ pacienta, kdy si pouze představuje například, jak někomu vynadá.

Brachiální agrese je třetí a nejtěžší forma projevu agrese, vyznačuje se fyzickým napadením lidí, zvířat a předmětů.

Agrese může být směřována na venek – heteroagrese nebo k osobě samotné – autoagrese (sebevražedné pokusy, nejrůznější formy sebepoškození). (4, s. 106 – 107; 5, s. 7 - 8)

1.2.1 Druhy agresivity – dělení dle Venglářové a Mahrové

Přímou agresi rozumíme takovou agresi, kdy se jedná o přímé napadení jedince agresorem. Tato agrese se vyznačuje ironickým, nepřátelským chováním, které může vést až k přímému útoku.

Pomocí **transformované agrese** jedinec ventiluje nepřímo svůj názor, zlost či hněv na jinou osobu. Jedná se o přenos agresivních projevů na okolí.

Zadržování negativních projevů je potlačování negativních pocitů, které se kumulují v jedinci. Následně může dojít k ventilaci těchto pocitů, což často vede k nepochopení ze strany okolí.

Instrumentální agresivita je popisována jako naučený model chování pro dosažení určitého cíle. Je založena na předem připraveném plánu a možných variantách průběhu. Jedinec díky němu dosahuje svých cílů. Tím upevňuje své sebevědomí a následně se tuto metodu naučí používat i v dalších situacích. (7, s. 82 - 83)

1.2.2 Projevy agresivního chování

Projevy agresivního chování mohou mít různou podobu.

Verbální agrese - křik, nadávky, ironie, jízlivost. Díky těmto projevům může docílit zastrašení protějšku. Tímto způsobem chce agresor dosáhnout svých přání,

demonstrovat nadvládu a zajistit si moc nad situacemi a lidmi. Zároveň usiluje o dosažení svých práv a uvolnění vnitřního napětí.

Brachiální agrese, agrese s fyzickým útokem proti osobě či osobám. Fyzicky napadeni jsou nejčastěji tyto skupiny osob: zdravotníci, spolupacienti, návštěvy, rodinní příslušníci. Fyzický útok může být vykonán pomocí zbraní, předmětů, ale i bez nich.

Ale i **poškození věcí a majetku** je projevem agresivního chování. Jedná se o přenesenou formu agrese. Předmětem agresivního jednání může být v tomto případě bouchání dveřmi, házení věcmi, kopání do lůžka a podobně.

Agresivitu lze ale použít i proti vlastní osobě. Takové jednání nazýváme **automutilací**. Patří k velmi závažným formám agresivity, protože může přímo ohrozit život agresora. Pomineme-li lehčí podoby tohoto agresivního chování, jako jsou škrábání kůže, trhání vlasů, obecně poškození povrchu těla nehty, ale i předměty, může v krajních případech dojít až k sebevražednému chování. Tento typ agresivity se vyskytuje nejčastěji u lidí s mentálním postižením, závažnou duševní poruchou a v extrémním stresu. (7, s. 83 - 84)

Neverbální projevy pozorujeme u pacientů, kteří například nervózně popochází, trhavě podupávají, kopou do předmětů, bouchají s předměty, intenzivně gestikulují celými pažemi, mají výraznou mimiku, nepravidelný dech. Agrese se projevuje zesilováním hlasu, vulgarizmy a narušením osobní zóny zdravotníků. (8, s. 18; 9, s. 223 - 224)

2 PÉČE O AGRESIVNÍHO PACIENTA

2.1 Specifika práce sestry na psychiatrii

Práce sestry na psychiatrii je velmi specifická. Vzhledem k povaze onemocnění, které se na psychiatrických odděleních vyskytují, má sestra podstatně blíže k pacientovi. Péče o pacienty je více individualizovaná. Potřeba sdílení problémů je v případě psychiatrického pacienta vyšší. Osobnost sestry je v takovém případě mnohdy rozhodující a její osobní přístup dokáže podstatně zkvalitnit nejen vztahy s pacientem, ale také celý ozdravný proces. (4, s. 57 - 58)

Péče o psychiatrického pacienta vyžaduje spolupráci celého terapeutického týmu, na kterém participuje jak lékař psychiatr, psycholog, tak odborní pracovníci z řad nelékařského personálu. Každé lůžkové oddělení má svá určitá pravidla ohledně jeho chodu. (10, s. 168-170)

Ošetrovatelský proces na psychiatrickém oddělení má svá specifika a konkrétní pravidla. Sestra musí neustále sledovat chování a reakce pacienta. Komunikuje i s jeho rodinou a blízkými, sbírá od nich informace. Biopsychosociálně – spirituální potřeby pacienta jsou základem tohoto přístupu. Díky flexibilitě a všestrannosti ošetrovatelského procesu ho lze použít u odlišných psychiatrických pacientů. (4, s. 57 – 80; 19)

Každý zdravotník by měl mít pozitivní empatický vztah k nemocnému, protože hospitalizace na psychiatrickém oddělení je velkým zásahem do psychiky jak nemocného, tak i pro jeho rodinu a blízké. Otevřeným přístupem si sestra zajistí důvěru ve vztahu s pacientem. Přistupuje k němu aktivně, aby podpořila jeho terapeutický léčebný proces. Protože psychiatrický pacient demonstruje podle své diagnózy různé chování, může se projevat agresivně, může mít snížený intelekt, může být sociálně stažený, i chování zdravotního pracovníka musí být dostatečně variabilní, aby se přizpůsobilo těmto charakteristikám. (4, s. 57 - 58)

Je důležité, aby celý terapeutický tým byl stmelený, dokázal spolu komunikovat a řešit náročné situace. Toto chování zdravotníků vyvolává v klientovi jistou důvěru, bezpečí a určité porozumění. Jednou z nevýhod hospitalizace na psychiatrii je zásah do osobní svobody, z důvodu neustálého narušování soukromí jak ze stran ostatních pacientů, tak i ze strany personálu. Je zde prováděna častá kontrola na pokojích i v nočních

hodinách. U pacientů s nepřetržitým dohledem jsou časté kontroly doplněny stálým sledováním prostřednictvím kamerového systému. (4, s. 57 - 58)

Protože sestra pracující na psychiatrii se může na oddělení setkat s různými druhy agrese, je jejím hlavním úkolem blížící se agresivní chování rozpoznat a zamezit mu. Díky takovému jednání zajistí bezpečí pro sebe, ostatní klienty i své okolí. Svou péčí jim napomáhá při obnovení duševního zdraví, vytváří léčebné prostředí, podílí se na sociální integraci, spolupracuje s doléčovacími zařízeními, aktivuje chronicky nemocné a pomáhá jim ke smysluplnému a spokojenému životu. (1, s. 13 – 14; 11, s. 192 - 194)

2.1.1 Faktory ovlivňující kvalitu péče

Sestra musí zvládat náročné situace, které se často objevují na psychiatrii. Měla by disponovat takovými **osobnostními předpoklady** a vlastnostmi, jako je empatie, rozvaha, trpělivost, měla by vědět, že je třeba na sobě stále pracovat. Psychiatrický pacient je pacientem náročným, je velmi těžké udržet si neutrální postoj. Sestra, která na takovém oddělení pracuje, by se měla dobře orientovat v této problematice. Individuální přístup ke každému z pacientů by měl být základem její práce.

Také **znalost symptomatologie duševních poruch** je nutná pro kvalitní práci sestry v prostředí psychiatrie. Umožňuje to předvídání určitých nebezpečných situací. Díky těmto znalostem dokáže vyhodnotit příčinu chování pacienta a udržet si určitý odstup. Vyhodnocení duševního stavu pacienta je předpokladem pro nalezení a **zvládnutí žádoucích metod**. Základ tvoří komunikace a umění vedení efektivního rozhovoru spolu s pozorováním a stanovením co možná nejpřesnější ošetrovatelské diagnózy. Protože léčba psychiatricky nemocných předpokládá užití psychofarmak, **je znalost této široké skupiny léků samozřejmým předpokladem**.

I **psychoterapie** patří k účinným metodám léčby. Přesto že sestra není psychoterapeutickým pracovníkem, je její alespoň bazální znalost psychoterapeutických technik prospěšná. Přesto je ale třeba chápat psychiatrického pacienta jako svébytnou bytost se všemi osobními zvláštnostmi a sestra tyto zvláštnosti nejen reflektuje, ale také akceptuje. Snaží se vést klienta k soběstačnosti a k samostatnosti, snaží se co nejméně zasahovat do těch činností, které si může nemocný obstarat sám v rámci sebek péče. (4, s. 57 - 58)

2.2 Nejčastější spouštěče agresivního chování

Agresivní chování je ovlivněno mnoha okolnostmi. Mezi nejčastější situace patří pocit ohrožení, strachu z bolesti, ze zákroku a nemoci. Také pocit křivdy a nespravedlnosti může vést k agresivnímu jednání zvláště v případech, kdy je přítomna negativní zkušenost. Psychiku pacienta může do značné míry ovlivnit právě chování zdravotnických pracovníků, zvláště když je jejich chování v přímém rozporu s etickými normami. Bohužel se objevuje v řadách zdravotníků i takové chování, které má blízko k zesměšňování a ponižování (devalvace). Mezi další faktory patří například psychická zátěž, bezmoc z nevyлéčení, bolest, dlouhodobý stres, předchozí výskyt agresivního chování, psychopatické rysy jedince, očekávání pochvaly za agresivní chování, omamné látky. (8, s. 32 – 34; 7, s. 81)

2.3 Komunikace s psychiatrickým a agresivním pacientem

Komunikace s těmito pacienty je často mnohem složitější než samotná ošetrovatelská péče. Zdravotník by měl vystupovat jako sebejistý, klidný profesionál, a tím dokázat, že právě on může klientovi pomoci. Je důležité mít na paměti, že ke konfliktu je potřeba minimálně dvou osob. (7, s. 24; 1, s. 10 – 15; 2, s. 28 - 29)

Obecné zásady pro vedení rozhovoru:

- Necháme ho mluvit a nepřerušujeme ho. Můžeme tak zjistit důvod jeho rozladění. Pokud nemocný sám nekomunikuje, položíme mu otázku, ze které zjistíme, co se mu stalo.
- Dodržujeme bezpečnou vzdálenost od pacienta. Nedovolíme mu, aby narušoval naši intimní zónu, ani my nenarušujeme jeho.
- Při výrazné gestikulaci ho vyzveme, aby si sedl, vybídneme ho ke klidnému dýchání.
- Mluvíme klidným a vlídným hlasem.

- Nepoužíváme vulgarizmy a kontrolujeme svou neverbální komunikaci (nezvedáme obočí, neděláme prudká gesta atd.).
- Máme neustálý nadhled nad situací. Hovoříme jasně, stručně a srozumitelně.
- Při nezklidnění pacienta si zavoláme na pomoc lékaře, který může naordinovat zklidňující lék.
- Snažíme se probudit v pacientovi důvěru k nám, vysvětlíme mu navrhovaná opatření a postupy.
- Pokud je příčinou jeho zloby zdravotnický personál, omluvíme se za něj.
- Udržíme oční kontakt s pacientem.

(8, s. 11 – 17; 12, s. 96)

2.4 Příjem agresivního pacienta na psychiatrii

Přístup personálu při příjmu agresivního klienta je vždy individuální. Záleží na aktuálním stavu nemocného. Pacienti jsou často přijímáni na psychiatrii s minimálními informacemi o své nemoci, často i proti své vůli, nebo v doprovodu policie.

Sestra je většinou první osobou, která komunikuje jako první s klientem při příjmu. První rozhovor s ním by měl být uklidňující a je důležitý pro sběr informací. Musí zhodnotit, zda k uklidnění bude stačit vlídné slovo, nebo bude zapotřebí užití medikace, o které rozhoduje lékař. Personál často podceňuje možný výskyt agrese. (11, s. 26; 20)

Při příjmu se sestra zajímá především o předchozí výskyt agrese, zkušenost se zbraněmi, míru stresu, které je pacient vystaven a všímá si neverbálních projevů. Svoje pozorování a možný rozhovor vhodně doplní informacemi z překládové zprávy, doporučení od ošetřujícího lékaře nebo ze zprávy z výjezdu rychlé záchranné služby, případně i od doprovodu. (5, s. 7 - 8)

Při příjmu je nutné odebrání všech rizikových předmětů, kterými by pacient mohl ohrozit ostatní nebo sám sebe. Tento postup je často odsuzován a nepochopen jak samotným pacientem, tak i jeho rodinou. V některých případech je velice obtížně realizovatelné odebrat všem pacientům rizikové předměty. Sestra musí nemocného o všech opatřeních dostatečně informovat způsobem přiměřeným k aktuálnímu stavu nemocného a vysvětlit mu jejich smysl. Za příznivých okolností po ukončení vstupního rozhovoru

se sestrou je seznámen s oddělením a jsou mu poskytnuty informace o dalším průběhu jeho léčby. (4, s. 52 – 57; 11, s. 26; 13)

Lékař musí stanovit u každého nově přijatého pacienta úroveň dohledu, kterým se personál dále řídí. V současné době jsou používány čtyři úrovně dohledu, které se označují číslicemi 1 – 4.

Dohled číslo 1 je všeobecné sledování pacienta. Zdravotnický tým musí mít všeobecný přehled o tom, co klient dělá a kde se pohybuje. Sestra si musí s klientem minimálně jednou za svou směnu klidně pohovořit a zhodnotit tak jeho duševní stav. Jedná se o pacienta s nejnižším rizikem výskytu agresivních projevů vůči sobě i svému okolí.

Dohled číslo 2 je dohled s přerušovaným sledováním. Do této skupiny řadíme nestabilní klienty bez aktuálního rizika výskytu agrese a sebepoškození, kdy musíme kontrolovat a hodnotit jejich stav každých třicet minut.

Dohled číslo 3 se označuje jako blízké sledování. Personál musí intenzivně sledovat pacienta po celý den, musí ho mít neustále pod dozorem.

Dohled číslo 4 označujeme jako speciální sledování. Nemocný je nepřetržitě sledován celých dvacet čtyři hodin denně zpravidla pomocí kamerového systému. Do této skupiny řadíme pacienty s vysokým rizikem sebevražedného chování, sebepoškozování, nebo s vážným nebezpečím ohrožení ostatních pacientů a okolí. Personál by měl mít klienta „na dosah ruky“, aby mohl pohotově reagovat. (4, s. 52 – 57; 11, s. 28 – 32; 13)

2.5 Přístup k neklidnému pacientovi

U přístupu k agresorovi často záleží na profesionalitě, empatii a vzdělanosti sestry. Není možné určit jednoznačný postup při řešení komplikovaných situací na psychiatrii pro jejich různorodost. U neklidného pacienta agrese stoupá se stoupajícím napětím. Jeho chování může zpočátku vypadat jako zastřená agrese, která může pomalu gradovat od sarkasmů po brachiální agresi.

V případě zastřené agrese je kladen důraz na verbální komunikaci s pacientem. Mluvíme s ním klidně, srozumitelně a v žádném případě s ním nejdeme do konfrontace. Nikdy nezůstáváme s agresorem o samotě.

V případě, že hrozí riziko napadení, přivoláme si co největší možný počet personálu, tím zajistíme dostatečnou fyzickou převahu. Je nutné kontaktovat lékaře

o hrozícím nebezpečí, který může naordinovat medikaci ke zklidnění, pokud již není předem indikována. Popřípadě lékař nařídí ke zklidnění vhodné restriktivní opatření, které nám dané zařízení umožňuje. (5, s. 7 - 8)

Pokud dojde k brachiální agresi vůči personálu, ostatních pacientů, nebo jeho okolí, je nutné klienta zklidnit takovým způsobem, aby nedošlo k ohrožení pacienta ani personálu. Snažíme se mu znehybnit končetiny. Platí nepsané pravidlo, že co jedna pacientova končetina, to jeden člen zdravotnického týmu. Důležité je celou událost zaznamenat do dokumentace, jelikož klient si často své agresivní chování po zklidnění nepamatuje a popírá jej. (4, s. 87 – 88; 5, s. 7 – 8; 41)

Otázkou, jak rozpoznat riziko blížící se agrese, se zabývala britská psychologka Glynis Breakwellová. Sestavila dotazník obsahující patnáct otázek, díky kterému jsme schopni rozpoznat riziko blížící se agrese. Čím více odpovědí ano, tím větší riziko hrozí.

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 v minulosti nebo nám vyhrožoval?*
8. *Vyhrožoval nám již v minulosti konkrétním násilím?*
9. *Zaútočil na mne již někdy?*
10. *Myslí si, že ohrožují jeho děti nebo jiné jemu velmi blízké osoby, nebo jsem tak či onak spojován s institucí, jež by něco podobného mohla činit?*
11. *Myslí si, že ohrožují jeho svobodu, nebo že nějakým způsobem patřím mezi ty, kdo by jeho svobodu mohli ohrozit?*
12. *Má nereálné představy o tom, co pro něj mohu udělat?*
13. *Je přesvědčen, že mu úmyslně nechci pomoci?*
14. *Měl jsem z něj již v minulosti strach?*
15. *Má diváky, kteří jsou zaměřeni proti mně a mohli by přímo nebo zprostředkovaně jeho agresivní chování vůči mně podporovat, obdivovat nebo oceňovat?*

(4, s. 111 - 112)

3 OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY V PSYCHIATRII

Omezovací prostředky se používají za účelem odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti klienta a ostatních osob v jeho okolí. Používají se pouze po dobu, kdy hrozí riziko poškození. Restriktivní opatření je soubor prostředků a omezení, které nedobrovolně omezují jedince v pohybu po dobu nezbytně nutnou. (14, s. 337 – 341; 15, s. 72 - 74)

Fyzickým omezením ale nerozumíme pobyt pacienta v otevřeném síťovém lůžku, či izolační místnosti, která je volně otevřena, fixaci pacientovy paže při aplikaci infuze, nebo fixaci pacienta pro udržení jeho stability. Stejně tak jako použití zábran u nemocničního lůžka není považováno za omezení. (16, s. 213 - 222)

3.1 Obecné zásady při používání omezovacích prostředků

Přesto, že tímto jednáním zasahujeme do lidských práv a důstojnosti klienta, je tento způsob v psychiatrii zatím nezastupitelný. Omezovací prostředky se používají vždy tam, kde není možné využít mírnějších opatření. Je důležité však zvolit co nejšetnější a nejvhodnější způsob omezení. Je nutné vždy zajistit intimitu pacienta, tím zamezíme kontaktu s ostatními nemocnými. Tenhle kontakt by mohl být pro nemocného léčebně negativní. Terapeutický tým musí být vyškolen v postupech užití restriktivních prostředků a klienta v pravidelných intervalech kontrolovat. Vše je nutné zapisovat do dokumentace, včetně jména lékaře, který daný způsob omezení nařídil, tak i časy omezení a jeho přerušení, jména osob které nemocného kontrolovali. U každé kontroly zaznamenáváme stav nemocného. Pokud si přeje lékař častější frekvenci kontroly klienta, než jsou dány ve standardech každého zařízení, určí jinak. Po zklidnění musí být nemocnému, pokud to situace dovolí, vždy podrobně zdůvodněna nutnost daného omezení. (17, s. 243 - 245)

3.2 Druhy restriktivních postupů

3.2.1 Omezení v lůžku

Jedná se o krátkodobé omezení klienta v pohybu za pomoci fixace horních a dolních končetin. Je indikováno u klientů s projevy psychomotorického neklidu, který může ohrozit jeho i okolí. U pacientů se známkami autoagresivních a suicidálních projevů, někdy i na vlastní žádost pacienta, například při jeho subjektivně pocíťované tenzi. Dále lze toto omezení indikovat u stavů, u kterých se dá předpokládat, že vyústí do výše uvedených situací. Omezení v lůžku nesmí být nikdy považováno za trest a ani tak nesmí být využíváno.

Pacient je do lůžka ukládán vždy za přítomnosti dostatečného počtu osob. Před fyzickým nátlakem potřebným k uložení do lůžka je klientovi vždy nabídnuta možnost dobrovolného omezení. Lůžko by mělo být umístěno mimo dosah ostatních pacientů. Klientovi je poskytnuto dostatečné množství informací o nutnosti, průběhu a délce omezení.

Zvýšená ošetrovatelská péče je pacientovi věnována po celou dobu omezení. Kontroly jsou zaměřeny především na stav vědomí, sledování krevního oběhu u fixovaných končetin a na projevy nemoci. Fyziologické funkce jsou pravidelně měřeny každou hodinu po celou dobu omezení, pokud lékař neurčí jinak. Po dobu omezení je nutné u klienta sledovat příjem a výdej tekutin, zajistit dostatečnou osobní hygienu. Je zaveden antidekubitární režim, končetiny jsou pravidelně uvolňovány a masírovány. Po ukončení omezení je nutné stále sledovat klientovo chování pro možné opakování stavu. (4, s. 117 -120)

3.2.2 Terapeutická izolace

Jedná se o speciálně upravený prostor, kde je hlavním úkolem dosažení bezpečí klienta. Díky tomuto omezení je znemožněn volný pohyb pacienta po oddělení. Klient je uzavřen v polstrované místnosti tomu určené bez dalších osob. Mezi další cíle tohoto opatření patří také zajištění bezpečnosti všech na oddělení, zabránění ničení majetku

zařízení a docílení dodržování léčebného procesu. Nejčastěji se indikuje u manických stavů, kdy klienti agresivně porušují řád oddělení. Délka tohoto opatření je podmíněna manickou fází onemocnění, která však může trvat i několik dní.

Tento způsob léčení je volen v případech, kdy klient obtěžuje ostatní pacienty svým chováním a hrozí zde riziko ohrožení zdraví, nebo u zvýšeného psychomotorického neklidu, který ohrozí klienta i okolí. Dále se využívá při porušování infekčního režimu a také na vlastní žádost klienta. Indikace je také nutná v případech klientů s výrazným porušováním léčebného režimu ohrožujícího jejich zdravotní stav nebo v případech, kdy je u klienta nutná neustálá vizuální kontrola.

Tato místnost musí splňovat přesně stanovené podmínky. Musí být polstrovaná, uzavíratelná a nepřístupná pro ostatní klienty. Je vybavena speciálními pomůckami (nerozbitné sklo, kryté topné těleso). Je třeba neustálé vizuální kontroly ze strany personálu v podobě kukátka ve dveřích a zabudovaného kamerového systému. Dále je zde umístěno lůžko pro klienta nebo pouze matrace na zemi. Sociální zařízení je též součástí místnosti. Je zde nutnost zachování tepelného a světelného komfortu pro pacienta.

Před umístěním do izolace jsou klientovi odebrány veškeré nebezpečné předměty. Nutná je častá komunikace s nemocným. Je mu umožněno za zvýšeného dohledu a po domluvě navštívit kuřárnu nebo společenskou místnost.

Nemocnému je věnována zvýšená ošetrovatelská péče, jsou zde prováděny kontroly po celou dobu izolace návštěvami personálu v intervalech maximálně jedné hodiny. Jsou sledovány projevy onemocnění, které vedly k tomuto opatření, každé tři hodiny jsou měřeny fyziologické funkce klienta, pokud lékař neurčí jinak. Dále je kladena kontrola na celkové chování a projevy pacienta. Vysoce specializovaná ošetrovatelská péče a dostatek informací o průběhu léčby je poskytována klientovi po celou dobu omezení. (4, s. 120 – 122; 16, s. 213 - 222)

3.2.3 Sít'ové lůžko

Jedná se o speciální uzamykatelný typ lůžka, který je kryt ze všech stran včetně stropu sítí. Klient se může v lůžku volně pohybovat. Tento způsob se nejčastěji využívá u lidí postižených mentální retardací v době jejich agresivních afektů. Toto chování bohužel může mít dlouhodobé trvání.

Indikuje se u osob, kde nelze jinak ovlivnit psychomotorický neklid, často spojený s mentální retardací. Předchází poranění nemocných osob v době zmatenosti a desorientace. Omezení v sít'ovém lůžku volíme často v případech nutnosti delšího časového omezení, kde nepůsobí farmakologické, psychoterapeutické a edukační postupy. Jako optimální se tato forma jeví v případech nočních neklidů, v gerontopsychiatrii jako bezpečnostní prostředek v zabránění pádu. Nelze jej použít k řešení akutního neklidu. Sít'ové lůžko musí být umístěno v samostatné místnosti. Tato lůžka jsou evidována individuálně, nelze je počítat mezi celkový počet lůžek na oddělení.

Tento způsob omezení nenachází příznivou odezvu v populaci. Proto byl jejich výskyt značně omezen, i přesto že má oprávněné zastání u většiny psychiatrů a další odborné veřejnosti.

Ošetřování nemocného takto omezeného je zahrnuto v komplexní péči a zajištěním uspokojování základních potřeb klienta. Pravidelnými kontrolami personálem v hodinových intervalech je sledován psychický stav nemocného. Opouštění sít'ového lůžka v pravidelných intervalech je nutností. (4, s. 122 – 123; 17, s. 243 - 245)

3.2.4 Ochranný kabátek

Toto omezení se využívá ojediněle. Indikuje se v případech sebepoškozování typu škrábání obličeje, trhání vlasů. Používá se v případech, kdy je třeba omezit pohyb rukou nebo k převozům. (4, s. 123)

3.2.5 Manuální fixace

Toto omezení spočívá v použití nacvičených hmatů, které omezí klienta v pohybu, ale nezraní ho. V České republice se tento přístup příliš nevyužívá. Používá se v situaci, kdy je potřeba zamezit klientovi v pohybu a následně mu aplikovat medikaci pro zklidnění. Tento přístup se využívá převážně ve Velké Británii. (4, s. 123)

3.3 Právní předpisy a normy související s omezujícími prostředky

Protože každé, byť terapeutické a legální omezení pacienta je výrazným zásahem do jeho osobní svobody, je mu v trestním řádu věnována zvláštní pozornost. Jejich použití vymezuje:

- Listina základních práv a svobod
- Úmluva o lidských právech a biomedicíně
- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu
- Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákoník
- Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád

Zásahy do osobní svobody lze činit pouze v situacích a za podmínek výslovně vyjmenovaných zákonem. Úmluva o lidských právech a biomedicíně určuje, že zákroky v oblasti péče o zdraví lze provádět pouze tehdy, kdy daná osoba poskytla svobodný informovaný souhlas. Jsou i situace, ve kterých omezená osoba souhlas poskytnout nemůže, ty jsou popsány níže.

Zákon o péči o zdraví lidu stanovuje, že terapeutické výkony se provádějí se souhlasem nemocného nebo lze-li tento souhlas předpokládat. Bez souhlasu je možno poskytovat léčebné výkony pokud to stav nemocného vyžaduje a je v tomto případě možné pacienta hospitalizovat v ústavní péči. V souladu se zněním tohoto zákona se dá činit opatření dočasně omezující svobodu klienta pouze v těchto čtyřech případech:

- Pacient dal svobodný souhlas poté, co byl informován o potřebném opatření.
- Můžeme-li předpokládat, že by klient souhlasil s daným výkonem.
- Nemocný jeví známky duševního onemocnění nebo známky intoxikace a svým chováním by mohl ohrozit sebe nebo své okolí.

- U pacientů, od kterých nelze souhlas vyžádat, ale výkon je neodkladný z důvodu ohrožení života a zdraví. (4, s. 59 – 69; 18, s. 95)

Za trestný čin dle §231 trestního zákoníku by byl považován takový čin, který by byl v rozporu s výše uvedenými případy. Pouze ve stavech krajní nouze je možno stanovit výjimku, kdy se omezením odvrací nebezpečí přímo hrozící, nebo nebezpečí které za daných okolností nejde odvrátit jinou možnou cestou. Způsobený následek musí být menší, než ta situace, ke které by mohlo bez tohoto opatření dojít. (4, s. 59 - 69)

Nedobrovolnou hospitalizaci musí dané zařízení do dvaceti čtyř hodin hlásit soudu. Na základě toho soud posuzuje, zda přijetí bylo v souladu se zákonnými důvody. Soud dále rozhodne o přípustnosti dalšího léčení. Z těchto opatření vyplývá, že v psychiatrii lze užít omezující prostředky v případech, kdy klient ohrožuje sebe a své okolí. Toto znění ale může být velice vágní a proto v lednu 2005 Ministerstvo zdravotnictví České republiky vydalo Věstník 1/2005, kde je metodické opatření k používání omezujících prostředků.

Pokud však nastane situace, kdy je nevyhnutelné nemocného během hospitalizace bez jeho souhlasu omezit použitím omezujících prostředků, je nutné mu umožnit podepsat informovaný souhlas s použitím těchto opatření a s jeho podrobným vysvětlením a odůvodněním. Pokud nemocný není schopen nebo nechce tento souhlas podepsat, musí se opět tato skutečnost nahlásit příslušnému soudu do dvaceti čtyř hodin. (4, s. 59 - 69)

3.4 Pomoc zdravotníkům po napadení

Ve většině případů musí zdravotnický pracovník počítat s rozporuplnými pocity, pokud se s agresivním pacientem setká. Někdo zvládá stresovou situaci relativně snadno, jiný se s následky potýká déle. Situace, ve které došlo k napadení, může být označována jako profesionální pochybení či nedostatečné zvládnutí situace. Napaden může být však každý pracovník bez ohledu na délku odborné praxe, hloubku nabytého vzdělání, či osobního nastavení.

Po napadení může zdravotník mít pocity viny, ztráty jistoty, psychické a fyzické únavy. Každé následující hrozící nebezpečí může přeceňovat, mít nepřiměřený strach a být více ostražitý i v soukromém životě. Po napadení je velice důležitá komunikace s ostatními kolegy. Prodiskutování celé situace pomůže do budoucna preventivní strategii pro omezení

dalších rizik. Zkušenosti a rady ostatních spolupracovníků nám mohou pozitivně pomoci navrátit se do pracovního procesu, protože brzký návrat do původního pracovního prostředí dává předpoklad dalšího možného agresivního jednání ze strany pacienta. Při rozvinutí posttraumatických symptomů je důležité neprodleně vyhledat terapeutické služby. (7, s. 87 - 89)

4 MOŽNOST VZDĚLÁVÁNÍ V OBLASTI ZVLÁDÁNÍ AGRESIVITY

4.1 Teoretické vzdělávací kurzy

Jelikož většinou správná a dostatečná komunikace je základem pro úspěšné zvládnání problémových situací při kontaktu s agresivním nemocným, jsou tyto kurzy zaměřeny převážně na teoretické vymezení problematiky zvládnání emočních stavů, mapování negativních reakcí u nemocného, práci s problémovým pacientem a strategii zvládnání konfliktu. Tyto kurzy nabízejí zdravotnickým pracovníkům možnost zjistit, jak svým jednáním mohou předejít agresivnímu chování u nemocného, klade se zde i důraz na základy asertivního jednání, které může též vést k úspěšné komunikaci s nemocným.

Organizace pořádající tyto kurzy:

- Sestra.in - Bezpečná komunikace v nebezpečných situacích. Jak zvládnout komunikaci s agresivním, neorientovaným nebo závislým klientem (21)
- Psychoterapeutické centrum Gaudia – Základy asertivního jednání (22)
- Česká asociace sester – Ošetřovatelská péče v psychiatrii (23)
- Edupol vzdělávací agentura – Komunikace s psychicky nemocnými klienty, Jednání s agresivním klientem (24)
- Fokus Praha tréninkové vzdělávací středisko – Způsoby zvládnání obtížných situací při spolupráci s klientem (25)

4.2 Praktické vzdělávací kurzy

Jedná se většinou o dvoudenní kurzy pořádané pro skupinu pomáhajících profesí, kde se zdravotníci, sociální i jiní pracovníci setkávají s verbální a fyzickou agresí vycházející ze strany klientů. Kurzy jsou zaměřeny na osvojení fyzických úchopů,

seznámení s technikou zvládnání agresivního klienta (v sedě, ve stoje a vleže) a naučení se zvládnání sebeobrany při napadení.

Organizace pořádající tyto kurzy:

- Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů – Praktické zvládnání agresivního pacienta (26)
- Fokus Praha tréninkové vzdělávací středisko – Zvládnání agrese (27)
- Vzdělávací centrum pro veřejnou správu České republiky – Jednání s problémovým klientem (28)
- Asociace pomáhající lidem s autismem – Zvládnání verbální agrese, Použití fyzické restrikce u klientů s problémovým chováním, Zvládnání agrese a autoagrese u osob s poruchou autistického spektra (29)
- Asociace průvodců v problematice rizikového chování – Pravidla šetrné sebeobrany (30)
- Edupol vzdělávací agentura – Jednání s agresivním klientem (31)

5 PROBLEMATIKA PRÁCE S AGRESIVNÍM PACIENTEM V PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICI V DOBŘANECH

5.1 Směrnice ředitele

Směrnice ředitele Psychiatrické nemocnice v Dobřanech č. 2/2011, která řeší problematiku sledování nežádoucích událostí v nemocnici. Za nežádoucí událost se považuje taková událost nebo okolnost, ve které by mohlo dojít k poškození pacienta a bylo možné se jí vyhnout. Za nežádoucí událost se považuje i taková situace, kdy dojde k poškození personálu nebo Psychiatrické nemocnice v Dobřanech.

Hlášení nežádoucí události je povinné pro všechny zaměstnance nemocnice. Jsou povinni nahlásit situaci, pokud ji zjistí, a to prostřednictvím Informačního systému pro psychiatrii, pokud do něj mají přístup. V tomto systému je pro tyto situace vyhrazen protokol o nežádoucí události, který je rozčleněn do určitých oblastí týkajících se dané problematikou. Zaměstnanci, kteří nemají přístup do systému, provádí hlášení prostřednictvím tiskopisu. Tiskopis je možné vytisknout na stránkách intranetu nemocnice, nebo je již k dispozici vytištěn v centrálním příjmu nemocnice. (33)

Směrnice ředitele Psychiatrické nemocnice v Dobřanech č. 9/2012 týkající se problematiky omezovacích prostředků. Označuje je jako prostředky určené ke specifickým režimovým opatřením ošetrovatelské péče u hospitalizovaných klientů. Toto opatření podléhá zvláštním pravidlům, evidenci a kontrole.

Tento druh omezení je indikován v krajních situacích, kdy nemocný projeví psychomotorický neklid, který může narůst v agresi a tímto chováním může ohrozit sebe nebo okolí, ale pouze v případech kdy selhaly všechny možné jiné metody ke zklidnění a odvrácení bezprostředního nebezpečí. V psychiatrické nemocnici se používají tyto omezovací prostředky: krátkodobé omezení pacienta v lůžku za využití popruhů na horních nebo dolních končetinách a terapeutická izolace. Směrnice udává, že omezovací prostředky smí být použity pouze na nezbytně nutnou dobu a nikdy z důvodu usnadnění péče či z výchovného hlediska.

Zdravotnický personál musí nemocného s ohledem na jeho zdravotní stav vždy srozumitelně informovat o nutnosti daného opatření nebo zákonného zástupce nemocného,

ten musí spolu s personálem podepsat záznam do zdravotnické dokumentace o tom, že byl řádně informován. Nemocný, u kterého je použitý omezovací prostředek, je pravidelně kontrolován personálem, v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech se tito pacienti řadí do kategorie s dohledem číslo 3. Použití omezovacích prostředků musí indikovat vždy lékař až na výjimku, kdy je omezení neodkladné a zdravotnický pracovník nelékařského povolání ho může indikovat sám. Lékař o této situaci musí být neodkladně informován a musí vše zaznamenat do dokumentace. Každé omezení, které bylo v nemocnici indikováno, musí být ohlášeno soudu do dvaceti čtyř hodin.

O každém použitém omezení se musí vést záznam o použití omezovacích prostředků, který obsahuje: indikaci omezení, čas zahájení a ukončení, záznam o průběžném hodnocení trvání důvodu a zdravotním stavu nemocného, identifikace zdravotníka, který daný prostředek indikoval. Je nutné zaznamenat údaj o tom, že byl zákonný zástupce pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta nezletilého informován o použití restriktivních prostředků. Vedoucí směnová sestra je odpovědná za to, že po dobu omezení je nemocnému poskytována vysoce specializovaná ošetrovatelská péče a je pod nepřetržitým dohledem. (34)

5.2 Standardní pracovní postupy

Standardní pracovní postup č. 13/1a je věnován omezení pacienta v lůžku (kurty). Jedná se o krátkodobé omezení v lůžku indikovaný ve stavech, kdy dochází k psychomotorickému neklidu pacienta a ve stavech, kdy pacient ohrožuje sebe nebo okolí. Lékař, který omezení indikoval, je povinen tuto událost zaznamenat do počítače prostřednictvím Informačního systému pro psychiatrii. Pokud omezení trvá déle než 3 hodiny, musí lékař každé další 3 hodiny odůvodnit nutnost prodloužení omezení a zhodnotit stav nemocného. Sestra do dokumentace provádí zápis minimálně jedenkrát za hodinu prostřednictvím Informačního systému pro psychiatrii. (35)

Standardní pracovní postup č. 13/1c se zabývá omezením pacienta v terapeutické místnosti. Jedná se o omezení, kdy dochází k znemožnění volného pohybu pacienta po oddělení. Je indikován u akutních psychomotorických stavů, kdy nemocný ohrožuje sebe a své okolí a neklid nelze zvládnout jinou metodou. I o tomto omezení musí být

vedena dokumentace prostřednictvím Informačního systému pro psychiatrii. Lékař musí stav nemocného a důvod prodloužení omezení hodnotit každých 12 hodin. Pacient v terapeutické místnosti je pod permanentním dohledem ošetrovatelského personálu prostřednictvím kamerového systému, sestra do počítačové dokumentace zaznamenává údaj o zdravotním stavu nejméně jedenkrát za 3 hodiny. (36)

Standardní pracovní postup č. 13/1e o omezení pacienta parenterálním podáním psychofarmak, je dle zákona o zdravotnických službách č. 372/2011 Sb. považován za omezovací prostředek, pouze pokud aplikace psychofarmak vede k omezení volného pohybu pacienta. Tento druh medikace bývá často označován v lékařské dokumentaci jako ordinace při neklidu. Sestra, která ordinaci aplikuje, musí neprodleně informovat ošetřujícího lékaře, který musí odůvodnění aplikace prostřednictvím dokumentace potvrdit. (37)

PRAKTICKÁ ČÁST

6 FORMULACE PROBLÉMU

S přibývajícím případy agresivity u pacientů hospitalizovaných na psychiatrii narůstají obavy zdravotnického personálu o svou bezpečnost a zdraví. Je proto nutné, aby byli zdravotníci na zvládnání těchto situací dostatečně připraveni, dokázali vyhodnotit rizika, předcházet agresivitě pacienta a případně zvládnout problematickou situaci tak, aby nedošlo k poškození zdraví zdravotníka ani pacienta. Je zdravotnický personál dostatečně připravený na zvládnání agresivního pacienta?

7 CÍL VÝZKUMU

7.1 Hlavní cíl

Cílem výzkumu je zmapovat zkušenosti a znalosti nelékařského zdravotnického personálu pracujícího v psychiatrické nemocnici.

7.2 Dílčí cíle

Zjistit, v jaké míře se zdravotníci ve své praxi setkali s agresivitou ze strany pacienta a jaká její forma dominovala.

Zjistit, zda mají zdravotníci dostatek informací v problematice péče o agresivní pacienty.

Zjistit, zda zdravotníci dokážou své znalosti a schopnosti využít v praxi a jednat s těmito klienty bez obav.

8 FORMULACE PŘEDPOKLADU

Předpoklad 1 - Domnívám se, že převážná většina zdravotníků se při výkonu své profese v psychiatrické nemocnici setkala s agresivitou ze strany pacienta, přičemž převládá forma verbální agrese.

Kritérium - převážná většina = více než 85%

Otázky: 4, 5, 6

Předpoklad 2 - Domnívám se, že většina zdravotníků má dostatek znalostí o problematice ošetřování agresivních pacientů.

Kritérium

většina = více než 75%

dostatek znalostí = správná odpověď alespoň na 4 z 5 znalostních otázek.

Otázka č. 7 je považována za správnou, pokud respondent uvede vzdálenost min. 120 cm - 180 cm.

Otázky: 7, 8, 9, 10, 11

Předpoklad 3 - Předpokládám, že více než polovina zdravotníků i přes dostatek informací se necítí být na kontakt s agresivním pacientem dobře připravená, tudíž se těchto situací obává.

Kritérium - více než polovina = více než 50%

Otázky: 12, 13, 14

Operacionalizace pojmů

Zdravotníci - nelékařský zdravotnický personál (sestra bakalářka, sestra specialista, sestra diplomovaná, sestra všeobecná, zdravotnický asistent, ošetřovatel/ka, sanitář/ka)

9 VZOREK RESPONDENTŮ

Vzorek respondentů se skládal z nelékařského zdravotnického personálu všech úrovní pracujícího v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech. Dotazníky byly rozdány na náhodně vybraná oddělení nemocnice a byly osobně rozdány na oddělení v tištěné formě a zachovávaly anonymitu dotazovaných přiloženou obálkou.

Kritéria výběru

Psychiatrickou nemocnici v Dobřanech jsem si vybrala pro realizaci výzkumu z důvodu, že jsem jejím zaměstnancem a tudíž mi je její prostředí známo a orientuji se v něm. Výzkumným šetřením mohu přispět ke zkvalitnění péče o klienty naší nemocnice.

10 METODA SBĚRU DAT

K získání požadovaných dat, jsem použila metodu dotazníkového šetření. Byla použita forma strukturovaného dotazníku, který se skládal ze 14 uzavřených a polouzavřených otázek. První filtrující otázky byly zaměřeny na pohlaví, délku praxe na psychiatrii a pracovní zařazení. Ostatní otázky se vážou k danému tématu a zjišťují například, jak často se personál s agresivním chováním setkává a jaká jeho forma převládá, jak se cítí při jednání s agresivním pacientem, a zda umí jednat s agresivním nemocným.

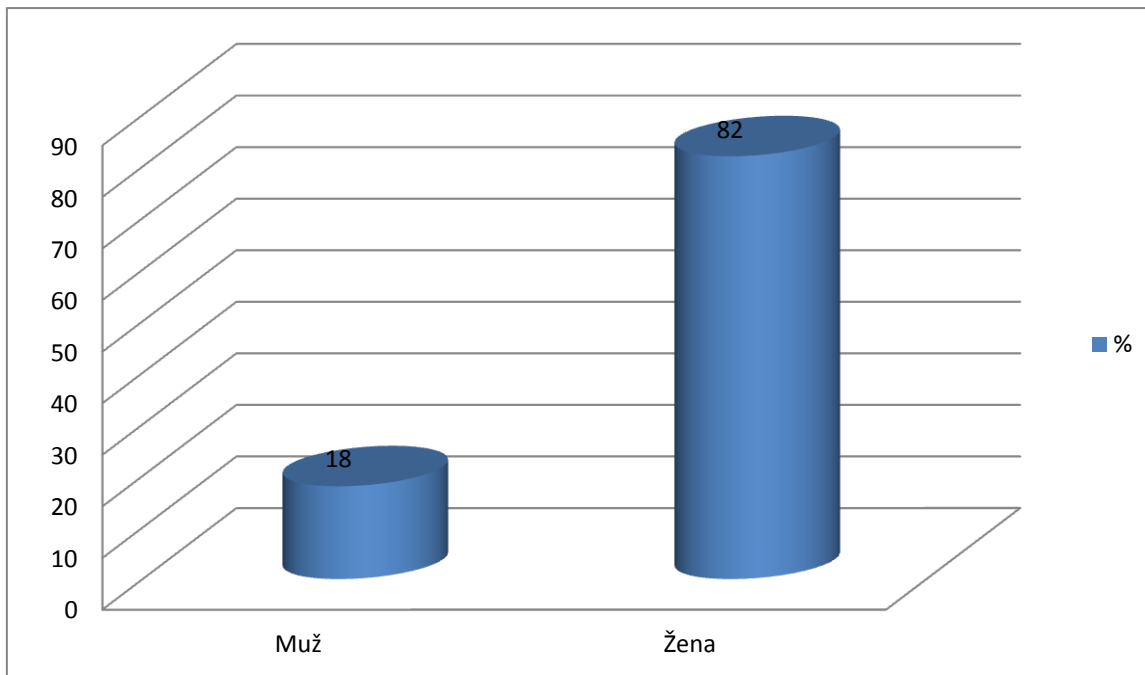
11 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum byl prováděn v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech v měsíci listopad a prosinec 2013. Bylo rozdáno 150 dotazníků na náhodně vybraná oddělení mezi nelékařský zdravotnický personál. Návratnost dotazníků byla 114 vyplněných dotazníků, návratnost tedy činila 76%. Po manuální kontrole bylo vyřazeno 9 dotazníků. Ke statistickému zpracování bylo použito 105 vyplněných dotazníků.

12 ANALÝZA ÚDAJŮ

Otázka č. 1: **Jste:**

Graf 1: Rozdělení pohlaví

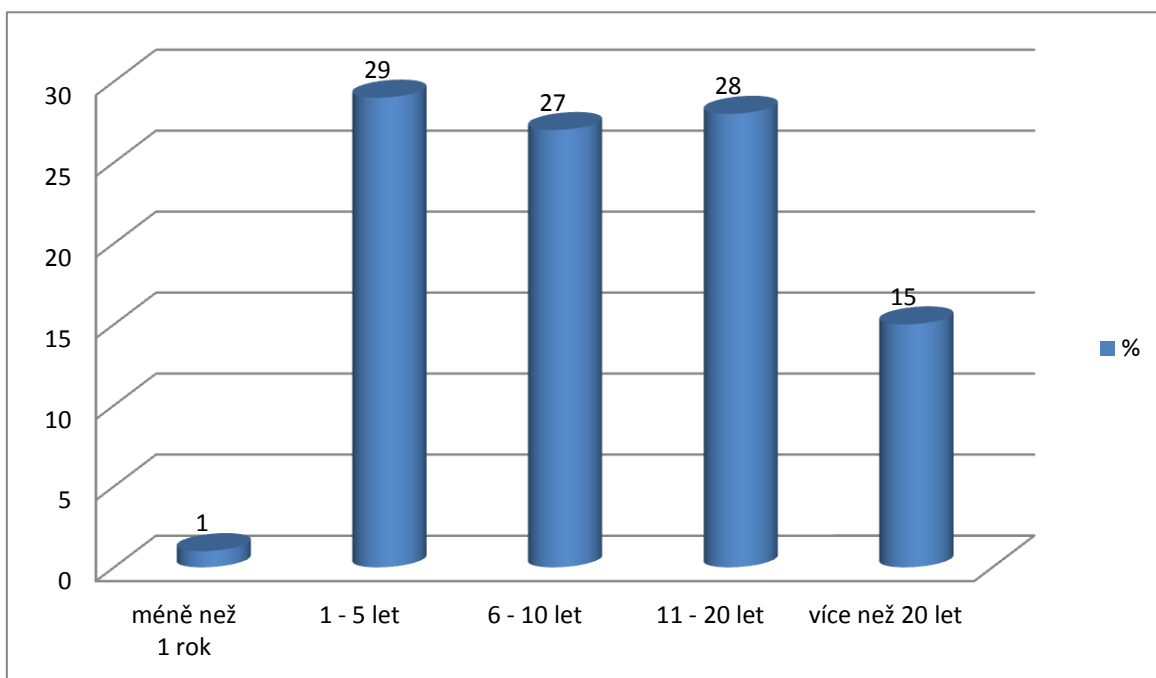


Zdroj: vlastní

Ze 105 dotazovaných respondentů největší počet tvoří 86 (82%) dotazovaných žen, zatímco mužů pouze 19 (18%).

Otázka č. 2: Jak dlouho pracujete na psychiatrii?

Graf 2: Délka praxe

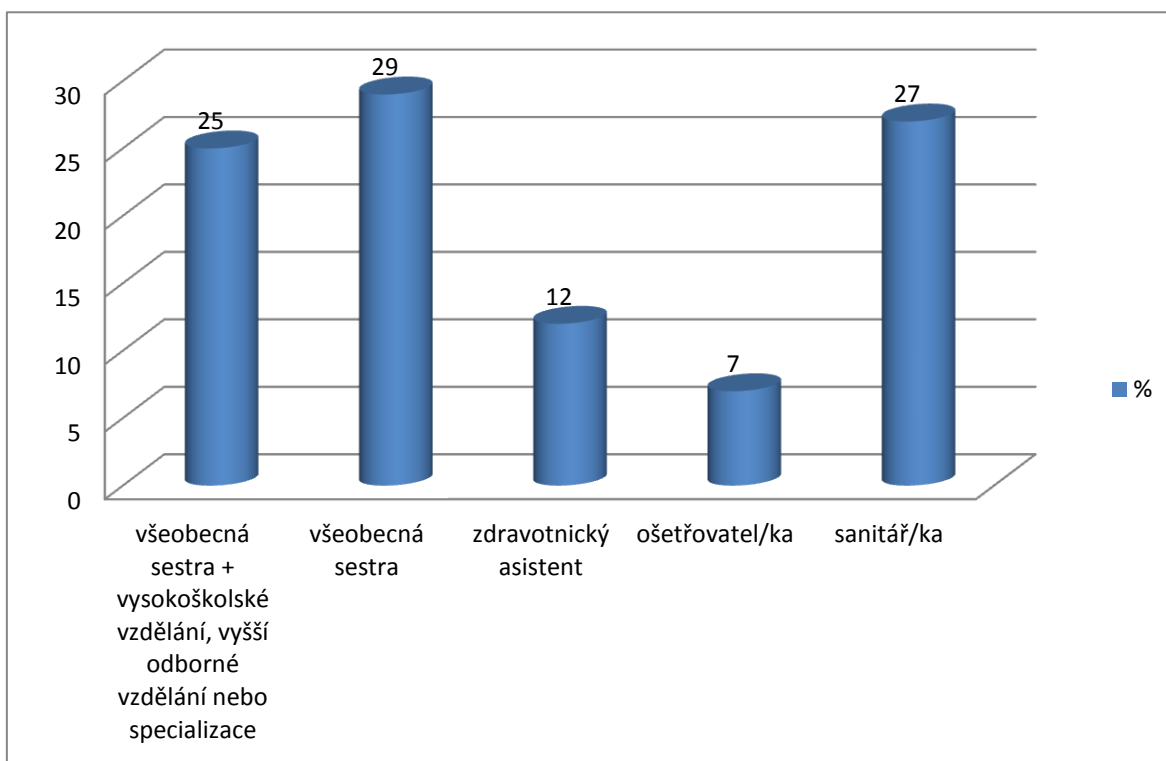


Zdroj: vlastní

Ze 105 dotazovaných respondentů pracují na psychiatrii méně než 1 rok 2 (1%) dotazovaní. Po dobu 1 – 5 let pracuje 30 (29%) dotazovaných, v období 6 – 10 let pracuje v nemocnici 28 (27%) dotazovaných. Délku praxe 11 – 20 let uvedlo 29 (28%) dotazovaných a více než 20 let uvádí 16 (15%) dotazovaných.

Otázka č. 3: Jaké máte pracovní zařazení?

Graf 3: Pracovní zařazení

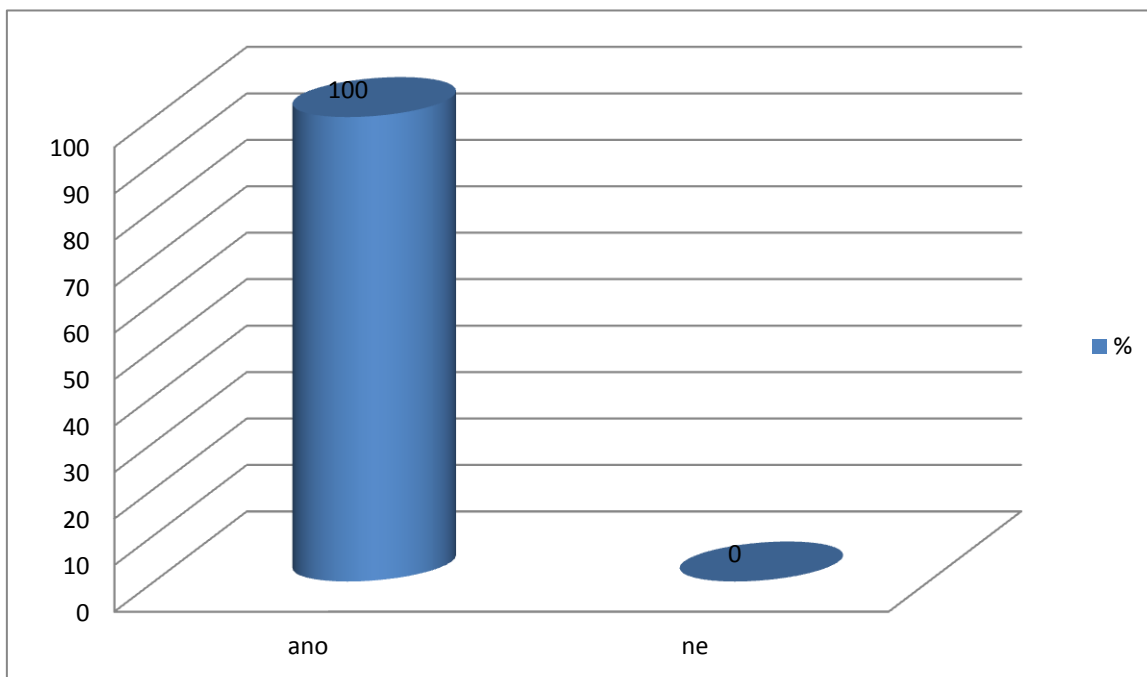


Zdroj: vlastní

Ze 105 respondentů je všeobecných sester s vysokoškolským vzděláním, vyšším odborným vzděláním nebo specializací 26 (25%) dotazovaných. Všeobecných sester ze všech dotazovaných je 30 (29%). Zdravotnických asistentů je 13 (12%) z dotazovaných. Pracovní zařazení ošetřovatel/ka uvedlo 8 (7%) a zařazení sanitář/ka uvedlo 28 (27%).

Otázka č. 4: **Setkali jste se po dobu své praxe na psychiatrii s agresivním chováním ze strany pacienta?**

Graf 4: Setkání s agresivním pacientem

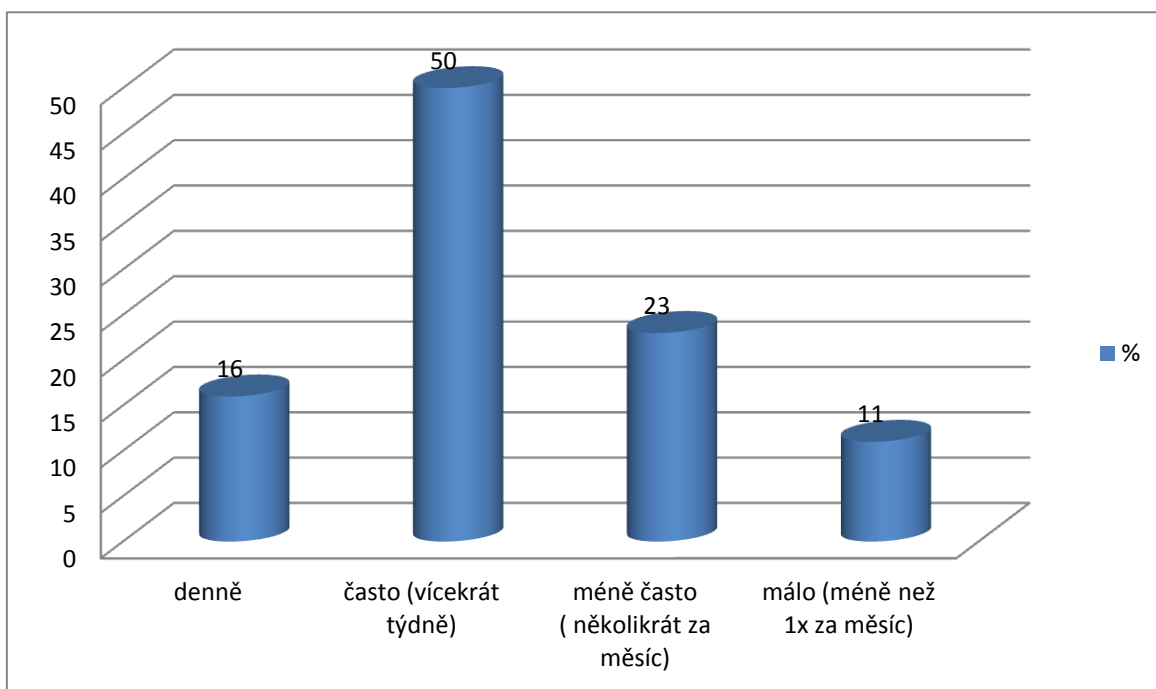


Zdroj: vlastní

Ze 105 respondentů odpovědělo 100% dotazovaných na položenou otázku odpovědí ano.

Otázka č. 5: **Jak často se s agresivním chováním ze strany pacienta setkáváte?**

Graf 5: Incidence agresivního chování

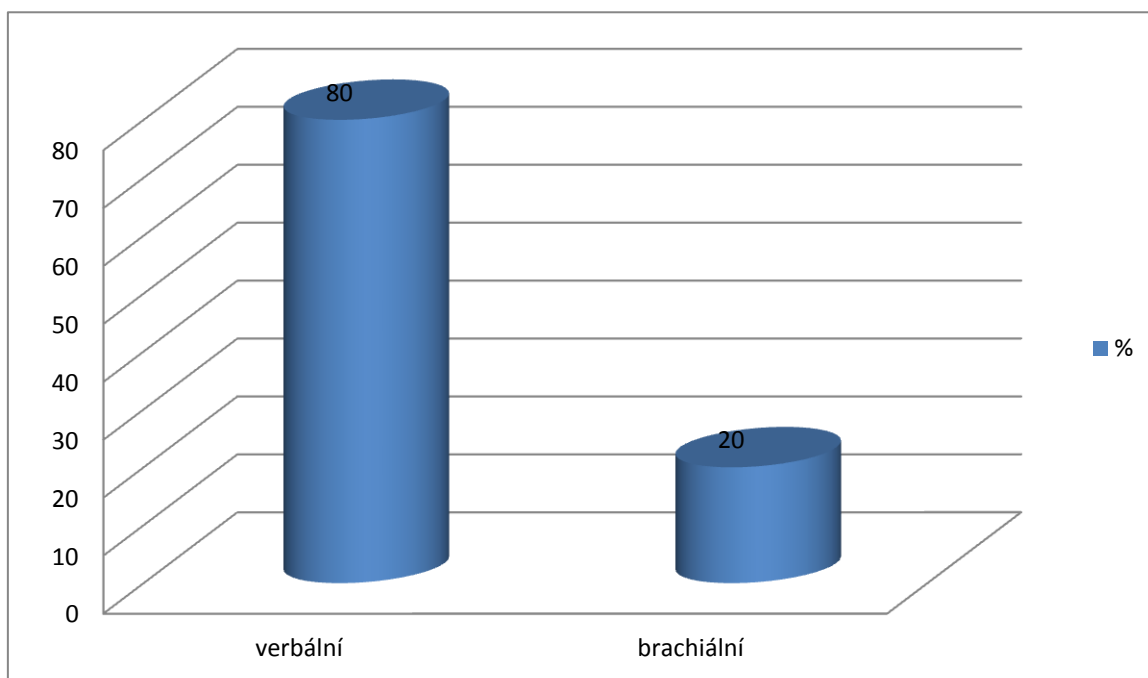


Zdroj: vlastní

Ze 105 respondentů na otázku jak často se setkávají s agresivním pacientem, odpovědělo denně 17 (16%) dotazovaných, často 52 (50%) dotazovaných. Méně často se s agresivním chováním setkala 24 (23%) dotazovaných a málo 12 (11%) dotazovaných.

Otázka č. 6: S jakou formou agrese se setkáváte nejčastěji?

Graf 6: Převládající forma agrese

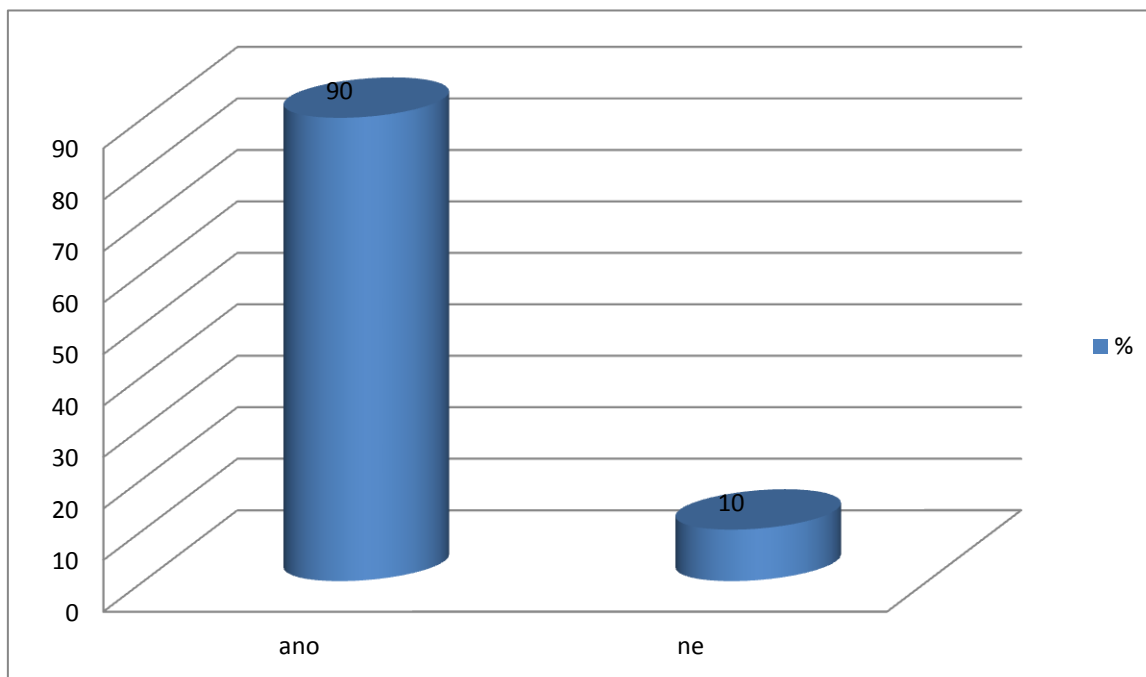


Zdroj: vlastní

Ze 105 respondentů na položenou otázku odpovědělo 84 (80%) dotazovaných, že se setkávají častěji s agresí verbální, zatímco 21 (20%) dotazovaných se častěji setkává s brachiální formou agrese.

Otázka č. 7: **Je podle Vás nutné udržovat si při komunikaci s agresivním pacientem určitou bezpečnou vzdálenost?**

Graf 7: Bezpečná vzdálenost

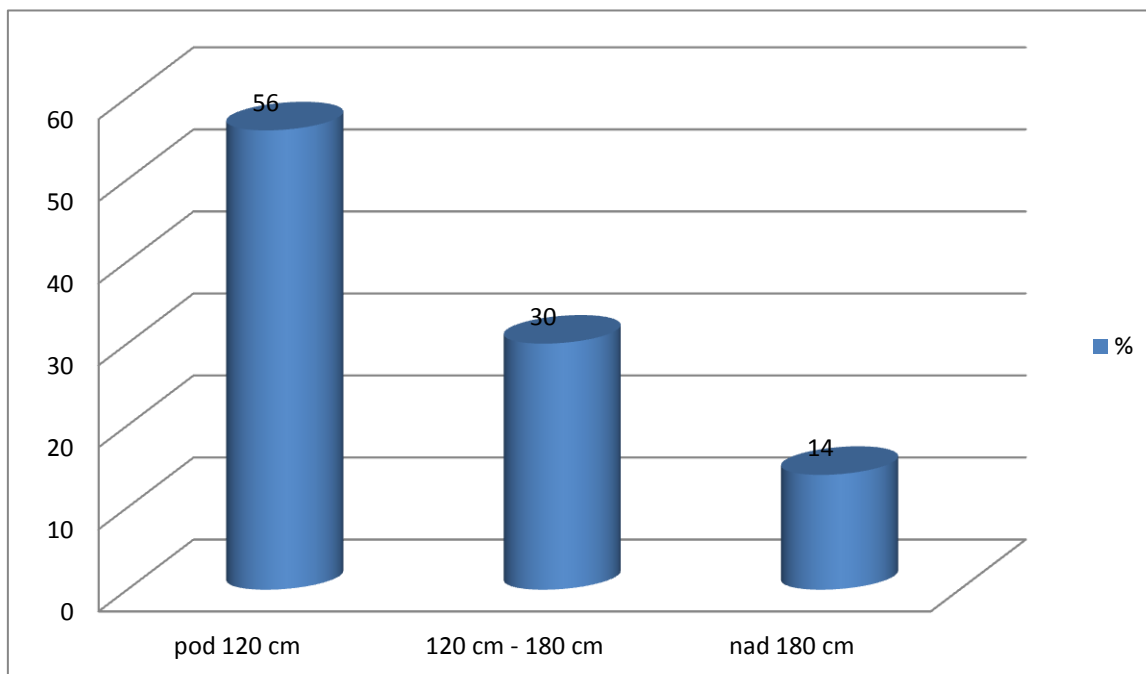


Zdroj: vlastní

Ze 105 respondentů si 94 (90%) myslí, že při komunikaci s agresivním pacientem je nutné si udržovat bezpečnou vzdálenost, zatímco 11 (10%) dotazovaných je opačného názoru.

Otázka č. 7: **Pokud ano, uveďte jaká vzdálenost v cm je podle Vašeho názoru bezpečná?**

Graf 8: Délka bezpečné vzdálenosti

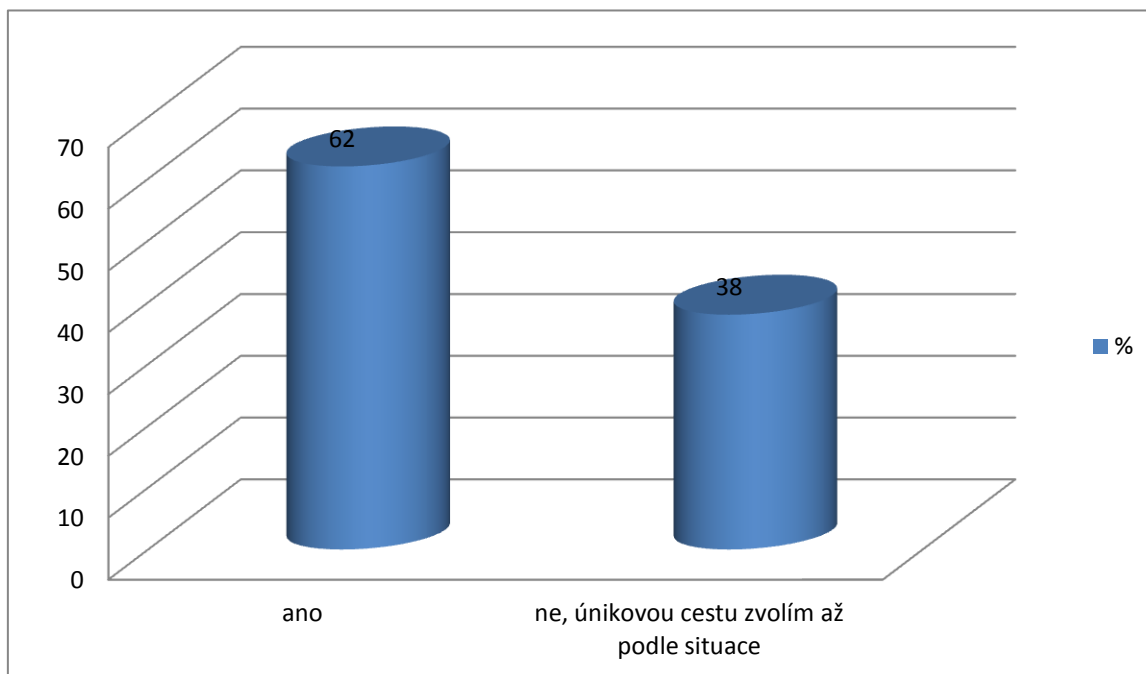


Zdroj: vlastní

Z 94 respondentů, kteří na předešlou otázku odpověděli ano, 53 (56%) dotazovaných udává hodnoty bezpečné vzdálenosti pod 120 cm, kdy nejnižší udaná hodnota je 30cm. Rozpětí mezi 120 cm – 180 cm udalo 28 (30%) dotazovaných a 13 (14%) dotazovaných udalo hodnoty nad 180 cm, kdy největší udaná hodnota činila 450 cm.

Otázka č. 8: **Myslíte si, že je nutné mít pro případ jednání s agresivním pacientem předem zmapovanou únikovou cestu?**

Graf 9: Nutnost únikové cesty

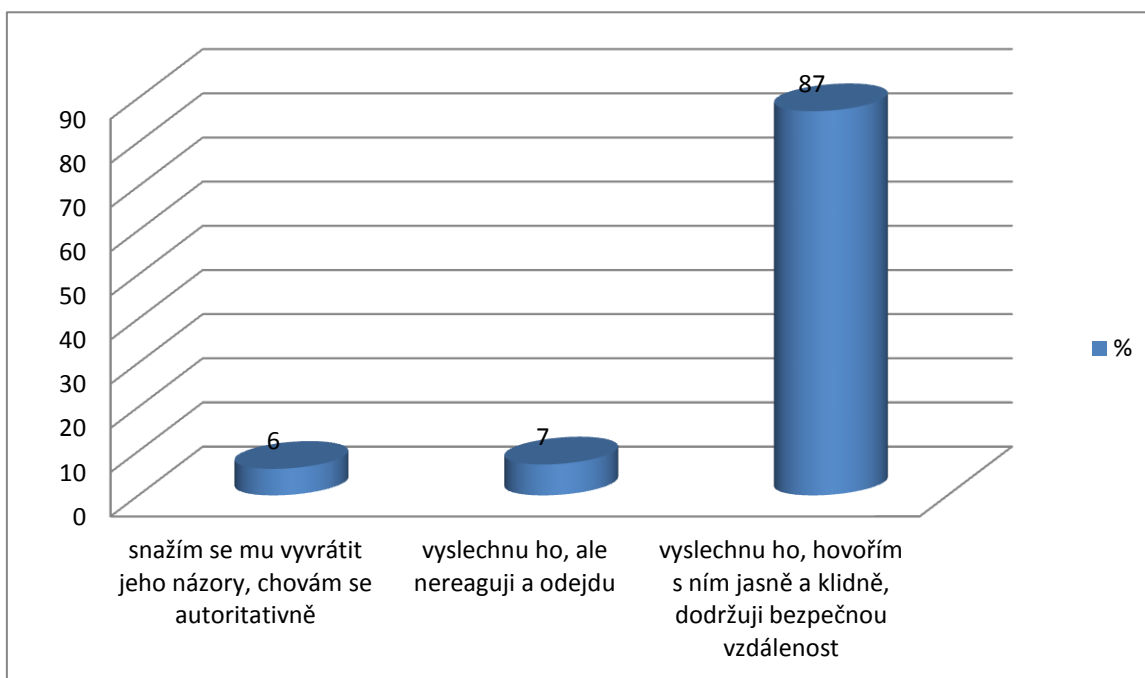


Zdroj: vlastní

Ze 105 respondentů si 65 (62%) dotazovaných myslí, že je nutné mít předem zmapovanou únikovou cestu při komunikaci s agresivním pacientem. Únikovou cestu si předem nemapuje 40 (38%) dotazovaných, ti ji volí dle dané situace.

Otázka č. 9: Jak byste postupoval/la při jednání s verbálně agresivním pacientem?

Graf 10: Postup při jednání s verbálně agresivním pacientem

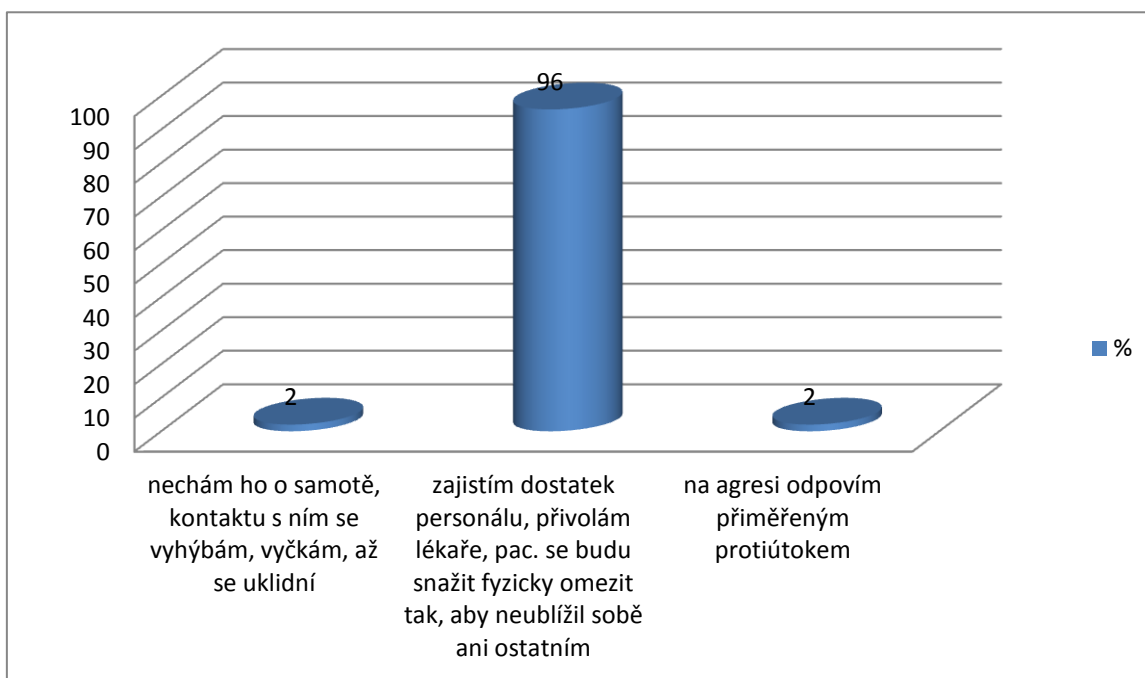


Zdroj: vlastní

Ze 105 respondentů se 6 (6%) dotazovaných zachová tak, že se agresivnímu pacientovi snaží vyvrátit jeho názory a chovají se k němu autoritativně. Verbálně agresivního pacienta vyslechne, ale nereaguje a odejde 7 (7%) dotazovaných. Zatímco 92 (87%) dotazovaných verbálně agresivního pacienta vyslechne, hovoří s ním jasně a klidně a dodržují bezpečnou vzdálenost.

Otázka č. 10: Jak byste postupoval/la při jednání s brachiálně agresivním pacientem?

Graf 11: Postup při jednání s brachiálně agresivním pacientem

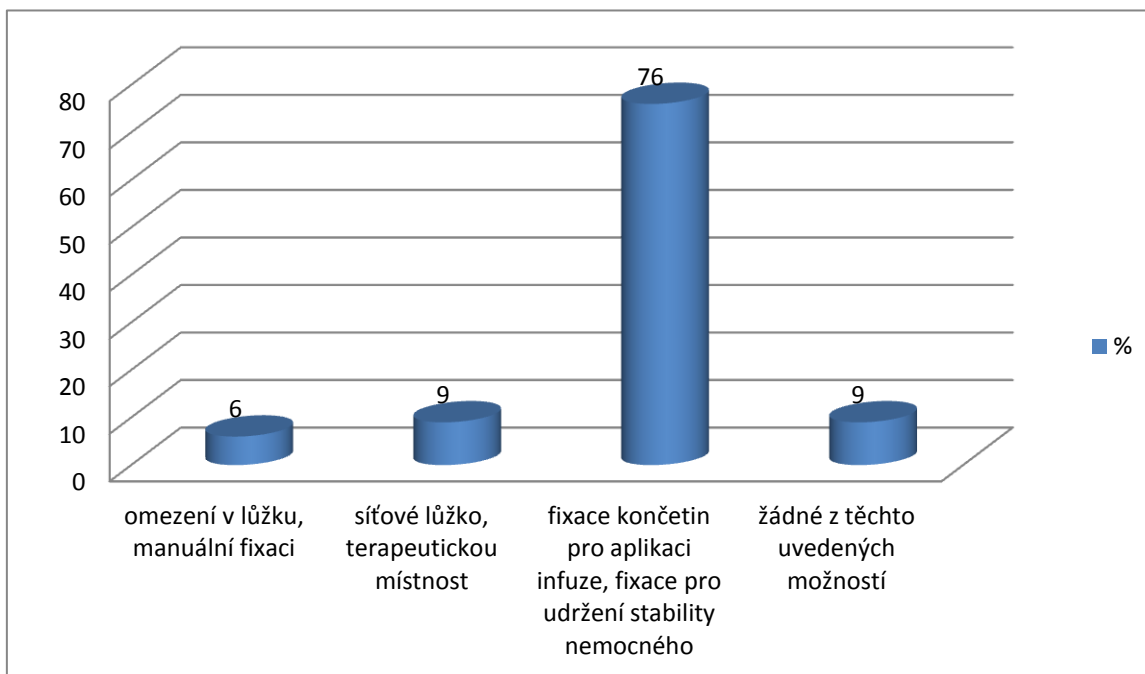


Zdroj: vlastní

Ze 105 respondentů odpověděli 2 (2%) dotazovaní, že by postupovali při jednání s brachiálně agresivním pacientem tak, že by ho nechali o samotě a kontaktu s ním se vyhnuli do doby, než se uklidní. Nejčastěji respondenti odpovídali na položenou otázku odpovědí, že zajistí dostatek personálu, přivolají lékaře, pacienta se budou snažit fyzicky omezit tak, aby neublížil sobě ani ostatním, takto odpovědělo 101 (96%) dotazovaných. Další možností odpovědi bylo, že na agresi odpoví přiměřeným protiútokem, tuhle možnost využívají 2 (2%) dotazovaní.

Otázka č. 11: **Mezi omezovací prostředky využívané za účelem zklidnění agresivního pacienta neřadíme:**

Graf 12: Rozdělení omezovacích prostředků

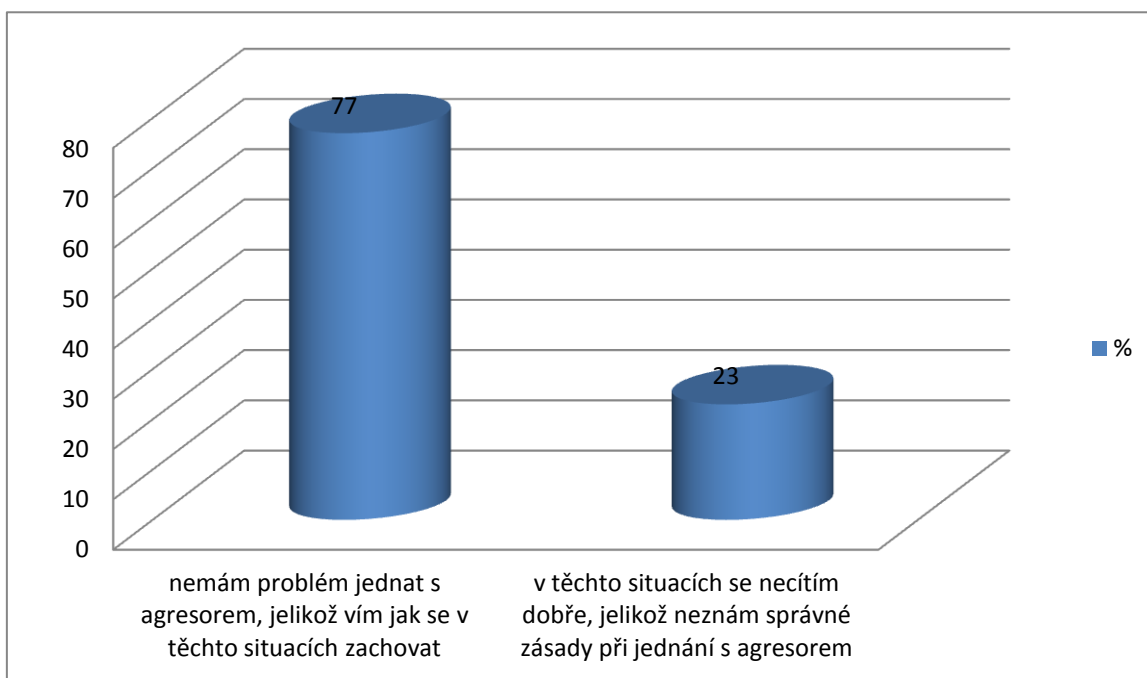


Zdroj: vlastní

Ze 105 respondentů odpovědělo 6 (6%) z dotazovaných, že mezi omezovací prostředky neřadíme omezení v lůžku a manuální fixaci, 9 (9%) dotazovaných uvedlo, že mezi ně neřadíme síťové lůžko a terapeutickou místnost. Možnost, že mezi omezovací prostředky neřadíme fixaci končetin pro aplikaci infuze, nebo fixaci pro udržení stability pacienta, označilo 80 (76%) dotazovaných. A možnost, že žádná z výše uvedených odpovědí není správně, označilo 10 (9%) dotazovaných.

Otázka č. 12: **Jaké jsou Vaše pocity při jednání s agresivním pacientem?**

Graf 13: Pocity při jednání s agresivním pacientem

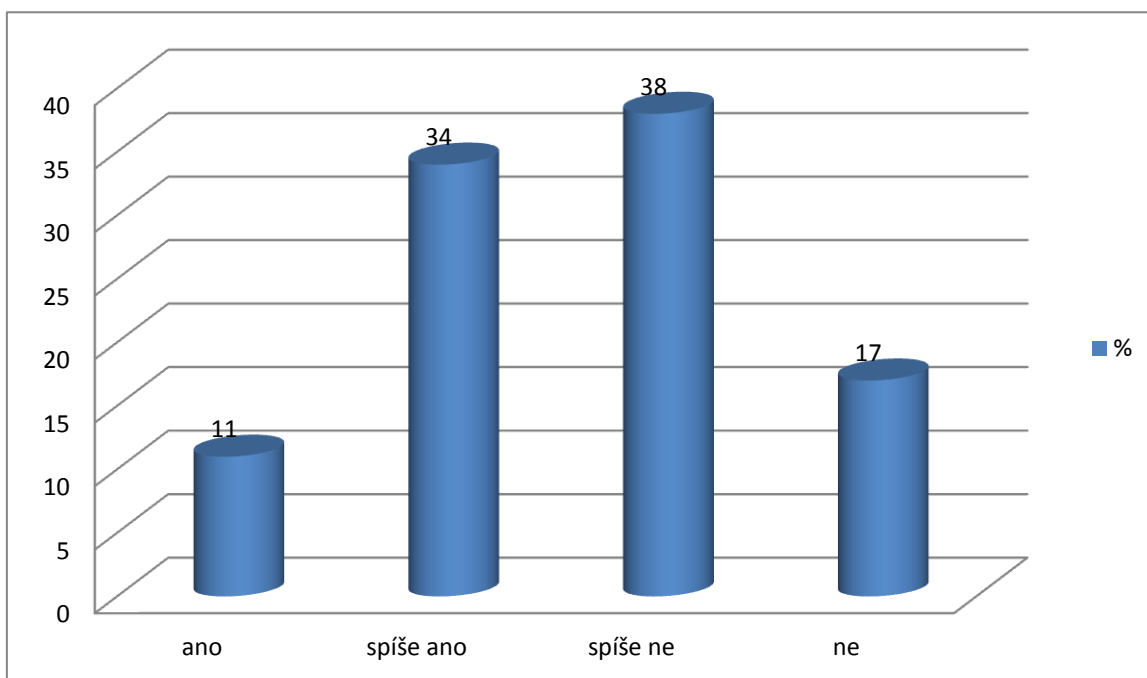


Zdroj: vlastní

Ze 105 respondentů 81 (77%) dotazovaných nemá problém jednat s agresorem, jelikož ví jak se v daných situacích zachovat, zatímco 24 (23%) se v těchto situacích necítí dobře, jelikož neznají správné zásady při jednání s agresorem.

Otázka č. 13: **Máte obavy nebo strach jednat s agresivními pacienty?**

Graf 14: Strach a obavy z jednání s agresivním pacientem

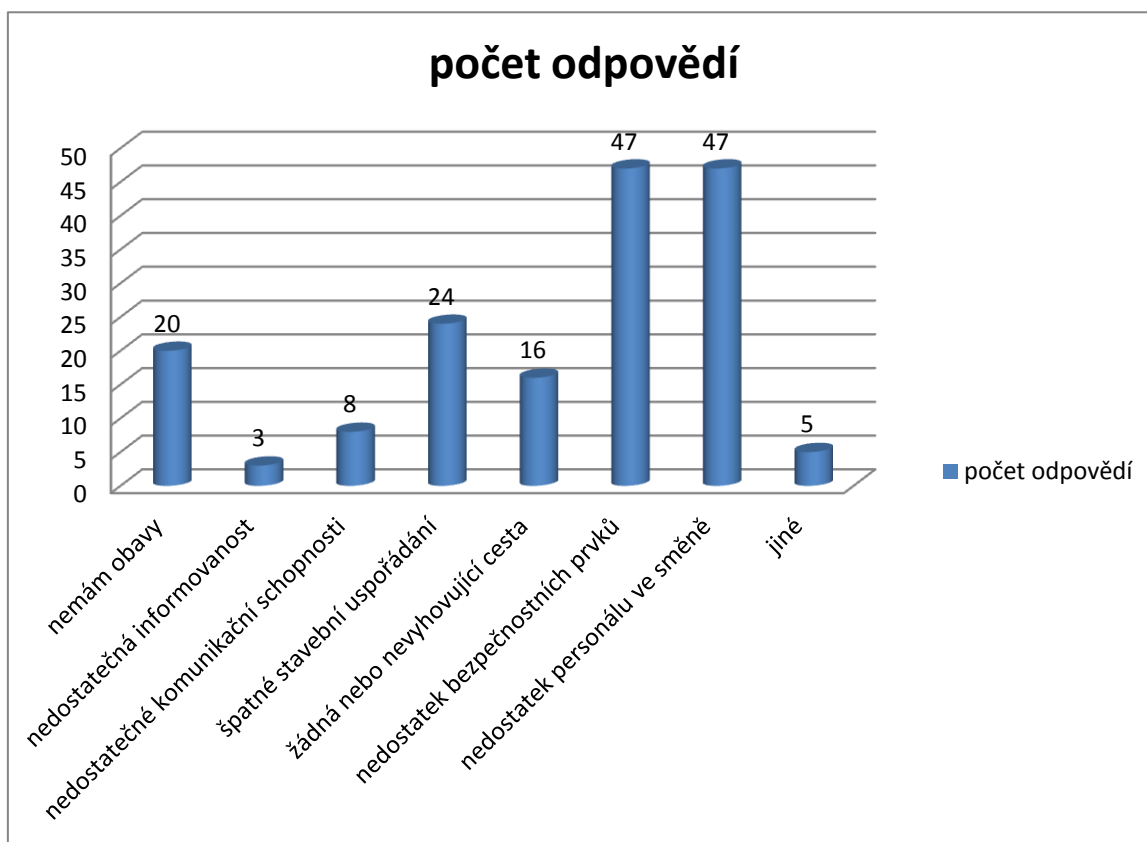


Zdroj: vlastní

Ze 105 dotazovaných respondentů na položenou otázku odpovědělo 11 (11%) dotazovaných ano, 36 (34%) dotazovaných spíše ano. Obavy jednat s agresivními pacienty nemá 18 (17%) dotazovaných a spíše nemá obavy 40 (38%) dotazovaných.

Otázka č. 14: Jaký je hlavní důvod Vašich obav z kontaktu s agresivním nemocným?

Graf 15: Důvody obav z kontaktu s agresivním nemocným



Zdroj: vlastní

V této otázce měli respondenti možnost vybrat si maximálně ze dvou možných odpovědí. Na položenou otázku 20 dotazovaných odpovědělo, že nemají obavy z kontaktu s agresivním pacientem, 3 respondenti odpověděli, že mají nedostatek informací o možnostech a správných postupech, 8 dotazovaných má nedostatečné komunikační schopnosti, 24 dotazovaných udává, že jejich hlavním důvodem obav je špatné stavební uspořádání, 16 respondentů zvolilo odpověď žádná nebo nevyhovující únikové cesty, 47 respondentů udává, že má obavy nejvíce z toho, že je nedostatek bezpečnostních prvků, 47 dotazovaných má obavy hlavně z nedostatku personálu ve směně a 5 respondentů zvolilo otevřenou odpověď, kdy udávali, že mají obavy z možného rizika úrazu, zranění nebo rozbití brýlí.

13 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Předpoklad 1 - Domnívám se, že převážná většina (více než 85%) zdravotníků se při výkonu své profese v psychiatrické nemocnici setkala s agresivitou ze strany pacienta, přičemž převládá forma verbální agrese.

K tomuto předpokladu byly stanoveny otázky č. 4, 5, 6. V těchto otázkách jsem se respondentů ptala, zda se po dobu své praxe na psychiatrii setkali s agresivním chováním pacienta a jaká forma agresivity převládá a jaká je incidence těchto situací.

Z výsledků vyplývá, že 105 (100%) dotazovaných se po dobu své praxe na psychiatrii setkali s agresivním chováním ze strany pacientů. Ze všech oslovených se 84 (80%) dotazovaných setkávají s verbální formou agrese jako s častější, přičemž 21 (20%) respondentů uvedlo, že se častěji setkávají s brachiální formou agrese.

Shrnutím zjištěných údajů lze konstatovat, že všichni z dotazovaných již měli po dobu své praxe na psychiatrii zkušenost s verbální nebo brachiální formou agrese. Většina respondentů se častěji setkává s verbální formou agrese a to často, což bylo v dotazníku upřesněno jako vícekrát za týden. Dle mého výzkumu nebylo potvrzeno, že záleží na pohlaví a ani pracovním zařazení ve výskytu agresivního chování. Předpoklad se mi potvrdil, 100% dotazovaných se setkali po dobu své praxe s agresivním chováním ze strany pacienta, což převýšilo můj odhad o 15%.

Předpoklad 2 – Domnívám se, že většina (více než 75%) zdravotníků má dostatek znalostí o problematice ošetřování agresivních pacientů.

Tomuto předpokladu byly věnovány otázky č. 7, 8, 9, 10, 11. Byly označeny jako znalostní. Zde jsem se respondentů dotazovala na to, zda mají při komunikaci s agresivním pacientem udržovat bezpečnostní zónu a popřípadě jaká by měla být její vzdálenost a zda je nutné ji mít při komunikaci předem zmapovanou. Dále mne zajímalo, jak by se respondenti zachovali jak při kontaktu s verbálně agresivním pacientem tak i s brachiálně agresivním. Další znalostní otázka byla určena omezovacím prostředkům,

zde měli respondenti označit takové prostředky, které nejsou zařazeny do skupiny omezovacích prostředků. Pro splnění tohoto předpokladu bylo podmínkou zodpovězení správně alespoň na 4 z 5 položených znalostních otázek. Otázka, která se týkala dodržování bezpečné vzdálenosti při komunikaci s agresivním pacientem, kde respondenti měli možnost uvést jaká je její vzdálenost, za správnou odpověď bylo považováno rozmezí mezi 120 cm – 180 cm. V samostatných otázkách respondenti odpovídali velice úspěšně, pouze v první znalostní otázce sice 94 (90%) respondentů uvedlo, že je nutné při komunikaci s agresivním nemocný udržovat bezpečnou vzdálenost, ale hodnoty, které dotazovaní uváděli, byly chybné. Rozmezí pod 120 cm uvedlo 53 (56%) respondentů, vzdálenost více jak 180 cm uvedlo 13 (14%) dotazovaných, zatímco správnou odpověď rozmezí mezi 120 cm - 180cm uvedlo pouze 28 (30%) dotazovaných.

Po celkovém propočítání na všech 5 znalostních otázek odpovědělo správně 12 (11%) respondentů, na 4 z 5 znalostní otázky odpovědělo 49 (47%) respondentů a podmínku pro splnění znalostních otázek nesplnilo 44 (42%) respondentů. Celkem můj předpoklad splnilo 61 (58%) respondentů.

Předpoklad, že respondenti mají dostatek vědomostí o problematice ošetřování agresivních pacientů, se nepotvrdil. Můj odhad byl, že správně odpoví více než 75% dotazovaných a výsledek je takový, že správně na znalostní otázky odpovědělo pouze 58% dotazovaných.

Předpoklad 3 – Předpokládám, že více než polovina zdravotníků i přes dostatek informací se necítí být na kontakt s agresivním pacientem dobře připravená, tudíž se těchto situací obává.

Tomuto předpokladu byly určeny otázky č. 12, 13 a 14. Zde jsem se respondentů ptala na jejich pocity při jednání s agresivním pacientem. Dále mne zajímalo, zda mají dotazovaní strach nebo obavy jednat s těmito pacienty a jaké jsou jejich hlavní důvod případných obav.

U otázky, jaké mají respondenti pocity při jednání s agresivním pacientem, odpovědělo 81 (77%) dotazovaných, že nemají problém jednat s agresorem, jelikož ví, jak se mají v těchto situacích zachovat i přesto, že v předešlém předpokladu bylo zjištěno, že na znalostní otázky správně odpovědělo 61 (58%) respondentů.

V návaznosti na předešlou otázku, kde respondenti odpovídali, že nemají problém jednat s agresorem, jelikož ví, jak se v těchto situacích zachovat, mě zajímalo, jak tito

respondenti odpovídali v následující otázce, kde jsem se jich ptala, zda mají obavy nebo strach s takovýmto pacientem jednat. Z celkového počtu 81 (77%) respondentů z předešlé otázky odpovědělo 32 (40%) respondentů, že spíše nemají obavy nebo strach z těchto situací, zatímco 26 (32%) respondentů odpovědělo, že mají spíše strach nebo obavu jednat s agresorem. Obavy nebo strach nemá 17 (21%) respondentů a 6 (7%) respondentů má obavy či strach v těchto situacích.

Poslední otázka v tomto předpokladu byla polootevřená, kde měli respondenti označit maximálně 2 vyhovující odpovědi a poslední možností bylo napsání svého názoru na otázku, jaký je jejich hlavní důvod obav z kontaktu s agresivním nemocným. Ne všichni dotazovaní zvolili k označení dvě odpovědi, někdo zvolil pouze jednu možnost, proto nelze tyto odpovědi vyhodnotit procentuálně. Jen 5 respondentů napsalo jiný důvod jejich obav, kde se opakovalo možné zranění či poranění personálu, jeden respondent měl obavy o rozbití svých dioptrických brýlí. Nejčastěji byly voleny odpovědi z obav z nedostatku bezpečnostních prvků na oddělení, z nedostatku personálu ve směně a ze špatného stavebního uspořádání oddělení, tyto odpovědi byly převážně označovány spolu současně.

Shrnutím všech získaných údajů spíše nemají respondenti obavy, strach ani problém jednat s agresorem, ale přesto jejich hlavním důvodem případných obav je nedostatek personálu ve směně a nedostatek bezpečnostních prvků. Můj předpoklad se nepotvrdil, jelikož jsem předpokládala, že více než 50% respondentů se necítí být na kontakt s agresorem dobře připravena, jelikož více než polovina respondentů v položených otázkách udává, že s těmito situacemi nemají problém. Pouze 3 dotazovaní v poslední otázce zvolili jako možnost odpovědi, že mají obavy z důvodu nedostatečné informovanosti a 8 dotazovaných uvedlo, že nemají dobré komunikační schopnosti.

14 DISKUSE

Ošetřování agresivních pacientů je téma velice obsáhlé. Je možné na něj pohlížet z více úhlů pohledu. Zdravotnické zařízení je velký komplex, kde se vykytuje mnoho pracovníků s různým stupněm vzdělání a pracovního zařazení, je zde i velké množství pacientů s různými druhy diagnóz a v neposlední řadě se zde nachází i skupina náhodně příchozích návštěvníků. Proto není divu, že mezi takovým množstvím lidí se vyskytují různé projevy agresivního chování. Cílem této bakalářské práce bylo zjistit výskyt agresivity ze strany pacientů vůči personálu a znalost zdravotnického personálu v této problematice. Hlavními respondenty dotazovaného šetření byl nelékařský zdravotnický personál Psychiatrické nemocnice v Dobřanech.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že se zdravotníci po dobu své praxe na psychiatrii setkali s agresivním chováním ze strany pacienta. Přesto že 80% dotazovaných se nejčastěji setkává s verbální formou agrese ze strany pacienta, bohužel jsou i případy 20% zdravotníků, kteří se častěji setkávají s formou brachiální agrese. I přesto, že zdravotníci ve velké míře nemají dostatek vědomostí o této problematice, což vyplynulo z dotazníkového šetření, které obsahovalo i znalostní otázky, většinou nemají s těmito pacienty problém jednat. Zajímalo mě, se kterou formou agrese se setkávají spíše muži než ženy a zda záleží na jejich pracovním zařazení. Z celkového počtu respondentů se výzkumu účastnilo 18% mužů. Verbální formu agresivního chování označilo 63% dotazovaných mužů a 37% dotazovaných mužů označilo jako častější brachiální formu agresivního chování. Poměrně vysoké procento u mužů 42%, kteří označili verbální formu agresivního chování jako častější, zadali své pracovní zařazení jako sanitář. U žen, kterých bylo celkem v dotazníkovém šetření 86%, které označily jako častější formu agrese verbální, zadaly jako své pracovní zařazení všeobecná sestra nebo sestra s vyšším vzděláním, tato skupina byla nejobsáhlejší činila 64% sester. Jako častější formu brachiální agrese označilo celkem 20% respondentů, z čehož bylo 67% žen a 33% mužů. I v téhle skupině mě zajímalo, zda jejich pracovní zařazení má vliv na útok ze strany pacienta. Ve skupině mužů i žen takto nejčastěji odpovídal personál, který se řadí do pracovní skupiny sanitář/ka.

Na toto téma bylo již vypracováno několik šetření v různých oborech zdravotnictví.

Nejčastěji se touto problematikou zabývají v oblasti záchranné služby, kde k incidenci útoků dochází poměrně často. Měla jsem možnost porovnat výsledky s jinou bakalářskou prací vypracovanou v roce 2009 na téma „Problematika agresivního chování veřejnosti vůči zdravotnické záchranné službě“ (38), kde byl výsledek šetření skoro stejný jako v tomto výzkumném šetření. Pracovníci záchranné služby uváděli, že se všech 100% dotazovaných po dobu své praxe s agresivním chováním ze strany pacienta setkali. I v této práci u respondentů převládá verbální forma agrese, 65% dotazovaných ze záchranné služby uvedlo tuto formu jako nejčastější. S fyzickou agresivitou se během své praxe častěji se setkalo 35% respondentů.

Dále jsem měla možnost porovnat tuto bakalářskou práci s jinou bakalářskou prací „Agresivní pacient v ošetrovatelské praxi“ (39), kde odpovídalo 98% respondentů, že se po dobu své praxe setkalo s verbální formou agrese, což je o 2% méně než v mém výzkumu. V této práci dále autorka uvádí fakt, že 35 respondentů bylo po dobu své praxe fyzicky napadeno ze strany pacienta.

Další zajímavost ve výzkumu byla uvedená četnost výskytu jednotlivých forem agrese. Skupina respondentů, kteří zvolili jako nejčastější formu verbální agrese, volili nejčastěji odpověď, že se s touto formou agrese setkávají v 52% často, což bylo v dotazníku upřesněno jako vícekrát týdně. U respondentů, kteří označili jako nejčastější brachiální formu agrese, byly výsledky ve dvou skupinách téměř vyrovnané, a to v odpovědích často a méně často, což bylo v dotazníku specifikováno jako několikrát za měsíc. I tuto informaci jsem měla možnost porovnat s jiným výzkumným šetřením a to s další bakalářskou prací. Bakalářská práce byla z oboru psychiatrie „Agresivita pacientů v psychiatrické praxi z pohledu ošetrovatelského personálu“ (40) z roku 2013. I zde se mi potvrzuje mé šetření, že 100% respondentů se po dobu své praxe setkalo s násilným chováním ze strany pacienta. Autor dále uvádí, že i četnost výskytu je velice vysoká, především u verbální formy agrese se s ní každou směnu setkává 50% respondentů a každou druhou směnu s verbální agresí setkává 38% respondentů.

Znalostní otázky, které se zabíraly problematikou ošetřování agresivních pacientů, splnilo celkem 58% respondentů. Nejvíce zastoupená skupina, kdy respondenti správně odpověděli na tyto otázky, byla obsazena respondenty s pracovním zařazením všeobecná sestra, po nich další početnější skupinu obsadily sestry s vysokoškolským, vyšším nebo odborným vzděláním. I v bakalářské práci na téma „Zvláštnosti ošetrovatelské péče u agresivních pacientů na traumatologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.“

(41) se taktéž potvrdil výsledek, že se 100% respondentů po dobu své praxe setkala s agresivním chováním pacientů s převládající formou verbální agrese. I zde se autorka zabývá znalostmi zdravotnického personálu v problematice ošetřování agresivních pacientů. V tomto výzkumném šetření se potvrdil předpoklad, že zdravotnický personál nemá dostatek informací a znalostí v problematice ošetřování agresivních pacientů.

V dotazníku byla položena i otázka, jaké jsou pocity respondentů při kontaktu s agresivním pacientem. Zajímalo mě, jakou měli souvislost respondenti, kteří na položenou otázku odpověděli tak, že se v těchto situacích necítí dobře, jelikož neznají správné zásady při jednání s agresorem. V této skupině takto odpovědělo 83% žen a 17% mužů z dotazovaných. Poté, co jsem tuto otázku porovnála se znalostními otázkami, zjistila jsem, že 63% z těchto dotazovaných odpovědělo špatně na znalostní otázky, 29% respondentů odpovědělo správně alespoň na 4 z 5 znalostních otázek a pouze 8% respondentů zodpovědělo správně všech 5 znalostních otázek. Proto lze konstatovat, že respondenti mají celkem dobré znalostní předpoklady, ale největší problém dělá všem bez ohledu na délku praxe a na stupeň vzdělání udržování si bezpečné vzdálenosti, kterou by měli dodržovat při kontaktu s agresivním pacientem, většina dotazovaných si udržuje menší vzdálenost, než je uváděna v literatuře. V průzkumu celkově správně zodpovězených 5 otázek, jsem zaznamenala, že pokud respondenti nemají vyšší pracovní zaměření, tak mají krátkou délku praxe na psychiatrii

Velmi přínosné a důležité při zpracovávání této práce pro mě bylo, že jsem měla možnost se svolením hlavní sestry v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech nahlédnout do statistik Informačního systému pro psychiatrii. Do tohoto systému je personál nemocnice povinen zapisovat všechny nežádoucí události, které nastanou během jeho pracovní doby. Nežádoucí události jsou rozděleny do tří kategorií. S proběhlým výzkumným šetřením byla spojitost pouze se dvěma kategoriemi a to: zdraví a život ohrožující stavy pacientů a ohrožení zdraví a života personálu. Měla jsem možnost porovnat statistické údaje za poslední tři roky. V kategorii fyzické napadení pacienta jiným pacientem bylo evidováno v roce 2011 41 případů, v roce 2012 počet případů narostl na 62 událostí a v roce 2013 byla stejná jako v předešlém roce celkem 62 případů. Ve skupině ohrožení zdraví a života personálu bylo v kategorii fyzické napadení personálu pacientem v roce 2011 evidováno 9 případů, v roce 2012 bylo 15 případů a v roce 2013 počet případů klesl na 8. V roce 2011 byl evidován i 1 případ napadení personálu jinou osobou, tato stejná nežádoucí událost byla evidována i v roce 2013. Ze statistiky je patrné, že od roku 2012 napadení personálu

pacientem sice nenarostlo, v roce 2013 zachovalo stejné hodnoty, bohužel i přesto jsou tato čísla celkem vysoká.

ZÁVĚR

Agresivita ze strany pacienta je velmi aktuální téma nejen v ošetrovatelství, ale i v ostatních sférách nemocniční praxe. Cílem práce bylo zjistit, zda se účastníci výzkumného šetření během své praxe setkali s agresí ze strany pacienta, přičemž dle předpokladu převládá verbální forma. Všechny zdravotnický personál, který se zúčastnil výzkumného šetření, se během své praxe, která byla většinou dlouhodobá, setkal s verbálním i brachiálním agresivním chováním pacienta. Dále výzkum ukázal, že dostatek znalostí o péči o agresivního pacienta má jen 58% zdravotnického personálu, přičemž více znalostí prokázaly všeobecné sestry a sestry s vyšším vzděláním než zdravotníci s nižším stupněm vzdělání. Proto si myslím, že je velice důležité, aby této problematice byla ve školách věnována větší pozornost. Jelikož se dotazníkového šetření zúčastnila i početná skupina nižšího zdravotnického personálu, z nichž většina absolvovala pouze sanitářský kurz a neměla možnost se při studiích o této problematice dozvědět více. Bylo by vhodné, aby se v pravidelných intervalech v nemocničních zařízeních konaly povinné nebo dobrovolné přednášky a semináře o problematice agresivního chování i pro pomocný personál. Myslím si, že by bylo pozitivní pro praxi pořádat pro zdravotnický personál kurzy, kde se personál naučí jednat s těmito pacienty, popřípadě se jejich útokům ubránit. Existuje řada možností vzdělávání v této problematice, ale ne pro každého jsou časově a finančně dostupné. Proto by bylo pro praxi přínosné, aby zaměstnavatel svým zaměstnancům tyto kurzy a školení nejen zajišťoval, ale i finančně na ně přispíval, a to zejména na pracovištích, kde lze výskyt agrese ze strany pacienta předpokládat ve zvýšené míře. Personál, který umí efektivně zvládat agresivního pacienta, nejen že přispívá ke zkvalitnění ošetrovatelské péče, ale také minimalizuje riziko případných negativních následků, které by přinášely zdravotnickému zařízení finanční ztráty v podobě náhrady škody, nemocenských dávek a podobně. Výzkum dále ukázal, že většina zdravotnického personálu pracujícího na psychiatrii se však kontaktu s agresivním pacientem neobává. Všechny stanovené cíle byly splněny.

Během studia literatury a zpracovávání svého výzkumu jsem získala cenné informace a také představu o tom, ve kterých oblastech péče o agresivního pacienta mají zdravotníci ve svých vědomostech slabiny. Získané poznatky bych ráda poskytla nelékařskému zdravotnickému personálu v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech. Po

dohodě s vedením nemocnice připravuji přednášku pro nelékařský zdravotnický personál všech kategorií, která bude prezentována v letních měsících tohoto roku. Takto bych personál seznámila s výsledky své práce a zároveň je edukovala o této problematice.

SEZNAM ZDROJŮ

1. DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *První pomoc v psychiatrii: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 170 s. ISBN 80-247-0197-9.
2. MOROVICSOVÁ, Eva a LIŽBETINOVÁ, Anna. *Terapeutická komunikácia. Sestra, 2010, roč. 9, č. 3–4. s. 28–29. ISSN 1335–9444.*
3. HARSA, P., KERTÉSZOVÁ, D., MACÁK, M., VOLDŘICHOVÁ, I. *Současné projevy agrese. Psychiatrie pro praxi 2012, roč. 13, č. 1, s. 15–18. ISSN 1213-0508*
4. MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
5. TOMÁŠ, Petr. *Rizika násilí na oddělení akutní psychiatrické péče. Sestra, 2003, roč. 13, č. 7-8. s. 69-71. ISSN 1210-0404.*
6. MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 291 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
7. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry: pro zdravotnické asistenty 4. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
8. KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie a komunikace: pro zdravotnické asistenty 4. ročník*. 1. vyd. Praha, 2008. ISBN 978-802-4728-315.
9. ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 278 s. ISBN 978-802-4740-621.

10. RADIMSKÝ, Marek. *Psychiatrie*. Vyd. 3. přeprac. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997, 176 s. ISBN 80-701-3218-3.
11. BEER, M, Stephen M PEREIRA a Carol PATON. *Intenzivní péče v psychiatrii: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Vyd. 1. Překlad Martin Hollý, Kateřina Šoltysová. Praha: Grada, 2005, 296 s. ISBN 80-247-0363-7.
12. LINHARTOVÁ, Věra a Gabriela MAHROVÁ. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 152 s. ISBN 978-802-4717-845.
13. TOMÁŠ Petr. Řízení rizik na psychiatrických odděleních. *Česká a Slovenská psychiatrie* [online]. [cit. 2013 – 11 – 15]. Dostupné z <http://www.cpsychiatr.cz/detail.php?stat=699>
14. ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální zabezpečení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 350 s. ISBN 978-802-4737-249.
15. MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 192 s. ISBN 978-802-4738-727.
16. RABOCH, Jiří. *Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče III*. V Tribunu EU vyd. 2. Brno: Tribun EU. ISBN 978-80-7399-984-1
17. ŠVARC, Jiří. Omezující prostředky v psychiatrii. *Psychiatrie pro praxi* 2008, roč. 9, č. 5, s. 243-245. ISSN 1213-0508.
18. VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ. *Právní minimum pro sestry: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 95 s. ISBN 978-802-4731-322.
19. PhDr. HLINOVSKÁ Jana a Zuzana FIŠAROVÁ. Ošetřovatelský proces v psychiatrii – spojení teorie a praxe. *Florence* [online]. [cit. 2013 – 11 – 10]. Dostupné z <http://www.florence.cz/odborne-clanky/florence-plus/osetrovatelsky-proces-v-psychiatrii-spojeni-teorie-a-praxe/>

20. ŠPENDLÍČKOVÁ, Blanka a Petra BARTOŇOVÁ. Zvládání akutního neklidu na příjímacím oddělení v PL Jihlava. *Psychiatrická sekce České asociace sester* [online]. [cit. 2013 – 11 – 10]. Dostupné z <http://www.psychiatrickasekcecas.estranky.cz/clanky/sbornik-prednasek-2.html> [cit. 2013 – 11 – 10]
21. VOŘÍŠEK, Radovan. Bezpečná komunikace v nebezpečných situacích. Jak zvládat komunikaci s agresivním, neorientovaným nebo závislým klientem. *Sestra.in* [online]. [cit. 2013 – 11 – 10]. Dostupné z http://www.sestra.in/upload_akce/upload/akce.pdf
22. Základy asertivního chování. *Psychoterapeutické centrum Gaudia* [online]. [cit. 2013 – 11 – 10]. Dostupné z <http://www.gaudia.cz/celozivotni-vzdelavani/pro-zdravotni-sestry/zaklady-asertivniho-jednani>
23. Ošetrovatelská péče v psychiatrii. *Česká asociace sester Region Hradec Králové*[online]. [cit. 2013 – 11 – 10]. Dostupné z http://www.cnaa.cz/docs/akce/hradec_kralove_2014_informace.pdf
24. Komunikace s psychicky nemocnými klienty. *Edupol vzdělávací agentura* [online]. [cit. 2013 – 11 – 10]. Dostupné z <http://www.edupol.cz/kurz.html?kurz=9>
25. KAUCKÝ Dis., Daniel a Mgr. HORÁK Michal. Způsoby zvládání obtížných situací při spolupráci s klientem. *Tréninkové a vzdělávací středisko Fokus Praha* [online]. [cit. 2013 – 11 – 10]. Dostupné z <http://www.fokustvs-vzdelavani.cz/index.php/kurzy-2014/11-kurzy/2014/63-zosi>
26. Praktické zvládání agresivního pacienta. *Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů*. [online]. [cit. 2013 - 11 – 10]. Dostupné z <http://www.vzp.cz/uploads/document/ambulantni-diagnosticka-pece-7-pdf.pdf>
27. KAUCKÝ DiS., Daniel a Mgr. HORÁK, Michal. Zvládání agrese. *Tréninkové a vzdělávací středisko Fokus Praha* [online]. [cit. 2013 – 11 – 10]. Dostupné z <http://www.fokustvs-vzdelavani.cz/index.php/kurzy-na-2013/2-uncategorised/23-zvladani-agrese>

28. Bc. TLAPÁK, František. Jednání s problémovým klientem. *Vzdělávací centrum pro veřejnou správu ČR* [online]. [cit. 2013 – 11 – 10]. Dostupné z <http://www.vcvscr.cz/homepage/detail-kurzu?id=517>
29. PhDr. JŮN, Hynek a Ph.D. BALICKÁ Kateřina. Fyzické restriktce a krizové scénáře. *Asociace pomáhající lidem s autismem Praha a Střední Čechy* [online]. [cit. 2013 – 11 – 10]. Dostupné z http://www.vzdelavani.apla.cz./index.php?option=com_redevent&view=details&id=22:fyzicke-restrikce-a-krizove-scenare&xref=32&Itemid=280 [cit. 2013 – 11 – 10]
30. Pravidla šetrné sebeobrany. *Bezpečná péče, Asociace průvodců v problematice rizikového chování* [online]. [cit. 2013 – 11 – 10]. Dostupné z http://restrikce.cz/html/edu_pss.html
31. PhDr. HONZLOVÁ, Ivana. Jednání s agresivním klientem. *Edupol vzdělávací agentura* [online]. [cit. 2013 – 11 – 10]. Dostupné z <http://www.edupol.cz/kurz.html?kurz=63>
32. NURSING, Royal College of. *Violence: the short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments*. London, 2005. ISBN 19-041-1421-0.
33. Směrnice ředitele PNvD č. 2/2011, *Sledování nežádoucích událostí PNvD*, Psychiatrická nemocnice v Dobřanech, 2011.
34. Směrnice ředitele PNvD č. 9/2012, *Omezovací prostředky*, Psychiatrická nemocnice v Dobřanech, 2012.
35. Standardní pracovní postup č. 13/1a, *Omezení pacienta v lůžku (kurty)*, Psychiatrická nemocnice v Dobřanech, 2012.
36. Standardní pracovní postup č. 13/1c, *Omezení pacienta v terapeutické izolaci*, Psychiatrická nemocnice v Dobřanech, 2012.
37. Standardní pracovní postup č. 13/1e, *Omezení pacienta parenterálním podáním psychofarmak*, Psychiatrická nemocnice v Dobřanech, 2012.
38. BOHUSLÁVKOVÁ, I., *Problematika agresivního chování veřejnosti vůči zdravotnické záchranné službě*. Plzeň, 2009. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Katedra ošetřovatelství. Vedoucí práce Mgr. V. Zemanová

39. KEJÍKOVÁ, Věra. Agresivní pacient v ošetrovatelské praxi. Olomouc, 2011. Bakalářská práce (Bc.) UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Fakulta zdravotnických věd
40. ČAPKA, Jan *Agresivita pacientů v psychiatrické praxi z pohledu ošetrovatelského personálu* [online]. 2013 [cit. 2014-02-26]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Fakulta sportovních studií. Vedoucí práce Michal Vít. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/388552/fsps_b/;
41. AMBROŽOVÁ, Helena. *Zvláštnosti ošetrovatelské péče u agresivních pacientů na traumatologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.* [online]. 2007 [cit. 2014-02-26]. Bakalářská práce. JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Alena Polanová. Dostupné z: <http://theses.cz/id/7emja8/>;

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Rozdělení pohlaví

Graf 2: Délka praxe

Graf 3: Pracovní zařazení

Graf 4: Setkání s agresivním pacientem

Graf 5: Incidence agresivního chování

Graf 6: Převládající forma agrese

Graf 7: Bezpečná vzdálenost

Graf 8: Délka bezpečné vzdálenosti

Graf 9: Nutnost únikové cesty

Graf 10: Postup při jednání s verbálně agresivním pacientem

Graf 11: Postup při jednání s brachiálně agresivním pacientem

Graf 12: Rozdělení omezovacích prostředků

Graf 13: Pocity při jednání s agresivním pacientem

Graf 14: Strach a obavy z jednání s agresivním pacientem

Graf 15: Důvody obav z kontaktu s agresivním nemocným

SEZNAM PŘÍLOH

1. Dotazník
2. Žádost o výzkum

Příloha č. 1 - Dotazník

Dobrý den,

jsem studentka 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Západočeské univerzitě v Plzni, Fakulta zdravotnických studií a ráda bych Vás poprosila o vyplnění předloženého dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma „Ošetřovatelská péče o agresivního pacienta na psychiatrii. Dotazník je anonymní a výsledky použiji pouze ke zpracování bakalářské práce.

Odpovědi prosím označte křížkem, popřípadě doplňte. Pokud není uvedeno jinak, označte vždy pouze jednu odpověď.

Děkuji za Váš čas a spolupráci.

Radka Krbcová

1. Jste:

- muž
- žena

2. Jak dlouho pracujete na psychiatrii?

- méně než 1rok
- 1 - 5 let
- 6 - 10 let
- 11 - 20 let
- více než 20 let

3. Jaké máte pracovní zařazení?

- všeobecná sestra + vysokoškolské vzdělání, vyšší odborné vzdělání nebo specializace
- všeobecná sestra
- zdravotnický asistent
- ošetřovatel/ka
- sanitář/ka

4. Setkali jste se po dobu své praxe na psychiatrii s agresivním chováním ze strany pacienta?

- ano
- ne

Pokud jste odpověděli NE, pokračujte otázkou č. 7.

5. Jak často se s agresivním chováním ze strany pacienta setkáváte?

- denně
- často (vícekrát týdně)
- méně často (několikrát za měsíc)
- málo (méně než 1x za měsíc)

6. S jakou formou agrese se setkáváte nejčastěji?

- verbální
- brachiální

7. Je podle Vás nutné udržovat si při komunikaci s agresivním pacientem určitou bezpečnou vzdálenost? Pokud ano, uveďte jaká vzdálenost v cm je podle Vašeho názoru bezpečná.

- ano, cm
- ne

8. Myslíte si, že je nutné mít pro případ jednání s agresivním pacientem předem zmapovanou únikovou cestu?

- ano
- ne, únikovou cestu zvolíme až podle situace

9. Jak byste postupoval/a při jednání s verbálně agresivním pacientem?

- snažím se mu vyvrátit jeho názory, chovám se autoritativně
- vyslechnu ho, ale nereaguji a odejdu
- vyslechnu ho, hovořím s ním jasně a klidně, dodržuji bezpečnou vzdálenost

10. Jak byste postupoval/a při jednání s brachiálně agresivním pacientem?

- nechám ho o samotě, kontaktu s ním se vyhýbám, vyčkám, až se uklidní
- zajistím dostatek personálu, přivolám lékaře, pacienta se budu snažit fyzicky omezit tak, aby neublížil sobě ani ostatním
- na agresi odpovím přiměřeným protiútokem

11. Mezi omezovací prostředky využívané za účelem zklidnění agresivního pacienta neřadíme:

- omezení v lůžku, manuální fixaci
- síťové lůžko, terapeutickou místnost
- fixace končetin pro aplikaci infuze, fixace pro udržení stability nemocného
- žádné z těchto uvedených možností

12. Jaké jsou Vaše pocity při jednání s agresivním pacientem? (Pokud jste se s agresí pacienta nikdy nesečkali, otázku vynechejte)

- nemám problém jednat s agresorem, jelikož vím jak se v těchto situacích zachovat
- v těchto situacích se necítím dobře, jelikož neznám správné zásady při jednání s agresorem

13. Máte obavy nebo strach jednat s agresivními pacienty?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

14. Jaký je hlavní důvod Vašich obav z kontaktu s agresivním nemocným? (možno zaškrtnout maximálně 2 odpovědi)

- nemám žádné obavy
- nedostatečná informovanost o možnostech a správných postupech
- nedostatečné komunikační schopnosti
- špatné stavební uspořádání oddělení

- žádná nebo nevyhovující úniková cesta
- nedostatek bezpečnostních prvků (kamery, zvonky, alarmy atd.)
- nedostatek personálu ve směně
- jiné (uveďte, prosím, jaké).....

Příloha č. 1 – Žádost o výzkum

Psychiatrická nemocnice v Dobřanech
k rukám ředitele MUDr. Vladislava Žižky
a

hlavní sestry Bc. Hany Benediktové

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v PNvD

V současné době pracuji jako všeobecná sestra v PNvD na oddělení 31. V rámci studia bakalářského oboru ošetrovatelství na Fakultě zdravotnických studií ZČU v Plzni zpracovávám bakalářskou práci, ve které se zabývám problematikou ošetrovatelské péče o agresivního pacienta na psychiatrii. Proto bych chtěla v rámci výzkumného šetření oslovit nelékařský zdravotnický personál v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech a zjistit, do jaké míry má znalosti a zkušenosti s ošetřováním agresivního pacienta. Jako techniku výzkumu jsem zvolila anonymní dotazník (viz příloha).

Chtěla bych Vás požádat o souhlas k provedení tohoto výzkumu na většině oddělení Psychiatrické nemocnice v Dobřanech.


S výsledky šetření se můžete v případě zájmu seznámit. Závěrečná zpráva by mohla být využita k vypracování přednášky a přehledného letáku o ošetrovatelské péči o agresivního pacienta, případně studijního materiálu, který by mohl přispět ke zkvalitnění péče o tyto nemocné.

Děkuji.

V Dobřanech, 20.01.2014

Radka Krbcová 
všeobecná sestra – odd. 31


.....
Bc. Hana Benediktová
hlavní sestra PNvD


.....
MUDr. Vladislav Žižka
ředitel PNvD