

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Zvláštnosti ošetrovatelské péče u agresivních pacientů na
traumatologickém oddělení Nemocnice České Budějovice a. s.**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Bc. Alena Polanová

Autor: Helena AMBROŽOVÁ

14.5.2007

Motto:

„Hněv je zcela normální, obvykle zdravá lidská emoce.

*Když se však vymkne naší kontrole,
stává se destruktivním jevem a vytváří problémy.*

*Může nás dovést až tak daleko,
že se cítíme jakoby v moci zlých sil.“*

Charles Spielberger

Abstract

„Medical Care Specialities of Aggressive Patients in the Traumatology Department of Hospital Ceske Budejovice" is a title of this Bachelor thesis. Its objective is to find out what medical personnel in the Traumatology Department of Hospital Ceske Budejovice know about recognition of client/patient's aggressive behavior and its starting symptoms. It is also advisable to discover if medical personnel is able to react adequately to aggressively acting client/patient and if they are able to take special care of aggressive client/patient that is necessary in case of this kind of clients/patients.

This Bachelor thesis is divided into two main parts (theoretical and practical) to achieve the objectives cited above. There is a description of aggression, a cause of aggression and a definition of its kinds in the theoretical part. This part also include a description how to prevent aggressive behaviour and how to act correctly in a relation with aggressive client/patient. It describes to main approaches: assertive and emphatic. The practical part is focused on knowledge and ability of medical personnel in the Traumatology Department of Hospital Ceske Budejovice. This information was acquired by questionnaire research made by author. There were two versions of this questionnaire. The first one was intended for corpsmen and the second one that includes also questions related to nursing care standard was intended for doctors and nurses.

On the basis of this Bachelor thesis results was defined how to recognize threatening as well as actual aggression, what the specialities of nursing care of aggressive client/patient are, or more precisely what a specific nursing care of client/patient confined to bed is that tells the nursery care standard no. 37.

These Bachelor thesis findings can be useful to Traumatology department of Hospital Ceske Budejovice as well as to all people who are interested in this topic. Thanks to this bachelor thesis results medical personnel can complete their knowledge concerning aggressive behaviour instructions of sufficient reaction to aggression and specialities of nursery care of aggressive client/patient.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma: Zvláštnosti ošetrovatelské péče u agresivních pacientů na traumatologickém oddělení Nemocnice České Budějovice a. s. vypracovala samostatně a použila jsem jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích 14.5.2007

.....

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat Bc. Aleně Polanové, vrchní sestře traumatologie za cenné rady, podněty a odborné připomínky při zpracování mé bakalářské práce.

Obsah

Úvod	3
1. Současný stav.....	5
1.1 Historie agrese.....	7
1.2 Agresivita	8
1.2.1 Agrese a osobnost.....	9
1.2.2 Definice jednotlivých indikátorů agrese a jejich vzájemný vztah.....	10
1.2.3 Agrese a vztah k sobě.....	11
1.2.4 Agrese a míra sebeúcty.....	12
1.2.5 Příčiny fyzikální a chemické.....	13
1.2.6 Hněv, agresivita a hostilita – rozdíly.....	13
1.3 Konflikty mezi lidmi.....	14
1.3.1 Konflikty.....	15
1.3.2 Fyzické napadení – fáze.....	15
1.3.3 Primární a sekundární viktimizace.....	16
1.4 Péče o agresivního klienta/pacienta.....	17
1.5 Reakce na agresivní chování.....	18
1.6 Způsoby chování zdravotnického personálu.....	19
1.6.1 Správné reakce – jak se zachovat.....	19
1.6.2 Empatie.....	20
1.6.3 Asertivita.....	21
1.6.3.1 Současné tréninkové postupy.....	24
1.7 Vnímání nemoci a úrazu.....	25
1.7. 1 Psychika klienta/pacienta po příchodu do nemocnice.....	25
1.7.2 Psychologické faktory zdraví a nemoci.....	26

2. Cíl práce a hypotézy	30
2.1 Cíl práce.....	30
2.2 Hypotézy.....	30
3. Metodika	31
4. Výsledky	32
5. Diskuse	70
6. Závěr	78
7. Seznam použitých zdrojů	79
8. Klíčová slova	82
9. Seznam příloh	83

Úvod

S agresí se člověk ve svém životě setkával odjakživa. Určitá forma agrese je běžnou součástí života, pokud však nepřekročí hranici normy. V posledních letech se však s agresí setkáváme ve společnosti stále častěji. Agrese je považována za výrazný celospolečenský problém. Poměrně častý výskyt agrese se objevil i ve zdravotnických zařízeních. Zdravotnický personál bývá často napadán jak slovně, tak fyzicky. Je nutné včas a správně hrozící agresi rozpoznat a pokud již k napadení dojde, adekvátně na něj reagovat. Ať už klient/pacient napadne sestru, sanitárku či lékaře, není jednoduché se útoku účinně a správně bránit. Důležitou složkou ošetrovatelského přístupu je předcházení agresi a jejímu zbytečnému vyvolávání. ⁽¹⁴⁾

Téma bakalářské práce, zvláštnosti ošetrovatelské péče u agresivních pacientů na traumatologickém oddělení nemocnice České Budějovice a. s., jsem si vybrala z toho důvodu, že agresivní napadení je poměrně častou událostí na traumatologii. Zdravotnický personál by měl znát způsoby, jakými lze počínající agresi rozpoznat, jak ji zbytečně nevyvolávat a pokud již k agresivnímu napadení zdravotníka dojde, měl by se mu umět zdravotnický personál účinně bránit.

Touto prací bych chtěla zjistit, jaké jsou teoretické znalosti a praktické zkušenosti zdravotnického personálu na traumatologii s agresí ze strany klientů/pacientů. Má práce by mohla pomoci zlepšit ošetrovatelskou péči o agresivní klienty/pacienty a zároveň pomoci zdravotnickému personálu předcházet agresi a popř. se jí účinně bránit. ⁽²⁵⁾

Tato práce je rozčleněna do dvou základních částí. První část je teoretická, kde je obecně popsána agresivita, historie agrese, dále se zmiňuji o vztahu agrese a osobnosti, konflikty mezi lidmi, vnímání nemoci, úrazu. Dalším důležitým úsekem této části jsou reakce na agresivní chování. Cílem druhé, praktické části je zjistit odlišnosti v ošetrovatelské péči u agresivních klientů/pacientů, na jaké jednotce traumatologie je výskyt agrese vyšší a popsání možností předcházení a ochrany proti agresi.

Ve své práci jsem se snažila získat informace o odlišnostech ošetrovatelské péče u agresivních klientů/pacientů na traumatologii, prostřednictvím zkušeností

zdravotnického personálu s agresivitou ze strany pacienta. Výsledky této práce mohou sloužit zdravotnickému personálu k osvojení schopnosti pochopit a zvládat agresivní klienty/pacienty na jejich oddělení.

1. Současný stav

Současný společenský vývoj je negativně poznamenán nárůstem agresivity, brutality i násilí. Jedná se o poměrně širokou problematiku naší společnosti. Akutní neklid je náhle vzniklá porucha chování a bývá velice často, až v 97%, spojen s agresivitou. Na začátku je nutné připomenout, že agrese patří k běžné výbavě člověka, stejně jako u všech ostatních živočišných druhů. Každý člověk se během svého vývoje učí své impulsivní stavy více či méně ovládat. Jsou však situace, kdy člověk nezareaguje adekvátně. V tomto případě můžeme hovořit o agresivním chování. Agresi mohou u člověka vyvolat různé vlivy které ovlivňují chování lidí, jsou to drogy, alkohol a duševní onemocnění. ^(13, 26)

V poslední době však dochází stále častěji k napadnutí zdravotníka klientem/pacientem. Snad žádný zdravotník neočekává, že všichni klienti/pacienti budou na zdravotnický personál milí a vstřícní, ale zrovna tak neočekávají, že každý klient/pacient je agresivně napadne. Je třeba uvést fakt, že agresivní klient/pacient pro zdravotníky patří k nejnepříjemnější skupině a to skupině „obtížných pacientů“. ⁽²⁴⁾

Většina lidí si díky médiím myslí, že agresivní napadení zdravotníka se týká hlavně záchranářů. Málokdo si však uvědomí, že s agresivními klienty/pacienty se setkávají sestry, sanitárky i lékaři na kterémkoli oddělení. ^(13, 20)

Na traumatologii přicházejí lidé většinou z plného zdraví, pouze s úrazem. Někteří klienti/pacienti se chovají agresivně hned po vstupu do ambulance, jiní při čekání na lékaře, pokud musí lékař zrovna operovat nebo je u vážnějšího případu, či po sdělení diagnózy a průběhu léčby lékařem. Někdy se agresor projeví, až během hospitalizace na oddělení. ^(13, 20)

Pokud jsou sestry seznámeny, např. od Záchrané služby, že na jejich oddělení bude přivezen agresivní klient/pacient, je nutné zajistit dostatek personálu, popř. přítomnost policie. Vyplatí se zjistit si co nejvíce informací o agresorovi, zda je to chronicky známý výtržník, či snad dlouhodobě se léčící klient/pacient na psychiatrii. Než zdravotník přistoupí k jakémukoli řešení vypjaté situace, je nutné vždy myslet hlavně na bezpečnost svou i klientovu/pacientovu. ^(13, 20)

Ve zdravotnické profesi je velice důležité agresi porozumět, protože pokud chápeme a rozumíme agresi, je potom daleko snazší včas hrozící agresi rozpoznat a předcházet jí, popř. zabránit a částečně ji ovlivnit. ^(13, 20)

Domluva s agresivním klientem/pacientem je velice složitá a komplikovaná. Průběh rozhovoru, to co sestra sděluje, se často liší od toho, co klient/pacient slyšet chce. Jakákoli, pro nás obyčejná, věta či fráze může u agresora vyvolat záchvat zuřivosti, proto tato situace vyžaduje vysokou profesionalitu. Obvykle si zdravotnický personál nevystačí s jednoduchými frázemi. Je nutné, aby zvládal i techniky deeskalace (zklidnění). ^(13, 20)

S nárůstem agresivity stále častěji slyšíme i diskuse o restriktivních opatřeních. Pod tento pojem zahrnujeme fyzické omezení klienta/pacienta v lůžku, terapeutickou izolaci, síťová lůžka, případně svěrací kazajky a kurty. Tyto metody jsou používány pouze ke zvládnutí psychomotorického neklidu, agrese, aktivní nespolupráce i jiných projevů provázejících duševní onemocnění. Řada odborníků i laiků s těmito opatřeními nesouhlasí a byla vytvořena řada projektů týkajících se odstranění omezovacích prostředků. Takovým projektem je například projekt „Podpora poskytovatelů sociálních služeb ve Středočeském kraji při odstraňování opatření omezujících pohyb osob“. Tento projekt se uskutečnil za podpory finančních zdrojů Phare 2003 RLZ a státního rozpočtu České republiky v období listopad 2005 – srpen 2006, jehož cílem bylo poskytnout ústavům sociální péče a domovům důchodců, které zřizuje Středočeský kraj a které používají restriktivní opatření klecovými či síťovými lůžky, vzdělávací a poradenskou podporu tak, aby zařízení dokázala poskytovat sociální službu bez zmíněných opatření.

(5)

1.1 Historie agrese

Agresivní chování můžeme chápat jako různé způsoby napadení či útoku, které vystupují jako reakce na překážku, jako naučené instrumentální aktivity a jako složky jiných pudových tendencí člověka. Agresivní chování má tedy pudový základ a je tudíž biologicky účelné, je však potřeba ho nezaměňovat s jinými útočnými aktivitami jako je např. lovení zvěře. ⁽¹⁸⁾

Jak říká Th. Hobbes, člověk má pud sebezáchovy a moci a lidská společnost je svým založením také bojem všech proti všem, Ch. Darwin zastával pojem „boj o život“, z něhož se později vyvinula teorie „sociálního darwinismu“, jakási varianta „boje všech proti všem“. Podle I. Eibel-Eibesfeldta (1970) tvrdí R. Dart, že lidská agresivita má kořeny v kořistnickém způsobu života předků pračlověka (lidoopi v období asi 1,7 milionu let př. n. l.), ale přehlíží se tu, že býložravec (např. býk) není přátelštější než dravec (např. tygr); nejagresivnějším zvířetem je africký buvol, býložravec. ⁽¹⁸⁾

Kořistnictvím pračlověka se zde míní útočné присvojování si statků. Zvířata také používají agrese k manifestaci své síly a zdatnosti (souboje samců o samici, vyšší sociální postavení ve smečce). Při projevech agrese u zvířat jednoho druhu bývá útlum zabíjení, pokud podléhající rival signalizuje podřízení se. U lidí byly obdobou zvířecího zápasení rytířské turnaje, které někdy končily i zabitím soupeře. U člověka nejsou vrozené útlumy k zabíjení stejného druhu tak vyvinuty jako je tomu u zvířat. Agresivní chování není jen vyvoláno vnějšími podněty, o jeho pudovém základu svědčí i fakt, že čím déle zvíře nebojuje, tím více je připraveno k boji. ⁽¹⁸⁾

Připustíme-li, že agresivita člověka má také pudový základ, jak se snaží dokázat K. Lorenz (1966) a další etologové, znamená to, že musí být také nějakým způsobem odreagována a že se lidé od sebe liší v tomto směru jen různým potenciálem agrese a různými způsoby, kterými své agresivní chování projevují. K odreagování lidské agresivity slouží zejména určité druhy sportu a zábavy. Neodreagovaná přemíra agrese může být u člověka spojena s tzv. „během naprázdno“, tzn. se spontánním uvolňováním energie v různých pohybech a návykových aktivitách, jakým je např. okopávání zahrádky. Agresí se však může projevit i „přemístěná aktivita“, např. frustrovaná sexualita se může projevit u určitých jedinců agresivitou

(staří Římané drželi své gladiátory v sexuální abstinenci a tím zvyšovali jejich agresivitu v boji).⁽¹⁸⁾

Při blokádě „vzteklé agrese“ dojde k vyhledávání „obětního beránka“, tzn. odreagování se na nějakém náhradním objektu, protože odreagování se na původci agrese by mohlo být pro agresora nebezpečné.⁽¹⁸⁾

Na agresivní chování jedince mají vliv různé subjektivní aspekty, které jsou identifikovány osobnostními vlastnostmi. Tyto vlastnosti se dle výsledků studie prováděné psychologickým ústavem AV ČR v Brně (tato studie byla zpracována v rámci výzkumného záměru PsÚ AV ČR (AV 27925918) a podpořena grantem GA ČR č. 406/99/1155), podílejí na vzniku agresivního chování.⁽¹⁸⁾

1.2 Agresivita

Násilí je v dnešní době běžná součást života. Častým cílem jsou učitelé, sociální pracovníci a zdravotníci.

Vlivy, které ovlivňují napadení jsou drogy, alkohol a duševní onemocnění.

- Drogy, které zhoršují kvalitu a kvantitu vědomí:

Marihuana a hašiš - zhoršená schopnost zrakového vnímání, narušeno vnímání času, zhoršená schopnost bezpečně se pohybovat v prostoru, vyvolávání úzkostných stavů.

Pervitin - častá podrážděnost, zrychlená řeč i pohyby, pocity pronásledování, masivní úzkost, jednání pod vlivem této drogy působí dojem zbrklosti, neúčelnosti.

Halucinogeny - vyvolávají halucinace, neschopnost rozlišení skutečnosti a bludu.

- Duševní a jiná onemocnění:

Poruchy osobnosti

Akutní reakce na stres

Bipolární afektivní porucha

Depresivní porucha s úzkostnou složkou

Schizofrenie

Akutní a chronické toxické stavy

Kvalitativní poruchy vědomí

Některé metabolické poruchy

Vaskulární a jiná organická postižení

Některé sexuální deviace.

Velice důležité pro praxi je včasné rozpoznání potenciálního napadení. Je třeba hodnotit sníženou kvalitu vědomí, např. podnapilost, či ovlivnění drogami, abstinenční příznaky nebo halucinace.

Je vhodné se zaměřit také na anamnézu, zda byl klient/pacient v minulosti agresivní, jestli byl soudně trestán za násilné činy nebo již někdy vyhrožoval.

Další příčinou může být duševní onemocnění, jako je: omezený náhled na onemocnění, špatná spolupráce, systematické bludy (pronásledování, omezování, žárlivost), snížený intelekt. K napadení také může výrazně přispět stres, strach o děti, blízké, pocit ohrožení, pocit ztráty vědomí.

Klient/pacient může mít zkreslené představy o pomoci ze strany personálu, může mít nereálné představy o tom, co pro něho můžeme udělat, nedůvěra ve zdravotnický personál, strach či paranoiu.

Prvním projevem budoucího násilí je neklid, následuje agitovanost, což je tělesný pohybový neklid a poté agresivita. Agresi dělíme do několika typů: první typ je hostilita (člověk má sklon k agresivitě, má tendence ublížit a uškodit jiným). Druhý typ je verbální agresivita a třetí typ je agresivita brachiální.

Cílem agrese je zastrašit, zmocnit se něčeho, něco pro sebe získat, dosáhnout něčeho, bránit se. ⁽⁹⁾

1.2.1 Agrese a osobnost člověka

Sociální psychologové nevěnují dostatečnou pozornost zprostředkující roli osobnostních proměnných v agresi. Jak se Green (1998) domnívá, jejich nezájem souvisí s používáním inventáře hostility Busse a Durkeyové (BDHI), který donedávna téměř výhradně sloužil k výzkumu agrese v osobnostní perspektivě a jímž nebylo možné zachytit vztahy mezi situací a osobou, tj. rovnici, kterou sociální psychologové řeší jako prvořadý úkol. Pokud použijí osobnostní dimenzi ve svém výkladu, má téměř vždy jen podpurný význam a její váha je nízká. Psychologové vycházejí z přesvědčení, že vzhledem k situačním a časovým podmínkám je agresivní chování nestabilní. ⁽⁴⁾

Avšak existuje řada výzkumů, které potvrzují konzistenci agrese, což vyvrátí úvahy o společném skrytém faktoru podněcujícím agresivní chování. Také transkulturní podobnost je zřejmá (Eron, Huesmann, 1990; Farrington, 1994; Rushton, Erdle, 1987; Stattin, Magnuson, 1989). Olweus (1979) se zaměřil ve své studii na hodnocení agresivních reakcí pomocí koeficientu stability. Studoval agresivní reakce u dětí. Výsledky jeho studie významně podporují hypotézu o stabilitě agresivního chování. Zřetelné individuální rozdíly v úrovni agresivity se objevily u tříletých dětí a tato stabilita se udržela i v dalším období života jedince. Osmileté až devítileté děti vykazovaly agresi deseti až čtrnáctiletých. Agresivní chování dvanáctiletých dětí ukazovalo na vysokou míru stability ve srovnání se stabilitou dětí ročních až pětiletých. Výsledky této studie nabízejí tezi, že agresivní chování je do určité míry funkcí agresivity jako společného vysvětlujícího principu. Toto tvrzení ale neznamena, že se lidé chovají agresivně většinu času. Za velmi pravděpodobný lze považovat předpoklad Olweuse (1979) o tom, že individuální rozdíly v agresivitě se uplatní tehdy, zapojí-li se i „jiné hudební nástroje agresivního koncertu“ – kognitivní odhady situací, emocionální reakce a usilování inhibovat agresi. Moffit (1993) tvrdí, že převážná část antisociálního jednání s agresivní komponentou začíná i končí v adolescenci, někteří jedinci však manifestují agresivní aktivity i v průběhu dalšího života. Kognitivní, behaviorální a afektivní potíže jsou podle Moffita rozdmýchávány přítomností a interakcí různých faktorů jako např.: neuropsychický pre a perinatální deficit, poruchy pozornosti, impulzivita, matka zneužívající v těhotenství určité léky, atd. ⁽⁴⁾

1.2.2 Definice jednotlivých indikátorů agrese a jejich vzájemný vztah

Identifikace a potvrzení několika indikátorů agrese trvala téměř dvacet let. Jejich vzájemný vztah vytváří model agrese, přesto však jednotlivé prvky mají současně vzájemný vztah i k jiným charakteristikám osobnosti.

1. *Iritabilita* je snadnost, s jakou jedinec výbušně reaguje i na nepatrnou provokaci, včetně mrzutosti, náládovosti, hrubosti a podrážděnosti.

2. *Náchylnost k emocionálním reakcím* odráží možné vztahy mezi obrannými a útočnými součástmi agresivní reakce jedince.

Obě složky se týkají jedincovy schopnosti tolerovat určitou míru frustrace a zvládnutí excitace a reakce v domnělých či reálných situacích napadení člověka či útoku na něj.

3. *Hostinní přemítání* je časový rozptyl agresivních projevů. Jde o pomalý rozptyl myšlenek vážících se na agresi a představy toužící po odplatě po předchozí provokaci. Z toho vyplývá, že osoby s vysokou mírou rozptylu myšlenek na agresi budou touhu po agresi a negativní myšlenky překonávat a naopak u osob s nízkým rozptylem myšlenek na agresi můžeme očekávat, že agresivně jednat budou v důsledku své touhy po pomstě za domnělé či skutečné ohrožení.

4. *Tolerance vůči násilí* je pozitivní postoj k násilí a ospravedlňování různých forem násilí. Významnost tohoto faktoru se potvrzuje v experimentálních situacích, kde míra tolerance vůči násilí souvisí např. s velikostí „trestu“, který je zkoumaná osoba schopna udělit, podle Caprara, Cinanniho a Mazzottiho (1989) by mohlo jít o latentní proměnnou, která souvisí s různými projevy agrese.

5. *Indikátory pocitů viny a strachu z trestu* se zabýval Caprara se svým týmem. Vina může být projevena strachem z trestu a empatií. Oba tyto projevy jsou vysvětlitelné jako prožitky s pocity odpovědnosti za spáchané činy. Prožitek viny je v Caprarově pojetí klasifikován jako strach z trestu a potřeba nápravy. Strach z trestu nutí člověka pociťovat určité pronásledování, útisk či tenzi. Tyto pocity jsou více či méně spojeny s porušováním sociálních norem a přestupky. Paradoxně však může strach z trestu přimět člověka nechovat se agresivně nebo dokonce prosociálně. Potřeba nápravy představuje tendenci zakoušet výčitky svědomí, rozpaky a stud spojené s nutkavou potřebou napravit špatné činy. Caprara ve své teorii předpokládá, že celkový obraz agrese je tvořen řadou osobnostních charakteristik. Jeho koncepce založená na osobnostních zdrojích a může propojit zdánlivě neslučitelné výklady agresivního chování. ⁽⁴⁾

1.2.3 Agrese a vztah k sobě

Agrese je útočné jednání zaměřené především na okolí. Ve vztahu agresora k agresi jde především o pojetí sama sebe jako subjektu jednání. Jedinec usiluje o sebezpřítání v agresi a snaží si zachovat svoji tvář v agresivních interakcích.

Jakýkoli útok pociťuje jako ohrožení statusu a moci, vyvolává u něho pocity pokoření a následně se zde projevuje i hodnota vlastního já. Podle Tedeschiho a Felsona (1995), kteří byli ve své teorii inspirováni Arkinem (1981), rozlišují asertivní a projektivní sebe prezentaci. Cílem asertivní sebe prezentace je pokus nastolit jistou představu o vlastní osobě, prostřednictvím níž se jedinec vymezuje vůči druhým jedincům. Projevení síly je hlavním prostředkem prosazení jejich cíle. Cílem projektivní sebereprezentace je uchránit si již dosaženou určitou hodnotu vlastního já. ^(4, 1)

Agrese, která vychází z asertivní motivace má podobu tzv. predátorského útoku. Agresivně napaden bývá zpravidla agresi neprovokující jedinec, který z pohledu objektivního pozorovatele bez sebemenších příznaků nepřispívá k rozvoji agrese. Agresor bezohledně nastoluje svoji asertivní sebe prezentaci. Projektivní sebe prezentace je reakcí na vnímaný útok ze strany jiné osoby a jejím smyslem je znovuobjevení respektu a statusu. ⁽⁴⁾

Úvahy sebe prezentací teorie (Schlenker, 1980) předpokládají, že člověk má tendenci chránit, posílit, znovu nastolit svoji identitu a vlastní já, které bylo zpochybněno. Prostředky sloužící k dosažení cíle jsou všeobecně známé zastrašovací taktiky: (vyvolávání strachu, nadávky, výbuchy hněvu, prezentace zbraní nebo pěstí) s různou intenzitou napadení mají nastolit vlastní identitu jako mocnou a nebezpečnou. Současně však zastrašovací taktiky mají odradit protivníka od agrese vůči tomu, kdo se snaží zastrašovat. ^(4, 26)

1.2.4 Agrese a míra sebeúcty

Agresivní chování ovlivňuje také osobnost prostřednictvím sebeúcty. Je motivována touhou prosadit a ochránit vlastní identitu a sebeúctu. Příčinou agrese by tedy mohla být i snaha o znovuobjevení sebeúcty. Nelze však jednoznačně určit, zda bude jednat v zátěži agresivně člověk s vysokou či nízkou sebeúctou. Všeobecně se však předpokládá, že sklon k agresivnímu chování bude mít spíše člověk s nižší sebeúctou, avšak přesvědčivé důkazy pro tuto teorii zatím nejsou. ^(4, 27, 17)

1.2.5 Příčiny fyzikální a chemické

Člověk jako nejdokonalejší bytost naší planety se nechová vždy racionálně. Nedostatečně citlivý přístup k přírodě se mu bumerangovým efektem vrací. Jednostranně rozvinutá civilizace formuje environmentální faktory a toxické látky, které lidem znepríjemňují život. Negativní důsledky rozvoje těžko snáší obzvláště technicky méně vyspělá společenství. Zdá se, že právě sociální důsledky nerovnoměrného vývoje lidstva výrazně přispívají k rozvoji agresivity. Nepochopení lidských práv a zodpovědnosti, deficity v uspokojování nejen základních, ale také vyšších potřeb, vyvolávají napětí, které člověk prožívá nejen ve vztahu ke svému prostředí, ale i k ostatním lidem. Nedostatečná ochrana životního prostředí a stoupající agresivita jednotlivců i celých sociálních skupin traumatizuje nás všechny. Mezi environmentální faktory patří různé fyzikální podněty, jako je: teplota, hluk, bolest, ale i přelidnění. Nejvýrazněji se však projevují toxické látky. Mezi projevy, kterými se tyto stresory manifestují navenek, patří poruchy osobnosti. Agresivitu jako takovou však nevyvolávají fyzikální podněty jako je teplota, bolest, atd., ale psychologické proměnné jako je předpověditelnost a kontrolovatelnost určitého podnětu. Tyto proměnné iniciují větší, či menší aktivaci a tím mohou přispět k vyvolání agresivních odpovědí. Psychologické přístupy se mohou uplatňovat při vyhledávání fyzických limitů, které ovlivňují pravděpodobnost agresivního chování. Fyzické bariéry často slouží společnosti jako poslední ochrana před agresí. Odloučení, izolace a přelidnění jsou často výsledkem působení environmentálních faktorů a ovlivňují pravděpodobnost agresivních střetnutí. ^(4, 27, 17)

1.2.6 Hněv, agresivita a hostilita – rozdíly

Hněv, nepřátelství a agrese jsou těsně navzájem propojené koncepty, které byly dokonce v některých výzkumech zaměňovány. Proto je nutné upřesnit rozdíl mezi agresí a hněvem. Agrese je jednání, jehož účelem je způsobit škodu. Oproti tomu hněv je obecně vzato původně vrozenou reakcí na překážku, která brání dosažení cíle. Hněv je tedy emocionální krize a může být chápán jako emocionální motiv, který agresivní chování vyvolává a podporuje. Pojem hostilita zahrnuje skupinu názorů,

popř. kognitivně afektivní orientace. Hostinní osoby pociťují hněv, zlost, pohrdání, někdy i nenávist a nedůvěru k ostatním lidem i objektům. ^(4, 27, 17)

1.3 Konflikty mezi lidmi

Konflikty mezi lidmi byly, jsou a budou. Odehrávají se na každém kroku a člověk se s nimi denně setkává. Konflikty mohou být malé, které řeší člověk v každodenním životě, nebo velké, kvůli kterým např. ve válce umíraly tisíce lidí. Konflikty jsou určitou nutností, protože každý člověk má jinou osobnost. ⁽¹⁰⁾

V psychologii byla osobnost jako pojem zavedena na počátku 20. století, kdy bylo nutné začít studovat duševní život člověka jako celek, nejen jeho jednotlivé funkce. Osobnost je někdy jaksí jednostranně chápána jako systém internalizovaných rolí. ⁽¹⁸⁾

Kulturní prostředí, do něhož se člověk narodí, je zcela odlišné od prostředí přírodního. Toto prostředí vyžaduje specifické způsoby adaptace a vytváří specifický druh determinace psychiky člověka. Svět kultury vystupuje před člověkem jako svět symbolů, tj. podnětů, které něco zastupují a specificky podněcují způsoby lidského reagování. Člověk žije vazbou na symboly jako produkty kultury. Jedním z typických symbolů, na které je člověk vázán, jsou vedle mluvené a psané řeči peníze. Primární vliv kultury zprostředkovává člověku jeho rodina, do které se jako dítě narodí. ⁽¹⁸⁾

Dle A. Kardinera (1947), významného kulturního antropologa, se nechá bazální osobnost, resp. její struktura, odvodit z raných dětských zkušeností. Ty jsou utvářeny především vztahem rodičů k dítěti a způsobem jakým je dítě vychovááno, přičemž výchova dítěte rodiči je určována zejména kombinací těchto faktorů: 1. projevovaná láska – neláska; 2. míra kontroly dítěte spojená s užíváním trestů (např. časté a tvrdé trestání dítěte). Jejimi výraznými typy jsou: demokratický způsob výchovy, vyznačující se přiměřenou kontrolou, dostatkem pozitivních citových projevů ze strany rodičů vůči dítěti i vědomím dítěte, že je v rodině dobře integrováno. Opakem je tzv. rejektivní (odmítavá) výchova, kdy dítě zakouší projevy nezájmu a nelásky rodičů a bývá přísně a tvrdě trestáno. Zatímco demokratická výchova dítěte vytváří adaptabilní osobnost člověka citově vyrovnaného a přiměřeně sebevědomého, rejektivní výchova vytváří osobnost labilní, agresivní a nejistou. Bazální osobnost tedy vytváří jádro sociálního

charakteru jedince, tzn. postojů, které člověk zaujímá vůči jiným lidem. Sociální charakter pak následně ovlivňuje jeho erotické vztahy a sociální chování vůbec. Rodinná výchova by měla dítě seznámit s kulturními vzorci, tj. normy chování, myšlení a cítění, které vystupují jako tradice, zvyklosti, mravy, zákony i tabu. Sociokulturní vlivy, které se podílejí na utváření osobnosti, se komplexně projevují u každého člověka individuálně a vytvářejí určitý systém závazných a od jeho okolí očekávaných způsobů chování. ⁽¹⁸⁾

1.3.1 Konflikty

Termín konflikt obecně působí velice negativně, svým významem znamená rozkol, nesoulad, disharmonii. Psychologie se konflikty zabývá jako jevy. Etické hodnocení toho, co to konflikt je, se však psychologie už netýká. Konflikty lze rozdělit do několika skupin. Základní skupiny konfliktů jsou: konflikty intrapersonální (vnitřní, osobní konflikty, týkající se jedné osoby), konflikty interpersonální (konflikty mezi dvěma lidmi), skupinové konflikty (konflikty uvnitř skupiny) a meziskupinové konflikty (konflikty mezi dvěma skupinami lidí). Zvláštním druhem je konflikt jedince se skupinou. Dále lze dělit konflikty podle jejich psychologické charakteristiky. Z psychologického hlediska lze u konfliktů rozeznávat různé aspekty např. kognitivní aspekt - z hlediska poznávání, motivační aspekt - z hlediska zájmů. Je třeba neopomenout fakt, že skutečné konflikty jsou vždy smíšeného typu.

Interpersonální konflikt je střetnutí dvou lidí. ^(10,18)

1.3.2 Fyzické napadení - fáze

- 1) *Ve spouštěcí fázi* obvykle lidé jednají neagresivně nebo se o to v rámci možností alespoň snaží. Většinou agrese souvisí s nezvyklými nebo vyhrocenými negativními podněty a lze ji odhadnout předem.
- 2) *Eskalační fáze* je již přímou cestou k útočnému chování. Jednání a chování budoucího agresora se vychyluje z normy a jeho reakce jsou nepřiměřené. Mnohdy ani oběť agrese v této fázi nereaguje zcela přiměřeně situaci.

- 3) V *krizové fázi* je agresor fyzicky, citově i psychicky vzrušen a přestává se zcela ovládat. V této fázi stačí jen nepatrný podnět ze strany oběti a agresor ji napadne.
- 4) Ve *fázi uklidnění* se vztek v agresorovi mírní a sám agresor je zaskočen, co se vlastně stalo. Agresor by v této fázi nejraději na vše zapomněl a příhodu „vymazal ze života“. U agresora přetrvává zvýšená hladina adrenalinu až 90 minut po útoku.
- 5) Nastupuje *fáze postkrizové deprese* tj. pocit úzkosti a viny, rozrušení i zoufalství. Tato fáze je typickým projevem „zdůvodňování nezdůvodnitelného“. Někdy se objevují i prosby o odpuštění. ⁽¹⁹⁾

1.3.3 Primární a sekundární viktimizace

Psychologická viktimologie je vědecká disciplína, která se zabývá tím, proč se někteří lidé stávají obětí agrese a jsou postiženi psychickými následky agrese. Primární viktimizace je stav, kdy je oběť napadena agresorem a utrpí určitou ztrátu, bolest či trauma. Jen stěží ji lze dopředu předpokládat, předem popsat a odstranit. Sekundární viktimizace je na první pohled skrytá, přesto však může být stejně závažná jako primární viktimizace. Zde jde totiž o různé sociální škody, újmy na pověsti a nepříjemné prožitky sice související, ale nepřímé, s agresí jako takovou. Avšak možnosti psychologické podpory oběti ex post jsou značně omezené. Snaha psychologů podporovat asertivní reakce naráží na úzkost a někdy i zcela oprávněný strach z agresora, v jehož vyvolávání je agresor „mistr“. Je třeba mít na paměti, že oběť agresivního napadení si zaslouhuje určitý soucit a empatii. ⁽¹²⁾

Psychologové rozlišují několik způsobů chování ve chvílích, kdy u člověka vrcholí emoce hněvu a zlosti. Nejvýraznějším projevem je tzv. explozivní projev hněvu a zlosti, případně může jít až o otevřenou agresi. Naopak reakcí opačného charakteru je implozivní projev hněvu a zlosti. Tento projev navenek není vidět, je pečlivě překryt někdy až ledovým klidem a skryt za maskou netečnosti. Někdy se však může stát, že i toto napětí vybuchne. ⁽¹²⁾

Explozivní projevy zlosti a vzteku jsou mnohem známější než projevy implozivní v důsledku toho, že zřetelně vystupují navenek. Tyto projevy existují ve formě slovní nebo fyzické agrese. U slovní agrese jsou lidé tak zachvázeni svou

zlostí, že nedovedou být chvíli bez nadávání, křičení, výhrůžek, spílání a urážení. Tyto projevy jsou však často určeny tomu, komu chtějí projevit svou náklonnost. Nadávání je jejich druhou přirozeností. Tímto způsobem může křičet matka na dítě, manžel na manželku, řidič jednoho auta na druhého, pacient na zdravotní sestru i zdravotní sestra na pacienta. „Slova mohou být zbraní, kterou máme vždy po ruce. Urážlivá slova jsou jak oboustranný meč. Zraní adresáta – toho komu jsou určena. Zraní však i toho, kdo sám tne mečem do živého“. Slovní agrese zraní i sebevědomí agresora, ten se necítí zrovna nejlépe když si uvědomí, jak se zachoval. Urážlivá slova a ponižování ničí i vzájemné vztahy a úctu mezi lidmi. Někdy však hrozby a výhrůžky jsou spojeny s činem – udeřením, píchnutím, uhozením, kopnutím, střelbou apod. ^(12, str. 66)

1.4 Péče o agresivního klienta/pacienta

Nejdříve je nutné vyhodnotit příčinu a stupeň neklidu. Následně, v závislosti na těchto faktorech se pak používá vše od prostředků neagresivních, jako je verbální zklidnění až po mechanické zábrany a medikamentózní zklidnění. ⁽¹⁶⁾

Verbální zklidnění - mluvit klidně, přiměřeně hlasitě, používat krátké, srozumitelné věty, nepouštět se do konfrontací, nebýt naléhaví, nedávat příkazy, neporoučet, působit vyrovnaně, sebejistě, profesionálně, nelhat, přístup ke klientovi/pacientovi by měl být ve směru, který pro něj není ohrožující nebo překvapivý, udržovat odstup, respektovat osobní prostor pacienta, sledovat neverbální signály (gesta, pohyby), kontrolovat vlastní neverbální projev, snažit se vyjádřit pochopení pro jeho vidění věcí, informovat kde je, proč, co s ním bude, umožnit kontakt s lékařem, s rodinou. ⁽⁹⁾

Medikamentózní zklidnění

Neuroleptika-Tisercin, Cisordinol, Zyprexa, Haloperidol, Tiapridal

Anxiolotika-Diazepam, Rivotril

Častá je kombinace obou skupin.

Způsob aplikace – i.m., gtt., tbl. (tbl. ve formě rozpustných tablet v ústech)

Časté vedlejší účinky neuroleptik a anxiolitik: snížení TK, závratě, malátnost, pocit útlumu, ospalost, extrapyramidový syndrom- třes, ztuhlost končetin, slinění, přešlapování. Nebezpečí – pádu, úrazu, aspirace, zmatenosti. ⁽⁹⁾

Omezení klienta/pacienta v lůžku je poslední krajní možnost zvládnutí agresivního klienta/pacienta. Používá se při ohrožení okolí nebo samotného klienta/pacienta. Podmínky pro použití zajišťuje metodické opatření MZ (v Nemocnici České Budějovice a. s.– standard č. 37), 1x ročně je zdravotnický personál proškolen v použití omezovacích prostředků. ⁽⁹⁾

Možnosti omezení v lůžku jsou jednak ochranné pásy nebo síťové lůžko. Omezení vždy indikuje lékař, provádí ho sestra a ostatní ošetřující personál. V rámci zajištění bezpečnosti zdravotnického personálu je třeba vždy dodržovat pravidlo „Jedna končetina, jeden člen týmu“. ⁽⁹⁾

Je třeba si uvědomit, že klient/pacient v omezení = imobilní pacient, proto je nutné v průběhu omezení o něj dostatečně pečovat, tzn. kompletní antidekubitární péče, zajištění dostatečné hydratace, musí být zajištěna hygiena a péče o vyprazdňování, zamezení negativních důsledků omezení jako jsou oděrky a hematomy. Dále sledování stavu vědomí a psychopatie, pravidelná kontrola prokrvení a RHB končetin, sledování TK, P. ⁽⁹⁾

Dokumentace při omezení: zápis do dekursu, dle standardu ošetrovatelské péče č. 37 tiskopis „Použití omezovacích prostředků“ a záznam o polohování a sledování FF. ⁽⁹⁾ (viz příloha č. 1)

Dokumentace při napadení zdravotnického personálu: „Oznámení mimořádné události při poskytování zdravotní péče“ ⁽⁹⁾ (viz příloha č. 2)

1. 5 Reakce na agresivní chování

Člověk, který se stal obětí jakéhokoli druhu agrese, je ohrožen řadou krátkodobých či dlouhodobých následků. Bezprostředně po napadení agresorem přichází pocit fyzického a psychického vyčerpání, pocity ponížení, ztráty osobní hodnoty a obav z budoucnosti. Po agresivním napadení může oběť propadnout určité beznaději, úzkosti a přeceňování dalších, někdy bezvýznamných rizik, i strachu z lidí

a obav z dalšího napadení. Někdy se může objevit po útoku i výpadek paměti, ten však hladinu stresu nesníží. ⁽¹³⁾

Z hlediska dlouhodobé perspektivy zůstávají u obětí bolestné a neodbytné vzpomínky a noční děsy, z nichž se člověk budí zpocen. Někdy může nastoupit i deprese, se kterou mohou souviset i poruchy spánku, nesoustředěnost, nezájem o věci do té doby důležité, i pocity viny a hrůza ze situací, které mohou připomínat napadení. Na jedné straně může mít napadený pocit „proč právě já“ nebo naopak vše bere jako „vlastní selhání“. ⁽¹³⁾

Člověk se s tím, co prožil, vyrovnává různým způsobem. Obranným mechanismem může být i ostentativní cynismus, tendence „žít a užít“ dokud je čas. V tomto případě se postižení lidé mstí osobám pohlaví agresora nebo z osob pohlaví agresora mají globálně strach či dokonce hrůzu. Osobnost oběti může kolísat od suverenity až k totálnímu pesimismu. ⁽¹³⁾

1.6 Způsoby chování zdravotnického personálu

Jsou různé způsoby, jak může sestra reagovat a chovat se k agresivním klientům/pacientům. Zaměřím se na empatii a asertivitu.

1.6.1 Správné reakce – jak se zachovat

Při ošetřování agresivního klienta/pacienta je nutné pro naši i klientovu/pacientovu bezpečnost dodržovat několik zásad. Důležité je na ničem netrvat, pokud nemá sestra dostatek personálu, či podporu okolí. Dalším bodem je nezůstávat s agresorem o samotě a v místnosti, která jde uzamknout zevnitř. Rychle si zmapovat okolní terén a dbát na ústupovou cestu, při tom je potřeba dát pozor na předměty, které by útočník mohl použít jako zbraň. Dále je potřeba udržovat bezpečnou vzdálenost, asi jeden metr, při slovní agresí alespoň tři metry. Zdravotnický personál nesmí nikdy podceňovat výhrůžky klientů/pacientů! ⁽¹³⁾

Domluva s agresivním klientem/pacientem je vždy velmi složitá a je nutná vysoká profesionalita. Zdravotníci by měli ovládat nejen komunikaci, ale i techniky deeskalace, která má verbální a neverbální složku. Verbální i neverbální projevy musejí

být v souladu, jen tak je komunikace důvěryhodná. Pokud sestra přistupuje ke klientovi/pacientovi čelem, cítí se méně ohrožen. Velké procento agresivity vychází z úzkosti, kdy se klient/pacient cítí v nebezpečí a ohrožen. Hovor s klientem/pacientem je nutné vést ve stejné výšce a je možné se při rozhovoru posadit společně s klientem/pacientem. Posazení bude pro klienta/pacienta jistou známkou toho, že mu sestra nechce ublížit. Je nutné však být neustále ve střehu a být schopen v případě potřeby rychle vyskočit a utéct. Vhodné je udržovat oční kontakt a vyvarovat se rychlých a zbrklých pohybů. Při komunikaci s agresivním klientem/pacientem je třeba mluvit jasně, klidně, srozumitelně. Po příchodu by se měla sestra představit a sdělit klientovi/pacientovi proč přišla. Není vhodné reagovat na slovní útoky ze strany klienta/pacienta. Sestra by měla být ke klientovi/pacientovi empatická. Důležité je také získání rodiny pro spolupráci, mohou být zdrojem mnoha důležitých informací.

(13)

1.6.2 Empatie

Další možností, jak by se měl zdravotnický personál chovat ke klientům/pacientům je empatie, což je vcítění se do pocitů druhého. Vcítění se jako takové, je velmi složitý proces, který se skládá z několika složek. Člověk musí být připraven vžít se do situace někoho jiného a uvědomit si jeho pocity. Dalším krokem je srovnání svých pocitů a pocitů druhého. Dále je nutné si stanovit jasnou hranici mezi mým já a ty, aby bylo možné situaci vidět pod úhlem klienta/pacienta a ne pod úhlem svým. Teprve když se nezabývá člověk sám sebou, může situaci pochopit z pohledu klienta/pacienta a jeho citového rozpoložení. Následně může zdravotnický personál klientovi/pacientovi svým jednáním vyjít vstříc. Z toho vyplývá fakt, že vcítění se je velmi složitý a náročný proces. Tento proces vcítění vyžaduje propojení několika schopností. Patří sem: schopnost spolehlivě vnímat sám sebe, sebereflexe, vědomí vlastní identity, dále úcta k druhému, sociální připravenost vzdát se sebe sama ve prospěch ostatních a schopnost představit si situaci druhého člověka. Proces vcítění jako takový probíhá převážně neverbálně. Podle Prekopové začíná rozvoj schopnosti vcítit se již v období nejranějšího dětství a to již v těle matky. Už v těsném sepejetí

s matkou je počátek soucitu jako základu pro lidskou bytost a vcítění. Vyvozuje i poznatek, že hodnota lidskosti může být vytvořena jen aktivním tělesným jednáním, přičemž motivující pohonnou látkou k tomu je vcítění. Je třeba si uvědomit fakt, že si nesmíme plést vcítění se soucitem či soustrastí. Soucit se nachází na nižším vývojovém stupni než vcítění. U soucitu zůstává příjemce pasivní, jen přijímá soucit druhého. Pokud soucítění nedostane příležitost vyžrát ve vcítění, dá se tato vrozená dispozice vytvořit zpětně. Vcítění jako takové vlastně člověka motivuje, aby ze soucitu a altruismu jednal. Soucit je emoce a pasivní zkušenost, podílející se na strachu, starostech, zlosti i radosti toho druhého. Soucit vlastně znamená, že člověk sou-cítí a sou-vnímá, oproti vcítění znamená, že sou-vnímáme.⁽²³⁾

1.6.3 Asertivita

Principy asertivity, což je nenásilně prosazované sebevědomí, či obrana v situaci, ve které se člověk právě nachází, se zabýval A. Slater v USA v roce 1950. Tento tvůrce asertivního tréninku se již před čtyřiceti lety snažil naučit své žáky spontánním reakcím, přiměřenému projevu emocí, umění dát najevo svá přání a požadavky. Učil je vhodným způsobem vyjádřit své stanovisko, nebát se oponovat a také to, jak za použití správných argumentů stále trvat na svém. Seznamoval lidi se správnými taktikami prosazování vlastního názoru, i způsoby, jak „říkat ne“. Tento tvůrce asertivního tréninku ve svých teoriích vycházel z toho, že neurotické potíže jsou způsobené nepřiměřeně vysokými zábrany, většina zábran však mizí po požití alkoholu. Psychologická pomoc člověku by se pak měla soustředit na sociální vztahy – vybavit člověka do těchto vztahů repertoárem technik, větším sebevědomím a komunikační jistotou.^(3, 29)

Sharon a Gordon Bowerovi v jejich knize *Asserting Yourself* vytvořili několik bodů **DESC** (describe – express – specify – consequences), jak se účinně bránit nepřiměřené kritice:

1. *Describe* = popiš obsah, tzn. nejprve je nutné objektivně a bez emocí popsat situaci, např. právě jste mě teď potřetí za sebou zkritizoval – je nutné se vyvarovat hodnocení.

2. *Express* = vyjádří emoce, tzn. vyjádřit to co si člověk myslí, např. dotýká se mě to, myslím, že mě kritizujete zcela neoprávněně.
3. *Specify* = upřesní přání, říci jakým způsobem si situaci člověk představuje, např. chci, abyste mě přestal ustavičně kritizovat a konkrétně mi řekl, jak si to představujete.
4. *Consequences* = doved' do důsledků, např. když budu vědět, jak si to konkrétně představuješ, budu o tom přemýšlet.

Asertivita je jakýsi soubor terapeutických technik pro komunikaci mezi lidmi. Její hlavní podstatou je nejen věcný a neústupný komunikační styl, ale také podpůrný vztah k partnerovi v komunikaci a vědomé vyhýbání se komunikačním „faulům“ – např. uraženému odmlčení. ⁽²⁹⁾

Ne každý člověk však přijme jasné a jednoznačné sdělení jako je konkrétní požadavek nebo prosba. Protipólem asertivity je manipulace. Záludnost manipulativního chování spočívá v tom, že je nepřímé a sleduje skrytý, většinou egoistický cíl. Obvykle manipulát čini oběť odpovědnou za vývoj situace. Styl manipulace úzce souvisí s typem osobnosti. Někdo si zvolí manipulaci předstírající bezmocnost, jiný dává přednost spíše agresii. Shostormovo dělení dle devíti charakteristických stylů osobnosti: diktátor, chudáček, počítač, břecťan, drsňák, obětavec, poslední spravedlivý, „táta máma“, mafián. Asertivita se však zcela jednoznačně staví proti jakékoli formě této manipulace. Snaží se člověka naučit, jak s nadhledem, v klidu a bez náznaků agrese odmítnout podobné manipulace. Člověk, který manipulaci v klidu odmítne sice ztratí leccjakou výhodu, ale zůstane sám sebou. Samo odmítnutí manipulace však k asertivitě nestačí, je důležité nejprve odlišit asertivitu od agresivity a pasivity: ^(3, 22)

Pasivní a agresivní jednání se může zdát na první pohled značně odlišné, přesto však mají stejný základ. Protistrana je vnímána jako „nepřítel“, který chce agresorovi jen uškodit. Rozdíl je pouze v tom, že agresivní člověk téměř vždy preventivně útočí. ⁽³⁾

Agresivně jednající člověk se tvrdě prosazuje na úkor ostatních lidí. Nehledí na jejich práva ani oprávněné požadavky. Ponižuje ostatní a sráží jejich sebedůvěru. Lidé k agresivně se chovajícímu člověku mají zpravidla negativní a rezervovaný postoj, přesto agresor někdy dosáhne svého. Ostatní lidé mu však jeho chování také oplácejí

stejnou mincí. Pokud agresivní člověk popisuje své „úspěchy“, barvitě svému okolí líčí, jak to protistraně řekl „pěkně od plic“, jak jí to „vytmavil“ atp. Jeho požadavku však nemusí být vyhověno a je tedy zcela neúspěšný. Přesto se člověku jednajícímu tímto způsobem uleví. Nechybí mu sebevědomí a všechny své neúspěchy je schopen přeměnit sám pro sebe na úspěchy. Pokud se mu tato přeměna nepodaří – obviní z neúspěchu své okolí. Agrese však není jen fyzické napadení nebo silná hlasitá slova. Agresivně na člověka může působit i ironizování či sarkasmus, ale někdy třeba i tiché, přesládlé sdělení, které není k věci a posluchače zcela degraduje. Čím je agrese rafinovanější, tím méně je nositel ochoten agresii u sebe připustit. Okolí však velice citlivě vnímá to, co je řečeno mezi řádky. Rafinovaný agresor působí na člověka nesympaticky, nepříjemně a lidé se snaží komunikaci s ním vyhnout. Ne tím, že agresorovi vyhoví, spíše věc zaonačí tak, že vyhovět nelze. ⁽³⁾

Pasivní člověk dává najevo, že nemá šanci prosadit se proti „zlým lidem“.

Oproti tomu asertivně jednající člověk dokáže v klidu jasně a přesně definovat o co mu jde, jak vidí danou situaci, co si o ní myslí a jak ji prožívá. Má přiměřené sebevědomí a pozitivní přístup k ostatním lidem. Jasně ostatním sděluje, že ví, že jeho požadavek je oprávněný a splnitelný a druhá strana je podle něj korektní a nemá jiný zájem než věc kladně vyřešit. Chová se však přiměřeně sebejistě, umí naslouchat druhým a přistoupit na optimální kompromis. Je také schopen změnit svůj názor pod tlakem pádných argumentů. ⁽³⁾

Asertivní jednání je klidné a člověk chovající se asertivně působí na lidi uvolněným dojmem. Jeho slovní i mimoslovní projev je bez jakéhokoli napětí a tenze. Jeho mluva je přiměřeně hlasitá, srozumitelná a tempo řeči rovnoměrné. Z asertivně se chovajícího člověka číší pohoda a jistota, i proto se dobře orientuje v sociální situaci. Nic si nenamlouvá a z neúspěchu neviní ostatní. Umí rychle rozpoznat manipulaci a účinně se jí bránit. Vždy respektuje morální zásady.

Asertivně jednající člověk zná a respektuje *asertivní lidská práva*:

1. Máte právo sám posuzovat své chování, myšlenky a emoce a nést za ně zodpovědnost.
2. Máte právo nenabízet žádné výmluvy či omluvy ospravedlňující vaše chování.

3. Máte právo sám posoudit, zda a nakolik jste zodpovědný za problémy druhých lidí.
4. Máte právo změnit svůj vlastní názor.
5. Máte právo dělat chyby a být za ně zodpovědný.
6. Máte právo říct „já nevím“.
7. Máte právo být nezávislí na dobré vůli ostatních.
8. Máte právo dělat nelogická rozhodnutí.
9. Máte právo říct „já ti nerozumím“.
10. Máte právo říct „je mi to jedno“. ⁽³⁾

Asertivní jednání slouží obvykle ke komunikačním manévrováním ve vypjatých sociálních situacích a sporech. Asertivně jednající člověk snadno dokáže čelit kritice (obzvláště neoprávněné), manipulaci a afektovaným agresivním výpadům, které jsou namířeny proti němu.

Již v počátcích rozvoje asertivity bylo zformulováno *šest základních technik*:

1. Nebát se uchýlit k vyjadřování svých pocitů
2. Mimika má odrážet, co člověk cítí
3. Nebát se říci NE
4. Užívat „já“, neschovávat se za „my“
5. Přijímat pochvalu bez okolků
6. Nebát se spontánně jednat a improvizovat

1.6.3.1 Současné tréninkové postupy:

Pokud člověk použije *metodu stále se opakující zvukové smyčky*, má nacvičenou jednu formulaci, kterou neustále opakuje, chce pouze prosadit svou a nehodlá s protistranou vůbec diskutovat. Při *technice otevřených dveří* člověk ustoupí útočícímu člověku z cesty, aby mohl ventilovat svůj vztek. Další fází asertivní obrany proti slovní agresi je *dotazování na podrobnosti*, cílem je, aby se útočník vypovídal a následně zklidnil. Každý člověk, který umí jednat asertivně, se nestydí ozvat se, mluvit za sebe i vyjádřit nesouhlas. Každé sebeotevření, tedy každá promluva, začíná slovem „já“, což je výzvou pro útočníka k „vyložení karet“. Samostatnou kapitolu tvoří umění „vzít soupeři vítr z plachet“, tím, že přiznáme svoji chybu. Tím, že se člověk sám o chybě

zmíní, předejde kritice. Je dobré si také umět říct o laskavost, kdykoli ji člověk postrádá.
(29)

Prosadit si vlastní názor, umět říkat NE bez nepříjemných pocitů, přiměřeně projevovat emoce, umět dát najevo svá přání a požadavky, vhodným způsobem vyjadřovat své stanovisko, nebát se oponovat za použití správných argumentů a stále trvat na svém. Je však potřeba vědět, kdy techniky asertivity použít. Je nutné se nejprve naučit správné komunikaci, umět se domlouvat bez úzkosti, napětí a agrese. ⁽³⁾

1.7 Vnímání nemoci, úrazu klientem/pacientem

1.7.1 Psychika klienta/pacienta po příchodu do nemocnice

Příchod potenciálního klienta/pacienta na úrazové oddělení je obvykle pro většinu lidí novým zážitkem. Mnohé se změní nejen v těle klienta/pacienta, ale i v jeho psychice. Pokud porovnáme psychický stav hospitalizovaného klienta/pacienta a zdravého člověka, zjistíme, že zdravý člověk je z hlediska aktivity hlavním aktérem ve svém životě. Je relativně nezávislý na druhých lidech, určuje si sám svůj životní rytmus, může ve svém životě podávat poměrně dobrý výkon, což mu dává značnou sebedůvěru a kladné sebehodnocení. Žije v tzv. sociální síti své rodiny a přátel, je ve známém prostředí svého domova, může se plně věnovat svým zájmům, poměrně zvládá své problémy a adekvátně na ně reaguje. V jeho životě byly doposud relativně kladné emoce – radost, štěstí a měl v životě určitou míru životní jistoty a naděje. Svou budoucnost vidí poměrně jasně strukturovanou. Naproti tomu člověk se zraněním, či hospitalizovaný člověk je v péči lékařů a sester, kteří jsou nyní hlavními aktéry v jeho životě, nemůže dělat to, co by sám chtěl, může dělat jen to, co mu ostatní (lékař, sestra) dovolí nebo určí. Není zvyklý na životní rytmus, který musí v nemocnici dodržovat, musí dělat i činnosti, které neumí a neovládá čímž se přirozeně snižuje jeho sebevědomí a sebehodnocení. V nemocnici i při krátkodobé hospitalizaci je klient/pacient v sociální izolaci, setkává se zde s neznámými lidmi. Kontakt s lidmi známými je značně omezen. Nemocniční prostředí je pro klienta/pacienta zcela cizí a neznámé oproti přirozenému domácímu prostředí. Jeho okruh zájmů se výrazně snižuje s ohledem na zdravotní stav

a hospitalizaci. Při zvládání problémů klient/pacient zcela nerozumí svému fyzickému i psychickému stavu a často si s problémy týkající se jeho stavu neví rady. Emocionální stav klienta/pacienta nám charakterizuje v prvé řadě celý soubor negativních citů jako je strach, obavy, bolest, nejistota atp. V době nemoci je kontakt s klientovou/pacientovou minulostí omezen a budoucnost je díky zranění nejistá.

Klient/pacient přicházející do nemocnice je ve stavu vnitřní úzkosti ze svého změněného zdravotního stavu, je zmaten a pln obav z toho, co ho v nemocnici vlastně čeká a jaké budou jeho povinnosti v nejbližší době. Mezi základní způsoby, jakými člověk zvládá náročnou situaci patří obecně útek, útok a volání o pomoc. ⁽¹¹⁾

1.7.2 Psychologické faktory zdraví a nemoci

Lidské představy o tom, co člověku je, značně ovlivňují jeho vnímání zdravotního stavu. Zároveň však ovlivňují interpretaci subjektivních i objektivních příznaků. V praxi jde o to, že příznaky nemoci či úrazu klient/pacient vidí buď jako skutečné příznaky nemoci či úrazu nebo je vidí jen jako banální maličkosti, kterých není třeba si všímat. Je tedy potřeba, aby potenciální klient/pacient rozpoznal příznaky nemoci či úrazu a následně také porozuměl tomu, co dané příznaky znamenají. ⁽¹¹⁾

Mezi lidmi jsou značné rozdíly, tzn. že ne každý člověk vnímá stejně to, co se s ním děje. Nejvhodnějším příkladem je vnímání bolesti. Stejný fyzický podnět může na jednoho člověka působit jako nepatrná bolest a na druhého jako bolest intenzivní a nesnesitelná. Bolest je nejkompexnější zkušeností v životě člověka, jelikož její prožívání je úzce spojeno s tělesnými, emočními i sociálními poznatky. ^(11, 28)

Lidé jsou rozdílní i typem osobnosti, někteří své příznaky přecházejí jako nepodstatné a nedůležité. Odborně toto vnímání označujeme jako „blunting“ - necitlivost, otupělost. Opakem toho jsou lidé až mimořádně citliví. Tito lidé okamžitě reagují na sebemenší podnět. Odborně se jejich citlivost označuje termínem „monitoring“ – monitorování, dozor, přísný dohled, citlivý monitor i sebemenších podnětů. Na projev příznaků první skupina lidí nereaguje a nepovažuje je za důležité, naproti tomu druhá skupina lidí změnu ve svém zdravotním stavu velice brzy odhalí a okamžitě registruje změnu jako velice podstatnou a důležitou. ⁽¹¹⁾

Je důležité zmínit i osobnostní zaměření, kdy lidé „typu chování A“ se na rozdíl od lidí „typu chování B“ mnohem více zaměřují na udržování svého zdravotního stavu a fyzické kondice (tělesné cvičení, procházky, jogging, atd.). Avšak z hlediska vnímání příznaků lidem typu A řada příznaků ujde, jelikož je jejich pozornost zaměřena na jinou činnost. Svůj vliv má i to, zda je člověk introvert, člověk zaměřený na sebe, do svého nitra je daleko citlivější v detekci negativních příznaků, než extrovert, člověk zaměřený na své okolí. ⁽¹¹⁾

Ukazuje se, že i neuroticismus (nervozita) může mít vliv na vnímání příznaků. Lidé s vyšším stupněm nervozity vykazují zároveň i zvýšené množství pozorovaných negativních příznaků změn zdravotního stavu. Také lidé ve zvýšeném emocionálním stavu (v depresivním stavu, v tísní, stresu a napětí) jsou daleko citlivější k jakékoli změně jejich zdravotního stavu. Cítí se ohroženi nejen psychicky, ale i tělesně. ⁽¹¹⁾

V lidském organismu fungují určité obranné mechanismy. Ty zabráňují tomu, abychom určité příznaky nevnímali tak výrazně, jak bychom je za daných okolností asi vnímali. Vhodným příkladem obranného mechanismu je tzv. represe – potlačení. Jde o to, že se snažíme určitý příznak nevidět, neslyšet, nepociťovat. Fakt, že se příznak u člověka objevil je pro něj nepříjemný a nutí ho snažit se raději příznak nevnímat. ⁽¹¹⁾

Určitý vliv může na vnímání příznaků mít i nálada člověka. Pokud je člověk v dobré náladě, nepovažuje negativní příznak změny zdravotního stavu za příliš významný. V opačném případě, člověk ve špatné náladě vidí vše černě a negativním příznakům dávají mnohem vyšší závažnost než člověk v náladě dobré. ⁽¹¹⁾

Vliv situačních faktorů jako je např. zaměstnání člověka, má také svůj význam ve vnímání negativních příznaků. Lidé, kteří mají nudné zaměstnání si daleko častěji uvědomují negativní příznaky nemoci než lidé, kteří mají zajímavé zaměstnání a plno aktivit mimo své zaměstnání. ⁽¹¹⁾

Také zvýšený zájem zintenzivňuje příznaky, to platí převážně u studentů medicíny a zdravotních sester. Při studiu určité nemoci pozorují velice často studenti příznaky sami na sobě. Z masových sdělovacích prostředků se na lidi valí řada nemocí, včetně podrobně popsaných příznaků. Je to způsob, jak lidi informovat o určitých

onemocněních (AIDS, rakoviny, zranění při nehodách atd.), lidé nacházejí řadu příznaků těchto onemocnění u sebe, i když jde o tzv. falešný poplach (false alarm).⁽¹¹⁾

Celkem vzato je možné říci, že představa, že určitý příznak musí každý člověk stejně, snadno a rychle objevit a stejně ohodnotit jako kdokoli jiný, je zcela nepřijatelná. Přehled faktorů ovlivňujících vnímání (vidění a rozpoznání) příznaku i jeho hodnocení, ukazují, že tzv. kognitivní faktory, což jsou myšlenky lidí, jejich názory, představy, postoje a přesvědčení zde hrají mimořádně důležitou roli.⁽¹¹⁾

Při interpretaci zjištěných příznaků se uplatňuje řada faktorů. Předcházející zkušenost s daným příznakem je velice důležitým určovatelem významu a smyslu zjištěného příznaku, tzn. že pokud se člověk již v minulosti s daným příznakem setkal, chápe ho jinak než pokud se s ním setkává poprvé. Dalším faktorem je emocionální zážitek s daným příznakem. Pokud se člověk s příznakem setká u osoby k níž má úzký emocionální vztah, získá výraznější představu o tom, co by mohl příznak znamenat než člověk, který si o daném příznaku určitého onemocnění přečte např. z novin. Očekávání určitých příznaků má také jistý vliv na jejich interpretaci. Důležitým faktorem je ohrožená hodnota, pokud se projev dotýká „vážených částí těla“, např. obecně obličeje, rukou, či specificky u pianisty rukou, trumpetisty zubů. Projevy týkající se těchto částí těla jsou okamžitě interpretovány jako něco velice závažného. Toho se úzce dotýká i ohrožení pohyblivosti, tzn. že pokud je příznakem ohrožena pohyblivost je příznak častěji chápán jako závažný a je mu potřeba věnovat zvýšenou pozornost.⁽¹¹⁾

Dalším krokem v myšlenkovém pochodu je kognitivní reprezentace. K tomu se používá tzv. kognitivní schéma nemoci, které obsahuje jednak identifikaci – přesné určení nemoci, dále důsledky dané nemoci pro klienta/pacienta, jeho představy o příčinách onemocnění, dobu trvání nemoci a možnosti léčby. Rozbor kognitivních schémat ukázal, že je možné rozdělit je do tří skupin:

1. *Akutní nemoc* – klientova/pacientova představa o akutní nemoci je, že nemoc nepotrvá dlouho a nemoc nezanechá následky.
2. *Chronická nemoc* - v klientově/pacientově představě je v první řadě časový faktor – nemoc i léčba bude trvat dlouho a není jisté, zda se pacient zbaví všech následků onemocnění.

3. *Cyklická nemoc* – střídají se období klidu a období nemoci. ⁽¹¹⁾

Ošetřování agresivních klientů/pacientů je daleko složitější a náročnější, přesto je nutné dodržovat Práva pacientů. Ta říkají, mimo jiné, že klient/pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči, která je prováděná s porozuměním kvalifikovanými pracovníky. ⁽⁶⁾

V závěru teoretické části bych upřesnila některá pravidla, týkající se komunikace s agresivním klientem/pacientem:

- Je vhodné nechat klienta/pacienta chvíli hovořit, abychom zjistili, čím se dá jeho emoční jednání vysvětlit. To je důležité pro volbu další komunikace.
- Udržovat si od klienta/pacienta bezpečnou vzdálenost a vzájemně respektovat své osobní prostory.
- Výrazně gestikulujícího klienta/pacienta se snažit posadit a vyzvat ho ke klidnému dýchání. Psychicky se zklidní a jeho gestikulace bude mírnější.
- Zachovat klid a nadhled.
- Důležité je nenechat se vyprovokovat k vulgárnímu a hrubému chování.
- Pokud klient/pacient hovoří přetokně, je dobré po chvíli jeho monolog přerušit a věcně ho vést k řešení problému.
- Mluvit klidným a vlídným hlasem.
- Pokud se klient/pacient nezklidní, je vhodné mu sdělit, že by bylo možné užít zklidňující lék. Jestliže lék odmítne, je lépe nabídnout mu jiný termín.
- Upozornit klienta/pacienta na důsledky jeho nevěcného jednání či násilí, i když v afektu bude málo přístupný k racionálním argumentům.
- Je vhodné pokusit se získat zpět klientovu/pacientovu důvěru.
- Nezklidní-li se klient/pacient v únosné době, je nutné volat pomoc, popř. policii.
- Pokud je však příčina hněvu oprávněná, očekává se od profesionála dostatečná omluva.
- Snažit se přesvědčit klienta/pacienta, že medicína, lékař ani sestra nejsou všemocní.
- Nevzdávat se přímého očního kontaktu a kontrolovat svou mimiku, nedělat prudká gesta a nevykračovat náhle směrem ke klientovi/pacientovi.
- Fyzická konfrontace není vhodným ani správným řešením vzniklé situace. ⁽¹⁵⁾

2. Cíl práce a hypotézy bakalářské práce

2.1 Cíl

Cílem této bakalářské práce je definovat odlišnosti ošetrovatelské péče u agresivních klientů/pacientů, zjistit, zda se agrese více vyskytuje na ambulanci, standardní stanici, či JIP. Dále popsat možnosti ochrany zdravotnického personálu vůči agresivním klientům/pacientům.

2.2 Hypotézy

1. Častěji napadne klient/pacient sestru než lékaře.
2. Ve většině případů se chování zdravotnického personálu po projevení fyzické agrese změní.
3. Agrese se častěji vyskytuje na ambulanci traumatologie, než na lůžkové části oddělení.
4. Adekvátní ošetrovatelská péče je u agresivních klientů/pacientů znemožněna.
5. Zdravotnický personál nemá dostatek informací o specifických ošetrovatelské péče u agresivních klientů/pacientů.

3. Metodika

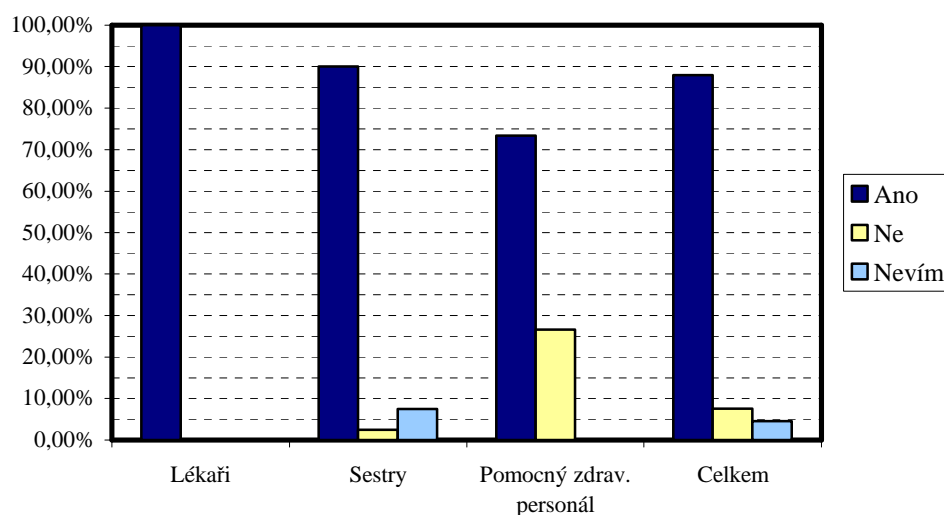
Jedná se o kvantitativní výzkum s dotazníkovým šetřením u třech výzkumných vzorků. Sběr dat probíhal v rámci dvou týdnů.

Dotazníky jsem použila dva. První dotazník, určený pro lékaře a sestry traumatologického oddělení Nemocnice České Budějovice a. s., obsahoval 37 otázek. Dotazníkové šetření probíhalo na stanici A, B, JIP a Ambulanci. Druhý dotazník byl určen pro pomocný zdravotnický personál traumatologického oddělení Nemocnice České Budějovice a. s. a obsahuje 33 otázek. Sběr dat byl zajišťován přímou distribucí a po čtrnácti dnech byly dotazníky sebrány. Celkem jsem rozdala 81 dotazníků a zpět se mi jich vrátilo 66 (81,5%).

Dotazník se skládá ze standardizovaného souboru otázek, jeho vyplňování probíhalo anonymně do již tištěného formuláře. Respondenti mohli vynechat jakoukoli otázku, na kterou jim bylo nepříjemné odpovídat. V rámci zajištění anonymity byl v dotazníku vynechán věk respondenta. Dotazník obsahuje otázky uzavřené, polootevřené i otevřené. Otázky byly zaměřeny na schopnosti zdravotnického personálu včas a správně rozpoznat hrozící agresi a zda umí zdravotnický personál adekvátně reagovat při projevení agrese ze strany klienta/pacienta. Dále se otázky týkaly standardu ošetrovatelské péče, zda lékaři a sestry znají zvláštnosti ošetrovatelské péče u agresivních klientů/pacientů, resp. klientů/pacientů omezených v lůžku. Tyto otázky již neobsahoval dotazník určený pro pomocný zdravotnický personál. (viz. příloha č. 3, 4)

4. Výsledky

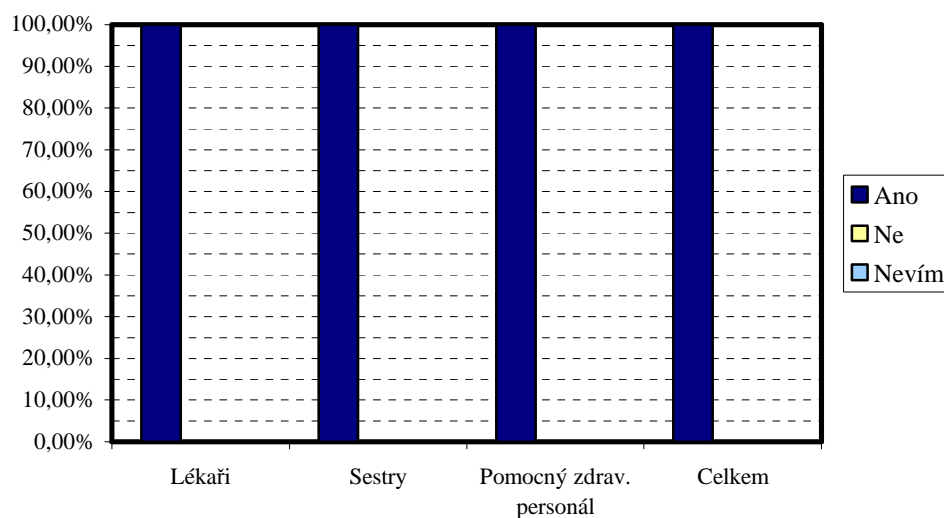
Graf 1 Slovní výhrůžky



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 2: „Považujete slovní výhrůžky zdravotnickému personálu za agresivní chování pacienta/klienta“ odpovědělo ANO 11 (100%) lékařů, 36 (90%) sester a 11 (73,3%) pomocného zdravotnického personálu. NE odpověděla 1 (2,5%) sestra a 4 (26,7%) pracovníci pomocného zdrav. personálu. NEVÍM odpověděly 3 (7,5%) sestry.

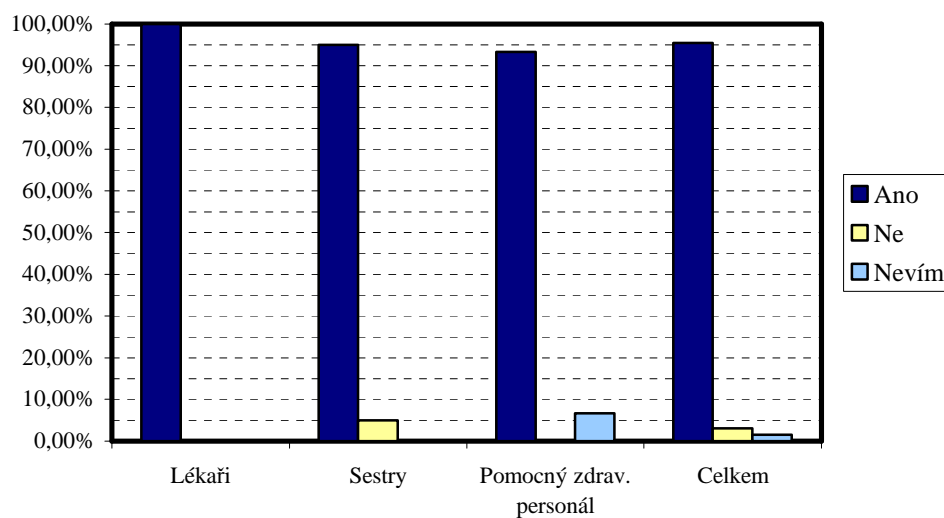
Graf 2 Fyzické napadení



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 3: „Považujete fyzické napadení zdravotnického personálu za agresivní chování pacienta/klienta“ odpovědělo ANO všech 66 (100%) respondentů.

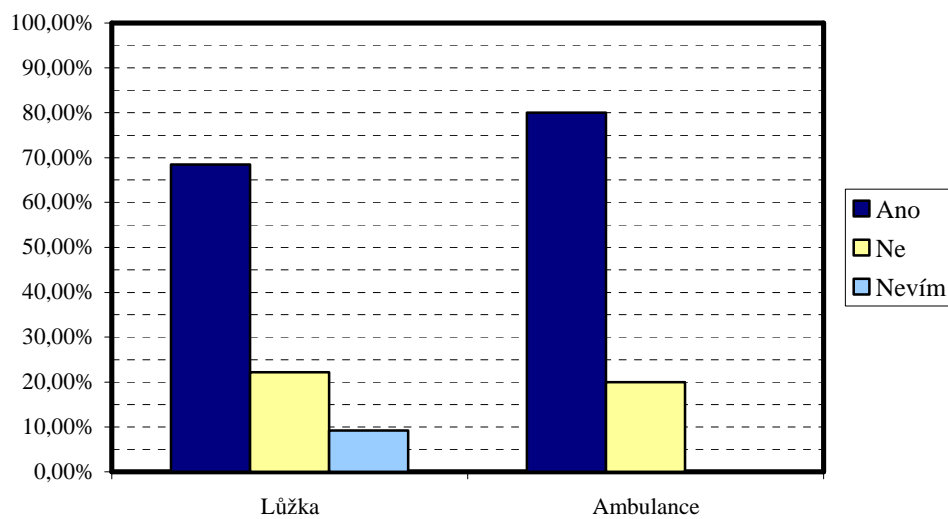
Graf 3 Úmyslné poničení hmotného vybavení



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 4: „Považujete úmyslné poničení hmotného vybavení pokoje za agresivní chování pacienta/klienta“ odpovědělo ANO 11 (100%) lékařů, 38 (95%) sester a 14 (93,9%) pracovníků pomocného zdrav. personálu. NE odpověděly 2 (5%) sestry a NEVÍM 1 (6,7%) pomocného zdrav. personálu.

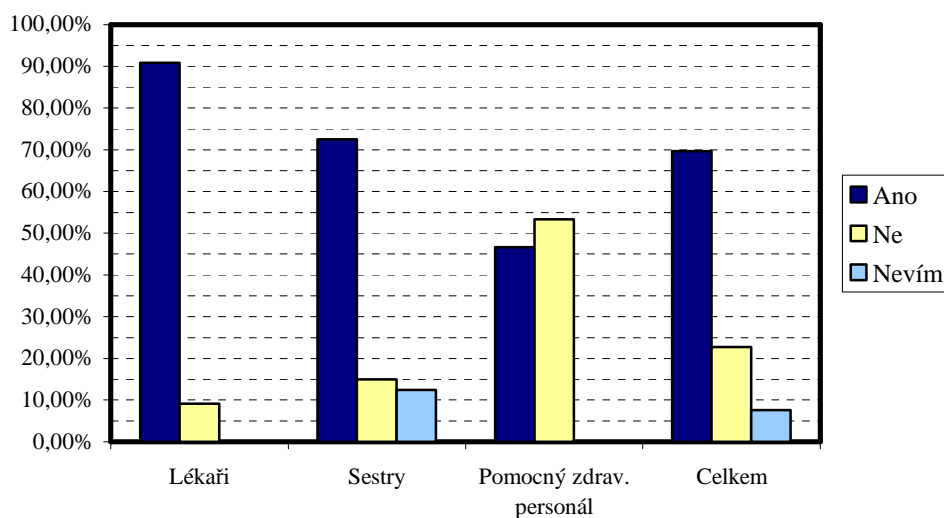
Graf 4 Napadení klientem/pacientem dle pracoviště



Zdroj: vlastní výzkum

Na Ambulanci zažilo osobně napadení 16 (80%) zdravotníků a na lůžkové části 37 (67,5%).

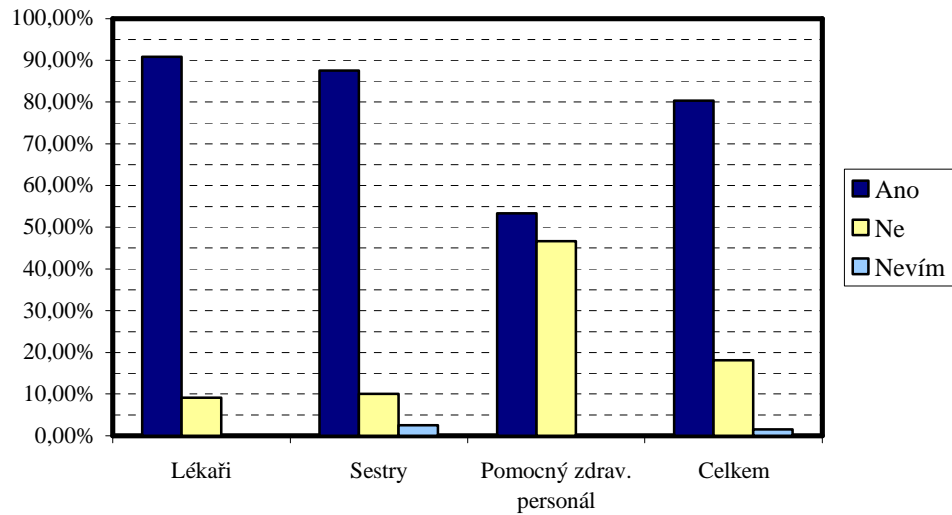
Graf 5 Napadení klientem/pacientem dle profese



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 5: „Byl/a jste někdy napaden/a pacientem/klientem při výkonu Vaší profese“ odpovědělo ANO 10 (90,9%) lékařů, 29 (72,5%) sester a 7 (46,7%) pracovníků pomocného zdrav. personálu. NE odpověděl 1 (9%) lékař, 6 (15%) sester a 8 (53,3%) pracovníků pomocného zdrav. personálu. NEVÍM, zda se jednalo o agresi odpovědělo 5 (12,5%) sester.

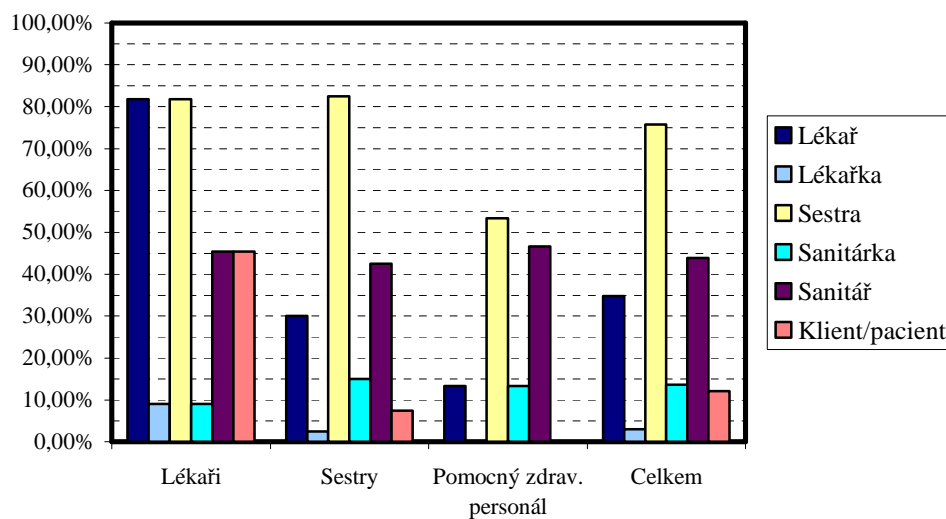
Graf 6 Svědek napadení



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 6: „Byl/a jste někdy svědkem napadení zdravotníka pacientem/klientem při výkonu Vaší profese“ odpovědělo ANO 10 (90,9%) lékařů, 35 (87,5%) sester a 8 (53,3%) pracovníků pomocného zdrav. personálu. NE odpověděl 1 (9%) lékař, 4 (10%) sestry a 7 (46,7%) pracovníků pomocného zdrav. personálu. NEVÍM, zda se jednalo o agresi odpověděla 1 (2,5%) sestra.

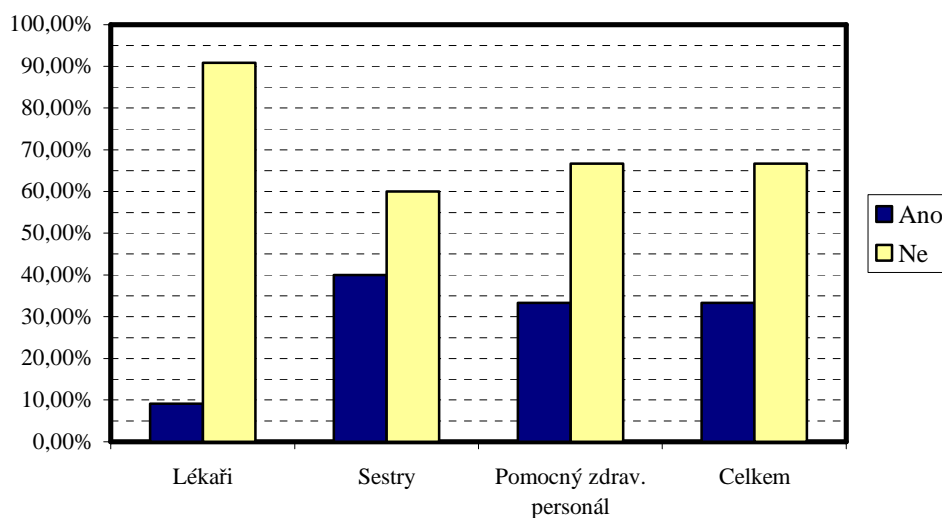
Graf 7 Obět' napadení



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 7: „Koho pacient/klient agresivně napadl“ odpověděli lékaři (celkem 11): v 9 případech (81,8%) lékaře, v 1 případě (9%) lékařku, v 9 případech (81,8) sestru, v 1 případě (9%) sanitárku, v 5 případech (45,5%) sanitáře a v 5 případech (45,5%) klienta/pacienta. Sestry (celkem 40): ve 12 případech (30%) lékaře, v 1 případě (2,5%) lékařku, ve 33 případech (82,5%) sestru, v 6 případech (15%) sanitárku, v 17 případech (42,5%) sanitáře a ve 3 případech (7,5%) klienta/pacienta. Pomocný zdrav. personál (celkem 15) odpověděl ve 2 případech (13,3%) lékaře, v 8 případech (53,3%) sestru, ve 2 případech (13,3%) sanitárku a v 7 případech (46,7%) sanitáře.

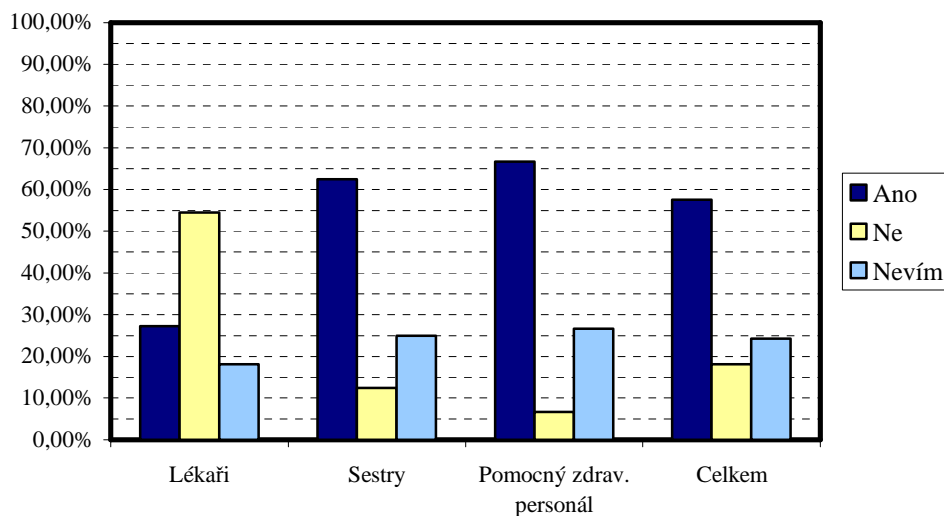
Graf 8 Zmapování ústupové cesty



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 8: „Máte dostatečně zmapovanou ústupovou cestu při jednání s agresivním pacientem/klientem“ odpověděl ANO 1 (9%) lékař, 16 (40%) sester a 5 (33,3%) pracovníků pomocného zdrav. personálu. NE odpovědělo 10 (90,9%) lékařů, 24 (60%) sester a 10 (66,7%) pracovníků pomocného zdrav. personálu.

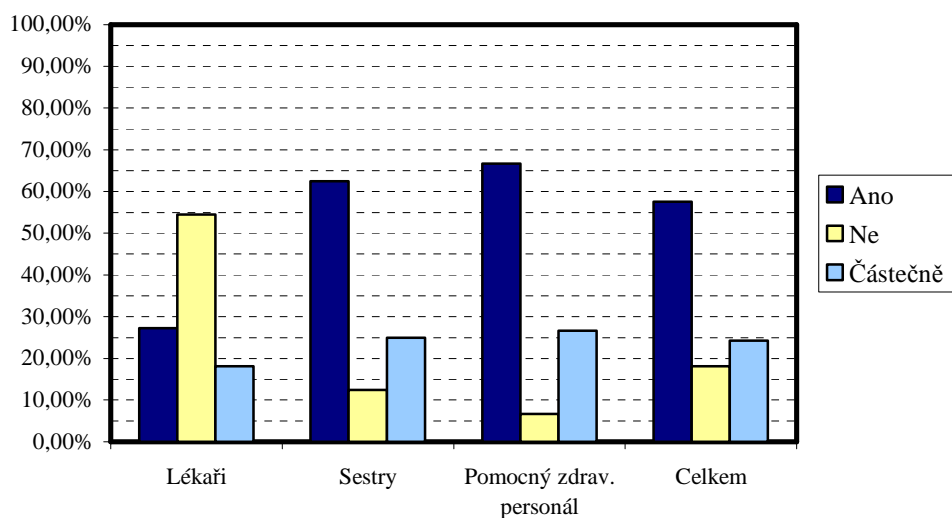
Graf 9 Dodržování bezpečné vzdálenosti



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 9: „Dodržujete při jednání s agresivním pacientem/klientem bezpečnou vzdálenost“ odpověděli ANO 3 (27,3%) lékaři, 25 (62,5%) sester a 10 (66,7%) pracovníků pomocného zdrav. personálu. NE odpovědělo 6 (54,6%) lékařů, 5 (12,5%) sester a 1 (6,7%) pracovník pomocného zdrav. personálu. NEVÍM o jakou vzdálenost se jedná odpověděli 2 (18,2%) lékaři, 10 (25%) sester a 4 (26,7%) pracovníci pomocného zdrav. personálu.

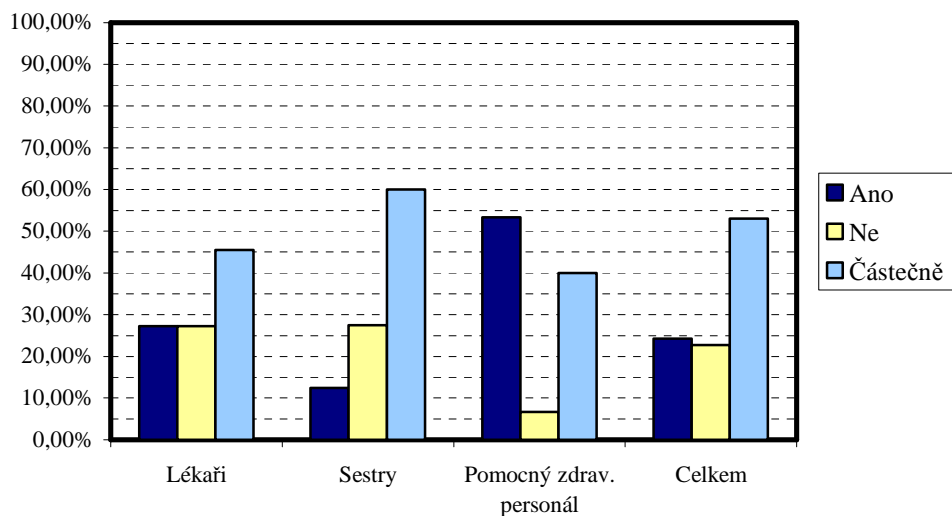
Graf 10 Trvání na svém



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 10: „Trváte na svém při jednání s agresivním pacientem/klientem“ odpověděli ANO 3 (27,3%) lékaři, 25 (62,5%) sester a 10 (66,7%) pracovníků pomocného zdrav. personálu. NE odpovědělo 6 (54,6%) lékařů, 5 (12,5%) sester a 1 (18,2%) pracovník pomocného zdrav. personálu. ČÁSTEČNĚ odpověděli 2 (18,2%) lékaři, 10 (25%) sester a 4 (24,2%) pracovníci pomocného zdrav. personálu.

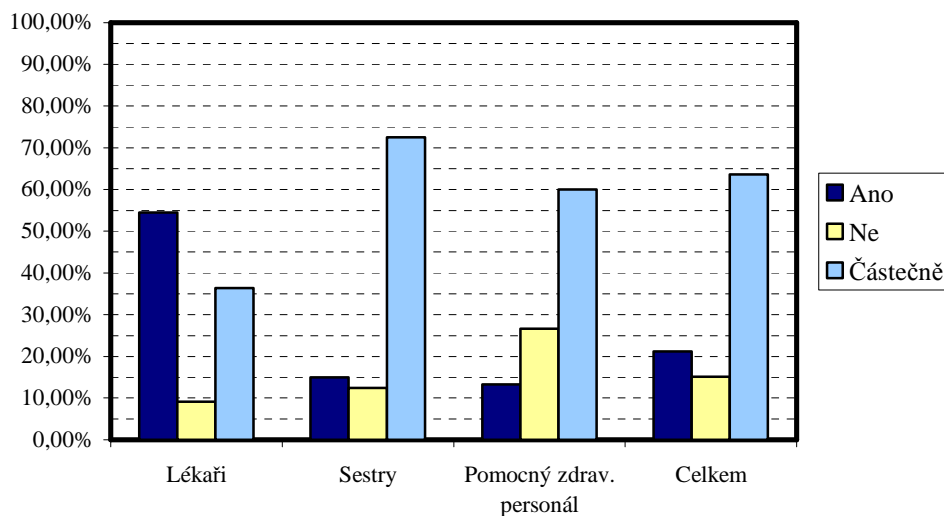
Graf 11 Vyhýbání se komunikací



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 11: „Snažíte se záměrně vyhnout komunikaci s agresivním pacientem/klientem“ odpověděli ANO 3 (27,3%) lékaři, 5 (12,5%) sestry a 8 (53,3%) pracovníků pomocného zdravotního personálu. NE odpověděli 3 (27,3%) lékaři, 11 (27,5%) sestry a 1 (6,7%) pracovník pomocného zdravotního personálu. ČÁSTEČNĚ odpovědělo 5 (45,5%) lékařů, 24 (60%) sester a 6 (40%) pracovníků pomocného zdravotního personálu.

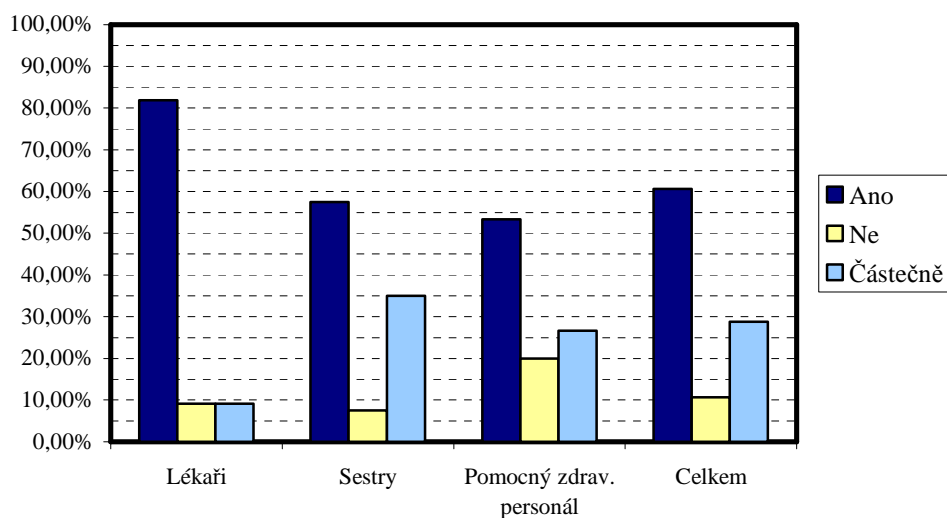
Graf 12 Změna chování po slovní agresí



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 12: „Změní se Vaše chování k pacientovi/klientovi po projevení slovní agrese na Vaší osobu“ odpovědělo ANO 6 (54,6%) lékařů, 6 (15%) sester a 2 (13,3%) pracovníci pomocného zdrav. personálu. NE odpověděl 1 (9%) lékař, 5 (12,5%) sester a 4 (26,7%) pracovníci pomocného zdrav. personálu. ČÁSTEČNĚ odpověděli 4 (36,4%) lékaři, 29 (72,5%) sester a 9 (60%) pracovníků pomocného zdrav. personálu.

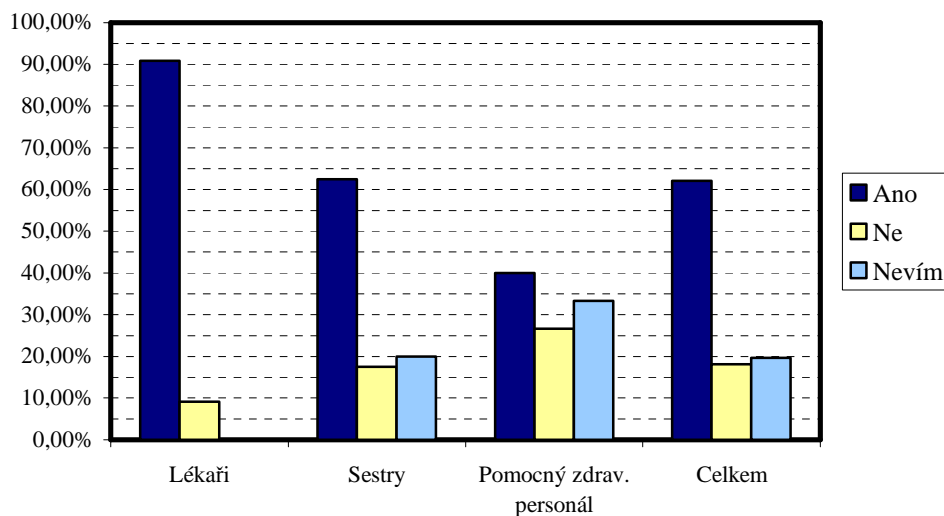
Graf 13 Změna chování po fyzické agresi



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 13: „Změní se Vaše chování k pacientovi/klientovi po projevení fyzické agrese na Vaší osobu“ odpovědělo ANO 9 (81,8%) lékařů, 23 (57,5%) sester a 8 (53,3%) pracovníků pomocného zdrav. personálu. NE odpověděl 1 (9%) lékař, 3 (7,5%) sestry a 3 (20%) pracovníci pomocného zdrav. personálu. ČÁSTEČNĚ odpověděl 1 (9%) lékař, 14 (35%) sester a 4 (26,7%) pracovníci pomocného zdrav. personálu.

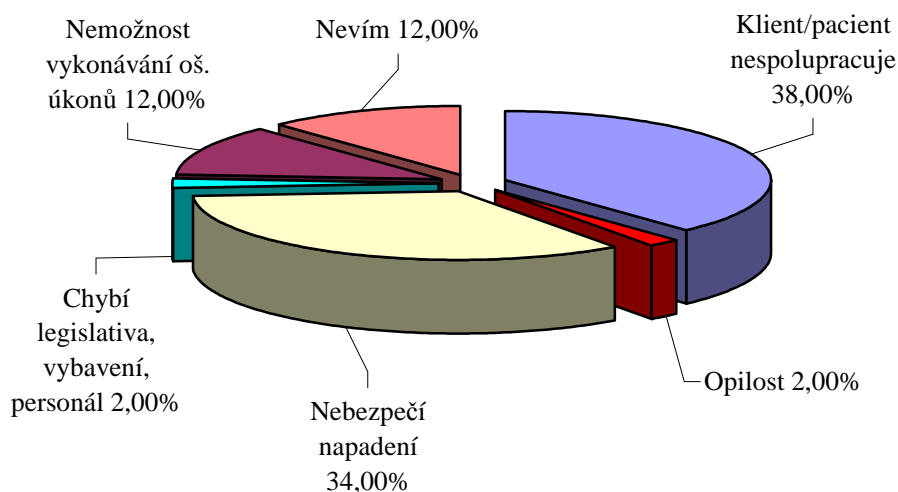
Graf 14 Adekvátní oš. péče u agresivních klientů/pacientů



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 14: „Myslíte si, že adekvátní ošetrovatelská péče je u agresivního pacienta znemožněna“ odpovědělo ANO 10 (90,9%) lékařů, 25 (62,5%) sester a 6 (40%) pracovníků pomocného zdrav. personálu. NE odpověděl 1 (9%) lékař, 7 (17,5%) sester a 4 (26,7%) pracovníci pomocného zdrav. personálu. NEVÍM odpovědělo 8 (20%) sester, 5 (33,3%) pracovníků pomocného zdrav. personálu.

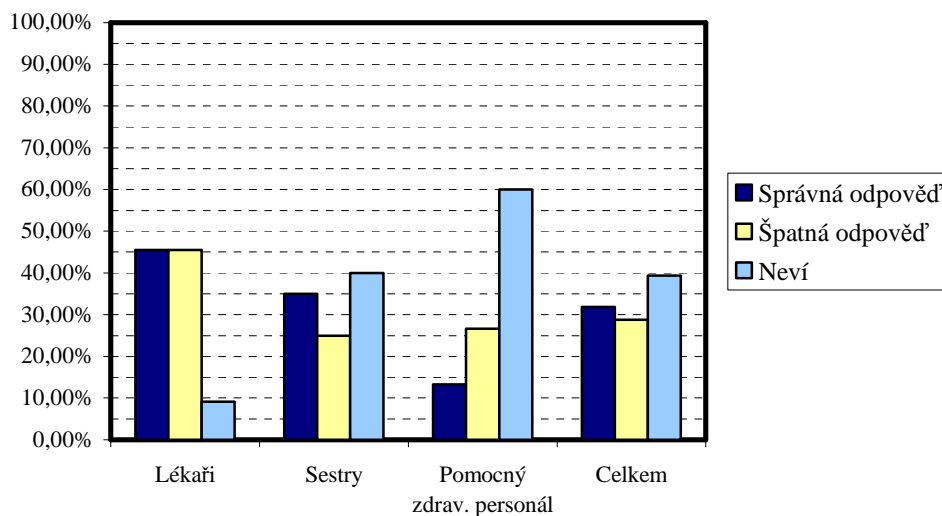
Graf 15 Důvod neadekvátní oš. péče



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 15: „Proč si myslíte že je u agresivního pacient/klienta adekvátní ošetrovatelská péče znemožněna“ odpovědělo 52 (78,8%) respondentů, z toho 19 (38%) respondentů uvedlo jako důvod, že klient/pacient nespolupracuje, 1 (2%) respondent uvedl jako důvod opilst, 17 (34%) respondentů uvedlo nebezpečí napadení, 1 (2%) respondent uvedl jako důvod chybění legislativy, vybavení a personálu, 6 (12%) respondentů uvedlo nemožnost vykonávání ošetrovatelských úkonů a 6 (12%) respondentů uvedlo, že neví.

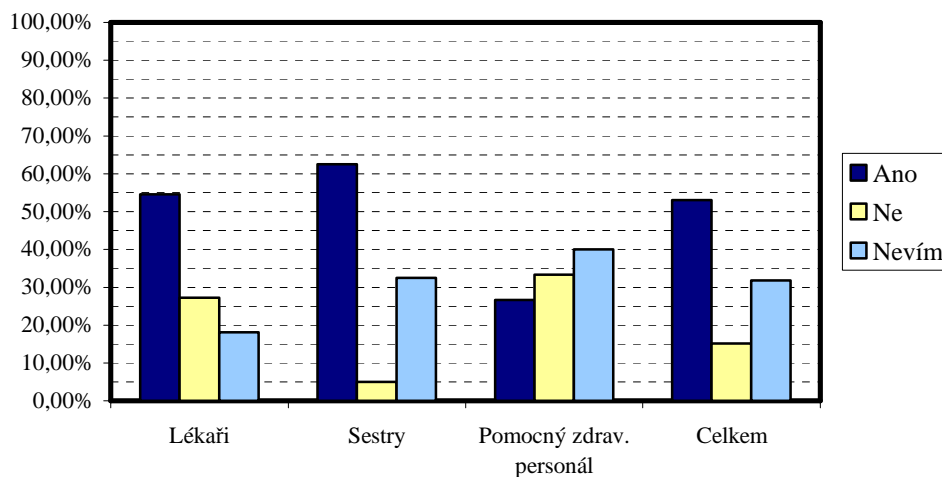
Graf 16 Znalost asertivity



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 16: „Jak byste vysvětlil/a termín asertivita“ odpovědělo **SPRÁVNĚ** 5 (45,5%) lékařů, 14 (35%) sester a 2 (13,3%) pracovníci pomocného zdrav. personálu. **ŠPATNĚ** odpovědělo 5 (45,5%) lékařů, 10 (25%) sester a 4 (26,7%) pracovníci pomocného zdrav. personálu. **NEVÍM** odpověděl 1 (9%) lékař, 16 (40%) sester a 9 (60%) pracovníků pomocného zdrav. personálu.

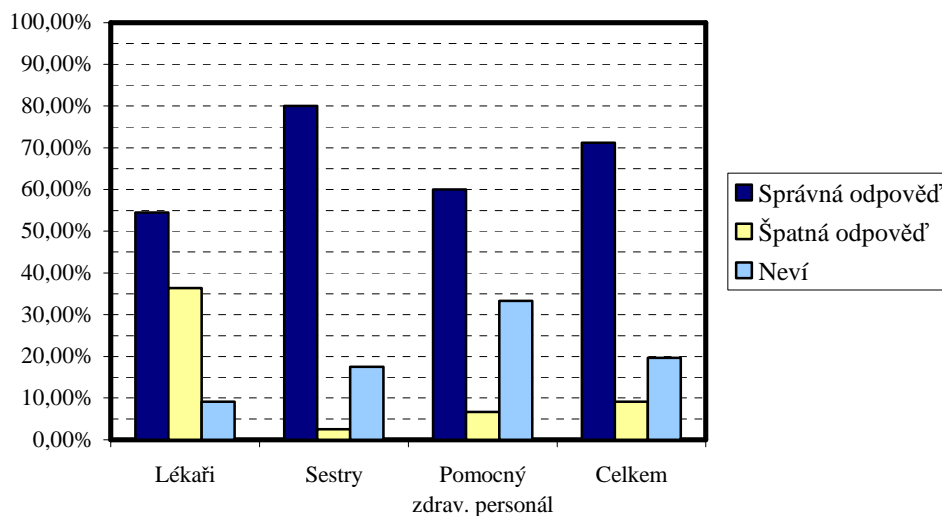
Graf 17 Použití asertivity při jednání s agresivním klientem/pacientem



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 17: „Myslíte si, že je vhodné chovat se k agresivním pacientům/klientům asertivně“ odpovědělo ANO 6 (54,5%) lékařů, 25 (62,5%) sester a 4 (26,7%) pracovníci pomocného zdravotního personálu. NE odpověděli 3 (27,3%) lékaři, 2 (5%) sestry a 5 (33,3%) pracovníků pomocného zdravotního personálu. NEVÍM odpověděli 2 (18,2%) lékaři, 13 (32,5%) sester a 6 (40%) pracovníků pomocného zdravotního personálu.

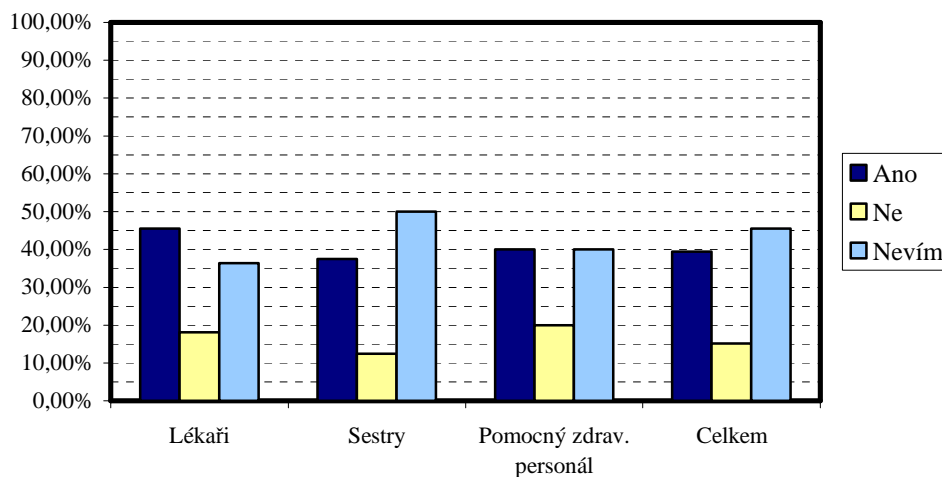
Graf 18 Znalost empatie



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 18: „Jak byste vysvětlil/a termín empatie“ odpovědělo **SPRÁVNĚ** 6 (54,6%) lékařů, 32 (80%) sester a 9 (60%) pracovníků pomocného zdravotního personálu. **ŠPATNĚ** odpověděli 4 (36,4%) lékaři, 1 (2,5%) sestra a 1 (6,7%) pracovník pomocného zdravotního personálu. **NEVÍM** odpověděl 1 (9%) lékař, 7 (17,5%) sester a 5 (33,3%) pracovníků pomocného zdravotního personálu.

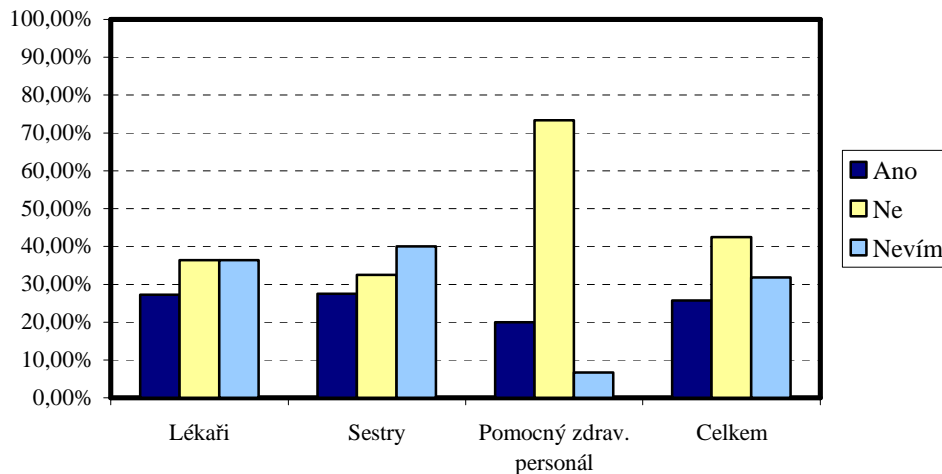
Graf 19 Použití empatie při jednání s agresivním klientem/pacientem



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 19: „Myslíte si, že je vhodné chovat se k agresivním pacientům/klientům empaticky“ odpovědělo ANO 5 (45,5%) lékařů, 15 (37,5%) sester a 6 (40%) pracovníků pomocného zdrav. personálu. NE odpověděli 2 (18,2%) lékaři, 5 (12,5%) sester a 3 (20%) pracovníci pomocného zdrav. personálu. NEVÍM odpověděli 4 (36,4%) lékaři, 20 (50%) sester a 6 (45,5%) pracovníků pomocného zdrav. personálu.

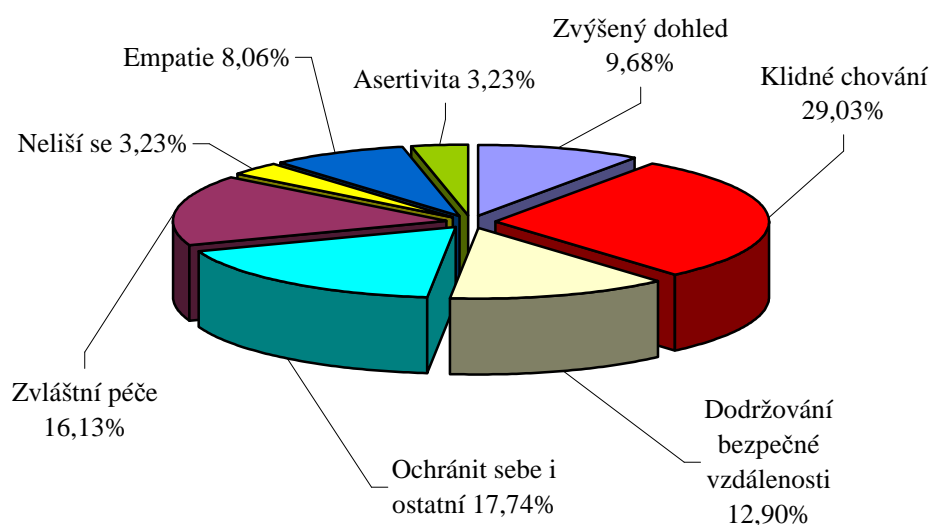
Graf 20 Dostatek informací o specifičích oš. péče u agresivních klientů/pacientů



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 20: „Máte dostatek informací o specifičích ošetřovatelské péče u agresivních pacientů“ odpověděli ANO 3 (27,3%) lékaři, 11 (27,5%) sester a 3 (20%) pracovníci pomocného zdrav. personálu. NE odpověděli 4 (36,4%) lékaři, 13 (32,5%) sester a 11 (73,3%) pracovníků pomocného zdrav. personálu. NEVÍM odpověděli 4 (36,4%) lékaři, 16 (40%) sester a 1 (6,7) pracovník pomocného zdrav. personálu.

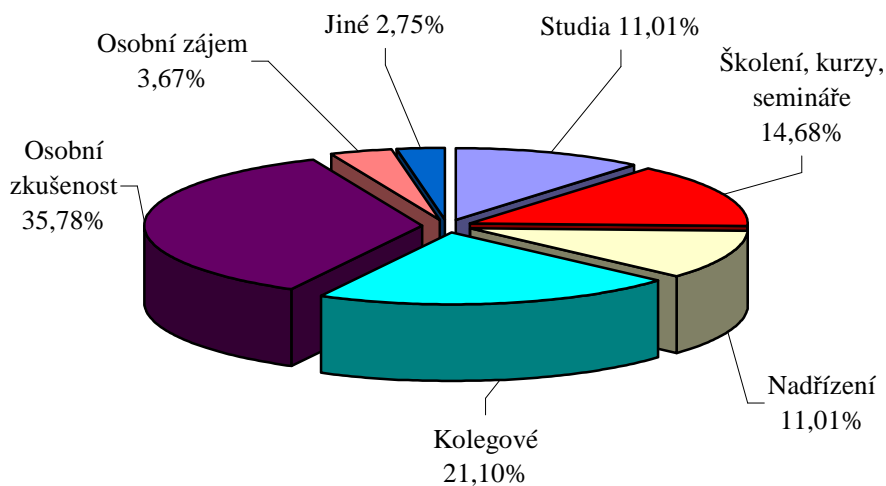
Graf 21 Specifika oš. péče



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 21: „Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o agresivní pacienty/klienty“ odpovědělo 46 (69,7%) respondentů. Zvýšený dohled odpovědělo 6 (9,7%) respondentů, klidné chování odpovědělo 18 (29%) respondentů, dodržování bezpečné vzdálenosti odpovědělo 8 (12,9%) respondentů, ochránit sebe i ostatní odpovědělo 11 (17,7%) respondentů, zvláštní péče odpovědělo 10 (16,1%) respondentů, neliší se od běžné ošetrovatelské péče odpověděli 2 (3,2%) respondenti, empatie odpovědělo 5 (8%) respondentů, asertivita odpověděli 2 (3,2%) respondenti.

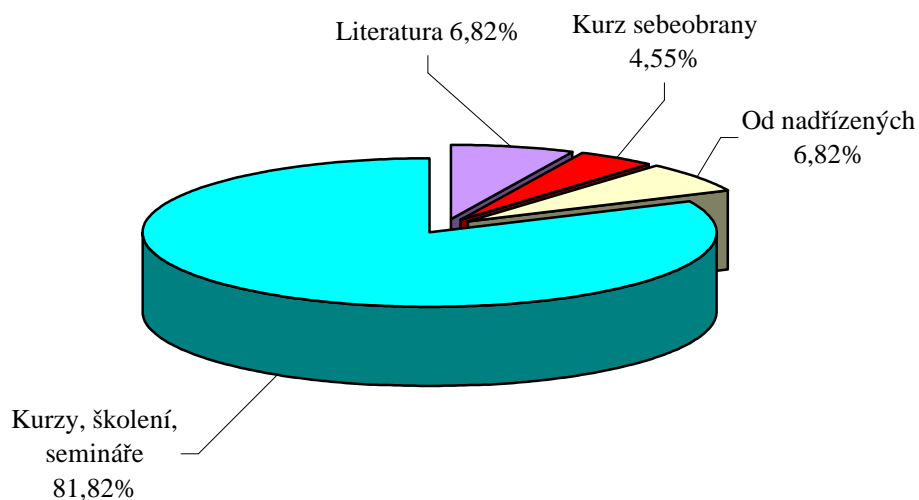
Graf 22 Získávání informací



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 22: „Odkud jste informace o specifických ošetrovatelské péče u agresivních pacientů získal/a, získáváte“ odpovědělo 60 (90,9%) respondentů. Studium získalo informace 12 (11%) respondentů, ze školení, kurzů, seminářů získalo informace 16 (14,7%) respondentů, od nadřízených 12 (11%) respondentů, od kolegů 23 (21,1%) respondentů, z osobní zkušenosti odpovědělo 39 (35,8%) respondentů, osobní zájem o danou problematiku mají 4 (3,7%) respondenti, jiné odpověděli 3 (2,8%) respondenti.

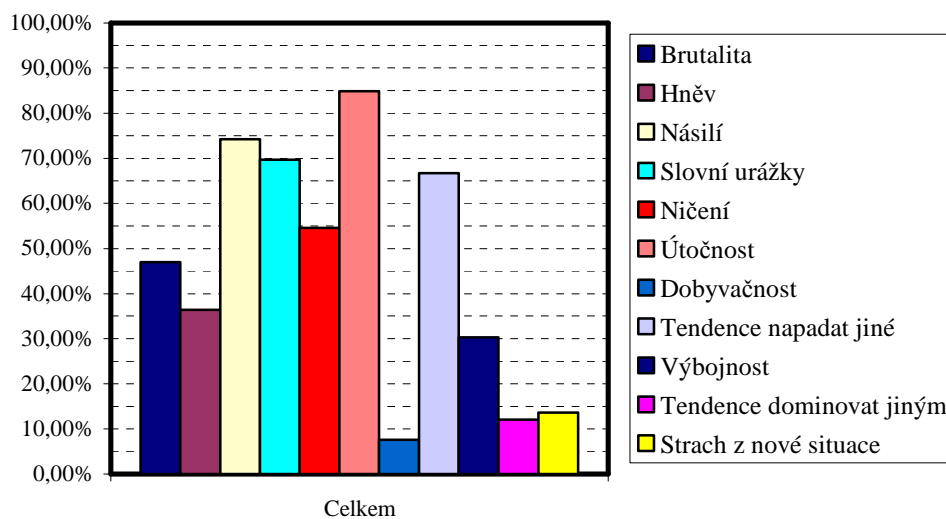
Graf 23 Možnosti zvýšení informovanosti



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 23: „Jakým způsobem si myslíte, že by se mohla informovanost zdravotníků o ošetřování agresivních pacientů zvýšit“ odpovědělo 51 (77,3%) respondentů. 3 (6,8%) respondenti si myslí, že z literatury, 2 (4,6%) respondenti z kurzů sebeobrany, 3 (6,8%) respondenti od nadřízených, 36 (81,8%) respondentů z kurzů, školení a seminářů.

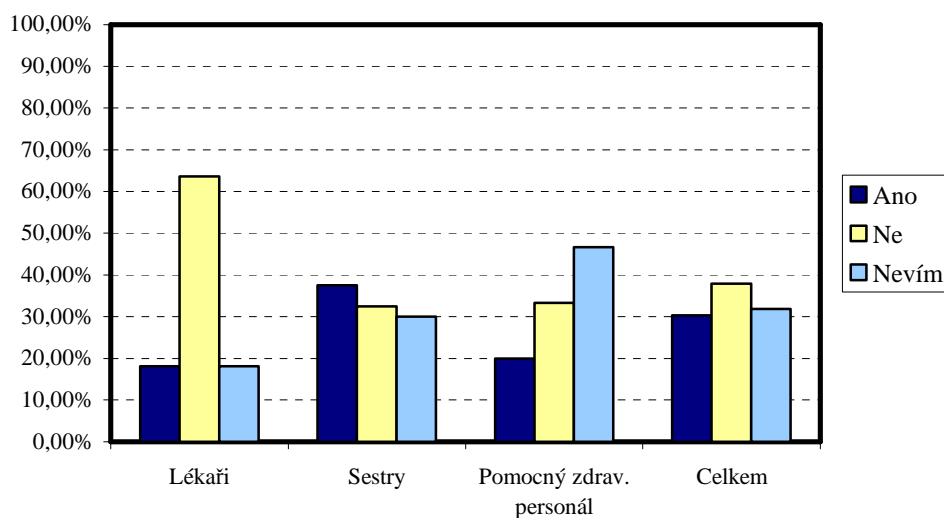
Graf 24 Jiný termín pro agresivitu



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 24: „Vyberte jiný termín pro agresivitu“ odpovědělo 65 (98,5%) respondentů. Brutalita byla vybrána v 31 (47%) případech, hněv ve 24 (36,4%), násilí ve 49 (74,2%) případech, slovní urážky byly vybrány ve 46 (69,7%) případech, ničení ve 36 (54,6%) případech, útočnost v 56 (84,9%) případech, dobyvačnost v 5 (7,6%) případech, tendence napadat jiné ve 44 (66,7%) případech, výbojnost ve 20 (30,3%) případech, tendence dominovat jiným ve 8 (12,1%) případech, strach z nové situace 9 (13,6%) případech.

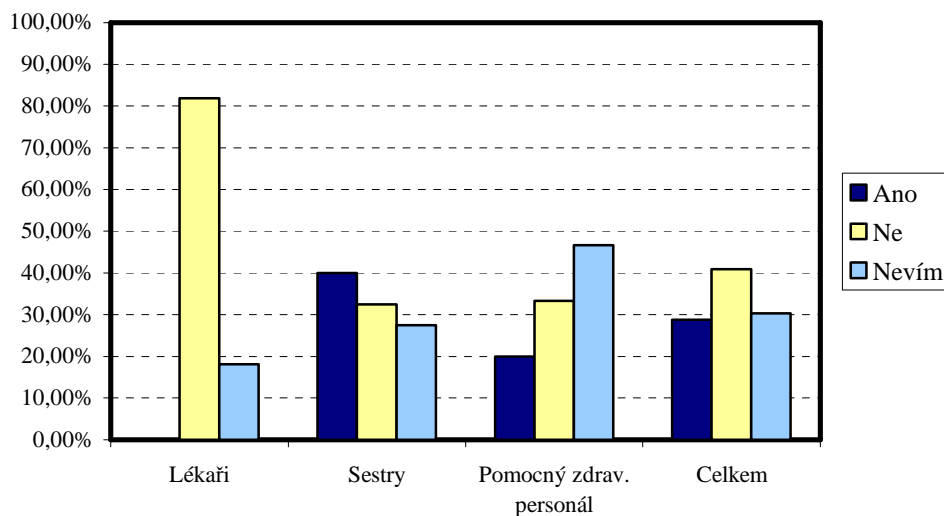
Graf 25 Ironizování jako projev agrese



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 25: „Myslíte si, že k projevům agrese patří ironizování“ odpověděli ANO 2 (18,2%) lékaři, 15 (37,5%) sester a 3 (20%) pracovníci pomocného zdrav. personálu. NE odpovědělo 7 (63,6%) lékařů, 13 (32,5%) sester a 5 (33,3%) pracovníků pomocného zdrav. personálu. NEVÍM odpověděli 2 (18,2%) lékaři, 12 (30%) sester a 7 (46,7%) pracovníků pomocného zdrav. personálu.

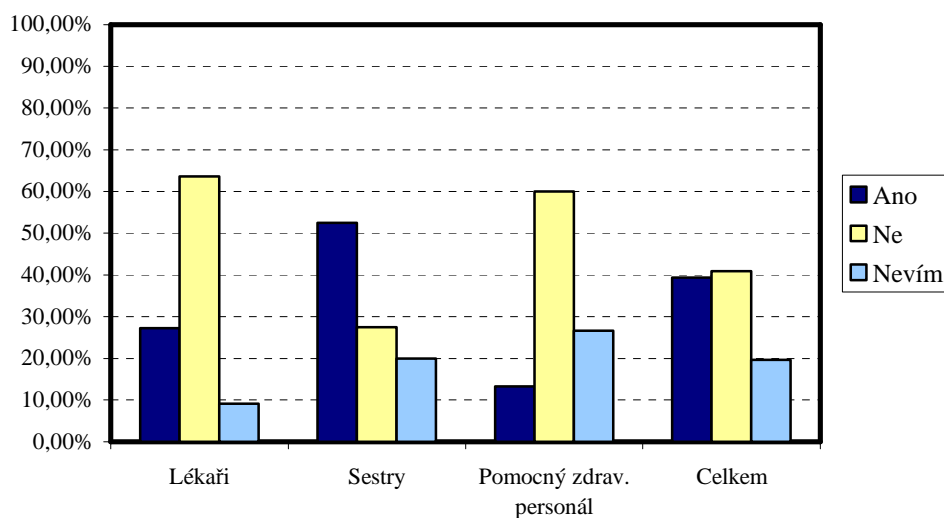
Graf 26 Sarkasmus jako projev agrese



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 26: „Myslíte si, že k projevům agrese patří sarkasmus“ odpovědělo ANO 16 (40%) sester a 3 (20%) pracovníci pomocného zdrav. personálu. NE odpovědělo 9 (81,8%) lékařů, 13 (32,5%) sester a 5 (33,3%) pracovníků pomocného zdrav. personálu. NEVÍM odpověděli 2 (18,2%) lékaři, 11 (27,5%) sester a 7 (46,7%) pracovníků pomocného zdrav. personálu.

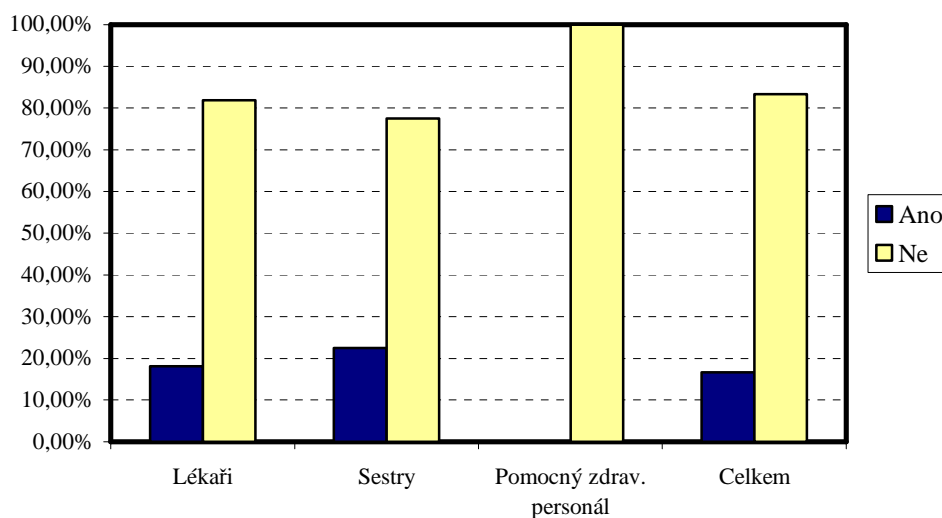
Graf 27 Jízlivost jako projev agrese



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 27: „Myslíte si, že k projevům agrese patří jízlivost“ odpověděli ANO 3 (27,3%) lékaři, 21 (52,5%) sester a 2 (13,3%) pracovníci pomocného zdrav. personálu. NE odpovědělo 7 (63,6%) lékařů, 11 (27,5%) sester a 9 (60%) pracovníků pomocného zdrav. personálu. NEVÍM odpověděl 1 (9%) lékař, 8 (20%) sester a 4 (26,7%) pracovníci pomocného zdrav. personálu.

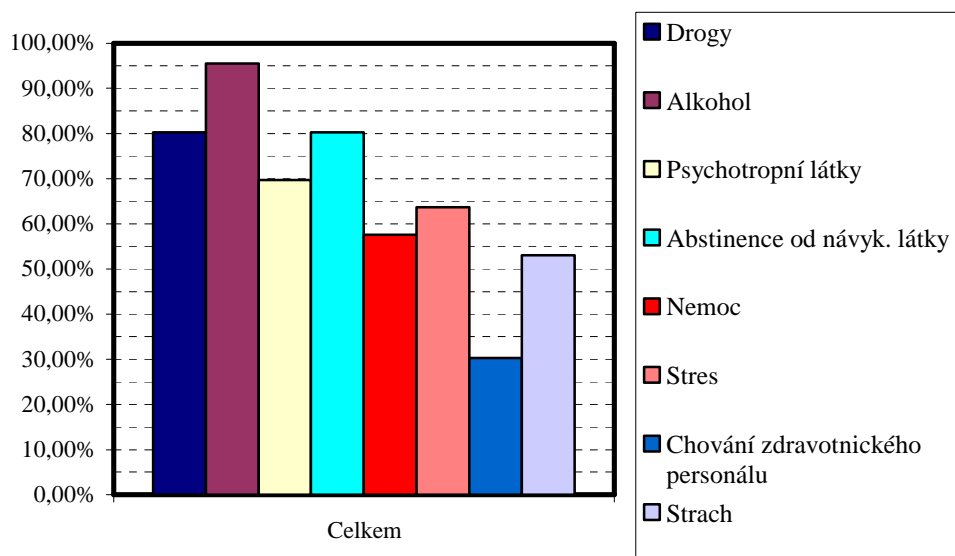
Graf 28 Znalost asertivních technik



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 28: „Znáte nějaké asertivní techniky“ odpověděli ANO 2 (18,2%) lékaři, 9 (22,5%) sester. NE odpovědělo 9 (81,8%) lékařů, 31 (77,5%) sester a 15 (100%) pracovníků pomocného zdrav. personálu.

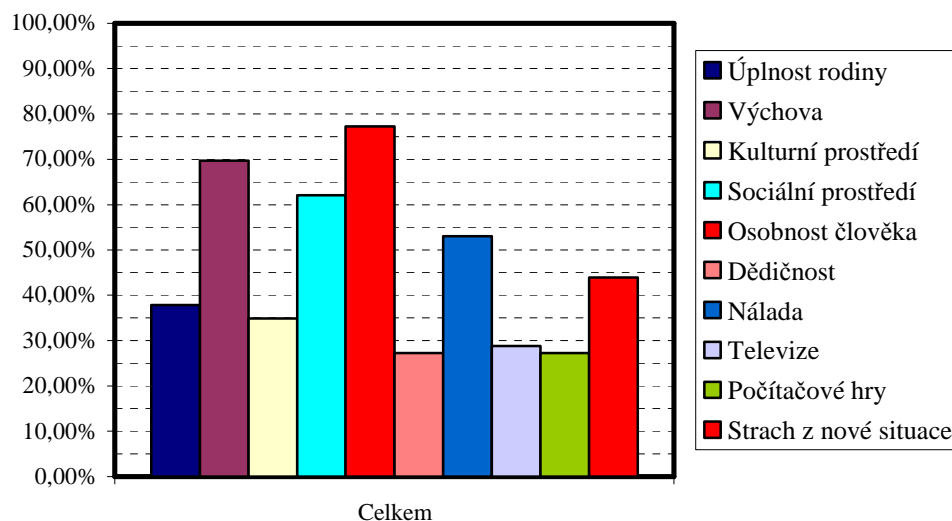
Graf 29 Příčina vyvolání agrese



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 29: „Co podle Vás vyvolává u klienta/pacienta agresi“ odpovědělo 66 (100%) respondentů. Drogy byly uvedeny v 53 (80,3%) případech, alkohol v 63 (95,5%) případech, psychotropní látky v 46 (69,7%) případech, abstinence od návykových látek v 53 (80,3%) případech, nemoc v 38 (57,6%) případech, stres ve 42 (63,6%) případech, chování zdravotnického personálu ve 20 (30,3%) případech, strach ve 35 (53%) případech.

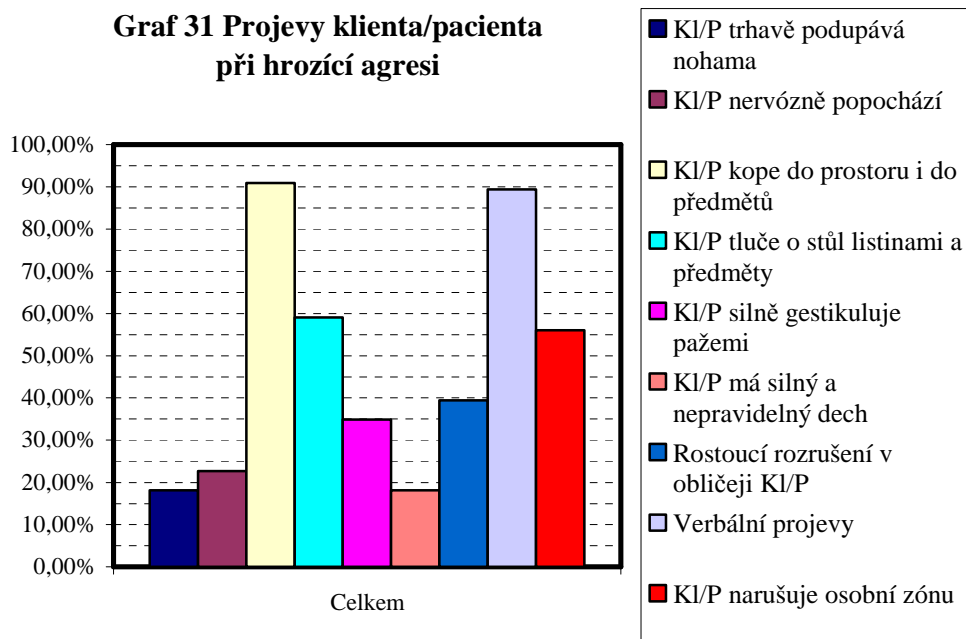
Graf 30 Příčina ovlivnění míry agrese



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 30: „Co si myslíte že u klienta/pacienta ovlivňuje míru agrese“ odpovědělo 66 (100%) respondentů. Úplnost rodiny byla uvedena v 25 (37,9%) případech, výchova v 46 (69,7%) případech, kulturní prostředí ve 23 (34,9%) případech, sociální prostředí ve 41 (62,1%) případech, osobnost člověka v 51 (77,3%) případech, dědičnost v 18 (27,3%) případech, nálada byla uvedena ve 35 (53%) případech, televize v 19 (28,8%) případech, počítačové hry v 18 (27,3%) případech, strach z nové situace ve 29 (43,9%) případech.

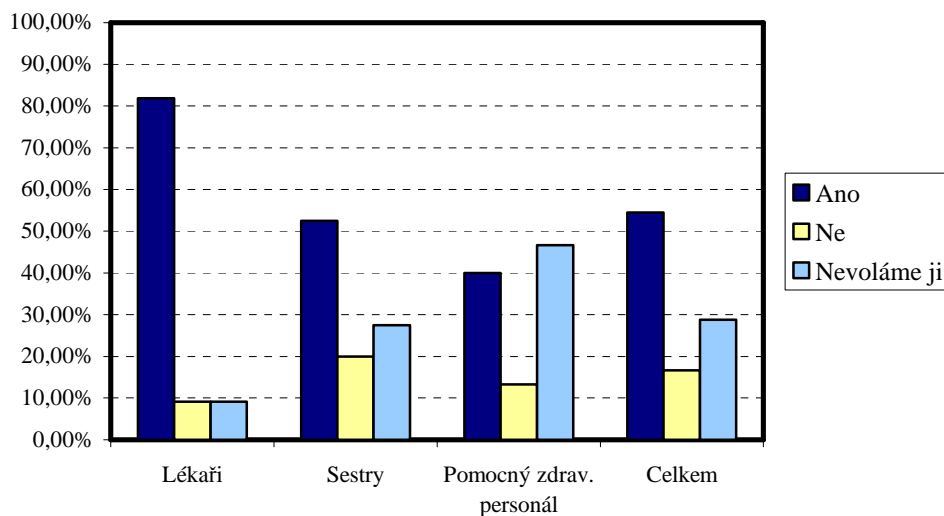
Graf 31 Projevy klienta/pacienta při hrozící agresi



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 31: „Jak rozpoznáte z projevů klienta/pacienta, že Vám hrozí agrese z jeho strany“ odpovědělo 66 (100%) respondentů. Klient/pacient trhavě podupává nohama odpovědělo 12 (18,2%) respondentů, klient/pacient nervózně popochází odpovědělo 15 (22,7%) respondentů, klient/pacient kope do prostoru i do předmětů odpovědělo 60 (90,9%) respondentů, klient/pacient tluče o stůl listinami a předměty odpovědělo 39 (59%) respondentů, klient/pacient silně gestikuluje celými pažemi odpovědělo 23 (34,9%) respondentů, klient/pacient má silný a nepravidelný dech odpovědělo 12 (18,2%) respondentů, rostoucí rozrušení v obličeji klienta/pacienta odpovědělo 26 (39,4%) respondentů, verbální projevy – vulgarizmy, urážky a výhrůžky odpovědělo 59 (89,4%) respondentů, klient/pacient narušuje osobní zónu zdravotnického personálu odpovědělo 37 (56%) respondentů.

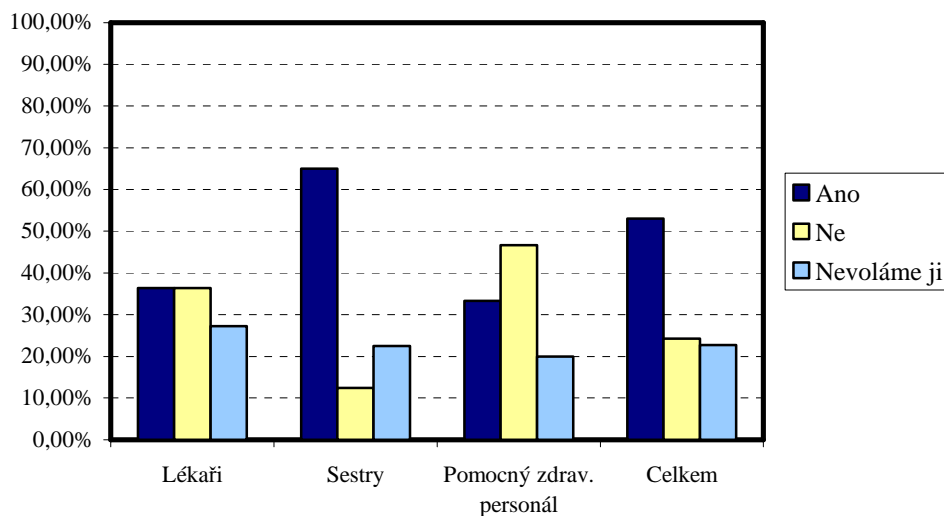
Graf 32 Zásah policie



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 32: „Pokud klient/pacient napadne zdravotnický personál na Vaší stanici, zasáhne přivolaná policie“ odpovědělo ANO 9 (81,8%) lékařů, 21 (52,5%) sester a 6 (40%) pracovníků pomocného zdravotního personálu. NE odpověděl 1 (9%) lékař, 8 (20%) sester a 2 (13,3%) pracovníci pomocného zdravotního personálu. POLICII NEVOLÁME odpověděl 1 (9%) lékař, 11 (27,5%) sester a 7 (46,7%) pracovníků pomocného zdravotního personálu.

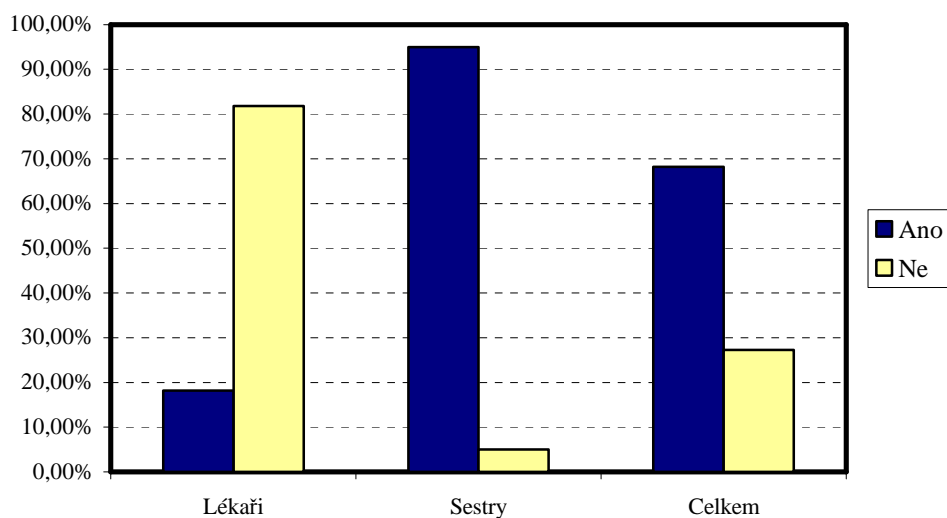
Graf 33 Zásah ochranné služby nemocnice



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 33: „Pokud klient/pacient napadne zdravotnický personál na Vaší stanici, zasáhne přivolaná ochranná služba nemocnice“ odpověděli ANO 4 (36,4%) lékaři, 26 (65%) sester a 5 (33,3%) pracovníků pomocného zdrav. personálu. NE odpověděl 4 (36,4%) lékaři, 5 (12,5%) sester a 7 (46,7%) pracovníků pomocného zdrav. personálu. NEVOLÁME JI odpověděl 3 (27,3%) lékaři, 9 (22,5%) sester a 3 (20%) pracovníci pomocného zdrav. personálu.

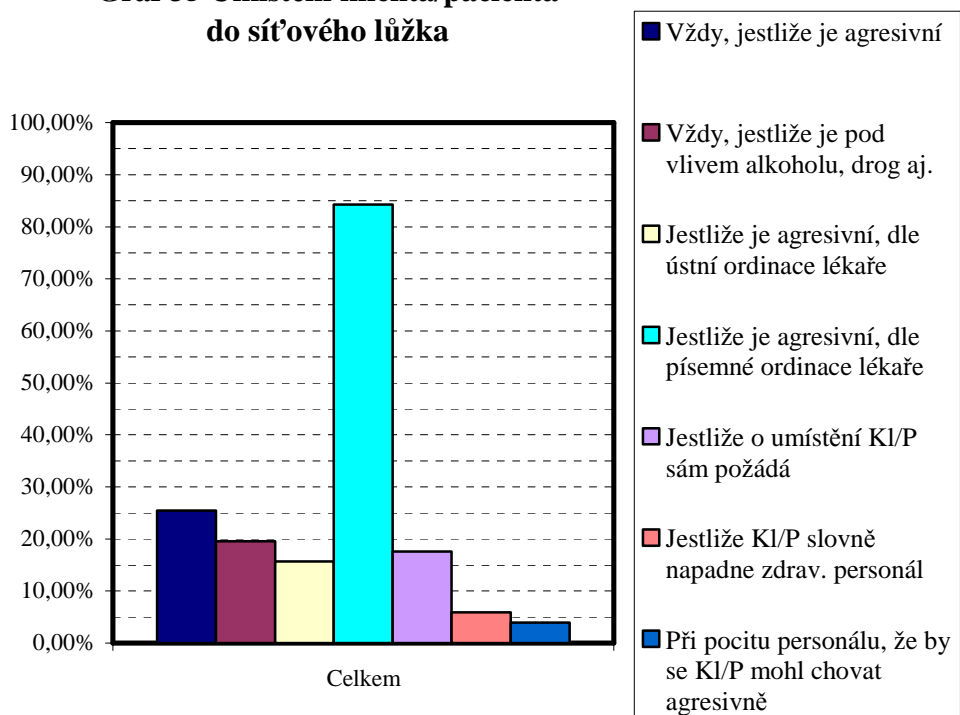
Graf 34 Znalost standardu oš. péče č. 37



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 34: „Znáte standard ošetrovatelské péče č. 37“ odpověděli ANO 2 (18,2%) lékaři a 38 (95%) sestry. NE odpovědělo 9 (81,8%) lékařů a 2 (5%) sestry.

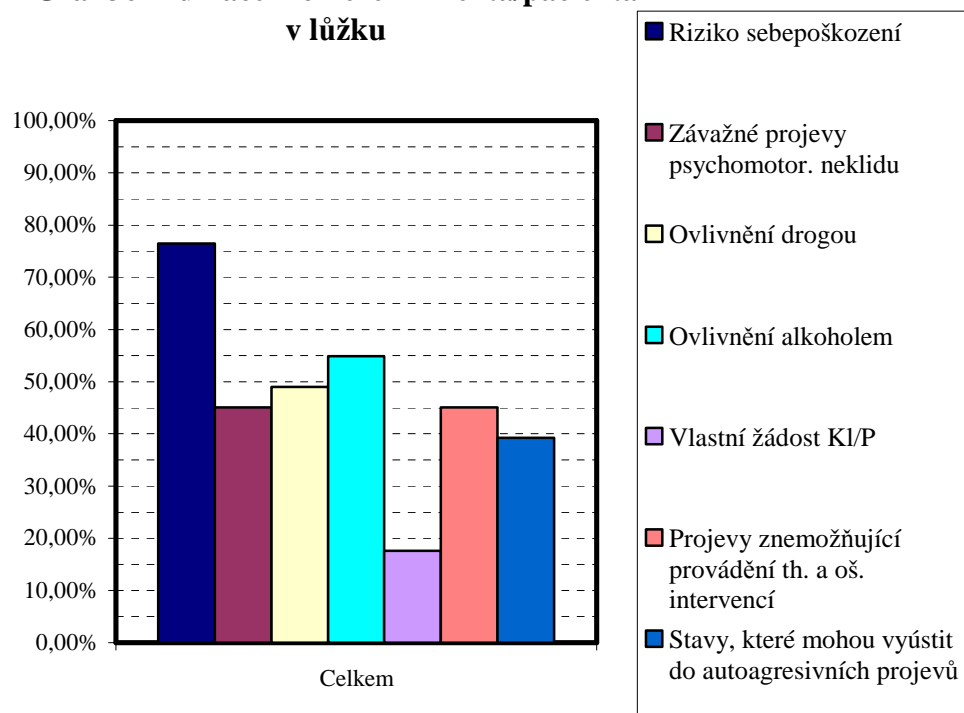
Graf 35 Umístění klienta/pacienta do síťového lůžka



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 35: „Kdy umístíte klienta/pacienta do síťového lůžka“ odpovědělo 51 (100%) respondentů (lékaři + sestry). Jestliže je agresivní odpovědělo 13 (25,5%) respondentů, jestliže je pod vlivem alkoholu, drog a jiných omamných látek odpovědělo 10 (19,6%) respondentů, jestliže je agresivní, dle ústní ordinace lékaře odpovědělo 8 (15,7%) respondentů, jestliže je agresivní, dle písemné ordinace lékaře odpovědělo 43 (84,3%) respondentů, jestliže o umístění klient/pacient sám požádá odpovědělo 9 (17,7%) respondentů, jestliže klient/pacient slovně napadne zdravotnický personál odpověděli 3 (5,8%) respondenti, jestliže máte pocit, že by se klient/pacient mohl chovat agresivně odpověděli 2 (3,9%) respondenti.

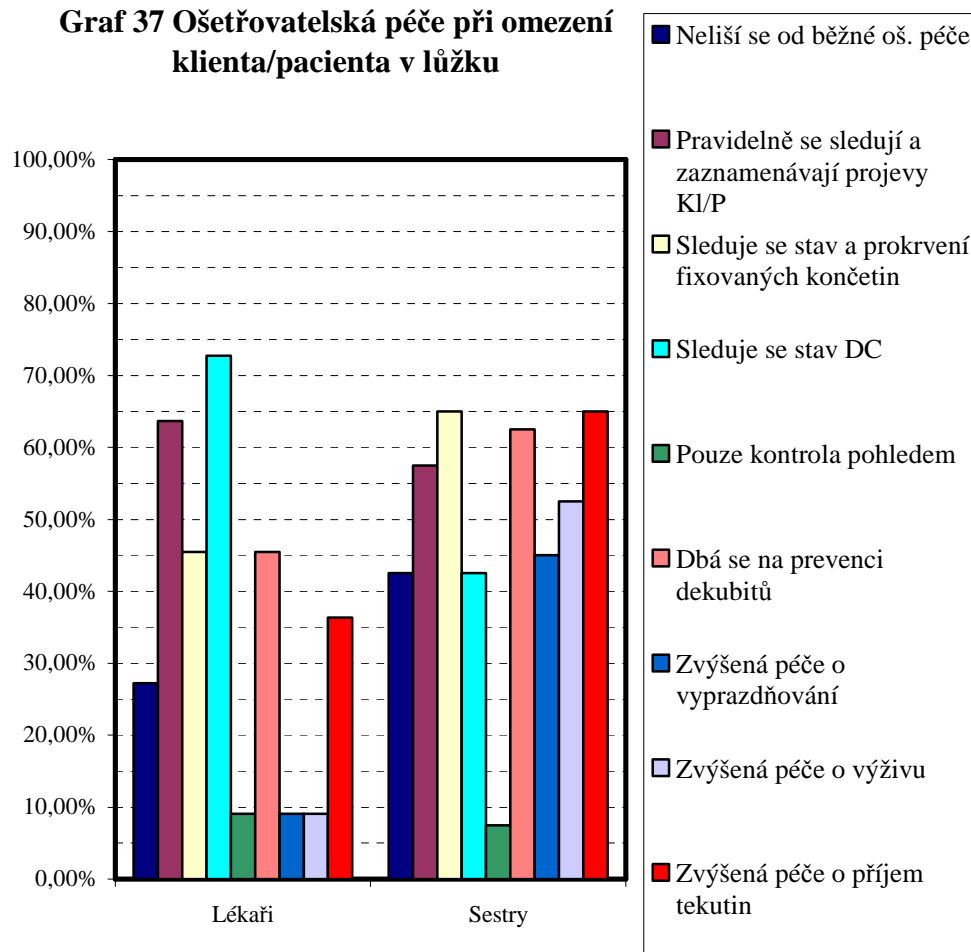
Graf 36 Indikace k omezení klienta/pacienta v lůžku



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 36: „Jaké jsou indikace k omezení klienta/pacienta v lůžku“ odpovědělo 47 (92,2%) respondentů (lékaři + sestry). Riziko sebepoškození bylo uvedeno ve 39 (76,5%) případech, závažné projevy psychomotorického neklidu byly uvedeny ve 23 (45,1%) případech, ovlivnění drogou bylo uvedeno ve 25 (49%) případech, ovlivnění alkoholem bylo uvedeno ve 28 (54,9%) případech, vlastní žádost klienta/pacienta byla uvedena v 9 (17,7%) případech, závažné projevy znemožňující provádění terapeutických a ošetrovatelských intervencí byly uvedeny ve 23 (45,1%) případech, stavy, které s vysokou pravděpodobností vyústí do autoagresivních projevů, byly uvedeny ve 20 (39,2%) případech.

Graf 37 Ošetrovatelská péče při omezení klienta/pacienta v lůžku



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 37: „Jaká je ošetrovatelská péče u klienta/pacienta při jeho omezení v lůžku“ odpovědělo 50 respondentů (lékaři + sestry). Neliší se od běžné ošetrovatelské péče odpověděli 3 (27,3%) lékaři, pravidelně se sledují a zaznamenávají projevy klienta/pacienta odpovědělo 7 (63,6%) lékařů, sleduje se stav a prokrvení fixovaných končetin odpovědělo 5 (45,5%) lékařů, sleduje se stav dýchacích cest odpovědělo 8 (72,7%) lékařů, dbá se na prevenci dekubitů odpověděl 1 (9%) lékař, zvýšená péče o vyprazdňování odpovědělo 5 (45,5%) lékařů, zvýšená péče o výživu odpověděl 1 (9%) lékař, zvýšená péče o příjem tekutin odpověděli 4 (36,4%) lékaři. Neliší se od běžné ošetrovatelské péče odpovědělo 17 (42,5%) sester, pravidelně se sledují a zaznamenávají projevy klienta/pacienta odpovědělo 23 (57,5%) sester, sleduje se stav a prokrvení fixovaných končetin odpovědělo 26 (65%) sester, sleduje se stav dýchacích

cest odpovědělo 17 (42,5%) sester, pouze kontrola pohledem odpověděly 3 (7,5%) sestry, dbá se na prevenci dekubitů odpovědělo 25 (62,5%) sester, zvýšená péče o vyprazdňování odpovědělo 18 (45%) sester, zvýšená péče o výživu odpověděl 21 (52,5%) sester, zvýšená péče o příjem tekutin odpovědělo 26 (65%) sester.

5. Diskuse

Agrese se v naší společnosti vyskytuje stále častěji. Setkáváme se s ní již u malých dětí a ani napadení klientem/pacientem není výjimkou. Proto jsem se ve své práci zaměřila na ošetřování agresivního klienta/pacienta na traumatologickém oddělení Nemocnice České Budějovice a. s.

Ve své práci jsem použila dva druhy dotazníků. První obsahoval 33 otázek, týkajících se rozpoznání agrese, chování zdravotnického personálu k agresivním klientům/pacientům a vyvolávajících mechanismů agrese u klientů/pacientů byl určeny pro pomocný zdravotnický personál. Druhý dotazník, určený pro lékaře a sestry obsahoval výše zmiňované a byl rozšířen o otázky týkající se standardu ošetrovatelské péče a ošetřování agresivních klientů/pacientů. Celkem obsahoval 37 otázek.

Hypotéza č. 1: „Častěji napadne klient sestru než lékaře“ se potvrdila jen částečně (Graf 7, Graf 4). Dle svědků napadení bylo ve 23 (34,9%) případech uvedeno napadení lékaře a v 50 (75,8%) sestru (Graf 7). Osobní zkušenost s napadením vlastní osoby uvedlo 10 (90,9%) lékařů, 29 (72,5%) sester a 7 (46,7%) pracovníků pomocného zdrav. personálu (Graf 5). Je důležité uvést, že neodpovídá počet respondentů ve skupině lékařů, sester a pomocného personálu, tedy 11 lékařů, 40 sester a 15 pracovníků pomocného zdravotnického personálu. Jelikož je sester mnohem více než lékařů a pracovníků pomocného zdrav. personálu, myslím si, že je daleko pravděpodobnější, že uvedou větší počet setkání s agresivním klientem/pacientem. Ve vyplněných dotaznících bylo zajímavé, že většina respondentů uváděla nejčastější oběť napadení svou profesí, a následně profesí nižší. Zcela byla opomíjena profese o dvě třídy nižší. Např. lékaři uváděli nejčastěji lékaře a následně sestru, sanitárky a sanitáře uváděli výjimečně. Proto si myslím, že výsledky týkající se napadení vlastní osoby respondenta jsou zavádějící a je vhodnější brát v potaz výsledky od svědků napadení. Fakt, že lékaři jsou méně napadáni klientem/pacientem lze snadno objasnit. Jednak jsou to muži, které agresivní klient/pacient nenapadne z pozice fyzicky silnějšího (muže) tak často jako na sestru (ženu). A jednak nejsou lékaři s klientem/pacientem v takovém kontaktu jako sestry, které zajišťují komplexní ošetrovatelskou péči. Proto si myslím, že vzhledem k těmto argumentům odpovídá

zmapování ústupové cesty (Graf 8), kdy zmapovanou ústupovou cestu při jednání s agresivním klientem/pacientem má pouze 1 (9%) lékař a 16 (40%) sester. To je zjištění, které se neshoduje s fakty, uvedenými v knize T. Nováka Sám proti agresi, že zdravotnický personál by si měl zajistit volnou ústupovou cestu k únikovým dveřím. Přesto však je počet sester, které mají zmapovanou ústupovou cestu daleko vyšší než počet lékařů. Dle mého názoru zde hraje významnou roli skutečnost, že sestry se s agresivními klienty/pacienty setkají daleko častěji a jsou to ženy, které nemají dostatek síly a odvahy se fyzicky postavit agresorovi. Raději zvolí ústup. V celkovém vyhodnocení bylo zjištěno, že ústupovou cestu má zmapováno pouze 22 (33,6%) respondentů. Což je na oddělení s takovým výskytem agresivních klientů/pacientů zarážející. Avšak bezpečnou vzdálenost dodržují 3 (27,3%) lékaři, 25 (62,5%) sester a 10 (66,7%) pracovníků pomocného zdrav. personálu. Přestože Praktická komunikace v medicíně uvádí, že je vhodné si od klienta/pacienta udržovat bezpečnou vzdálenost a vzájemně respektovat své osobní prostory, v ošetřování nemocných je to značně komplikované. Vždyť na většině oddělení nelze ošetřovat klienta/pacienta, aniž by sestra či lékař neporušovali jeho osobní zónu. Ošetřování klientů/pacientů se bez fyzického kontaktu s klientem/pacientem neobejde, nelze např. převazovat ránu, aniž by se sestra klienta/pacienta dotýkala. Opět dodržování bezpečné vzdálenosti je úzce vázáno na pohlaví respondentů.

Většina zdravotnického personálu nepovažuje ironizování, sarkasmus a jízlivost za agresivní chování. V dnešní společnosti se obecně vulgární výrazy a slovní napadení nepovažuje za agresi, a zde to dokazují výsledky vyhodnocení dotazníku. Ironizování považují za agresivní chování klienta/pacienta pouze 2 (18,2%) lékaři, 15 (37,5%) sester a 3 (20%) pracovníků pomocného zdrav. personálu. Z celkového počtu tedy ironizování považuje za agresi 20 (30,3%) respondentů (Graf 25). Sarkasmus považuje za agresivní chování klienta/pacienta 16 (40%) sester a 3 (20%) pracovníků pomocného zdrav. personálu. Lékaři sarkasmus za agresivní chování nepovažují, což je velice překvapivé. Celkem sarkasmus za agresi považuje 19 (28,8%) respondentů (Graf 26). Jízlivost považují za agresivní chování klienta/pacienta 3 (27,3%) lékaři, 21 (52,5%) sester a 2

(13,5%) pracovníci pomocného zdrav. personálu. Jízlivost za agresi považuje 26 (39,4%) zdravotnických pracovníků (Graf 27).

Hypotéza č. 2: „Ve většině případů se chování zdravotnického personálu po projevení fyzické agrese změní“ se potvrdila (Graf 12). Ve 40 (60,6%) případech odpověděl zdravotnický personál, že se jejich chování změní, jen v 7 (10,6%) případech se chování nezmění a v 19 (28,8%) případech se chování zdravotnického personálu změní jen částečně. Myslím si, že zdravotnický personál, jako profesionál by své chování měnit neměl, ani po projevení agrese, ale takové nezměnit své chování vyžaduje hodně velkou odvahu. Je velice těžké své chování nezměnit, když klient/pacient napadne zdravotnický personál. Každý přeci musí být daleko obezřetnější, plánovat si únikovou cestu a ničím klienta nedráždit a to už je přeci změna chování... Možná si změnu svého chování dotyčný respondent ani neuvědomuje, nebo je tak odvážný, že své chování opravdu nezmění. Je nutné uvést, že fyzické napadení zdravotnického personálu za agresi považuje 66 (100%) respondentů (Graf 2). Faktem zůstává, že když člověk zmíní agresi, většina lidí, ať už zdravotnických pracovníků, či nikoli si představí pouze fyzické napadení, slovní agrese a úmyslné poškození hmotného vybavení pokoje zůstává v pozadí. Nezávislým rozhovorem se sestrami jsem zjistila, že se slovním napadením se setkávají při výkonu svého povolání velice často a vlastně už ho za agresivní napadení ani nepovažují. S tímto zjištěním se shoduje fakt, že po slovní agresi se chování ke klientovi/pacientovi změní jen u 14 (21,2%) respondentů (Graf 12). Přitom slovní výhrůžky za agresi považuje 58 (87,9%) respondentů (Graf 3). Úmyslné poničení hmotného vybavení pokoje považuje za agresi 63 (95,5%) zdravotnických pracovníků (Graf.3).

Ve své analýze jsem dále zjišťovala, jaké jsou reakce zdravotnického personálu na projevenou agresi ze strany klienta/pacienta. Zajímavým zjištěním bylo, že pouze 3 (27,3%) lékaři uvádí, že trvají na svém při jednání s agresivním klientem/pacientem a zarážející je, že na svém trvá 25 (62,5%) sester a 10 (66,7%) pracovníků pomocného zdrav. personálu. Při celkovém vyhodnocení se zjistilo, že na svém trvá 38 (57,6%) zdravotnických pracovníků. Přitom veškerá odborná literatura např. Sestra 10/2006 či Praktická komunikace v medicíně doporučují při jednání s agresivním

klientem/pacientem netrvat na svém (Graf 13). Toho se dotýká i znalost termínu asertivita, kdy správně odpovědělo pouze 5 (45,5%) lékařů, 14 (35%) sester a 2 (13,3%) pracovníci pomocného zdrav. personálu. Asertivní přístup k agresivním klientům/pacientům tedy považuje za správný 6 (54,5%) lékařů, 25 (62,5%) sester a 4 (25,5%) pracovníci pomocného zdrav. personálu (Graf 17). Zaráží mě, že termín asertivita dokáže vysvětlit pouze 5 (45,5%) lékařů a 6 (54,5%) lékařů ji považuje za správnou techniku při jednání s agresivním klientem/pacientem, přitom asertivní techniky znají pouze 2 (18,2%) lékaři. Nevím, jak je možné považovat za správné něco, co člověk nezná. Nebo tato tvrzení mohou souviset s nedostatečnou informovaností lékařů o komunikaci a jednání s agresivním klientem/pacientem. Dalším zjištěním v mé práci, které si odporuje a týká se též neznalosti je tvrzení, že na svém trvají 3 (27,3%) lékaři (Graf 10) , ale asertivní chování při jednání s agresivním klientem/pacientem doporučuje 6 (54,5%) lékařů (Graf 17). Sestry se ve svém názoru na trvání na svém a použitím asertivity shodují (Graf 10, 17). Co se týče znalosti termínu asertivita u sester, umí ji vysvětlit 14 (35%) sester, ale doporučuje ji používat 25 (62,5%) sester. I zde vyvstává rozpor mezi znalostí a doporučením asertivitu použít, stejně jako je tomu u lékařů.⁽²¹⁾

Sestry, jako ošetrovatelský personál jsou klientovi/pacientovi nejbližší, znají jeho potřeby, pocity a přání. Z toho také vyplývá znalost termínu empatie, kdy tento termín umí vysvětlit 32 (80%) sester. Přestože ošetroující lékaři probírají s klientem/pacientem převážně další léčebný postup, měli by se ke klientům/pacientům chovat empaticky, proto je závažné, že tento termín umí vysvětlit pouze 6 (54,6%) lékařů. Pomocný zdravotnický personál je v poměrně úzkém kontaktu s klienty/pacienty a 9 (60%) pracovníků pomocného zdrav. personálu umí vysvětlit termín empatie. Chovat se k agresivním klientům/pacientům empaticky by doporučovalo 5 (45,5%) lékařů, 15 (37,5%) sester a 6 (40%) pracovníků pomocného zdrav. personálu. Což je v rozporu s doporučením Prekopa, chovat se k člověku empaticky. Vcítění se do pocitů a potřeb druhého nám pomůže pochopit jeho pocity, potřeby a chování. Empatie však vyžaduje dostatečnou vyzrálou a pochopení vlastních pocitů a potřeb. To je značně složitý proces, který jsme většinou schopni zvládnout až v pozdějším věku. Do té doby se však

s agresí můžeme na pracovišti setkat. A mladý člověk který se stal obětí agrese je ohrožen řadou krátkodobých či dlouhodobých následků. Po agresivním napadení může oběť (zdravotník) propadnout určité beznaději, úzkosti a přeceňováním dalších, někdy bezvýznamných rizik, i strachu z lidí a obav z dalšího napadení. Po takové zkušenosti se nemůžeme divit, když se takový zdravotník nebude moci chovat k agresivním, ani jiným klientům/pacientům empaticky. Agrese se bude obávat a tím i všech pro něj potenciálně agresivních klientů/pacientů. ^(13, 23)

Hypotéza č. 3: „Agrese se častěji vyskytuje na ambulanci traumatologie, než na lůžkovém oddělení“ se potvrdila (Graf 5). Napadení zdravotnického personálu na ambulanci traumatologického oddělení bylo uvedeno v 16 (80%) dotaznících vyplněných personálem pracujícím na ambulanci. Na lůžkové stanici (A, B, JIP) bylo napadení uvedeno ve 37 (68,5%) dotaznících. Je však nutné uvést, že neodpovídá počet respondentů na lůžkové části a ambulanci. Tuto hypotézu nám částečně potvrzuje fakt, že na ambulanci traumatologie bylo v roce 2006 ošetřeno přibližně 40 000 klientů/pacientů. Hospitalizováno bylo pouze 4 000 klientů/pacientů. Tento nepoměr významně přispívá k předpokladu, že s čím větším počtem klientů/pacientů se zdravotnický personál, pracující na ambulanci setká, dojde také k častějšímu napadení zdravotnického personálu. Přestože je počet pracovníků na této stanici nižší. Dalším neméně závažným vysvětlením potvrzení této hypotézy je stav klientů/pacientů. Na traumatologickou ambulanci mnohdy přicházejí klienti/pacienti jen s banálním úrazem, který nevyžaduje odbornou pomoc. Oproti tomu hospitalizováni jsou klienti/pacienti s vážným úrazem, kteří nutně potřebují lékařskou pomoc a ošetrovatelskou péči. Tím se jednak riziko napadení snižuje a jednak hospitalizovaní klienti/pacienti jsou mnohdy upoutáni na lůžko a zde převážně není fyzické napadení možné. Agresivní klienti/pacienti však mnohdy napadnou personál slovně a ten většinou toto napadení za agresi nepovažuje a samozřejmě ji také v dotazníku neuvádí.

Hypotéza č. 4: „Adekvátní ošetrovatelská péče je u agresivních pacientů znemožněna“ se potvrdila (Graf 14). Lékaři si v 10 (90,9%) případech myslí, že je adekvátní ošetrovatelská péče znemožněna, sestry si totéž myslí ve 25 (62,5%) případech a pomocný zdravotnický personál si to myslí v 6 (40%) případech. Celý

zdravotnický personál traumatologického oddělení si myslí, že je adekvátní ošetrovatelská péče u agresivních klientů/pacientů znemožněna ve 41 (62,1%) případech. Nejčastěji uváděný důvod neadekvátní ošetrovatelské péče nespolupráce klienta/pacienta, tento důvod uvedlo 19 (38%) respondentů. Druhým, nejčastěji uváděným důvodem bylo nebezpečí napadení zdravotníka 17 (34%). Dále nemožnost vykonávání ošetrovatelských úkonů 6 (12%), což částečně souvisí s výše uvedeným důvodem. Zdravotnický personál se často oprávněně obává napadení vždyť pouze 34 (54,6%) respondentů uvádí, že přivolaná policie při napadení klientem/pacientem zasáhne. 11 (16,7%) respondentů uvádí, že policie nezasáhne a 19 (28,8%) respondentů při napadení klientem/pacientem policii nevolá (Graf 32). Zásah Ochranné služby nemocnice se výrazně neliší, zásah Ochranné služby nemocnice uvedlo 35 (53%) respondentů. 16 (24,2%) respondentů uvedlo, že Ochranná služba nemocnice nezasáhne a 15 (22,7%) respondentů uvedlo, že ji nevolá (Graf 33). Respondenti si v hojně míře stěžovali, že pokud Ochrannou službu nemocnice či policii přivolají, většinou se dostaví až po incidentu. Zásah již není potřeba a nebo jen stojí a dívají se, jak se situace vyvine. Myslím si, že by mělo vedení nemocnice určit časový limit, do kdy se musí ochranná služba dostavit na oddělení, kde k napadení došlo, či kde napadení bezprostředně hrozí. Také by bylo vhodné zajistit zdravotnickému personálu fyzickou průpravu při zvládnání agresivního klienta/pacienta. Pokud sestru klient/pacient fyzicky napadne, bez fyzické průpravy není schopna se klientovi/pacientovi ubránit. Samozřejmě, že někdy je možné agresivního klienta/pacienta zvládnout verbálním či medikamentózním zklidněním. Jsou však situace, kdy se vše odehraje příliš rychle a sestra je nucena se bránit fyzicky.

Hypotéza č. 5: „Zdravotnický personál nemá dostatek informací o specifických ošetrovatelské péče“ se potvrdila (Graf 20). 17 (25,8%) respondentů zdravotnického personálu si myslí, že má dostatek informací o specifických ošetrovatelské péče o agresivní klienty/pacienty. 28 (42,4%) respondentů si myslí, že nemá dostatek informací a 21 (31,8%) respondentů neví, zda má dostatek informací týkající se dané problematiky. 12 respondentů uvedlo, že své znalosti ohledně ošetřování agresivních klientů/pacientů získali či získávají ze studií 12 (11%) respondentů, ze školení, kurzů, seminářů poskytovaných zaměstnavatelem 16 (14,7%)

respondentů, od nadřízených 12 (11%) respondentů, od kolegů 23 (21,1%) respondentů, z osobních zkušeností čerpá 39 (35,8%) respondentů, osobní zájem o danou problematiku mají 4 (3,7%) respondenti a jiné, nejčastěji byly uváděny standardy ošetrovatelské péče ve 3 (2,8%) případech (Graf 22). Dále respondenti uváděli, že by ve 36 (81,8%) případech uvítali obohacení svých znalostí pomocí kurzů, školení a seminářů. V rámci celoživotního vzdělávání probíhá mnoho kurzů, jedním z nich byl „Projekt na zvýšení profesionální úrovně sociální práce“. Účastníci tohoto programu se seznámí například s psychohygienou, péčí o imobilního klienta/pacienta, prodělají nácvik komunikativních dovedností včetně komunikace s agresivním klientem/pacientem.⁽⁸⁾ Literaturu uvedli 3 (6,8%) respondenti, kurz sebeobrany 2 (4,6%) respondenti, tento názor se neshoduje s názory sekce ZZS, která doporučuje lépe než kurzy sebeobrany pořádat v rámci celoživotního vzdělávání kurzy psychologie, tzn. jak jednat s agresivními klienty/pacienty a jak předcházet konfliktu či napadení.⁽⁷⁾ Zvýšení informovanosti od nadřízených by uvítali 3 (6,8%) respondenti (Graf 23).

Považuji za podstatné zmínit otázku č. 34 týkající se znalosti standardu ošetrovatelské péče č. 37, kdy Ano odpověděli pouze 2 (18,2%) lékaři a 38 (95%) sester (Graf 34), přestože tyto profese mají za povinnost seznámit se s tímto Standardem ošetrovatelské péče. Dalším bodem, který stojí za diskusi je otázka č. 38 týkající se umístění klienta/pacienta do síťového lůžka. Na tuto otázku odpovědělo 43 (84,3%) respondentů „Jestliže je klient/pacient agresivní, dle písemné ordinace lékaře“, což je samozřejmě správná odpověď, ale jinou možnost „Jestliže je klient/pacient agresivní, dle ústní ordinace lékaře“ zahrlo pouze 8 (15,7%) dotázaných. Přestože je tato možnost popsána jako zcela výjimečná a neodkladná situace ve Standardech ošetrovatelské péče (viz příloha č. 1).

Nejčastěji uváděná indikace k omezení klienta/pacienta v lůžku bylo riziko sebepoškození, uvedlo ji 39 (76,5%) respondentů a naopak poměrně opomíjenou indikací byla vlastní žádost klienta/pacienta, kterou uvedlo 9 (17,7%) respondentů (Graf 36).

Dále považuji za důležité zmínit i chování personálu. To se týká většinou vyvolání agrese, jak uvádí server Sestra IN je dobré se např. klientovi/pacientovi

představit, nabídnout ruku, i když to není v našich nemocnicích ještě běžné, mnohdy toto vstřícné gesto alespoň částečně klienta/pacienta uklidní. Pokud se však zdravotnický personál chová nevhodně a je na klienta/pacienta nepříjemný, může to mnohdy samotnou agresi vyvolat. ⁽²¹⁾

Závěrem bych chtěla shrnout, že **Hypotéza č. 1: „Častěji napadne klient sestru než lékaře“** se potvrdila částečně, hlavní příčinou toho je dle mého názoru čas strávený s klientem/pacientem. Sestry zajišťují veškerou péči a jsou daleko v užším kontaktu s klienty/pacienty než lékaři. **Hypotéza č. 2: „Ve většině případů se chování zdravotnického personálu po projevení fyzické agrese změní“** se potvrdila. Toto tvrzení bych vysvětlila tím, že každý člověk po agresivní reakci druhého změní více či méně své chování. **Hypotéza č. 3: „Agrese se častěji vyskytuje na ambulanci traumatologie, než na lůžkovém oddělení“** se potvrdila. Myslím si, že s potvrzením této hypotézy úzce souvisí počet ošetřených klientů/pacientů na ambulanci a počet hospitalizovaných klientů/pacientů na traumatologii. **Hypotéza č. 4: „Adekvátní ošetrovatelská péče je u agresivních pacientů znemožněna“** se potvrdila, jelikož zdravotnický personál se obává napadení a neví, jak správně reagovat. To souvisí s potvrzenou **Hypotézou č. 5: „Zdravotnický personál nemá dostatek informací o specifických ošetrovatelské péče“** Zdravotnický personál traumatologie by uvítal více seminářů, kurzů a školení týkajících se ošetřování a komunikace s agresivními klienty/pacienty.

Pokud nebude umět zdravotnický personál umět rozpoznat potenciálně agresivního klienta/pacienta, předcházet spuštění agresivních reakcí a adekvátně reagovat na projevenou agresi, nebude možné poskytovat klientům/pacientům adekvátní ošetrovatelskou péči.

6. Závěr

Bakalářská práce se zabývá tematikou agresivních klientů/pacientů a zvláštnostmi jejich ošetřování. Cílem práce bylo zjistit, zda zdravotnický personál umí a včas rozpozná hrozící agresi ze strany klienta/pacienta a zda umí správně reagovat na projevenou agresi. Dalším úkolem bylo zjistit, zda zdravotnický personál zná zvláštnosti ošetrovatelské péče u agresivních klientů/pacientů, resp. klientů/pacientů omezených v lůžku, tzn. znalost standardu č. 37.

Shrnutím výsledků bakalářské práce se **Hypotéza č. 1: „Častěji napadne klient sestru než lékaře“** byla potvrzena částečně. **Hypotéza č. 2: „Ve většině případů se chování zdravotnického personálu po projevení fyzické agrese změní“** byla v bakalářské práci potvrzena. **Hypotéza č. 3: „Agrese se častěji vyskytuje na ambulanci traumatologie, než na lůžkovém stanici“** byla v bakalářské práci potvrzena. **Hypotéza č. 4: „Adekvátní ošetrovatelská péče je u agresivních pacientů znemožněna“** byla v bakalářské práci potvrzena. **Hypotéza č. 5: „Zdravotnický personál nemá dostatek informací o specifických ošetrovatelské péče“** byla v bakalářské práci potvrzena.

Myslím si, že cíl mé práce byl splněn. Zdravotnický personál traumatologického oddělení Nemocnice České Budějovice a. s. je schopen rozpoznat hrozící agresi ze strany klienta/pacienta. A pomocí vhodných kurzů, seminářů a školení vedených odborníkem na danou problematiku by se mohla zlepšit povědomost zdravotnického personálu o správných reakcích a chování k agresivním klientům/pacientům. Myslím, že by bylo vhodné zajistit lepší ochranu zdravotnického personálu před agresivními klienty/pacienty jak užší spoluprací s Ochrannou službou nemocnice či policií, tak úpravou legislativy, jako je např. zvýšení trestů pro agresory.⁽³⁰⁾

Doufám, že tato práce bude využita také v praxi, může být přínosem jak pro zdravotnický personál traumatologického oddělení Nemocnice České Budějovice a. s., tak pro studenty, ale i další zájemce o problematiku ošetřování agresivních klientů/pacientů..

7. Seznam použitých zdrojů

1. Anamnéza. Velký lékařský slovník. <http://www.anamneza.cz/moduly/hled.php3> 29.4.2007
2. Boldiš, P. Bibliografické citace dokumentů podle ISO 690 a ISO 690-2 <http://www.boldis.cz/citace/citace.html> 20.4.2007
3. Capponi, V., Novák, T., *Asertivně do života*. 1. vydání, Praha 7: Grada publishing, a.s., dotisk 1998, 1999. 157 s. ISBN 80-7169-082-1
4. Čermák, I., Hřebíčková, M., Macek, P., *Agrese, identita, osobnost*. 1. vydání, Tišnov: Sdružení SCAN, 2003. 315 s. ISBN 80-86620-06-9
5. Haicl M., [Kulichová R.](http://noviny.mpsv.cz/clanek.php?id=1299) <http://noviny.mpsv.cz/clanek.php?id=1299> 28.12.2006
6. Haškovcová, H.: *Práva pacientů - komentované vydání*. Havířov: Nakl. Aleny Krtilové, 1996. 176 s. ISBN 8090216307
7. Havlovic, J. Sekce ZZS bilancovala svoji činnost http://osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/10_2004/6.html 1.3.2007
8. Ihned.cz.vzdělávání. Projekt na zvýšení profesionální úrovně sociální práce http://vzdelavani.ihned.cz/c4-10062440-19816690-d00000_d-projekt-na-zvyseni-profesionalni-urovne-socialni-prace 2.12.2006
9. Jáchymová R, přednáška na téma: Práce zdravotní sestry, aneb jak nevyhořet. 21.9.2006
10. Křivohlavý, J. *Konflikty mezi lidmi*. 2. vydání, Praha: Portál, 2002. 189 s. ISBN 80-7178-642-X
11. Křivohlavý, J., *Psychologie nemoci*. 1. vydání, Praha 7: Grada publishing, a.s., 2002. 189 s. ISBN 80-247-0179-0
12. Křivohlavý, J., *Jak přežít vztek, zlost a agresi*. 1. vydání, Praha 7: Grada publishing, a.s., 2004. 154 s. ISBN 80-247-0818-3
13. Křížová, V., Kříž, P. Neklidný a agresivní pacient v přednemocniční péči. *Sestra* Praha 4: 2006, 16. ročník, číslo 10, s. 43. ISSN 1210-0404

14. Kubíčková, M. Aktuality
<http://www.medipool.cz/index.asp?param=C&ID=1365> 15.2.2007
15. Langerová, I. Hluchoslepý člověk v nemocnici.
<http://www.brailnet.cz/sons/docs/tl99/03.html#3>, 27.4.2007
16. Linhartová, V., *Praktická komunikace v medicíně*. 1. vydání, Praha : GRADA Publishing, 2007 , 152 s. ISBN: 978-80-247-1784-5
17. Martínez, M. Jak probíhá péče o neklidného pacienta skutečně v praxi.
<http://www.linnet.cz/zdravotnicka-technika/o-spolecnosti/casopis-komfort/komfort-2-2004/25006/jak-to-vidi-lide-z-praxe> 28.4.2007
18. Nakonečný, M., *Lidské emoce*. 1. vydání, Praha 2: Academia, 2000. 335 s. ISBN 80-200-0763-6
19. Nakonečný, M., *Základy psychologie osobnosti*. 1. vydání, Praha 3: Management press, profit a.s., 1993. 232 s. ISBN 80-85603-34-9
20. Novák, T., Capponi, V., *Sám proti agresí*. 1. vydání, Praha 1: Grada publishing, spol. s r. o. 1996. 123 s. ISBN 80-7169253-0
21. Novák, T., *Psychická sebeobrana*. 1. vydání, Praha 7: Grada publishing, a.s., 2001. 92 s. ISBN 80-247-0123-5
22. Ondřichová, L. Za násilným chováním se často skrývá úzkost
<http://sestra.in/home/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=174> 29.4.2007
23. Praško, J., *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti*. 1. vydání, Praha 7: Grada publishing, a.s., 2003. 201 s. ISBN 80-247-0185-5
24. Prekop, J., *Empatie- Vcítění v každodenním životě*. 1. vydání, Praha 7: Grada publishing, a.s., 2004. 131 s. ISBN 80-247-0672-5
25. Šimek, J. Ochrana před nebezpečím. *Diagnóza*. Praha 4: 2005, 1. ročník, číslo 4, s. 114- 181. ISSN 1801-1349

26. Škubová, J. Neklidní pacienti a "moji" senioři.
<http://www.florence.cz/cislo.php?stat=19> 29.4.2007
27. Špatenková, N. a kol., *Krizová intervence pro praxi*. 1. vydání, Praha 7: Grada publishing, a.s., 2004. 197 s. ISBN 80-0586-9
28. Špatenková, N. a kol., *Krizy psychologický a sociologický fenomén*. 1. vydání, Praha 7: Grada publishing, a.s., 2004. 129 s. ISBN 80-247-0888-4
29. Trachtová, E. a kol., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně 2003. 186 s. ISBN 80-7013-324-8
30. Vybíral, Z., *Psychologie lidské komunikace*. 1. vydání, Praha: Portál, 2000. 263 s. ISBN 80-7178-291-2
31. Zdravcentra. Za napadení záchranářů mohou v budoucnu hrozit přísnější tresty
http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/6749_13819.html 14.12.2007

8. Klíčová slova

Agrese

Agresivní pacient

Asertivita

Empatie

Fyzické napadení

Slovní výhrůžky

9. Seznam příloh

Příloha č. 1 Použití omezovacích prostředků

Příloha č. 2 Oznámení mimořádné události při poskytování zdravotní péče

Příloha č. 3 Dotazník pro lékaře a sestry

Příloha č. 4 Dotazník pro pracovníky pomocného zdravotnického personálu

Příloha č. 1 „Použití omezovacích prostředků“

Zdroj: Standard ošetrovatelské péče Nemocnice České Budějovice a. s.

Použití omezovacích prostředků

Jméno pacienta:

Datum:

Důvod použití:
+ druh omezovacího prostředku:

Frekvence sledování vitálních funkcí (TK, P, CGS):
Jiné:

Záznam sledování lékařem:
Hodnocení stavu během omezení (každé 3 hodiny):

Důvod ukončení omezení:

Podpis vedoucího lékaře:

Podpis pacienta:

Příloha č. 3 Dotazník pro sestry a lékaře Traumatologického oddělení Nemocnice České Budějovice a. s.

Dotazník na téma: Agresivní pacient

*Dobrý den, jmenuji se Helena Ambrožová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty na Jihočeské univerzitě. Analýza tohoto dotazníku bude součástí mé bakalářské práce na téma Zvláštnosti ošetrovatelské péče u agresivních pacientů na traumatologickém oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. Vyplnění tohoto dotazníku je dobrovolné. Tento výzkum je anonymní, zveřejněná bude jen celková analýza souboru získaných dat. Pokud máte nějaké dotazy nebo připomínky týkající se tohoto dotazníku, kontaktujte mě, prosím, na email: ambrozovahelena@seznam.cz.
Děkuji.*

1. Osobní údaje:

Pohlaví: muž

žena

Profese: lékař/ka

sestra

pomocný zdravotnický personál

Pracujete na traumatologii: A

B

JIP

AMB

2. Považujete slovní výhrůžky zdravotnickému personálu za agresivní chování pacienta/klienta?

ano

ne

nevím

3. Považujete fyzické napadení zdravotnického personálu za agresivní chování pacienta/klienta?

ano

ne

nevím

4. Považujete úmyslné poničení hmotného vybavení pokoje za agresivní chování pacienta/klienta?
- ano
- ne
- nevím
5. Byl/a jste někdy napaden/a pacientem/klientem při výkonu Vaší profese?
- ano
- ne
- nevím zda se jednalo o agresi
6. Byl/a jste někdy svědkem napadení zdravotníka pacientem/klientem při výkonu Vaší profese?
- ano
- ne (pokud odpovíte ne, přejděte prosím na otázku č.8).
- nevím zda se jednalo o agresi (pokud odpovíte nevím, přejděte prosím na otázku č.8).
7. Koho pacient/klient agresivně napadl? (možno zaškrtnout více odpovědí)
- lékaře
- lékařku
- sestru
- sanitárku
- sanitáře
- pacienta/klienta
8. Máte dostatečně zmapovanou ústupovou cestu při jednání s agresivním pacientem/klientem?
- ano
- ne

9. Dodržujete při jednání s agresivním pacientem/klientem bezpečnou vzdálenost?

- ano
- ne
- nevím o jakou vzdálenost se jedná

10. Trváte na svém při jednání s agresivním pacientem/klientem?

- ano
- ne
- částečně

11. Snažíte se záměrně vyhnout komunikaci s agresivním pacientem/klientem?

- ano
- ne
- částečně

12. Změní se Vaše chování k pacientovi/klientovi po projevení slovní agrese na Vaší osobu?

- ano
- ne
- částečně

13. Změní se Vaše chování k pacientovi/klientovi po projevení fyzické agrese na Vaší osobu?

- ano
- ne
- částečně

14. Myslíte si, že adekvátní ošetrovatelská péče je u agresivního pacienta znemožněna?

- ano
- ne (pokud odpovíte ne, přejděte prosím na otázku č.16).
- nevím (pokud odpovíte nevím, přejděte prosím na otázku č.16).

15. Proč si myslíte že je u agresivního pacient/klienta adekvátní ošetrovatelská péče znemožněna?.....

.....

16. Jak byste vysvětlil/a termín asertivita?.....

.....

nevím

17. Myslíte si, že je vhodné chovat se k agresivním pacientům/klientům asertivně?

ano

ne

nevím

18. Jak byste vysvětlil/a termín empatie?.....

.....

nevím

19. Myslíte si, že je vhodné chovat se k agresivním pacientům/klientům empaticky?

ano

ne

nevím

20. Máte dostatek informací o specifických ošetrovatelské péče u agresivních pacientů?

ano

ne

nevím

21. Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o agresivní pacienty/klienty?

.....

.....

.....

22. Odkud jste informace o specifických ošetrovatelské péče u agresivních pacientů získal/a, získáváte? (možno zaškrtnout více odpovědí)

- ze studií
- ze školení, kurzů, seminářů poskytovaných zaměstnavatelem
- od nadřízených
- od kolegů/kolegyň
- z osobních zkušeností
- mám osobní zájem o danou problematiku
- jiné.....

23. Jakým způsobem si myslíte, že by se mohla informovanost zdravotníků

o ošetřování agresivních pacientů zvýšit?.....

.....

24. Vyberte jiný termín pro agresivitu (možno zaškrtnout více odpovědí).

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> brutalita | <input type="checkbox"/> útočnost |
| <input type="checkbox"/> hněv | <input type="checkbox"/> dobyvačnost |
| <input type="checkbox"/> násilí | <input type="checkbox"/> tendence napadat jiné |
| <input type="checkbox"/> slovní urážky | <input type="checkbox"/> výbojnost |
| <input type="checkbox"/> ničení | <input type="checkbox"/> tendence dominovat jiným |
| | <input type="checkbox"/> strach z nové situace |

25. Myslíte si, že k projevům agrese patří ironizování?

- ano
- ne
- nevím

26. Myslíte si, že k projevům agrese patří sarkasmus?

- ano
- ne
- nevím

27. Myslíte si, že k projevům agrese patří jízlivost?

ano

ne

nevím

28. Znáte nějaké asertivní techniky?

ano - jaké.....

.....

ne

29. Co podle Vás vyvolává u klienta/pacienta agresi?

(možno zaškrtnout více odpovědí)

drogy

alkohol

psychotropní látky

abstinence od návykové látky

nemoc

stres

chování zdravotnického personálu

strach

30. Co si myslíte že u klienta/pacienta ovlivňuje míru agrese?

(možno zaškrtnout více odpovědí)

úplnost rodiny

dědičnost

výchova

nálada

kulturní prostředí

televize

sociální prostředí

počítačové hry

osobnost člověka

strach z nové situace

31. Jak rozpoznáte z projevů klienta/pacienta, že Vám hrozí agrese z jeho strany? (možno zaškrtnout více odpovědí)

- klient/pacient trhavě podupává nohama
- klient/pacient nervózně popochází
- klient/pacient kope do prostoru i do předmětů
- klient/pacient tluče o stůl listinami a předměty
- klient/pacient silně gestikuluje celými pažemi
- klient/pacient má silný a nepravidelný dech
- rostoucí rozrušení v obličejí klienta/pacienta
- verbální projevy – vulgarizmy, urážky a výhrůžky
- klient/pacient narušuje osobní zónu zdravotnického personálu
(nespolečensky se naklání do blízkosti obličejí)

32. Pokud klient/pacient napadne zdravotnický personál na Vaší stanici, zasáhne přivolaná policie?

- ano – do kolika minut.....
- ne
- nevoláme ji

33. Pokud klient/pacient napadne zdravotnický personál na Vaší stanici, zasáhne přivolaná ochranná služba nemocnice?

- ano – do kolika minut.....
- ne
- nevoláme ji

34. Znáte standard ošetrovatelské péče č. 37?

- ano
- ne

35. Kdy umístíte klienta/pacienta do síťového lůžka?

(možno zaškrtnout více odpovědí)

- vždy, jestliže je agresivní
- vždy, jestliže je pod vlivem alkoholu, drog a jiných omamných látek
- jestliže je agresivní, dle ústní ordinace lékaře

- jestliže je agresivní, dle písemné ordinace lékaře
- jestliže o umístění klient/pacient sám požádá
- jestliže klient/pacient slovně napadne zdravotnický personál
- jestliže máte pocit, že by se klient/pacient mohl chovat agresivně

36. Jaké jsou indikace k omezení klienta/pacienta v lůžku?

(možno zaškrtnout více odpovědí)

- riziko sebepoškození
- závažné projevy psychomotorického neklidu
- ovlivnění drogou
- ovlivnění alkoholem
- vlastní žádost klienta/pacienta
- závažné projevy znemožňující provádění terapeutických a ošetrovatelských intervencí
- stavy, které s vysokou pravděpodobností vyústí do autoagresivních projevů

37. Jaká je ošetrovatelská péče u klienta/pacienta při jeho omezení v lůžku?

(možno zaškrtnout více odpovědí)

- neliší se od běžné ošetrovatelské péče
- pravidelně se sledují a zaznamenávají projevy klienta/pacienta
- sleduje se stav a prokrvení fixovaných končetin
- sleduje se stav dýchacích cest
- postačí pravidelná kontrola pohledem (jestliže je pacient/klient v klidu, zbytečně jej nerušíme)
- dbá se na prevenci dekubitů
- zvýšená péče o vyprazdňování
- zvýšená péče o výživu
- zvýšená péče o příjem tekutin

Děkuji za Vaše odpovědi a přeji Vám hezký den!

Příloha č. 4 Dotazník pro pracovníky pomocného zdrav. personálu Traumatologického oddělení Nemocnice České Budějovice a. s.

Dotazník na téma: Agresivní pacient

Dobrý den, jmenuji se Helena Ambrožová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty na Jihočeské univerzitě. Analýza tohoto dotazníku bude součástí mé bakalářské práce na téma Zvláštnosti ošetrovatelské péče u agresivních pacientů na traumatologickém oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. Vyplnění tohoto dotazníku je dobrovolné. Tento výzkum je anonymní, zveřejněná bude jen celková analýza souboru získaných dat. Pokud máte nějaké dotazy nebo připomínky týkající se tohoto dotazníku, kontaktujte mě, prosím, na email: ambrozovahelena@seznam.cz.

Děkuji.

1. Osobní údaje:

Pohlaví: muž

žena

Profese: lékař/ka

sestra

pomocný zdravotnický personál

Pracujete na traumatologii: A

B

JIP

AMB

2. Považujete slovní výhrůžky zdravotnickému personálu za agresivní chování pacienta/klienta?

ano

ne

nevím

3. Považujete fyzické napadení zdravotnického personálu za agresivní chování pacienta/klienta?

ano

ne

nevím

4. Považujete úmyslné poničení hmotného vybavení pokoje za agresivní chování pacienta/klienta?

- ano
- ne
- nevím

5. Byl/a jste někdy napaden/a pacientem/klientem při výkonu Vaší profese?

- ano
- ne
- nevím zda se jednalo o agresi

6. Byl/a jste někdy svědkem napadení zdravotníka pacientem/klientem při výkonu Vaší profese?

- ano
- ne (pokud odpovíte ne, přejděte prosím na otázku č.8).
- nevím zda se jednalo o agresi (pokud odpovíte nevím, přejděte prosím na otázku č.8).

7. Koho pacient/klient agresivně napadl? (možno zaškrtnout více odpovědí)

- lékaře
- lékařku
- sestru
- sanitárku
- sanitáře
- pacienta/klienta

8. Máte dostatečně zmapovanou ústupovou cestu při jednání s agresivním pacientem/klientem?

- ano
- ne

9. Dodržujete při jednání s agresivním pacientem/klientem bezpečnou vzdálenost?

- ano
- ne
- nevím o jakou vzdálenost se jedná

10. Trváte na svém při jednání s agresivním pacientem/klientem?

- ano
- ne
- částečně

11. Snažíte se záměrně vyhnout komunikaci s agresivním pacientem/klientem?

- ano
- ne
- částečně

12. Změní se Vaše chování k pacientovi/klientovi po projevení slovní agrese na Vaší osobu?

- ano
- ne
- částečně

13. Změní se Vaše chování k pacientovi/klientovi po projevení fyzické agrese na Vaší osobu?

- ano
- ne
- částečně

14. Myslíte si, že adekvátní ošetrovatelská péče je u agresivního pacienta znemožněna?

- ano
- ne (pokud odpovíte ne, přejděte prosím na otázku č.16).
- nevím (pokud odpovíte nevím, přejděte prosím na otázku č.16).

15. Proč si myslíte že je u agresivního pacient/klienta adekvátní ošetrovatelská péče znemožněna?

.....

16. Jak byste vysvětlil/a termín asertivita?

.....

nevím

17. Myslíte si, že je vhodné chovat se k agresivním pacientům/klientům asertivně?

ano

ne

nevím

18. Jak byste vysvětlil/a termín empatie?

.....

.....

nevím

19. Myslíte si, že je vhodné chovat se k agresivním pacientům/klientům empaticky?

ano

ne

nevím

20. Máte dostatek informací o specifických ošetrovatelské péče u agresivních pacientů?

ano

ne

nevím

21. Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o agresivní pacienty/klienty?

.....

.....

.....

22. Odkud jste informace o specifických ošetrovatelské péče u agresivních pacientů získal/a, získáváte? (možno zaškrtnout více odpovědí)

- ze studií
- ze školení, kurzů, seminářů poskytovaných zaměstnavatelem
- od nadřízených
- od kolegů/kolegyň
- z osobních zkušeností
- mám osobní zájem o danou problematiku
- jiné.....

23. Jakým způsobem si myslíte, že by se mohla informovanost zdravotníků o ošetřování agresivních pacientů zvýšit?.....
.....

24. Vyberte jiný termín pro agresivitu (možno zaškrtnout více odpovědí).

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> brutalita | <input type="checkbox"/> útočnost |
| <input type="checkbox"/> hněv | <input type="checkbox"/> dobyvačnost |
| <input type="checkbox"/> násilí | <input type="checkbox"/> tendence napadat jiné |
| <input type="checkbox"/> slovní urážky | <input type="checkbox"/> výbojnost |
| <input type="checkbox"/> ničení | <input type="checkbox"/> tendence dominovat jiným |
| | <input type="checkbox"/> strach z nové situace |

25. Myslíte si, že k projevům agrese patří ironizování?

- ano
- ne
- nevím

26. Myslíte si, že k projevům agrese patří sarkasmus?

- ano
- ne
- nevím

27. Myslíte si, že k projevům agrese patří jízlivost?

- ano
- ne
- nevím

28. Znáte nějaké asertivní techniky?

- ano - jaké.....
.....
- ne

29. Co podle Vás vyvolává u klienta/pacienta agresi?

(možno zaškrtnout více odpovědí)

- drogy
- alkohol
- psychotropní látky
- abstinence od návykové látky
- nemoc
- stres
- chování zdravotnického personálu
- strach

30. Co si myslíte že u klienta/pacienta ovlivňuje míru agrese?

(možno zaškrtnout více odpovědí)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> úplnost rodiny | <input type="checkbox"/> dědičnost |
| <input type="checkbox"/> výchova | <input type="checkbox"/> nálada |
| <input type="checkbox"/> kulturní prostředí | <input type="checkbox"/> televize |
| <input type="checkbox"/> sociální prostředí | <input type="checkbox"/> počítačové hry |
| <input type="checkbox"/> osobnost člověka | <input type="checkbox"/> strach z nové situace |

31. Jak rozpoznáte z projevů klienta/pacienta, že Vám hrozí agrese z jeho strany?

(možno zaškrtnout více odpovědí)

- klient/pacient trhavě podupává nohama
- klient/pacient nervózně popochází
- klient/pacient kope do prostoru i do předmětů
- klient/pacient tluče o stůl listinami a předměty
- klient/pacient silně gestikuluje celými pažemi
- klient/pacient má silný a nepravidelný dech
- rostoucí rozrušení v obličejí klienta/pacienta
- verbální projevy – vulgarizmy, urážky a výhrůžky
- klient/pacient narušuje osobní zónu zdravotnického personálu

(nespolečensky se naklání do blízkosti obličejí)

32. Pokud klient/pacient napadne zdravotnický personál na Vaší stanici, zasáhne přivolaná policie?

- ano – do kolika minut.....
- ne
- nevoláme ji

33. Pokud klient/pacient napadne zdravotnický personál na Vaší stanici, zasáhne přivolaná ochranná služba nemocnice?

- ano – do kolika minut.....
- ne
- nevoláme ji

Děkuji za Vaše odpovědi a přeji Vám hezký den!