

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Jana Kocerová

**Agrese, její příčiny, prevence a zvládání u klientů s lékařskou
diagnózou schizofrenie a demence**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Jan Chrastina

Olomouc 2013

ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce v ČJ:

Agrese, její příčiny, prevence a zvládání u nemocných s diagnózou schizofrenie a demence

Název práce v AJ:

Aggression and its causes, prevention and management of patients with schizophrenia and dementia

Datum zadání: 2013–01–31

Datum odevzdání: 2013–06–28

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav ošetřovatelství

Autor práce: Kocerová Jana

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Jan Chrastina

Abstrakt práce v ČJ: Přehledová bakalářská práce pojednává o agresi u pacientů s onemocněním schizofrenie a demence. Využívá dohledané publikované poznatky v odborných českých a zahraničních periodikách. Stručně popisuje výskyt a problematiku těchto onemocnění, souvisejícího agresivního chování a přináší sumarizaci informací ohledně příčin, prevence a zvládání agrese pomocí farmakologických i nefarmakologických intervencí.

Abstrakt práce v AJ: The survey done as part of the Bachelor Thesis collects knowledge on aggression in patients with schizophrenia and dementia, published in Czech and foreign professional journals. It briefly describes the incidence of these diseases, related aggressive behavior and provides summary information about the causes, prevention and handling aggression by using pharmacological and non-pharmacological interventions.

Klíčová slova v ČJ:

agrese, agresivita, schizofrenie, demence, násilí, omezovací prostředek, fyzické omezení, nefarmakologická intervence, komunikace, poruchy chování

Klíčová slova v AJ:

aggression, aggressiveness, schizophrenia, dementia, violence, restraint, physical restraint, non-pharmacological intervention, communication, behavior disorders

Rozsah: 42 stran, 11 453 slov

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc, 28. červen 2013

.....

podpis autora práce

Děkuji Mgr. et Mgr. Janu Chrastinovi za odborné vedení a cenné rady při zpracování této bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD.....	7
1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY	11
1.1 DEMENCE.....	11
1.2 SCHIZOFRENIE.....	13
2 AGRESIVITA, AGRESE A STAVY PŘEDCHÁZEJÍCÍ AGRESI – VYMEZENÍ POJMŮ.....	15
2.1 TYPY A PROJEVY AGRESE.....	16
2.2 PŘÍČINY AGRESE U KLIENTA SE SCHIZOFRENIÍ A DEMENCÍ.....	18
2.2.1 Obecné příčiny agresivního chování u hospitalizovaných pacientů s psychiatrickou diagnózou	20
2.3 PREVENCE AGRESE.....	21
2.3.1 Posuzování přítomnosti a míry agresivity	21
2.3.2 Předcházení agrese u klienta.	22
3 ZVLÁDÁNÍ AGRESE.....	23
3.1 DEESKALACE.....	24
3.2 OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY.....	26
3.2.1 Legislativní úprava	27
3.2.2 Omezovací prostředky u nás a v zahraničí.	29
3.2.3 Druhy omezovacích prostředků.....	29
3.3 FARMAKOTERAPIE U PACIENTŮ S DIAGNÓZOU SCHIZOFRENIE A DEMENCE.....	32
3.3.1 Farmakoterapie u onemocnění schizofrenií.	33
3.3.2 Farmakoterapie u onemocnění demencí.....	34
ZÁVĚR	35
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	37

ÚVOD

Agresivní chování ve zdravotnických zařízeních je velmi častý fenomén jak v zahraničí, tak i v České republice. Zdravotnický personál je s pacienty (dále v textu práce také „klienti“, „nemocní“) v neustálém kontaktu, je tedy více než pravděpodobné, že se s touto problematikou setká. Největší riziko agresivního chování je na pracovištích psychiatrie. K tomu, aby zdravotnický pracovník dokázal zvládnout, nebo zmírnit agresivní chování u hospitalizovaných pacientů, je velmi důležité, aby věděl, jaké mohou být příčiny agrese, jaké jsou příznaky a jaké může učinit preventivní opatření (Szkanderová, Jarošová, 2008, s. 2–3). Všichni pacienti se schizofrenií nemusí být agresivní, avšak u těchto nemocných je velká pravděpodobnost násilného chování (Singh et al, p. 43, 2012). Nejčastější důvod k přijetí a následné hospitalizaci jedince se schizofrenií do psychiatrického zařízení je právě agresivní chování, které zároveň brání jeho propuštění do léčení domácího (Volavka, Mohr, 2011, p. 336). Dalším onemocněním, při němž dochází ke zvýšenému výskytu agrese, je demence. U tohoto onemocnění se agrese projevuje až v pozdějších stádiích nemoci, kdy již došlo k poklesu kognitivních funkcí. Agrese je tedy v tomto stádiu nemoci velmi závažný problém (Jirák, 2011, s. 56). Cílem fyzických i verbálních útoků je u hospitalizovaných pacientů s projevy agrese většinou ošetřovatelský personál a někdy i spolupacienti, proto je nutné umět agresi zvládnout (Volavka, Mohr, 2011, p. 336).

Tato přehledová bakalářská práce se zaměřuje na problematiku agrese. Cílem práce je nalézt odpověď na otázku: *„Jaké byly publikovány poznatky o agresi, jejich příčinách, prevenci a zvládnutí u pacientů s lékařskou diagnózou schizofrenie a demence?“*

Pro tvorbu přehledové bakalářské práce byly stanoveny a formulovány tyto tři cíle:

Cíl č. 1: Předložit dohledané poznatky o problematice onemocnění demence a schizofrenie a výskytu agrese u pacientů s těmito onemocněními.

Cíl č. 2: Předložit dohledané poznatky o příčinách a prevenci agrese u nemocných s demencí a schizofrenií.

Cíl č. 3: Předložit dohledané poznatky o zvládnání agrese u nemocných s demencí a schizofrenií.

Jako vstupní literatura pro specifikaci zkoumaného problému a formulování výše uvedených cílů byly použity následující tituly:

1. ČADILOVÁ, Věra, HYNEK, Jůn, THOROVÁ, Kateřina a kol. 2007. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 243 s. ISBN 978-80-7367-319-2.
2. JANÁČKOVÁ, Laura, WEIS, Petr. 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
3. KREJČÍŘOVÁ, Olga. 2007. *Manuál základních postupů jednání při kontaktu s osobami s mentálním postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 34 s. ISBN 978-80-244-1635-9.
4. LÁTALOVÁ, Klára, PRAŠKO, Ján, SIGMUNDOVÁ, Zuzana. 2011. *Schizofrenie a příbuzná onemocnění*. In: PRAŠKO Ján, MOŽNÝ Petr. 2011. *Klinická psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigis, 2011. s. 203-233. ISBN 978-80-87323-00-7.
5. LEČBYCH, Martin. 2008. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. 248 s. ISBN 978-80-244-2071-4.
6. MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ Martina, BABIAKOVÁ, Mira. 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
7. PIDRMAN, Vladimír. 2007. *Demence*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 183 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
8. PORTNER, Marlis. 2009. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 176 s. ISBN 978-80-7367-582-0.
9. SLOWÍK, Josef. 2010. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 160 s. ISBN 978-80-7367-691-9.
10. VALENTA, Milan, MULER, Oldřich. 2004. *Psychopedie*. 2. vyd. Praha: Parta, 2004. 439 s. ISBN 80-7320-063-5.
11. VÝROST, Jozef, SLAMĚNÍK, Ivan. 2008. *Sociální psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1428-8.

Vyhledávací strategie a její popis

Kroky rešeršní strategie byly zahájeny v lednu 2013 a rešeršní akce probíhala do května 2013. Autorka využívala zdroje v podobě recenzovaných článků a periodik, odbornou literaturu a internetové zdroje s využitím vyhledávačů Google, Google Scholar, a databází Medline, Medvik, Bibliographia medica Českoslovac, EBSCO a ProQuest.

Prvním krokem v této strategii bylo stanovení klíčových slov: „*agrese, agresivita, schizofrenie, demence, násilí, omezovací prostředek, fyzické omezení, nefarmakologická intervence, komunikace, poruchy chování*“. Kritéria pro upřesnění vyhledávání byla následující: odborné recenzované články a studie v podobě volně přístupných plnotextů, použitý jazyk anglický a český a časové období pro publikování 2002–2013. Vyhledávání probíhalo ve třech fázích.

V první fázi získávání dat byla použita databáze Bibliographia medica Českoslovac (Medline, Medvik), v níž bylo nalezeno celkem 756 článků. Po konkrétnější specifikaci (zadání období 2002–2013, čeština, Česko, články), bylo dohledáno 228 odborných článků. Po prostudování obsahového zaměření těchto článků jich bylo 14 použito. Ve vyhledávacích Google a Google Scholar bylo po zadání výše uvedených klíčových slov, vyhledávacího období 2002–2013, a překladu do českého jazyka nalezeno 2 856 odkazů. Po prostudování prvních 150 relevantních odkazů (z nichž recenzovaných článků bylo 30), byly použity 2 knihy, 2 články z časopisu Sestra (pro jejich velký přínos pro tuto práci byly použity, ačkoliv nejsou recenzované – zařazeny na Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v České republice), 1 recenzovaný článek z časopisu Florence a dalších 15 článků z odborných recenzovaných periodik.

Druhá fáze probíhala v databázích EBSCO a ProQuest. Zde byla zadána klíčová slova v anglickém jazyce – „*aggression, aggressiveness, schizophrenia, dementia, violence, restraint, physical restraint, non-pharmacological intervention, communication, behavior disorder*“. Celkem bylo dohledáno 585 odkazů. Po zadání filtrace (období 2002–2013, anglický jazyk, recenzované články, fulltext), bylo nalezeno 155 článků, z nichž bylo použito 11.

Poslední fáze rešerše proběhlo v online dostupných časopisech Kontakt, PROFESE on-line a časopisech vydavatelství Solen (Psychiatrie pro praxi, Neurologie pro praxi, Medicína pro praxi). Zde bylo nalezeno 34 článků, z nichž po prostudování bylo použito 14 z nich.

Pro cíl č. 1 bylo použito 13 prací v českém jazyce a 7 prací v anglickém jazyce.

Pro cíl č. 2 bylo použito 24 prací v českém jazyce a 1 práce v anglickém jazyce.

Pro cíl č. 3 bylo použito 22 prací v českém jazyce a 9 prací v anglickém jazyce.

(Pro Úvod práce byly použity 4 práce v českém jazyce, 1 práce v anglickém jazyce).

Dohledáno bylo celkem 448 článků či odborných publikací. Z toho 155 v anglickém a 293 v jazyce českém. Postupně byly vyřazeny články, které se problematice věnovaly jen okrajově, vzdáleně, nevztahovaly se ke zvoleným cílům, nebo nevyhovovaly stanoveným kritériím, jelikož neobsahovaly dostatek validních informací. Pro aktuálnost údajů v legislativní oblasti byl dohledán elektronický zdroj s platným zněním odkazované vyhlášky. V konečném výčtu bylo pro tvorbu práce použito 60 zdrojů, 58 elektronických a 2 tištěné publikace.

1. ÚVOD DO PROBLEMATIKY

V roce 2011 se s pojmem schizofrenie setkáváme již 100 let. Do té doby nebyla tato nemoc přesněji pojmenována, ačkoliv se o nemoci, kde dochází k degradaci a úpadku osobnosti, vědělo již dříve. Celých 100 let se také zpřesňuje a zdokonaluje diagnostika a léčba této nemoci. Rovněž je stále věnována pozornost příznakům a projevům tohoto onemocnění, z nichž je nejzávažnější agrese (Libiger, 2008, s. 218-219). Agresivní chování je také velmi časté u pacientů s demencí, což je velmi závažný problém vzhledem k tomu, že v posledních letech dochází k obecnému stárnutí populace a demence se objevuje již u lidí starších 65 let věku (Brunovský, 2006, s. 66).

1.1 DEMENCE

Autorka Rektorová uvádí, že demence je získaná, generalizovaná a progresivní porucha kognitivních funkcí (Rektorová, 2002, s. 260). Ressler u demence nepovažuje poruchu kognitivních funkcí za největší problém. Dále také rozlišuje tři základní problémy, kterým je zapotřebí se věnovat. Jsou to poruchy kognitivních funkcí, změny chování a změny v aktivitách denního života (Ressler a kol., 2011, s. 94). V úvodu onemocnění se jako jeden z prvních nekognitivních symptomů vyskytují změny v chování, jako je deprese, nebo snížení morálních zábran. Agitovanost a agrese přichází většinou až v pozdějších stádiích nemoci. Nekognitivní poruchy, do kterých se řadí právě tyto poruchy chování, se označují jako tzv. BPSD (behaviorální a psychologické symptomy demence). Takto se také může označovat každé chování pacienta, které působí potíže jak pacientovi, tak i osobám, které o něj pečují (Ressler a kol., 2011, s. 95).

Demencí onemocní asi 1 % populace, přičemž ve věku nad 65 let je již zastoupeno 5–20 % populace (tamtéž, s. 98). Vzrůstající tendenci počtu onemocnění lidí ve skupině nad 60 let potvrzuje také Brunovský, který uvádí incidenci 2 % nemocných ve věku 60–70 let a až 50 % nemocných u starších 85 let (Brunovský, 2006, s. 66).

Také Pidrman potvrzuje, že u jedinců nad 65 let je výrazně vyšší riziko onemocnění demencí, které stále následně stoupá. U lidí nad 90 let pak lze nalézt až 50 % případů s příznaky demence (Pidrman, 2007, s. 83). Výskyt lidí s demencí představuje dle Holmerové počet až 8,5 milionu nemocných ve všech evropských zemích. Pro Českou republiku platí kvalifikované odhady, které zmiňují 110–130 000 obyvatel s demencí (Holmerová a kol., 2010, s. 139). Fleming a Purandare uvádí, že na celém světě žije odhadovaných 24,3 milionů lidí s demencí, kdy každý rok přibývá dalších 4,6 milionu s tímto diagnostikovaným onemocněním (Fleming, Purandare, 2010, s. 1084). Dle Rektorové se v roce 2030 odhaduje počet lidí s demencí na 65 milionů a v roce 2050 se tento počet téměř zdvojnásobí (Rektorová, 2012, s. 67). Agresivní chování je u pacientů s demencí běžné v 40–50 % případů, přičemž zpravidla jde o těžko zvládnutelné projevy (Brunovský, 2006, s. 66). Autor Benoit uvádí, že agitovanost a agresivita jsou nejtěžší příznaky u demence, a objevují se u 50 % nemocných touto chorobou (Benoit et al., 2006, p. 410). Vevera ve svém článku (z roku 2002) popisuje studii, která byla realizována po dobu 12 měsíců a spočívala v monitoringu chování pacientů na psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN (1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Vojenská fakultní nemocnice Praha). Celkově 44 % pacientů s demencí vykazovalo agresivní chování (Vevera a kol., 2002, s. 227). V 50–60 % případů je nemoc způsobena Alzheimerovou demencí, v 10 % vaskulární demencí a v 15–20 % případů demencí s Lewyho tělísky. Asi jen 10 % tvoří etiologie demencí, které jsou léčitelné (Ressner a kol., 2011, s. 94).

Mezi nejčastější příčiny demence patří Alzheimerova choroba. Touto nemocí je v České republice postiženo až 70 000 obyvatel, odhad je ale nepřesný, a to z důvodu nesprávné diagnostiky (Jiráček, 2008, s. 240). Velmi často je zaměňována s demencí vaskulární. Alzheimerova choroba je velmi závažné onemocnění, které působí na kvalitu života jak samotných pacientů, tak i jejich příbuzných (Sheardová, 2010, s. 172). Alzheimerovou nemocí trpí až 5 % lidí ve věku 60 let, po překročení 85 let věku je to téměř polovina nemocných s demencí (Rektorová, 2012, s. 67).

1.2 SCHIZOFRENIE

Schizofrenie je jedno z nejzávažnějších onemocnění v odvětví psychiatrie. Prevalence tohoto onemocnění je okolo 1 % ve světové populaci, a přesná etiologie tohoto onemocnění není známa (Příkryl, Kučerová, 2008, s. 350). Prognóza tohoto onemocnění nebyla vždy velmi nepříznivá, a to hlavně z důvodu jeho chronického průběhu. Až v 50. letech, kdy byla objevena antipsychotika, se podařilo průběh této choroby u části pacientů zmírnit. Dle dlouhodobého pozorování „prodělá“ jedna pětina pacientů jen jednu ataku schizofrenie, u jedné třetiny jsou zaznamenávány občasné epizody, které se podaří uvést do remise. Ovšem až u skoro u poloviny pacientů je pozorován průběh onemocnění, během kterého dochází ke zhoršování celkového stavu nemocného (Příkryl, Khollová, 2012, s. 172). Schizofrenie se odlišuje od ostatních psychiatrických onemocnění zejména takzvanými negativními a pozitivními příznaky. U negativních příznaků dochází ke snížení, nebo k úplné ztrátě běžných duševních funkcí a ke změnám v chování (Příkryl, Kučerová, 2008, s. 351). Například je zde menší slovní zásoba, horší komunikace a navazování vztahů mezi lidmi, snížená emotivita, pomalejší tok myšlenek, ale i nižší tělesná aktivita. Naopak pozitivní příznaky se vyznačují tím, že je zde něco navíc. Například halucinace, nebo bludy, které na nemoc většinou upozorní. Není ale pravidlo, že se tyto příznaky vždy objeví. Někdy se projevují pouze negativní příznaky a někdy současně pozitivní i negativní příznaky. Každé onemocnění schizofrenií je jedinečné (Kučerová, 2008, s. 252–253). Schizofrenie zvyšuje riziko násilného chování. To je častým důvodem k hospitalizaci, komplikuje péči o tyto pacienty a brání propuštění do ambulantního léčení (Singh et al, p. 43, 2012).

Dle Markoviče se schizofrenie vyskytuje u 1,5 % světové populace bez rozlišení pohlaví. U mužů má schizofrenie dřívější nástup, přesněji mezi 15.–25. rokem, u žen pak později, obvykle mezi 25.–35. rokem (Markovič, 2012, s. 85). Autorka Malá nabízí podobná zjištění – výskyt schizofrenie stanovuje na 1 % světové populace a vrchol výskytu nemoci potvrzuje rovněž v rozsahu 15.–25. roku života (Malá, 2005, s. 357). Příkryl a Khollová zmiňují, že v České republice je téměř sto tisíc lidí, kteří jsou léčení pro lékařskou diagnózu schizofrenie (Příkryl, Khollová, 2012, s. 172).

Autoři Gobbi a Debonnel uvádějí, že u pacientů s psychózou je čtyřikrát větší pravděpodobnost výskytu agresivního chování. U osob trpících schizofrenií se agresivní chování objevuje přibližně v 10 % případů, a to v podobě fyzických útoků proti jiným osobám, ničení majetku, nebo také v podobě možného sebepoškozování (Gobbi, Debonnel, 2003, p. 320). Toto tvrzení také podporují autoři Volavka a Mohr, kteří spojují se schizofrenií vyšší riziko agresivního chování, a následně uvádějí míru rizika násilného chování menší než 10 %. Větší část pacientů se schizofrenií nebývá agresivních, ale agresivní chování je zde velmi pravděpodobné (Volavka, Mohr, 2011, s. 335). Ze zahraničních zdrojů je výskyt agresivního chování u pacientů se schizofrenií umocněn výsledky Národní studie násilného chování u osob se schizofrenií (A National Study of Violent Behavior in Persons With Schizophrenia), autorů Swansona z roku 2006. Studie se zaměřila na klinické pozorování a rozhovory pro diagnostiku a evaluaci chování u 1 410 pacientů se schizofrenií během 6 měsíců, po které byla studie realizována. Odhalila, že násilné chování bylo zjištěno u 19,6 % pacientů, z toho u 3,6 % se jednalo dokonce o závažné násilné chování obsahující sexuální ataku či ozbrojený útok způsobující zranění (Swanson et al., 2006, p. 490). Citrome zmiňuje americkou studii, která sledovala chování pacientů se schizofrenií po přijetí do psychiatrických lůžkových zařízení. Ta uvádí, že 9 z 87 pacientů, tj. 10,3 % se během prvních 24 hodin dopustilo fyzického napadení další osoby. V další studii se 25 z 289 pacientů (8,7 %) dopustilo násilí na jiné osobě během prvních 8 dní hospitalizace. Tato studie se věnuje i dlouhodobé hospitalizaci, kdy bylo sledováno 3 294 pacientů, z toho 232 (7 %) napadlo jinou osobu alespoň jednou v průběhu tří měsíců (Citrome, Volavka, 2000, p. 41).

2. AGRESIVITA, AGRESE A STAVY PŘEDCHÁZEJÍCÍ AGRESI – VYMEZENÍ POJMŮ

Přesná definice pojmů „agrese“ a „agresivita“ nebyla zatím vytvořena. Mnoho autorů (kupř. Vevera, Jiráček, Owen, Yang, Uhrová) se však shoduje v tom, že agresivita je v každém jedinci a je to jistý povahový rys, který se vytváří již v dětství. Je podmiňována geneticky, učením a okolním sociálním prostředím. Bez této vlastnosti nelze žít. Je to vlastnost, díky které jsou lidé schopni překonat různé překážky a má své pozitivní, ale i negativní stránky. Pokud je ale agresivita nadměrná, nastává problém ve formě agrese. Proto je třeba agresivitu ovládat a regulovat, aby nedocházelo k narušení vztahů mezi jedinci ve společnosti. Lidé, kteří disponují vyšší mírou agresivity, budou více ohroženi případným nezvládnutím krizové situace a projevem agresivního chování (Harsa a kol., 2012, s. 15). Agresivita má svou vnitřní, nebo zevní příčinu. Vnitřní příčiny zahrnují například charakterové dispozice, nebo organické, či metabolické změny. Zevní příčiny mohou být sociální, nebo výchovné (Malá, 2005, s. 7).

Agrese (z lat. „aggrederere“ – jít proti) je chování, které je přirozenou součástí každého člověka. Je to projev, který je vyvolán emocionálně. Může ale působit „zhoubně“, pokud není dostatečně regulován. K tomu slouží alespoň částečně společenské normy, které nám určují, jaké chování je přípustné (Malá, 2005, s. 7). Agrese se považuje za bezprostřední reakci organismu, za účelem jeho přežití, nebo dosažení určitého záměru (Harsa a kol., 2012, s. 15). S Harsou se shoduje Vevera, který uvádí, že agrese je fyziologická odpověď, díky které je zajištěno přežití (Vevera a kol., 2002, s. 226). Příčinou agrese je u člověka většinou frustrace. Pokud dojde k agresivnímu chování, předpokládá se přítomnost frustrace a naopak, přítomnost frustrace se projevuje agresivním chováním (Harsa, Žukov, Csémy, 2008, s. 406).

STAVY PŘEDCHÁZEJÍCÍ AGRESI

Jedním ze stavů, který upozorňuje na riziko vzniku agrese u pacienta, je **neklid**. Při neklidu je přítomná zvýšená psychomotorická aktivita, která pramení z tělesné, nebo mentální nepohody (Hanušková, 2008, s. 168). Tato zvýšená psychomotorická aktivita se může projevat v mírné podobě, jako je přehnaná gestikulace, přešlapování a podupávání, nebo v podobě celkového neklidu, kdy jedinec výrazně zasahuje do okolí (Tomáš, 2003, s. 69). Neklid může vznikat na podkladě strachu ze samoty, úzkosti, deprese, nebo halucinací (Rusina a kol., 2010, s. 18–19). Pokud ale již pacient jeví velké známky neklidu a ve své psychomotorické aktivitě je jen těžko usměrnitelný, tak tento stav označujeme jako **agitovanost** (Tomáš, 2003, s. 69). Autoři Vevera a Černý agitovanost popisují jako chování, u kterého se objevuje zvýšená neorganizovaná a bezúčelná psychomotorická aktivita (Vevera, Černý, 2011, s. 69). Mezi toto chování patří například přecházení z místa na místo, neustálé a neadekvátní dotýkání se ostatních osob, nebo pokusy o odchod z nemocničního oddělení. Velmi často se zde objevuje provádění pohybů, které připomínají pracovní činnosti. Agitovanost může mít i verbální projevy, jako je nepřestávající kladení otázek, na které již pacient dostal odpověď, nebo používání stejných frází (Jiráček, 2011, s. 56). Jako další chování, které předchází agresi je označována **hostilita**. Nešpor a Scheansová popisují toto chování, jako neustálé nepřátelské naladění vůči světu i vůči sobě samému, a to i bez přítomnosti provokujícího stimulu (Nešpor, Scheansová, 2009, s. 38). S nimi se shoduje i Zelman, který za hostilitu označuje bezdůvodný nepřátelský postoj, který může vyústit v agresi (Zelman, Hollý, Bračoková, 2006, s. 185). Při komunikaci s hostilními pacienty je nutné se vyvarovat konfliktům, direktivnímu chování a nebagatelizovat pacientův problém (Nešpor, Scheansová, s. 39).

2.1 TYPY A PROJEVY AGRESE

Základní dělení agrese je na proaktivní a reaktivní. Reaktivní agrese není předem promyšlená, je impulsivní, podporována vztekem a frustrací. Proaktivní agrese je naopak agrese, kterou si jedinec naplánoval a necítí u ní žádné výčitky. Dle autorů

Theinera (Theiner, 2007, s. 86), Vevery (Vevera a kol., 2002, str. 228) a Harsy (Harsa, Žukov, Csémy, 2009, s. 21), se v agresivním chování rozlišuje celkem pět domén, které rozlišují pět následujících druhů agrese:

1. **Impulzivní agresivita** – vyskytuje se zde jen malá schopnost odolat impulsu, nebo svodu, který vede k okamžité agresi na podnět, jenž může být vnitřní, nebo zevní.

2. **Afektivní agresivita** – spočívá na afektivní instabilitě, tudíž zde dochází k prudké a přemrštěné reakci na negativní stimul, kterému předchází rychlá změna emocí.

3. **Úzkostná agresivita** – pokud při ohrožení nebo negativní události dojde až k příliš silným emocím ve formě úzkosti, může dojít k agresi proti jiným osobám, nebo i k sobě samým za účelem dosažení úlevy. Je typická pro děti s posttraumatickou poruchou, s autismem a s mentální retardací.

4. **Agresivita z kognitivní dezorganizace** – objevuje se nejčastěji u jedinců trpících psychózou s narušeným vnímáním a úsudkem. Velmi nebezpečná a častá je u nemocných trpících paranoiou.

5. **Predátorská agrese** – je promyšlená a předem naplánovaná. Výskyt je převážně u osob s poruchou chování. (Theiner, 2007, s. 86). Tuto agresi přisuzuje Vevera sociálním podmínkám, kdy psychiatričtí pacienti většinou spolupacientům kradou drobnosti, jako cigarety apod. (Vevera a kol., 2002, str. 228).

K tomuto rozdělení agrese přidává ještě Harsa (Harsa, Žukov, Csémy, 2009, s. 21) další dělení:

6. **Ideologická agrese** – když nejde o získání materiálního výtěžku. Jedná se například o rasové, nebo sportovní podněty.

7. **Agrese pod vlivem návykových látek** – není předem promyšlená, většinou bezúčelná (Harsa, Žukov, Csémy, 2009, s. 21).

PROJEVY AGRESE

Jsou různé možnosti, jak se může agrese projevit. Kupř. autoři Jirák (2011, s. 56) a Brunovský (2006, s. 66), popisují následující projevy:

1. Myšlenková agrese neboli potlačená agrese – nedochází k vnějšímu projevu agrese.
2. Verbální agrese – nadávky, písemné stížnosti, urážení, vulgární výkřiky (Jirák, 2011, s. 56). Tento projev agrese bývá směřován vůči vybraným osobám, nebo vůči všem v okolí (Brunovský, 2006, s. 66).
3. Agrese proti objektům – dochází k poškozování majetku, jako je například trhání ložního prádla, kopání do nábytku, nebo demolování ostatních věcí.
4. Agrese proti subjektům – většinou je tato agrese mířená na osoby, které s pacientem tráví většinu času, jako je zdravotnický personál, nebo ale i příbuzní pacienta. Tato agrese bývá vyprovokována snahou o běžné činnosti, jako je například hygiena, nebo hydratace. Projevuje se například škrábáním, kousáním, či pliváním. (Jirák, 2011, s. 56)

Je také rozdíl mezi interpersonálním, intraindividuálním a meziskupinovým výkladem tohoto chování. Zatímco interpersonální agrese je agrese, která se projevuje mezi osobami a vzniká na podkladě nesprávné komunikace, příčina intraindividuální agrese je vnitřní. Je jí například frustrace, zuřivost, rozčilení. Meziskupinová agrese je dána neshodami mezi skupinami, nebo jednotlivými příslušníky skupin (Malá, 2005, s. 7).

2.2 PŘÍČINY AGRESE U KLIENTA SE SCHIZOFRENIÍ A DEMENCÍ

Díky epidemiologickým studiím bylo zjištěno, že pacienti, kteří trpí schizofrenií, mají až třikrát vyšší náchylnost k abúzu návykových látek, které mají za následek zhoršení pozitivních příznaků tohoto onemocnění, agresivitu, či suicidální chování (Volavka, Mohr, 2011, s. 336). Užívání návykových látek bylo zjištěno u 40–70 % pacientů se schizofrenní poruchou. Velmi nebezpečný je v souvislosti se schizofrenií a rozvojem agrese alkohol, cannabis a kokain (Maršálek, 2008, s. 269). Údaje jsou ale odlišné

u různých autorů. Například autorka Češková ve svém článku (z roku 2005) shrnuje odhady psychiatrů, kteří se domnívají, že návykové látky užívá 27 % pacientů se schizofrenií, také se liší odhady psychiatrů z Rakouska, Belgie, Dánska, Finska, Německa, Irska, Ruska, Španělska, Švédska, či Švýcarska, kteří se shodli na 38 % (Češková, 2005, s. 300, 301). Švédská studie, která sledovala 12 653 schizofrenních pacientů, uvádí požívání alkoholu u 7,6 % z nich. Tyto údaje byly potvrzeny i v Austrálii. Souvislost mezi požíváním návykových látek a výskytem agrese u schizofrenních pacientů potvrdila epidemiologická studie v USA, která hovoří o riziku užívání návykových látek hrozícím u 46 % pacientů se schizofrenií. Tento výzkum - Národní epidemiologický průzkum alkoholu a příbuzných stavů (The National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions) byl prováděn v letech 2001–2005. Vznikly dvě analýzy, v nichž byl prokázán vliv návykových látek se zvýšeným rizikem násilí a agrese. Užívání návykových látek a tím vzniklou agresi ale nelze přičítat všem pacientům, zvláště těm hospitalizovaným. U těchto pacientů lze pozorovat násilné chování, ačkoliv k alkoholu, nebo drogám neměli žádný přístup. Zde se uvádějí jako hlavní problém pozitivní příznaky, jako halucinace, či bludy, a to sice z 20 % (Volavka, Mohr, 2011, s. 339-341). Jako další příčina je zmiňována nespolupráce pacienta, především v nedodržení dávek, nebo úplného vysazení antipsychotik. Čeští psychiatři uvádí, že 60–62 % pacientů neužívají léky tak, jak jim byly naordinovány (Češková, 2005, s. 299, 301). Také různé stresující podněty, zhoršená kontrola nad impulsivním jednáním, traumatizující zážitky a nepostačující náhled na onemocnění mohou být rizikovými faktory ke vzniku agresivního chování. V poslední době se také diskutuje o souvislosti s agresí v dospělosti a poruchou chování v dětství (Volavka, Mohr, 2011, s. 335). Také sociální situace, problémy v rodinném životě, nebo omezení kontaktu s realitou patří mezi faktory, které výskyt agrese u schizofrenních pacientů zvyšují (Harsa, Žukov, Csémy, 2009, s. 22).

PŘÍČINY AGRESE U KLIENTA S DEMENCÍ

Agrese u nemocných s demencí může nastat z důvodu úzkosti, nebo deprese. Často k tomuto chování dochází také během výkonu různých ošetrovatelských úkonů, které nejsou dostatečně vysvětlovány a pacient je chápe jako útok (Franková, 2007, s. 258). Agresi může vyvolat také samotná hospitalizace a odloučení od příbuzných, které pacient stále hledá (Holmerová a kol., 2005, s. 182), nebo různé smyslové poruchy,

jako je třeba slepota, nebo hluchota. U starších pacientů je také nutné se zaměřit na metabolické poruchy, jako je stav hypoglykémie, renální insuficience, na přítomnost zánětlivých onemocnění (uroinfekty), nebo agresi vyvolanou zmateností z důvodu dehydratace (Jiráček, 2011, s. 56). Autor Rössner poukazuje na vyšší výskyt agresivního chování u pacientů s demencí a současně přítomností bludů. Za největší problém avšak považuje změnu prostředí při přijetí pacienta do zdravotnického zařízení. I maličkosti, jako je třeba změna jídelníčku, kdy dostává jídlo, které mu nemusí chutnat a o němž si vlivem bludů může myslet, že je otrávené, spolu s nižším frustračním prahem pacienta, může řešit násilným chováním (Rössner a kol. 2011, s. 95–96). K útočnému chování také přispívá skutečnost, že jsou pacienti s psychiatrickým onemocněním příliš „blízko u sebe“ a nemají dostatek soukromí a prostoru pro aktivity, na něž byli zvyklí. Také hlučnost, režim a s tím související pravidla daného oddělení, nebo potenciální vidina omezujících opatření, mohou vést k násilnému chování jako obranné reakci. Neopomenutelné jsou také psychické faktory, jako jsou strach, frustrace, rozpory mezi pacienty, nebo změna jejich sociální role (Venglářová, 2003, s. 73). Jako spouštěče rušivého a násilného chování byly zaznamenány i zcela banální záležitosti jako světlo, či přílišné teplo, nebo chlad na oddělení. Ne vždy se ale teplota v místnosti, nebo ostrost světla dá ovlivnit tak, aby vyhovovala všem pacientům (Weitzel, 2011, s. 13–18).

2.2.1 Obecné příčiny agresivního chování u hospitalizovaných pacientů s psychiatrickou diagnózou

Některé příčiny agresivního chování nelze specifikovat pro konkrétní nemoc, ale je důležité je neopomenout.

Autoři Brožová a Vančura poukazují na skutečnost, že pokud je pacient hospitalizován, může mít pocit zklamání sám ze sebe, přičemž velmi negativně může vnímat odloučení od rodiny a sociální izolaci od okolí. Ústavní péči také často vnímá jako neoprávněnou. Cítí se osamělí a odmítnutí (Brožová, Vančura, 2010, s. 18–19). K hospitalizovaným pacientům s psychiatrickou diagnózou je také velmi těžké mít osobní přístup. Nedochozí tedy k respektování potřeb každého jedince a to také z důvodu špatného navazování vztahů se zaměstnanci těchto ústavů, kdy dochází

k jejich častému střídání během ošetrovatelské péče. Základní psychologické potřeby nejsou naplňovány, což může též vést k agresivnímu chování (Dohnalová, 2011, s. 86). Velmi důležitý je také přístup k těmto pacientům, kteří jsou vnímaví k celkové atmosféře ve zdravotnické instituci. Zdravotničtí pracovníci mnohdy dávají značně najevo svůj dominantní postoj a zátěž, která jim tato práce přináší. Mnohdy tito zaměstnanci nemají ani kvalifikované vzdělání pro vykonávání této práce a příliš často zde dochází k příliš velké fluktuaci pracovníků, což vede k nestabilitě kolektivu a možné neznalosti klientů (Brožová, Vančura, 2010, s. 18–19).

2.3 PREVENCE AGRESE

Neopomenutelnou součástí problematiky agrese je také její prevence, která mnohdy může zabránit násilnému chování nebo jeho projevům. Prevencí u agresivního chování rozumíme jednak to, zda je u pacienta zvýšené riziko agresivního chování, a také její předcházení pomocí úpravy prostředí, v němž se pacient nachází, a péči o celkový stav nemocného.

2.3.1 Posuzování přítomnosti a míry agresivity

Sklon k agresivnímu chování nelze objektivně příliš posoudit, ale existují projektivní testy, které mohou psychiatrům alespoň částečně napomoci určit, do jaké míry lze očekávat agresivní chování u konkrétního pacienta. Tyto metody analyzují duševní stav pacienta, ale je nutná jeho aktivní spolupráce. Tyto testy se používají většinou u psychotických poruch, tedy i u jedinců s lékařskou diagnózou schizofrenie (Harsa, Žukov, Csémy, 2009, s. 22).

Jedná se o Rorschachův test, který je používán po celém světě. Základ tvoří 10 tabulí, z nichž je 5 tmavých a 5 barevných. Vyhodnocuje se vnímání skvrny, která se na této tabuli nachází. Pro malou odolnost k ovládnutí agresivního chování značí skutečnost, že pacient vnímá jen část skvrny, nekvalitní detaily, nebo bílou plochu okolo ní. Skvrnu pacienti vyhodnocují také z hlediska obsahu a toho, zda dochází k vnímání například útoku, výbuchu (značí efektivitu), poškozených objektů, zbraní, či útočných

zvířat. Jako poslední se hodnotí pestrost odpovědí. Jednoduché odpovědi jsou známkou vyrovnanosti se sociální realitou a nenaznačují přítomnost agrese (Říčan, 2010, s. 28).

Test ruky (The Hand Test) obsahuje 10 karet. Na devíti z nich jsou vyobrazeny lidské ruce, desátá karta zůstává volná. U tohoto testu se vyhodnocují emoce, které pacient ve vztahu k obrázku vnímá. Může jít například o úzkost, obavu, respekt, agresivitu, solidaritu, úctu, či sympatie (Říčan, 2010, s. 28).

Tematicko-apercepční test spočívá ve vymýšlení příběhu pacientem při ukazování obrázků s lidskou postavou v určité situaci. Tento test obsahuje 31 karet, probíhá ve dvou dnech po sobě a má za úkol zhodnotit dynamiku, postoj a fantazii pacienta (Harsa, Žukov, Csémy, 2009, s. 23).

V roce 2009 provedli Harsa, Žukov a Csémy výzkum, v němž posuzovali pacienty se schizofrenií pomocí těchto projektivních testů. Výsledek ukázal, že tyto testy jsou velmi přínosné v posuzování agresivního chování (Harsa, Žukov, Csémy, 2009, s. 26).

2.3.2 Předcházení agrese u klienta

Agresi se dá předejít různými způsoby. Základem je péče o celkový fyzický stav pacienta v podobě dostatečné hydratace, výživy, kompenzace přidružených onemocnění a zajištění vhodného prostředí pro pacienta (Franková, 2007, s. 258). Dle Holmerové se těmto stavům dá předcházet hlavně analýzou problémového chování u těchto pacientů a změnou přístupu k nim, dle zjištěných skutečností. Často může v agresi vyústit pouze skutečnost, že problém, který pacient má, není schopen verbalizovat a přitom jde jen o základní potřebu pacienta, jako je nutnost mikce, defekace nebo hlad. Metoda, která se dá používat k analýze tohoto chování, se nazývá Marthe Meo. Jedná se o sledování videozáznamů pořízených během péče o pacienty a následné vyhodnocování a navrhování vhodných postupů za účelem předcházení agrese u pacientů s demencí. Další metoda se nazývá Simulated Presence (SimPres). Tato metoda se zaměřuje na připomínání známého prostředí pomocí předmětů z domova, nebo fotek příbuzných pacienta (Holmerová a kol., 2005, s. 181–182). Tuto skutečnost ve svém článku uvádí i Bužgová a Ivanová. Landreville analyzoval

výsledky 10 studií, které se zaměřovaly na úpravu prostředí v místnosti, kde pacient pobývá touto formou a výsledkem bylo výrazné snížení násilí u těchto pacientů. „Ozdobení“ místnosti obrázky z přírody ale nepřineslo žádný úspěch. Další studie se týkala úpravy prostředí týkající se hlučnosti. Agresivní chování se zmírnilo u pacientů, kteří si prožili tzv. tichý týden – týden bez vnějších podnětů jako je televize, nebo rádio (Bužgová, Ivanová, 2008, s. 170). Osvědčilo se i používání audiozáznamů, či videozáznamů s blízkými pacienta, které pacient opakovaně sleduje a je mu tím dodáván pocit bezpečí (Holmerová a kol., 2005, s. 181, 182). Autorky Bužgová a Ivanová se přiklánějí ke smyslové stimulaci. Tu představuje hlavně muzikoterapie, která se dá aplikovat i při běžných denních činnostech, jako je třeba stravování a hygienická péče, nebo i při léčebném sezení, kdy se tato metoda dá spojit i s tancem, či zpěvem. Livingston dokazuje úspěšnost v redukci agresivního chování u pacientů s demencí touto metodou ve dvou studiích provedených v roce 2005. Dvě studie, které zkoumaly účinnost světelné terapie, nepřinesly jednoznačný výsledek. Jedna provedená Landrevillem nezajistila žádné pozitivní výsledky, ovšem studie Cohen – Mansfielda měla naopak výsledky velmi povzbudivé. Co se týče vlivů masáží a dotyků na zmírnění agresivních projevů u pacientů, nebyl prokázán žádný účinek po provedení této terapie. S velkým úspěchem se ale setkala aromaterapie. Tento výsledek zjistila studie Ballarda, zvláště v redukci fyzické agrese (Bužgová, Ivanová, 2008, s. 170).

3. ZVLÁDÁNÍ AGRESE

Pokud již dojde k agresivnímu chování u pacienta, je důležité vědět, jak postupovat a jaké jsou možnosti zvládnutí agrese. V poslední kapitole jsou popsány tyto techniky: deeskalace, omezovací prostředky a farmakoterapie.

3.1 DEESKALACE

Jako první krok ke zvládnutí agrese se uvádí takzvaná deeskalace. Je to soubor opatření, které se používají ke zvládnutí neklidného pacienta. Tato opatření zahrnují tři prvky:

1. vyhodnocení situace
2. komunikace
3. taktika

V prvním kroku je důležité zjistit, jaký je důvod (příčina) neklidného chování. Tyto příčiny mohou být různé – například pocit omezení osobní svobody, nebo ohrožení. Druhým krokem je zklidnění pacienta pomocí rozhovoru a taktika vyjednávání se zakládá na užívání zklidňujících kroků, jako bití do polštáře, podání teplého mléka, či poslech relaxační hudby. Vedení dokumentace je doporučováno až následně (Veveřa, Černý, 2011, s. 70). U deeskalačních technik je důležitý postoj těla zdravotnického pracovníka, tón hlasu, který by měl být sebejistý, oční kontakt a držení těla. Cílem této techniky je vytvořit si takový vztah s pacientem, který umožňuje dobrou budoucí spolupráci (Dickinson et al., 2009, p. 40)

1. ad Vyhodnocení situace

Na psychiatrickém oddělení se může zdravotnický personál setkat se všemi druhy agrese, je proto velmi důležité rozpoznat, kdy toto chování u pacienta hrozí a snažit se potenciálním násilným situacím zabránit (Čerňanová, Knezovič, 2012, s. 21). U neklidného pacienta, kdy hrozí agresivní chování, se mohou vyskytovat určité znaky chování, které agresi předcházejí. Je to například: výrazná a výhružná gestikulace, podupávání s náznakem kopání, upřený oční kontakt, neustálé přibližování se až do intimní zóny personálu, zatínání pěstí (vědomé, nebo nevědomé), zrudnutí, nebo naopak zblednutí tváře, pomrkávání, různé úšklebky nebo záškuby v obličeji, které nebyly dříve pozorovány (Petr, 2003, s. 69, 71).

2. ad Komunikace

Dle Hanuškové je jednou z nejdůležitějších zásad empatické chování a přístup zdravotnického personálu. S pacientem by se mělo o problému mluvit s pochopením,

nevyvracet mu jeho přesvědčení a vyhýbat se dlouhému očnímu kontaktu, který by mohl v pacientovi agresivně vystupňovat. Je také důležité vyhýbat se situaci, kdy je zdravotnický pracovník sám s agresivním pacientem v uzavřené místnosti. Pracovník by měl být blízko dveří, kde je možnost rychlého úniku při vznikající nebezpečné situaci. Jedním z bezpečnostních opatření je neobracet se k pacientovi zády, nechodit k pacientovi příliš blízko a odstranit nebezpečné předměty, které by mohl pacient využít jako zbraň (Hanušková, 2008, s. 168). Základem verbální komunikace s agresivním pacientem je pozdravení, představení sebe a každého, kdo se v místnosti nachází a mluvení vyrovnaným, tichým, vlídným, ale autoritativním hlasem. Jako vyjádření úcty k pacientovi je doporučeno oslovení příjmením. Mluveno by mělo být zřetelně a jednoznačně. Přerušování pacienta není vhodné, je důležité jej nechat verbalizovat své pocity (Nawka, 2012, s. 70). Komunikace by měla být souvislá, spíše v otázkách, které pacienta nutí k odpovědím a tím dochází k verbalizaci hněvu. Otázky by měly být kladeny velmi důkladně, mohou odhalit důvod zlosti. Po vyslechnutí všech argumentů je vhodné vyjádřit souhlas s těmi pravdivými slovně, či přikyvováním. Rozhovor by měl probíhat velmi plynule a nenaléhat na pacienta. Je dobré navrhnout různé změny a řešení, vysvětlovat postupy, které v jeho léčbě probíhají a dodávat pacientovi pocit, že o postupu jeho léčby není rozhodováno bez jeho vědomí. Přitom by ale zdravotnický pracovník měl pacientovi ujasnit nepříznivý dopad na ostatní a následky, které mohou pramenit z jeho chování, jako je například použití restriktivních opatření. Při agresivní se velmi často projeví i náboženské zaměření pacienta, které je důležité tolerovat a přizpůsobovat dle tohoto i komunikaci. Zdravotnický pracovník musí ale hlavně dávat najevo, že chce pacientovi pomoci a nejtít s ním do konfrontace (Čerňanová, Knezovič, 2012, s. 21). Komunikaci u pacientů s demencí je nutno přizpůsobit jeho aktuálnímu stavu a schopnosti porozumět a vyjádřit se. Pacienti s tímto onemocněním mají zhoršenou paměť, sníženou pozornost, nemohou nalézt vhodná slova, často opakují stejná slova dokola, nebo naopak používají slova, která neexistují, při snaze popsat určitý problém. To může zhoršit i samotná hospitalizace a režim oddělení, který pacienti neznají, nebo jej nechápou. Na tyto pacienty je vhodné mluvit pomalu, nespěchat, neoslovovat pacienta nijak důvěrně (např. „babičko“, „dědečku“). Dále je také doporučeno používat jednoduché věty a neklást více otázek najednou (Weitzel, 2011, s. 13-18). Neverbální komunikaci spousta zdravotníků podceňuje, přitom tento způsob projevu pacienti

vnímají v některých případech více než mluvené slovo. Není vhodné narušovat osobní prostor pacienta, nebo používat rychlé pohyby. Pokud je to možné, mělo by jednání s pacientem probíhat vsedě, ve stejné výšce a nepoužívat obranný (ruce zkřížené na hrudníku) nebo bojovný (ruce v bok) postoj při komunikaci ve stoje (Nawka, 2012, s. 70). Je také vhodné vyvarovat se používání dotyků a to i těch, kterými chceme pacienta uklidnit. Eliminace rušivých podnětů je více než vhodná, například ztlumit intenzitu osvětlení, zajistit tichou místnost a vypnout telefon (Čerňanová, Knezovič, 2012, s. 21).

3. ad Taktika

Při vyjednávání s pacientem je důležitá taktika vyjednávání. Cílem taktiky vyjednávání je dosažení rovnováhy – výhra – výhra. Používá se zde možnost výběru. Pokud je například nutné dát pacientovi medikaci, měl by dostat na výběr, zda chce medikaci perorální, nebo injekční. Podáním medikace bez souhlasu pacienta, nebo bez možnosti výběru, se docílí pouze výsledku výhra – prohra pro ošetřující personál a to může být příčina vystupňované agrese vůči zdravotníkům (Zelman, Hollý, Bračoková, 2006, s. 186). Součástí tohoto postupu je také nabídka různých fyzických aktivit (v některých ústavech jsou k dispozici například boxovací pytle), nebo naopak relaxace (Vevera, Černý, 2011, s. 70).

3.2 OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY

Téma omezovacích prostředků je stále velmi diskutovaným a širokou veřejností řešeným problémem (Hanušková, 2008, s. 169). Naneštěstí se v psychiatrické praxi bez tohoto způsobu zvládnutí agrese nelze obejít (Švarc, 2008, s. 243). Je důležité si uvědomit, že použití restriktivních opatření má zajistit především bezpečí pacienta a ne jej použít za účelem usnadnění práce ošetřovatelského personálu. Před užitím těchto prostředků k omezení pacienta by měl personál zvážit, zda je to opravdu nezbytně nutné, a zda nejedná v rozporu s etickými principy a také legislativními normami. Velký význam má pravidelné školení personálu v problematice zvládnutí agresivního pacienta a také verbalizace svých negativních zkušeností a prožitků z práce, což může také přispět ke zlepšení přístupu k duševně nemocným pacientům

(Dohnalová, 2011, s. 87–88). V situaci, kdy ošetrovatelský personál použil všechna dostupná opatření ke zklidnění pacienta a stále u něj přetrvává riziko ohrožení sebe, nebo jeho bezprostředního okolí, přichází na řadu fyzické omezovací prostředky. Mezi ně patří manuální fixace (úchop), která je prováděna kvalifikovanými pracovníky. Spočívá v několikaminutovém držení pacienta v poloze vleže nebo ve stoje, a to až do doby zklidnění pacienta. Dále se mohou použít upínací popruhy (kurty, které jsou bavlněné, nebo kožené), svěrací kazajka (ochranný kabátek), síťové lůžko (jinak také klecové lůžko, či ochranné lůžko), izolační místnost (místnost určená k bezpečnému pohybu), nebo pobyt na uzavřeném oddělení bez souhlasu pacienta (Hanušková, 2008, s. 169). Od roku 2012 se uvádí také parenterálně aplikovaná medikace, která zabraňuje volnému pohybu pacienta, ale pouze v případě, pokud se nejedná o součást léčby (Švarc, 2012, s. 183). Používání omezovacích opatření je ale spojeno s výskytem častých poranění od kurtů, dekubitů z důvodu omezené hybnosti, stresem, infekcemi, edémy, nebo paradoxně se zvýšeným neklidem (Dewing, 2010, p. 18). O omezovacích prostředcích a efektu jejich použití na zvládnání agrese u psychiatricky nemocných donedávna neexistovaly žádné kontrolované studie (Švarc, 2008, s. 244). První světová studie, která byla prováděna ohledně této problematiky, byla provedena profesorem Steinertem, kdy srovnával kurtování a izolaci u psychiatricky hospitalizovaných pacientů v šesti německých léčebnách. Zjistil, že nejvíce jsou kurtováni pacienti trpícími organickou poruchou (mezi ně řadíme i demence), což činilo 30 % pacientů a 10 % pacientů s psychotickým onemocněním (schizofrenie). (Švarc, 2008, s. 244).

3.2.1 Legislativní úprava

S užitím omezovacích prostředků se pojí také problematika legislativy a užití těchto opatření se souhlasem, nebo bez souhlasu pacienta (Dohnalová, 2011, s. 86). Autoři Vondráček a Vondráček uvádějí, že pokud je omezovací prostředek použitý u klienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům, uděluje souhlas s tímto postupem jeho opatrovník (Vondráček, Vondráček, 2007, s. 745). Dohnalová dále doplňuje, že je také možná alternativa, která se v některých zdravotnických zařízeních běžně používá, kdy opatrovník udělí souhlas s užitím omezovacích prostředků, pokud to bude nutné vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta (Dohnalová, 2011, s. 87). V případě, že ale opatrovník nesouhlasí s užitím omezovacích prostředků, ačkoliv je stav pacienta

k tomuto opatření indikován, má konečné slovo ošetřující lékař (Vondráček, Vondráček, 2007, s. 745). Lékař je kompetentní v indikaci k použití omezovacího prostředku, ale dle věstníku MZ č. 5 částka 7/2009 může o tomto opatření rozhodnout a použít jej i zdravotnický pracovník k tomu kompetentní dle vyhlášky č. 424/2011 Sb. – O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. (Dohnalová, 2011, s. 88). Tato vyhláška byla 14. března 2011 zrušena a nahrazena vyhláškou 55/2011 Sb – O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (MZ ČR, 2011). Autoři Vondráček a Vondráček uvádějí, že tento postup není považován za trestný čin neoprávněného omezování osobní svobody, neboť omezovací prostředky jsou použity ze zdravotních důvodů kvalifikovaným zdravotnickým personálem, pokud je pacient nebezpečný sám sobě, nebo bezprostřednímu okolí (Vondráček, Vondráček, 2007, s. 745). Mezi dokumenty, které se týkají této problematiky, patří zákon č. 372/2011, o zdravotních službách a podmínkách jejího poskytování a Deklarace lidských práv a duševního zdraví a zásady práv osob trpící duševní poruchou. Do roku 2005 nebyl v České republice vymezen jednotný postup při užívání restriktivních opatření. V tomto roce bylo vydáno metodické opatření Ministerstva zdravotnictví České republiky pro používání omezovacích prostředků v ústavech pro psychiatrické pacienty. To platilo do roku 2009, kdy byl vydán nový věstník č. 5/2009, v němž byly upraveny zásady pro užívání restriktivních opatření. Ten mimo jiné také ukládá povinnost zdravotnickým zařízením vyhotovit standard, ve kterém je vymezený postup, jak co nejlépe zvládnout situaci s agresivním pacientem. Od roku 2002 se tato problematika také řeší v zařízeních sociálních služeb, kde bylo v roce 2002 poukazováno na nehumánní zacházení s klienty v síťových lůžkách. V sociální sféře se tímto zabývá Ministerstvo práce a sociálních věcí. Postupuje se zde dle § 89 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a povinnost vyhotovení standardu péče o agresivního pacienta a použití omezovacích prostředků ukládá příloha č. 2 prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb. tohoto zákona, v platném znění, která je dále upravena také vyhláškou č. 166/2007 Sb. (Dohnalová, 2011, s. 86–88).

3.2.2 Omezovací prostředky u nás a v zahraničí

Používání omezovacích prostředků a názor na ně se v jednotlivých zemích, co se týče zachování humánního přístupu k pacientům, velmi liší. Můžeme to dokonce pozorovat i v různých nemocnicích stejného státu. Zatímco v Norsku, Švýcarsku, či Německu se preferuje používání mechanického omezení (Švarc, 2008, s. 243–244), v Anglii je kurtování a používání síťových lůžek bez povolení soudu zakázáno. Zde se používají metody k akutnímu uklidnění – neverbální a verbální komunikace, vyjednávání s pacientem, takzvaná deescalace, nebo mírnění napětí při spolupráci více zdravotnických pracovníků pomocí manuální fixace za účelem zklidnění pacienta. Terapeutická izolace je zde nejkrajnější řešení při agresi pacienta (Baudiš, Bašný, 2005, s. 228). V Německu je agrese u pacienta řešena kurtováním, které se používá ve všech psychiatrických zařízeních, klecová lůžka se zde vůbec nevyskytují. Dánsko razantně odmítá izolaci jako způsob fyzického omezení, které je používáno v Rakousku ve více než 20 % zařízení. Ve většině případů se v této zemi ale používají klecová lůžka. Izolace je také velmi používaná v Česku, Holandsku, Švédsku a Švýcarsku, které nikdy nezvolilo kurtování jako způsob fyzického omezení, to je v této zemi dokonce zákonem zakázáno. Naopak Norsko kurtování upřednostňuje. Na nejvyšším žebříčku v oblasti používání omezovacích prostředků je USA, kde je 25 % psychiatrických pacientů izolováno (Švarc, 2008, s. 243–244). V České republice se od používání síťových lůžek opouští také. Spousta psychiatrů zastává názor, že jsou dobrou volbou pro gerontopsychiatrické pacienty, než pro pacienty s agresivním chováním (Hanušková, 2008, s. 169). Studie, které by sledovaly jednotlivá psychiatrická onemocnění a způsoby aplikace omezovacích prostředků v případě agrese bohužel nejsou k dispozici (Huf et al., 2012, 2265).

3.2.3 Druhy omezovacích prostředků

Jedním z těchto prostředků je omezení pacienta v lůžku, neboli **kurtace**. Jedná se o znehybnění pacienta v lůžku na krátkou dobu za využití popruhů, které se přikládají na horní a dolní končetiny (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 117–118). Fyzické omezení, stejně jako použití ostatních omezovacích prostředků, je prováděno na základě rozhodnutí lékaře. Má trvat jen dobu nezbytně nutnou, musí být řádně

dokumentováno, včetně důvodů, které vedly k tomuto rozhodnutí a času od počátku po konec omezení. Důležité jsou zde také zápisy ošetřovatelské intervence, podpis lékaře a ošetřujícího personálu (Švarc, 2008, s. 245). Během fyzického omezení musí být řádně ošetřovatelským personálem sledována hydratace pacienta a prokrvení končetin, které se provádí v intervalu 20 minut. Lékař sleduje a hodnotí celkový stav pacienta každé 2–3 hodiny, kdy rozhodne, zda je stále nutné fyzické omezení, popřípadě její znovu s udáním důvodů naordinuje. Prevence dekubitů a tromboembolie je nutná při déletrvajícím omezení, spolu se sledováním hydratace, výživy pacienta a péče o fyziologické funkce. Samozřejmostí je informovanost pacienta o příčinách (včetně možných důsledků) a dalším průběhu tohoto omezení (Hanušková, 2008, s. 169).

Sít'ové lůžko se používá k účelnému omezení pacienta v jeho volném pohybu. Je opatřeno sítí ze všech stran, včetně stropu. Toto lůžko se dá uzamknout a používá se v případech, kdy může dojít k poranění pacienta, nebo dalších přítomných osob na oddělení (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 122). O tomto omezovacím prostředku se velmi diskutovalo v letech 2003–2004, a to nejen mezi odborníky, v médiích, laickou veřejností, ale i v politické sféře. Tuto diskuzi vyvolala hlavně 64 stránková kritizující zpráva Mental Disability Advocacy Center. Zpráva se týkala používání klecových a sít'ových lůžek v psychiatrických zařízeních a ústavech sociální péče ve čtyřech státech. Jedním z nich byla i Česká republika. V boji proti sít'ovým lůžkům se tehdy velmi angažovali zdravotničtí pracovníci z Anglie. Zasadili se zvláště o zrušení těchto restriktivních opatření, což podporovali i někteří zdravotničtí pracovníci z České republiky. Dostávali se ale do rozporu se svými kolegy, kteří tvrdili, že používání sít'ových lůžek je v určitých případech pro pacienty humánnější a ohleduplnější, pokud se ovšem dodrží přísné kontrolní postupy (Baudiš, Bašný, 2005, s. 228). Jako největší výhoda sít'ového lůžka je uváděna bezpečnost pro pacienta, spolupacienty a personál, kdy má pacient dostatek místa, může se polohovat a přijímat stravu a tekutiny (Kališová a kol., 2005, s. 307). V roce 2003 bylo v českých zdravotnických zařízeních kolem 300 sít'ových lůžek, jejich počet byl ale velmi zredukován (Švarc, 2008, s. 244). Dalším restriktivním opatřením je **terapeutická izolace**, která spočívá v zabránění volnému pohybu pacienta po oddělení a to sice jeho umístěním v samostatné místnosti, která je k tomu určena (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 120). Dle Kališové je terapeutická izolace uzavřená místnost, kam je pacient nedobrovolně umístěn, a do níž nemají přístup a ani do ní nemohou nahlížet

ostatní pacienti (Kališová a kol., 2008, s. 53). V této místnosti se nesmí nacházet nebezpečné předměty, které by mohly způsobit poranění nemocného, přitom by ale pro pacienta měla být pohodlná s dostatkem tepla a světla a obsahovat kamerový systém, nebo panoramatické kukátko pro zdravotnický personál. V místnosti by se mělo nacházet buď lůžko, nebo alespoň matrace pro pacienta a to dle jeho stavu. Předstíň s toaletou a koupelnou je vhodná, ovšem také vybavená monitorovací technikou (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 120). Jako nejméně používaný omezující prostředek je dle Markové, Venglářové a Babiakové **ochranný kabátek**, a to většinou když dochází k sebepoškozování pacienta, jako je škrábání obličeje, trhání vlasů, poškozování očí, nebo pokud je nutné pacienta transportovat (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 123). Další u nás ne příliš používaný způsob omezení je **manuální fixace**, neboli úchop. Používají se zde specifické hmaty k zabránění pohybu nemocného. Tyto hmaty nezpůsobí pacientovi zranění a přitom zajistí dostatek prostoru k aplikaci medikace (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 120–123). K úchopu je potřeba alespoň 5 zdravotnických pracovníků, což je ve zdravotnických zařízeních České republiky nereálný požadavek (Kališová a kol., 2005, s. 306). **Nedobrovolná hospitalizace** a způsob, jakým se pacient dostává do zdravotnického zařízení, může negativně ovlivnit postoj pacienta ke zdravotnickému personálu, k celému průběhu léčby, spolupráci, nebo nespolupráci a hlavně k souhlasu s další hospitalizací nutnou k léčení (Kališová a kol., 2009, s. 9).

Obecně nelze určit, které techniky jsou lepší a které horší, nebo v jakých případech a při jakých onemocněních se má volit určité opatření. Studie, které by se touto problematikou zabývaly, zatím nebyly provedeny (Kališová a kol., 2005, s. 307). V České republice se touto problematikou zabýval projekt EUNOMIA – European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonisation of Best Clinical Practise. Šlo se o projekt, který byl realizován v letech 2002–2006. Mapoval praxi s omezovacími opatřeními ve 12 zemích Evropy, v České republice se jej účastnila Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN (1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Vojenská fakultní nemocnice) v Praze ve spolupráci s Psychiatrickou léčebnou v Praze-Bohnicích. Studie se zaměřovala na problematiku přijetí pacienta s akutní duševní poruchou na psychiatrii bez jeho souhlasu (nedobrovolný vstup a hospitalizace), používání omezení v pohybu (mechanické omezení pomocí kurtů), na podávání medikace bez souhlasu, eventuálně proti vůli pacienta, a používání

terapeutické izolace. Z projektu byli ale vyřazeni pacienti starší 65 let a pacienti s lékařskou diagnózou demence. Z tohoto projektu vyplynulo, že nejčastěji bylo restriktivní opatření aplikováno mimo jiné i na pacienty s diagnózou schizofrenie. Nejčastějším důvodem byla agrese vůči druhým osobám (Kališová a kol., 2008, s. 52–54).

3.3 FARMAKOTERAPIE U AGRESIVNÍCH PACIENTŮ S DIAGNÓZOU SCHIZOFRENIE A DEMENCE

Pokud nelze agresivní chování pacienta zvládnout nefarmakologickými způsoby, přistupuje se k podání farmak. U této léčby a zvláště po zvládnutí akutní fáze se ale musí pamatovat na to, zda agrese u pacienta není způsobena například bolestí, nebo halucinacemi (Benoit et al., 2006, p. 410). Léky se aplikují různými způsoby. Jedním z nich je perorální podání. Je to ideální způsob podání farmak, ale bohužel se na něj v případě akutního neklidu často zapomíná (Hanušková, 2008, s. 168). Na rozdíl od podání intramuskulárního, či intravenózního zde nehrozí zranění ani jedné zúčastněných stran jehlou a pacienti tento postup tolerují lépe z hlediska psychologického (Nawka, 2012, s. 71). Pokud ale nelze pro nespolupráci pacienta využít perorální podání, je nejužívanější prostředek ke zklidnění agresivního pacienta intramuskulární aplikace. Účinná substance se vstřebává rychleji, ale tento způsob je ve většině případů spojen s vyšším výskytem komplikací ve formě nežádoucích účinků (Hanušková, 2008, s. 168). Pokud je potřeba co nejrychlejší nástup účinku, používá se intravenózní aplikace. Z bezpečnostních důvodů se tato technika používá nejméně, ale výhodou je, že se podávaný lék téměř ihned dostane na místo působení a nedochází k hromadění látky v jednom místě (Nawka, 2012, s. 69–73). Absolutní kontraindikací k podání psychofarmak u neklidných pacientů, je pouze úraz hlavy a intoxikace (Hanušková, 2008, s. 168).

U farmakologické medikace existují doporučení k jejich aplikaci. Jedním z nich je doporučení amerických expertů – Expert Consensus Guidelines on the Treatment of Behavioral Emergencies, další jsou doporučení NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence Guidelines) z roku 2005, vytvořené v Anglii. Dle těchto

doporučení by neklidová medikace měla být co nejméně invazivní, snadno aplikovatelná, s co nejrychlejším nástupem účinku, neměla by pacienta utlumovat, negativně působit na příznaky nemoci a měla by být dobře snášena. Samozřejmě je nutné sledovat celkový stav pacienta (Nawka, 2012, s. 69–73). Dále je doporučováno, aby pacientovi, kterému byla aplikována intravenózní medikace ke zklidnění, byly monitorovány vitální funkce (hodnoty krevního tlaku, tělesné teploty, pulsu, saturace kyslíku, dechové frekvence) každých 5–10 minut v první hodině po podání, po první hodině každou půlhodinu až do stabilizace stavu, sledováno vědomí a vše zdokumentováno. Pokud nelze vitální funkce sledovat, například z důvodu terapeutické izolace a potenciálního nebezpečí pacienta, je nutné zajistit nad pacientem zvýšený dohled z důvodu nežádoucích účinků, jako je srdeční zástava, zástava dýchání, nebo akutní dystonie (Dickinson et al., 2009, p. 40).

3.3.1 Farmakoterapie u onemocnění schizofrenií

Pokud dojde k potřebě zklidnění agresivního stavu schizofrenního pacienta, je lékem první volby dle Markoviče jedna až dvě ampule Haloperidolu 5–10 mg, či Diazepamu 10–20 mg intramuskulárně. Pokud je stav vážný, můžou se tyto dva léky kombinovat, ale je nutné myslet na případné utlumení dýchacího centra. Dalším osvědčeným injekčním lékem je také Ziprasidon 10 mg, či Olanzapin 10 mg, u nichž se tento nežádoucí účinek nevyskytuje. Pokud lze s pacientem spolupracovat, je možné podání roztoku Risperidonu, který odpovídá dávce 2 mg. Jakmile se podaří zvládnout tento stav, je nutné přejít k léčbě psychotické ataky pomocí antipsychotik (Markovič, 2012, s. 86). Volavka a Mohr uvádějí, že jedna z nejúčinnějších farmakoterapií u agrese schizofrenních pacientů je podávání Klozapinu (Volavka a Mohr, 2011, s. 336). I Gobbi a Debonnel uvádějí jako osvědčený lék ve zvládnání agrese Klozapin, který snižuje pozitivní a negativní příznaky, náchylnost k užívání návykových látek a siucidální tendence. Zároveň zřídka způsobuje extrapyramidové příznaky (Gobbi a Debonnel, 2003, p. 320). U Klozapinu je ale důležité dlouhodobé podávání a při akutním stavu má lepší účinky, pokud je podáván společně s Haloperidolem (Volavka, Citrome, 2012, p. 26). S výskytem agrese u schizofrenie velmi úzce souvisí také užívání návykových látek. Ohledně vlivu na omezení užívání drog nebyly prokázány

významné úspěchy, ale pro snížení chuti na alkohol se osvědčil Haloperidol (Topiwala et al., 2011, pp. 53–63).

3.3.2. Farmakoterapie u onemocnění demencí

U agresivního pacienta s demencí je nutné přistupovat ke zvládnutí tohoto stavu pomocí farmakoterapie s opatrností. U těchto pacientů je větší riziko mozkových příhod. Pokud je to možné a podmínky oddělení to dovolují, je doporučováno sledování vitálních funkcí, včetně svalového tonu. Při velmi těžké agresi je indikováno podávání antipsychotik 2. generace v malých dávkách, jako je Risperidon, Quetiapin, nebo Sulpirid v tabletách. Podávání perorálních preparátů není ale vždy možné. V injekční formě se může u masivního neklidu aplikovat Haloperidol (2,5 mg/den). U tohoto léku je ale nutné pamatovat na riziko přílišného útlumu nemocného. Po zvládnutí akutní fáze agrese a přetrvávající mírné agresi se mohou podávat SSRI – Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (angl. selective serotonin reuptake inhibitors), které se podávají většinou při depresi, ale byl prokázán velký léčebný efekt i při zvládnutí agrese. Nejznámějším lékem této lékové skupiny je Citalopram (Franková, 2007, s. 259). Autor Ressler se také přiklání k podávání antipsychotik nové generace u agresivity pacientů s demencí. Jsou to tzv. atypická neuroleptika 2. generace a to zejména pro nižší výskyt nežádoucích účinků oproti například Haloperidolu, který je řazen mezi neuroleptika 1. generace., u něhož se objevovaly četné nežádoucí účinky v podobě extrapyramidových příznaků. Haloperidol je ale možné použít u velmi těžkého stavu agrese. Studie, které se věnovaly této problematice od Barnett et al. (2007), se zaměřovaly především na Tiaprid, Olanzapin, Risperidon a Quetiapin. V nich se ukázalo, že při užívání Risperidonu a Olanzapinu se vyskytuje velké riziko mozkových příhod především u pacientů nad 65 let (Ressler a kol., 2011, s. 98). Při akutním neklidu se také Jiráček přiklání k Haloperidolu, ale k dlouhodobému podávání není u demencí vhodný. Z antipsychotik 2. generace se k tlumení neklidu doporučuje zejména Tiapridal v dávce 300–600 mg denní dávky. Je možné jej podávat ve formě tablet, či injekce. Mezi další léky ke zvládnutí neklidu u demencí patří benzodiazepiny, beta-sympatolytika a antiepileptika (Jiráček, 2007, s. 296, 297).

ZÁVĚR

Záměrem a také hlavním cílem práce bylo podat dostupné a dohledané souhrnné informace o problematice agrese u klientů s lékařskou diagnózou demence a schizofrenie. Dílčí cíle měly objasnit, jaké jsou dostupné informace o problematice a výskytu těchto onemocnění, výskytu agrese u těchto onemocnění, a současně také o příčinách, prevenci a zvládnání agrese či agresivního jednání/chování.

První cíl se věnoval oblastem onemocnění demence a schizofrenie a výskytu agrese u těchto onemocnění. Dohledáním informací bylo zjištěno, že se autoři Ressler a Rektorová shodují, že demence je závažné onemocnění s poruchami kognitivních a nekognitivních funkcí, kdy jsou nejzávažnějšími problémy hlavně v pokročilém stádiu poruchy chování (Ressler a kol., 2011, s. 95; Rektorová, 2002, s. 260). Autoři Brunovský a Pidrman potvrzují, že toto onemocnění postihuje především starší populaci, a to od 60 let věku (Brunovský, 2006, s. 66; Pidrman, 2007, s. 83). Bohužel výskyt agrese u demence byla potvrzena až v 50% případů u tohoto onemocnění a to od autorů Brunovského, Benoita a Vevery (Brunovský, 2006, s. 66; Benoit et al., 2006, p. 410; Vevera a kol., 2002, s. 227).

Autoři Příkryl, Khollová a Kučerová uvádějí, že schizofrenie je jedno z nejzávažnějších onemocnění v oblasti psychiatrie, které se projevuje zejména snížením duševních funkcí, ale taktéž se mohou vyskytovat i halucinace a bludy. U každého pacienta je průběh onemocnění jiný (Příkryl, Khollová, 2012, s. 172; Kučerová, 2008, s. 252–253). Dále se autoři Markovič, Příkryl, Kučerová, Malá shodují na výskytu schizofrenie u 1 % světové populace, kdy se objevuje ve věku 25–30 let (Markovič, 2012, s. 85; Kučerová, 2008, s. 252–253; Malá, 2005, s. 357). O výskytu agresivního chování se zmiňují autoři Gobbi a Debonnel, Volavka a Mohr, Swanson a Citrome, kteří se shodují v názoru, že téměř u 10 % pacientů se schizofrenií se agrese vyskytla (Gobbi, Debonnel, 2003, p. 320; Volavka, Mohr, 2011, s. 335; Swanson et al., 2006, p. 490; Citrome, Volavka, 2000, p. 41).

První cíl byl splněn.

Druhý cíl se zaměřoval na dohledání dostupných publikovaných poznatků o příčinách a prevenci agrese u nemocných s lékařskými diagnózami schizofrenie a demence.

Nejčastěji uváděnou příčinou u nemocných s diagnózou schizofrenie bylo užívání návykových látek. Byly také dohledány i jiné faktory, jako je kupř. aktuální sociální situace či problémy v rodinném životě. U klientů s onemocněním demence je jako příčina nejčastěji uváděna nedostatečná komunikace, odloučení od rodiny, smyslové poruchy, celkový fyzický stav, somatické onemocnění, změna prostředí, nedostatek soukromí, nebo změna sociální role.

Dohledané poznatky týkající se prevence se zaměřovaly i na metody, kterými se zjišťuje riziko agrese. Patří mezi ně především projektivní testy, které se provádějí u pacientů, s nimiž je možno spolupracovat, tzn. zahrnuje také pacienty s diagnózou schizofrenie. U pacientů s onemocněním demence je především vhodné upravit prostředí, ve kterém se pacient pohybuje a zaměřit se na uspokojení základních potřeb. Méně často se používají metody, jako je sledování videozáznamů s nahrávky příbuzných pacienta, aromaterapie, nebo muzikoterapie, u nichž ale byly zaznamenány dobré výsledky.

Druhý cíl byl splněn.

Třetí cíl byl zaměřen na oblast zvládnutí agrese pomocí farmakologických a nefarmakologických intervencí. Bylo zjištěno, že při zvládnutí agrese by se mělo postupovat nejdříve s užitím nefarmakologických prostředků, a to sice pomocí deeskalačních technik, které zahrnují vyhodnocení situace, komunikaci a taktiku vyjednávání. Bohužel tyto techniky nejsou vždy úspěšné, takže je občas (nezbytně) nutné přistoupit k aplikaci omezovacích prostředků. V souvislosti s tímto problémem považuji za nezbytné znát také legislativní úpravu řešeného stavu. O omezovacích prostředcích a jejich indikaci k použití je k dispozici (na základě provedených rešerší) jen málo studií. Bylo by vhodné se na tuto problematiku zaměřit více. Co se týče farmakologických metod, bylo zjištěno, že podávání antipsychotik 2. generace je osvědčený způsob farmakologické intervence.

Třetí cíl byl splněn.

Na základě dohledaných informací je patrné, že o agresi a zvládání agrese lze vyhledat informace, které mohou zdravotnickým pracovníkům pomoci, pokud se s touto problematikou setkají. V této oblasti je důležité sledovat nové poznatky a snažit se řešit agresi i jinými způsoby, než pro personál nejsnazší – farmakologickou metodou.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BAŠNÝ, Zdeněk, BAUDIŠ, Pavel. 2005. Používání psychiatrických restriktivních prostředků v Anglii. (Zpráva z poznávací cesty). *Česká a slovenská psychiatrie*. 2005. roč. 101, č. 4, s. 228-230. ISSN 1212-0383.
2. BENOIT, M, ARBUS, C, BLANCHARD, F. et al. 2006. Professional consensus on the treatment of agitation, aggressive behaviour, oppositional behaviour and psychotic disturbances in dementia. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. 2006. vol. 10, Issue 5, pp. 410-15. ISSN 1279-7707.
3. BROŽOVÁ, Gabriela, VANČURA, Jan. 2010. Percepce příčin agresivního jednání v domovech pro osoby s mentálním postižením. *Československá psychologie*. 2010. roč. 54, č. 1, s. 17-30. ISSN 0009-062X.
4. BRUNOVSKÝ, Martin. 2006. Poruchy chování u demencí. *Psychiatrie pro praxi*. 2006, roč. 7, č. 2, s. 66-69. ISSN 1213-0508.
5. BUŽGOVÁ, Radka, IVANOVÁ, Kateřina. 2008. Využití nefarmakologických metod pro prevenci agresivity u seniorů v institucionální péči. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. 2008, roč. 4, č. 2, s. 167-174. ISSN 1801-0261.
6. CITROME, Leslie, VOLAVKA, Jan. 2000. Management of violence in schizophrenia. *Psychiatric Annals*. 2000, vol. 30, Issue 1, pp. 41–52. ISSN 0048-5713.
7. ČERŇANOVÁ, Eva, KNEZOVICĚ, Renata. 2012. Komunikačné prostředky na upokojenie agresívneho pacienta (recenzovaný článok). *Florence*. 2012, roč. 8, č. 2, s. 20–21. ISSN 1801-464X.
8. ČEŠKOVÁ, Eva. 2005. Nové trendy v léčbě schizofrenie. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2005, roč. 101, č. 6, s. 298-302. ISSN 1212-0383

9. DEWING, Jan. 2010. Responding to agitation in people with dementia. *Nursing Older People*. 2010, vol. 22, Issue 6, pp. 18-25. ISSN 1472-0795.
10. DICKINSON, Tommy, RAMSDALE, Susan, SPEIGHT, Geoff, DAVIES, Sonia. 2009. Managing aggression and violence using rapid tranquillisation. *Nursing Standard*. 2009, vol. 24, Issue 7, pp. 40-49. ISSN 0029-6570.
11. DOHNALOVÁ, Hana. 2011. Problematika užívání omezovacích prostředků ve zdravotnických zařízeních a v ústavech poskytujících sociální služby. *Medicina pro praxi*. 2011, roč. 8, č. 2, s. 86-88. ISSN 1214-8687.
12. FLEMING, Richard, PURANDARE, Nitin. 2012. Long-term care for people with dementia: environmental design guidelines. *International Psychogeriatric Association*. 2010, vol. 22, Issue 7, pp. 1084-1096. ISSN 1041-6102.
13. FRANKOVÁ, Vanda. 2007. Léčebné postupy u behaviorálních poruch u demence. *Psychiatrie pro praxi*. 2007, roč. 8, č. 6, s. 257-261. ISSN 1213-0508.
14. GOBBI, Gabriella, DEBONNEL, Guy. 2003. What is a recommended treatment for aggression in a patient with schizophrenia? *Journal of Psychiatry & Neuroscience*. 2003, vol. 28, Issue 4, p. 320. ISSN 1292-1225.
15. HANUŠKOVÁ, Vlasta. 2008. Terapie akutního neklidu a agrese. *Psychiatrie pro praxi*. 2008, roč. 9, č. 4, s. 168-169. ISSN 1213-0508.
16. HARSA, Pavel, KERTÉZSOVÁ, Dana, MACÁK, Marek, VOLDŘICHOVÁ, Ilona, ŽUKOV, Ilja. 2012. Současné projevy agrese. *Psychiatrie pro praxi*. 2012, roč. 13, č. 1, s. 15-18. ISSN 1213-0508.
17. HARSA, Pavel, ŽUKOV, Ilja, CSÉMY, Ladislav. 2008. Možnosti posuzování a měření agresivity u psychiatrických pacientů pomocí osobnostních dotazníků. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2008, roč. 104, č. 8, s. 405-411. ISSN 1212-0383.
18. HARSA, Pavel, ŽUKOV, Ilja, CSÉMY, Ladislav. 2009. Možnosti posuzování agresivity pomocí projektivních testů u psychiatrických pacientů. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2009, roč. 105, č. 1, s. 20-26. ISSN 1212-0383.
19. HOLMEROVÁ, Iva, JANEČKOVÁ, Hana, VELETA, Petr, VAŇKOVÁ, Hana. 2005. Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence a praktické aspekty péče o postižené. *Psychiatrie pro praxi*. 2005, roč. 6, č. 4, s. 180-184. ISSN 1213-0508.

20. HOLMEROVÁ, Iva, MÁTLOVÁ, Martina, VAŇKOVÁ, Hana, JURAŠKOVÁ, Božena. 2010. Demence. *Medicína pro praxi*. 2010, roč. 7, č. 3, s. 139-144. ISSN 1214-8687.
21. JIRÁK, Roman. 2008. Diagnostika a terapie Alzheimerovy choroby. *Neurologie pro praxi*. 2008, roč. 9, č. 4, s. 240-244. ISSN 1213-1814.
22. JIRÁK, Roman. 2007. Poruchy chování u pacientů s Alzheimerovou chorobou. *Neurologie pro praxi*. 2007, roč. 8, č. 5, s. 295-298. ISSN 1213-1814.
23. JIRÁK, Roman. 2011. Poruchy chování a nálady u demencí. *Psychiatrie pro praxi*. 2011, roč. 12, č. 2, s. 56-60. ISSN 1213-0508.
24. KALIŠOVÁ, Lucie, NOVOTNÁ, Irena, KITZLEROVÁ, Eva, RABOCH, Jiří. 2005. Obecná praxe užívání omezovacích opatření – monitorování situace v České republice. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2005, roč. 101, č. 6, s. 303-307. ISSN 1212-0383.
25. KALIŠOVÁ, Lucie, RABOCH, Jiří, ČÍHAL, Libor, KITZLEROVÁ, Eva, ČERNÝ, Martin. 2009. Vnímání omezení a nátlaku během nedobrovolné hospitalizace a po propuštění EUNOMIA - konečné výsledky v České republice. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2009, roč. 105, č. 1, s. 5-11. ISSN 1212-0383.
26. KALIŠOVÁ, Lucie, RABOCH, Jiří, ČÍHAL, L., KITZLEROVÁ, Eva. 2008. Výsledky podrobného sledování použití omezovacích prostředků během hospitalizace – projekt EUNOMIA, výsledky v ČR. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2008, roč. 104, č. 2, s. 52-58. ISSN 1212-0383.
27. KUČEROVÁ, Helena. 2008. Zamyšlení nad možnostmi léčebného ovlivnění negativních příznaků schizofrenie. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2008, roč. 104, č. 5, s. 252-255. ISSN 1212-0383.
28. LIBIGER, Jan. 2008. Léčba schizofrenie je pohyblivý cíl. *Psychiatrie pro praxi*. 2008, roč. 9, č. 5, s. 218-222. ISSN 1213-0508.
29. MALÁ, Eva. 2005. Agrese u dětí a adolescentů. *Psychiatrie pro praxi*. 2005, roč. 6, č. 1, s. 7-10. ISSN 1213-0508.
30. MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina, BABIAKOVÁ, Mira. 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
31. MARKOVIČ, Oto. 2012. Schizofrenie v ambulantní praxi. *Psychiatrie pro praxi*. 2012, roč. 13, č. 2, s. 85-88. ISSN 1213-0508.

32. MARŠÁLEK, Michal. 2008. Schizofrenie a drogové závislosti. *Psychiatrie pro praxi*. 2008, roč. 9, č. 6, s. 269-272. ISSN 1213-0508.
33. NAWKA, Alexander. 2012. Neklidová medikace – teorie a praxe. *Psychiatrie pro praxi*. 2012, roč. 13, č. 2, s. 69-74. ISSN 1213-0508.
34. NEŠPOR, Karel, SCHEANSOVÁ, Andrea. 2009. Hostilita jako rizikový faktor řady onemocnění a možnosti jejího ovlivnění. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2009, roč. 105, č. 1, s. 38-40. ISSN 1212-0383.
35. PETR, Tomáš. 2003. Rizika násilí na oddělení akutní psychiatrické péče. *Sestra*. 2003, roč. 13, č. 7/8, s. 69-71. ISSN 1210-0404.
36. PIDRMAN, Vladimír. 2007. Demence - 1. část: diagnostika a diferenciální diagnostika. *Medicína pro praxi*. 2007, roč. 4, č. 2, s. 83-88. ISSN 1214-8687.
37. PŘIKRYL, Radovan, KHOLLOVÁ, Miroslava. 2012. Prevalence remise a úzdravy u schizofrenie v České republice. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2012, roč. 108, č. 4, s. 171-176. ISSN 1212-0383.
38. PŘIKRYL, Radovan, KUČEROVÁ, Hana. 2008. Negativní příznaky schizofrenie. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2008, roč. 104, č. 7, s. 350-357. ISSN 1212-0383.
39. REKTOROVÁ, Irena. 2012. Demence – úvod k hlavnímu tématu. *Neurologie pro praxi*. 2012, roč. 13, č. 2, s. 67. ISSN 1213-1814.
40. REKTOROVÁ, Irena. 2002. Terapie demencí. *Neurologie pro praxi*. 2002, roč. 3, č. 5, s. 260-263. ISSN 1213-1814.
41. RESSNER, Pavel, BÁRTOVÁ, Petra, NILIUS, Petr a kol. 2011. Porucha chování a nálady u demencí. *Neurologie pro praxi*. 2011, roč. 12, č. 2, s. 94-99. ISSN 1213-1814.
42. RUSINA, Robert, RUSINOVÁ, Kateřina, HOLMEROVÁ, Iva, ŠIMEK, Jiří. 2010. Léčba pokročilé demence – paliativní přístup. *Neurologie pro praxi*. 2010, roč. 11, č. 1, s. 16-19. ISSN 1213-1814.
43. ŘÍČAN, Pavel. 2010. *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. 6. vyd. Praha: Grada, 2010. 208 s. ISBN 978-80-247-3133-9.
44. SINGH, Jay, VOLAVKA, Jan, CZOBOR, Pál et al. 2012. A Meta-Analysis of the Val158Met COMT Polymorphism and Violent Behavior in Schizophrenia: e43423. *PLoS One*. 2012, vol. 7, Issue 8, pp. 43-80. ISSN 1932-6203.

45. SWANSON, Jeffrey, SWARTZ, Marvin, VAN DORN, Richard. 2006. A National Study of Violent Behavior in Persons With Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 2006, vol. 63, Issue 5, pp. 490-499. ISSN 0003-990X.
46. SHEARDOVÁ, Kateřina. 2010. Alzheimerova nemoc a zapojení pečovatele do boje o kvalitu života. *Neurologie pro praxi*. 2010, roč. 11, č. 3, s. 172-176. ISSN 1213-1814.
47. SZKANDEROVÁ, Michaela, JAROŠOVÁ, Darja. 2008. Výskyt agresivity ve zdravotnických zařízeních. *PROFESE on-line*. 2008, roč. 1, č. 1, s. 1-9. ISSN 1803-4330.
48. ŠVARC, Jiří. 2008. Omezující prostředky v psychiatrii. *Psychiatrie pro praxi*. 2008, roč. 9, č. 5, s. 243-245. ISSN 1213-0508.
49. ŠVARC, Jiří. 2012. Vliv nových zákonů účinných od roku 2012 na forenzní psychiatrickou praxi. *Psychiatrie pro praxi*. 2012, roč. 13, č. 4, s. 182-184. ISSN 1213-0508.
50. THEINER, Pavel. 2007. Poruchy chování u dětí a dospívajících. *Psychiatrie pro praxi*. 2007, roč. 8, č. 2, s. 85-87. ISSN 1213-0508.
51. TOPIWALA, Anya, FAZEL, Seena. 2011. The pharmacological management of violence in schizophrenia: a structured preview. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 2011, vol. 11, Issue 1, pp. 53-63. ISSN 2115-8555.
52. VENGLÁŘOVÁ, Martina. Agresivní a problematický pacient v psychiatrické péči. *Sestra*. 2003, roč. 13, č. 7/8, s. 73-74. ISSN 1210-0404.
53. VEVERA, Jan, ČERNÝ, Martin. Zvládání agitovanosti a násilného chování. *Psychiatrie pro praxi*. 2011, roč. 12, č. 2, s. 69-71. ISSN 1213-0508.
54. VEVERA, Jan, UHROVÁ, Tereza, STOPKA, Pavel a kol. 2002. Násilné chování a možnosti jeho ovlivnění. 1. díl - Výskyt, rozdělení a klinické koreláty. *Psychiatrie pro praxi*. 2002, roč. 3, č. 5, s. 226-229. ISSN 1213-0508.
55. VOLAVKA, Jan, CITROME, Leslie. 2012. Psychopharmacology of Aggression and Violence in Mental Illness: A Review of Evidence-Based Treatments. *Psychiatric Times*. 2012, vol. 29, Issue 4, pp. 26-27. ISSN 0893-2905.
56. VOLAVKA, Jan, MOHR, Pavel. 2011. Vliv komorbidního užívání návykových látek a poruch osobnosti na riziko agresivního chování u schizofrenie. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2011, roč. 107, č. 6, s. 335-342. ISSN 1212-0383.

57. VONDRÁČEK, Jan, VONDRÁČEK, Lubomír. Teorie a praxe omezení při poskytování zdravotní péče: omezující prostředky. *Praktický lékař*. 2007, roč. 87, č. 12, s. 744-745. ISSN 0032-6739.
58. MZ ČR, 2011. *Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. [online]. 2011 [cit. 2013-06-14]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlasky-c-sb_4763_949_3.html
59. WEITZEL, Tina, ROBINSON, Sherry, BARNES, Mary R. et al. 2011. The Special Needs of the Hospitalized Patient with Dementia. *Medsurg Nursing*. 2011. vol. 20, Issue 1, pp. 13-18. ISSN 1092-0811.
60. ZELMAN, Marek, HOLLÝ, Karol, BRAČKOVÁ, Helena. 2006. Zvládanie akútneho psychomotorického nekl'udu a agresivity pacienta. *Psychiatrie pro praxi*. 2006, roč. 7, č. 4, s. 185-190. ISSN 1213-0508.