

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

# BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Zuzana Rychlá

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Sestra a agresivní klient**

bakalářská práce

Autor práce: Zuzana Rychlá  
Studijní program: Ošetrovatelství  
Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Klára Kubartová

Datum odevzdání práce: 2.5.2012

# Abstrakt

## Sestra a agresivní klient

Tato práce se zabývá znalostmi a dovednostmi sester při práci s agresivním klientem. V dnešní době, kdy je znám nárůst násilí se zvyšuje i počet útoků na zdravotnický personál. Ten by měl být řádně proškolen a připraven na práci s agresivním klientem. Teoretická část mé bakalářské práce, by se dala rozdělit na dvě části. V první části se zabývám agresivitou jako takovou, kde vymezuji pojem agresivity a věnuji se agresivitě ve zdravotnickém zařízení a samozřejmě i její prevenci. Druhá část je věnována všeobecné sestře a intervencím při setkání sestry s agresivním klientem.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit znalosti sester pro práci s agresivním klientem. Výzkum byl realizován formou rozhovoru, který byl proveden se sestrami na psychiatrických odděleních Nemocnice Tábor a Nemocnice České Budějovice. Byly stanoveny 2 výzkumné otázky a to: Výzkumná otázka č. 1: Jaká je profesní příprava sester na setkání s agresivním klientem? Z odpovědí vyplývá, že sestry hodnotí tuto přípravu jako průměrnou. Uvítaly by především větší množství seminářů zabývajících se touto problematikou. Výzkumná otázka č. 2: Jakými znalostmi disponují sestry pracující s agresivním klientem? Sestry z výzkumného souboru prokázaly znalosti v oblasti komunikace, kdy uvedly základní pravidla v komunikaci s agresivním klientem. Z velké části znají i specifickou ošetrovatelskou péči na psychiatrii a ošetrovatelskou péči při užití restriktivních opatření.

Na základě výsledků byla vytvořena brožura, která může být využívána nejen sestrami, ale i studenty všech zdravotnických oborů. Uvádí základní informace o agresivním chování, doporučení, jak mu předcházet a v neposlední řadě i zásady komunikace s agresivním klientem (příloha 3).

# **Abstract**

## **Sister and aggressive client**

This work deals with the knowledge and skills of nurses to work with aggressive client. In today's time, when it is known increase in violence is increasing, and the number of attacks on medical personnel. This should be properly trained and ready to work with aggressive client. The theoretical part of my bachelor thesis, would be divided into two parts. In the first part, I explore the aggression as such, where define the concept of aggressiveness and dedicate the aggressiveness in the health care facilities and, of course, and its prevention. The second part is devoted to the General's sister and intervene on the sisters with aggressive client.

The aim of the bachelor thesis was to find out the knowledge of nurses to work with aggressive client. Research was carried out in the form of interviews, which was performed with sisters to the psychiatric wards of the hospital Tábor and Hospital České Budějovice. 2 research questions were identified: Research question number 1: What is the professional preparation of nurses to meet aggressive client? From the replies show that nurses assess this as an average. Welcomed the priority to the larger quantity of seminars dealing with this issue. Research question number 2: What knowledge they have sisters working with aggressive client? Sisters from the research file demonstrate the knowledge in the field of communication, which stated the basic rules in communication with aggressive client. Largely known as a specific nursing care on psychiatry and nursing care in the use of restrictive measures.

On the basis of the results was created a brochure, which can be used not only to the sisters, but also students of all medical disciplines. Provides basic information about the aggressive behavior, advice, how to prevent and finally as the principles of communication with aggressive client (annex 3).

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2.5.2012

.....

Zuzana Rychlá

## **Poděkování**

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Kláře Kubartové, za odborné vedení, cenné rady a trpělivost při zpracování mé bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala všem vedoucím pracovníkům, jež mi umožnili výzkum na potřebných odděleních a především respondentům za jejich ochotu a spolupráci.

Děkuji také své rodině, která mi byla po celou dobu studia nesmírnou oporou.

# Obsah

ÚVOD.....	3
<b>1 SOUČASNÝ STAV .....</b>	<b>4</b>
<b><i>1.1 Vymezení pojmu agresivita.....</i></b>	<b><i>4</i></b>
1.1.1 Druhy agresivity .....	4
1.1.2 Příčiny agresivního chování.....	6
<b><i>1.2 Agresivita ve zdravotnickém zařízení .....</i></b>	<b><i>7</i></b>
1.2.1 Nejčastější příčiny agresivního jednání u klienta ve zdravotnickém zařízení .....	8
1.2.2 Prevence agresivního chování ve zdravotnickém zařízení .....	10
<b><i>1.3 Všeobecná sestra .....</i></b>	<b><i>10</i></b>
1.3.1 Osobnost sestry .....	10
1.3.2 Role sestry.....	11
1.3.3 Vzdělávání sestry .....	12
<b><i>1.4 Zásady komunikace sestry a agresivní klient .....</i></b>	<b><i>14</i></b>
1.4.1 Intervence při setkání sestry s agresivním klientem .....	15
1.4.2 Specifika setkání sestry s agresivním klientem na psychiatrickém oddělení .....	17
1.4.3 Postup sestry po napadení klientem.....	22
<b>2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....</b>	<b>24</b>
<b>3 METODIKA VÝZKUMU .....</b>	<b>25</b>
<b>4 VÝSLEDKY .....</b>	<b>26</b>
<b><i>4.1 Rozhovory se sestrami.....</i></b>	<b><i>26</i></b>
<b><i>4.2 Shrnutí rozhovorů.....</i></b>	<b><i>44</i></b>
<b>5 DISKUZE .....</b>	<b>48</b>
<b>6 ZÁVĚR .....</b>	<b>53</b>
<b>7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>55</b>
<b>8 KLÍČOVÁ SLOVA.....</b>	<b>59</b>
<b>9 PŘÍLOHY .....</b>	<b>60</b>





## ÚVOD

V dnešní době, kdy je znám nárůst násilí, zvyšuje se i počet útoků na zdravotnický personál. Ten by měl být řádně proškolen a připraven na práci s agresivním klientem. To je hlavní důvod, proč jsem si vybrala toto téma. Již několikrát jsem v nemocnici přišla do kontaktu s verbální, ale i nonverbální agresivitou a dle mého názoru jsem na to nebyla dostatečně připravena. Nevěděla jsem jaká reakce je správná a co vše bych měla nebo naopak neměla udělat.

Stejně jako u všech onemocnění, i v tomto případě platí, že nejdůležitější je prevence. V tomto případě je to znalost základních komunikačních technik, které vedou k předcházení agresivního chování. Jedná se o verbální ale i neverbální formy komunikace. Pokud však dojde k nárůstu agrese u klienta, sestry by měly znát a umět zásady komunikace s agresivními klienty, jelikož se díky nim mohou vyhnout napadení.

Teoretická část mé bakalářské práce by se dala rozdělit na dvě části. V první části se zabývám agresivitou jako takovou, kde vymezuji pojem agresivity a věnuji se agresivitě ve zdravotnickém zařízení a samozřejmě i její prevenci. Druhá část je věnována všeobecné sestře a intervencím při setkání sestry s agresivním klientem.

Cílem mé práce bylo zjistit, jaké jsou znalosti sester pro práci s agresivním klientem, se kterým je možné se setkat kdekoli. Mezi nejrizikovější místa patří pracoviště prvního kontaktu a psychiatrická oddělení. Právě na psychiatrických odděleních jsem prováděla výzkumné šetření formou rozhovorů se sestrami. Tato oddělení jsem si vybrala nejen kvůli vyššímu výskytu agresivního chování, ale i pro časté použití restriktivních postupů. Ve své práci jsem zkoumala, jaká je profesní příprava sester, pracujících na psychiatrických odděleních a jakými znalostmi disponují. Zajímala jsem se nejen o jejich vědomosti týkající se agrese jako takové, ale i o jejich schopnosti a znalosti při užití restriktivních postupů.

# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Vymezení pojmu agresivita

Agresivita je odvozena z latinského slova *aggredi*, což znamená přistoupit, přiblížit, napadat, útočit. Agresivita má několik různých forem projevů. Agresivně lze myslet, komunikovat, prožívat i jednat. Může být obsažena v našich představách, přáních, fantaziích, denních i nočních snech. Dle psychologického slovníku je však definována jakožto sklon k útočnému jednání, reakce na pocit ohrožení či příznak duševní poruchy. Vyvolávajícím podnětem může být frustrace, úzkost či vnitřní napětí (1, 2).

### 1.1.1 Druhy agresivity

Agresivitu lze dělit mnoha různými způsoby. Na konstruktivní, která je prospěšná pro jedince či pro společnost a destruktivní, jenž vede k poškození, ničení či destrukci někoho nebo něčeho. Dále na vnitřní a vnější a také na verbální- urážky, vyhrožování, a brachiální nebo i fyzickou. Dle jejího směru na autoagresi neboli agresivitu intrapunitivní, kterou jedinec zaměřuje sám na sebe a heteroagresi, neboli agresivitu extrapunitivní vedenou proti okolí (1, 3).

Další dělení je dle stupně agrese. Na nejnižším stupni je popsáno nepřátelství neboli hostilita. Klient svým chováním a vystupováním dává sestře jasně najevo své antipatie. Druhým stupněm je verbální agrese, která je dále rozdělena na přímou, nepřímou a ideatorní. O přímou verbální agresi jde, pokud klient sestře vynadá, uráží ji nebo jí vyhrožuje. Pro projev nepřímé agrese jsou typické telefonáty či dopisy, ve kterých si klienti stěžují většinou na lékaře, sestry či pomocný ošetřující personál. V případě ideatorní verbální agrese se jedná pouze o představy klienta, jak někomu vynadá a ty pak projevuje navenek. Dle výzkumu z roku 2009, kdy zkoumaný soubor tvořilo 130 zdravotnických pracovníků nemocnice Prostějov, uvedlo celých 51 %, že se s agresivním klientem setkává minimálně jednou měsíčně a celých 100 % se již v životě setkalo se slovně agresivním klientem. Třetím, a tudíž nejzávažnějším stupněm, agrese je takzvaná brachiální neboli fyzická agrese. Ta může být zaměřena vůči věcem, lidem

či jiným živým tvorům. Fyzicky napadeno bylo, dle výše popsaného výzkumu, celých 59 % sester (4, 5).

Podle motivace dělíme agresivitu na 4 základní typy a to na agresivitu instrumentální, samoučelnou, agresivitu jako důsledek afektu a reaktivní agresivitu. Instrumentální agresivita je nejběžnější. Jedná se o agresivitu, díky které chce jedinec něčeho dosáhnout. Pokud jsme pomocí instrumentální agrese dosáhli toho, co jsme chtěli, máme tendenci toto chování opakovat. Typickým příkladem je, když jedinec dosáhne svého cíle pomocí výčitek či nadávek. Tento typ agrese je možné pozorovat již v dětství a to především v batolecím či předškolním věku. V tomto období děti, pomocí tzv. vývojově podmíněných agresivních projevů, poznávají svět a strukturují svou osobnost. Agresivita totiž napomáhá k uvědomování si sebe sama tedy stávání se sebou, což je pro toto vývojové období velmi důležité. Agresivita samoučelná je popsána jako agresivita pro agresivitu. „Člověku přináší požitky sama o sobě, neboť destrukce může být příjemná (1, s. 259).“ Někdy je vázána na sebepojetí, neboť také tímto stylem si lze zvyšovat sebevědomí, prosazovat se a nalézat sebezpotvrzení. V takovém případě se stává osobní charakteristikou daného jedince a její motivace souvisí s jeho subjektivními potřebami. Jako agresivita samoučelná může být svým způsobem i agresivita spojená se sadismem. Agresivita tohoto typu přináší jedinci uspokojení, pokud oběť trpí buď psychicky prostřednictvím ponižování, nebo fyzicky. Sadismus je definován jako perverze, kdy k dosažení sexuálního uspokojení jedinec potřebuje vnímat značné fyzické utrpení druhého. Agresivita jako důsledek afektu bývá nejvíce u osob s narcistickou poruchou osobnosti. Typické je pro lidi s touto poruchou vyžadování stálé pozornosti, využívání druhých k dosažení vlastních cílů- jinak je moc nevnímají a především reakce na kritiku. Tu snášejí buď to s pocitem hanby a ponižení, nebo naopak formou hněvivého afektu vyústujících v agresivní jednání. Na toto období většinou mívají amnézii (výpadek paměti). Agresivita reaktivní se projevuje při ohrožení vitálních potřeb či jiném možném tělesném nebo psychickém narušení. Typickým příkladem může být agresivita vyvolána silnou fyzickou či duševní bolestí (1).

### ***1.1.2 Příčiny agresivního chování***

Každý člověk má určité dispozice k agresivnímu chování. Tyto jsou u každého jedince zcela individuální, ale pro každého z nás jsou nezbytné, ať už z důvodu obrany a uchování vlastního teritoria, tak i k vytvoření potřebné sociální hierarchie. Dosud není zcela jasné, co způsobuje agresivní chování. Psychologové se věnují zkoumání agrese především proto, že teorie vzniku agresivního chování vychází ze dvou zcela odlišných předpokladů. Jedná se o teorie sociální, nebo-li získané a biologické, nebo-li vrozené (6, 7).

*Sociální teorie* udává, že agrese, stejně jako každé jiné chování, je naučená odpověď. Člověk ať už z důvodu zmaření cíle či jinou stresující událostí prožívá nepříjemnou emoci. Odpověď na tuto situaci se bude lišit v závislosti na minulých odpovědích. Pokud byl člověk v téže situaci již minule a frustrace se nejlépe zbavil pomocí agrese, je jasné, že i pro tentokrát použije agresivní chování. Zatímco člověk, kterému se osvědčilo vyhledat pomoc u druhých nebo se stáhnout, toto chování bude též opakovat. Tento naučený mechanismus může být pozorován i u dětí, které jejich rodiče přísně trestají. Poskytují jim model agresivního chování a ne zřídka jsou tyto děti nadprůměrně agresivní (7).

*Biologické teorie* udávají, že příčina vzniku agresivního chování je podmíněna buď to vrozenými pudy, endokrinologickými faktory, neurofyzilogicky či geneticky. Teorie vrozené pudové výbavy je založena na Freudově psychoanalytické teorii, podle níž je většina našich činů ovlivněna pudy, především pudem sexuálním. Neuspokojení tohoto pudu vede k agresivnímu jednání. Později teoretici toto tvrzení rozšířili do následujícího znění: „Při každém zmaření úsilí člověka dosáhnout jakéhokoli cíle, dojde k vyvolání agresivního pudu, který motivuje chování směřující k poškození překážky (osoby nebo objektu), jež vyvolává frustraci (7, s. 406).“ Z tohoto tvrzení vyplývá, že častou příčinou agrese je frustrace, a že agrese by měla být vlastností základních pudů (např. hlad a sex). Mělo by se tedy jednat o energii, která trvá do doby dosažení cíle. Dle další teorie vzniku agresivity se připisuje endokrinologickým faktorům především množství testosteronu- mužského pohlavního hormonu. Studie, která zkoumala vliv těchto činitelů, byla prováděna na amerických veteránech, kdy se výzkumnému souboru

dalo několik psychologických testů, z nichž některé byly určeny k posouzení agrese. Poté se jim odebrala krev a zjišťovalo se množství testosteronu. Muži, kteří měli v záznamech agresivní činy, měli i vyšší množství testosteronu v krvi. Tudiž se potvrdilo, že hladina testosteronu souvisí s protispolečenským jednáním. Nesouvisí, však s dosažením úspěchu ve společnosti Neurofyziologické vysvětlení příčiny vzniku agresivního chování spočívá v tzv. centrech agresivity v rámci CNS. Pokusy, které byly doposud prováděny, ukazují, že mírná elektrická stimulace určité části hypotalamu u zvířat, vede ke zvýšení agresivního chování či dokonce zabítí. U lidí je to podobné, avšak aktivace mechanismů, které způsobují agresivitu, je většinou pod kontrolou mozkové kůry. Výjimku tvoří některá poškození a onemocnění mozku, například poruchy psychického vývoje a hyperkinetické poruchy- syndrom ADHD. Genetické ovlivnění agrese či agresivního chování je dáno vlivem specifických genů. Bylo zjištěno, že ze 44-72 % přispívá k vývoji povahových rysů vedoucích k násilí (impulzivnosti, podrážděnosti a sklonu k útočnosti) právě genetická výbava. Nejméně 1/3 zneužívaných dětí zanedbává či se nevhodně chová i ke svým vlastním potomkům. Agresivita je zčásti vrozená, ale její forma a intenzita jsou do určité míry ovlivnitelné prostředím. Zajišťuje rozvoj osobnosti, ochranou a adaptivní funkci (1, 6, 7, 8).

## **1.2 Agresivita ve zdravotnickém zařízení**

Agresivita a násilí se ve zdravotnických zařízeních, jak v České republice, tak i v zahraničí, vyskytují poměrně často. S nárůstem násilí ve společnosti úzce souvisí i zvýšení agresivního chování na pracovištích. Z tohoto důvodu jsou například zdravotnická zařízení velmi riziková. Zdravotničtí pracovníci přicházejí do styku s klienty, kteří často bývají ať už v psychické či fyzické nepohodě, většinou vlivem své choroby. Rizikovou skupinou, u které se agresivní chování vyskytuje poměrně často, jsou alkoholici, drogově závislí či psychicky nemocní. Tudiž mezi nejvíce riziková zdravotnická zařízení, z důvodu napadení personálu, řadíme na prvním místě právě psychiatrická oddělení. Mezi další patří všechny typy pohotovostních služeb, čekárny a geriatrické kliniky. Avšak i na standardních odděleních se můžeme setkat s násilím zaměřených proti zdravotníkům a to buď od klientů, nebo i od jejich příbuzných. Toto

chování se většinou zpočátku projevuje chladným, ironickým či nepřátelským způsobem komunikace. Závažnějšími projevy agresivity může být násilí vůči věcem, shazování různých předmětů, bouchání dveřmi či plivání potravy nebo léků. Násilí vůči sobě samému či druhé osobě je nejzávažnějším projevem. Během agresivního chování jsou ohroženi nejen zdravotničtí pracovníci, ale i spolupacienti, rodinní příslušníci, návštěvy a v neposlední řadě i sám klient (9, 10, 11).

### ***1.2.1 Nejčastější příčiny agresivního jednání u klienta ve zdravotnickém zařízení***

Většinou se jedná o nahromadění několika okolností překračující únosnou míru, která je subjektivní, tudíž u každého člověka zcela individuální. Pokud je překročena únosná míra a má-li člověk možnost se agresivně zachovat, tak dojde k útočnému jednání. Příčiny vzniku agresivního chování u klienta mohou být dvojího původu a to vnitřní a vnější (1, 12).

Mezi *vnitřní zdroje* řadíme na první místo osobnost klienta. Laici a někdy i odborníci se domnívají, že agresor, nebo-li útočník, je většinou agresivní psychopat, tudíž člověk psychicky narušený. Dle osobních zkušeností Michala Koláře, autora knihy *Bolest šikanování*, tomu tak není. Setkal se s mnoha agresory. Většinou dětmi, ale i tak odmítá tvrzení, že agresori jsou psychicky narušení lidé. Jsou především jenom silně toužící po moci a více egocentričtí a egoističtí. Domnívá se tedy, že se nejedná o problémy s psychikou, ale o morálku a problémy člověka na duchovní úrovni. Agresivním lidem chybí náhled na nemorálnost jejich činů, tudíž nemají pocit viny a svůj trest vnímají jako křivdu. Tato morální slepota je zřejmě způsobena tím, že si upravují mravní normy dle svých potřeb a jsou velmi sobečtí. Agresori umí velmi dobře využít strachu druhých a naopak, svůj strach umějí velmi dobře skrýt. Tuto schopnost využívají i při řešení konfliktů, když zakrývají nejistotu svou a naopak čerpají z nejistoty toho druhého. Nejenže jsou psychicky silní, ale většinou bývají silnější i fyzicky. Za duchovní a mravní nezralostí agresorů bývají často citové deprivace v rodině a často i absence mravních hodnot při výchově. Jako další vnitřní zdroj, který může vést k agresivnímu chování, se uvádí užívání návykových látek a to jak alkoholu či nikotinu, tak i jiných drog. Při užívání návykových látek se agresivní chování může

objevit buď během akutní intoxikace klienta, nebo při vyžadování drog. Při hospitalizaci bývá velmi často klient frustrován kvůli neuspokojení základní potřeb. Typickým příkladem je neuspokojení hladu či spánku, kdy klient před mnohými diagnostickými výkony musí být lačný a velmi často je natolik rozrušen, že nemůže spát. Dále může mít pocit ohrožení a strachu ať už z nemoci, lékařského zákroku popřípadě i ze smrti. Časté bývá i zklamání klientova očekávání. Nejčastěji se klientovi zdá, že mu lékař nevěnuje dostatek péče, pozornosti a je neadekvátně léčen. I předchozí špatná zkušenost se zdravotnickým zařízením či zdravotnickým personálem hraje důležitou roli. Není výjimkou, že k agresivnímu chování klienta přispívá i ztráta pocitu kontroly, nezávislosti popřípadě až pocit bezmoci. Je to dáno především tím, že se klient během pobytu ve zdravotnickém zařízení ocitá v situacích, které může ovlivnit jen velmi málo a někdy vůbec. Velmi častým podnětem pro nárůst úzkosti či agresivity bývá bolest. Může se jednat o intenzivní bolest, kdy klient reaguje agresivně z důvodu pocitu ohrožení základních potřeb či o středně dlouho trvající, která je udávána v rámci 3-6měsíců. Klientova agresivita může být také reakcí na naše chování. K tomu dochází především při neprofesionálním chování sestry, kdy volí špatná slova, nevhodně se chová či gestikuluje (1, 9, 11, 12, 13, 14).

*Vnější zdroje*, které mohou u klientů vyvolávat agresi, je možné shrnout do tří hlavních bodů. Těmi jsou chování, prostředí a systém. Chování zdravotnických pracovníků může podnítit klienta k agresivnímu chování. Například dlouhé čekání v čekárně může být klientem vnímáno jako ignorace jeho osoby. Nevhodným chováním ze strany sestry je také bagatelizace problémů klienta, neochota, nevstřícnost či nezájem o klienta. U klientů, kteří jsou ve stresu, mohou působit asertivní techniky opačným způsobem a to by měla sestra vědět. V žádném případě by si sestra neměla dovolit na klienta křičet či jím pohrdat. Používání žargonu a podněcování klienta by měla sestra také ze svého chování vynechat. Další bodem je prostředí, do kterého spadají psychohygienické aspekty, dobrá možnost orientace v daném zdravotnickém zařízení a samozřejmě také sociální klima. Pokud klient při návštěvě zdravotnického zařízení zabloudí vlivem špatného označení budov či přímo ordinací, dá se předpokládat, že do ordinace přijde značně neklidný. Sociálním klimatem je myšlena tzv. atmosféra

v daném zdravotnickém zařízení. Posledním bodem je systém, který v sobě zahrnuje způsob fungování zdravotnického zařízení. Sem patří organizace práce, systém objednávání klientů, schopnost práce s administrativou apod. (12).

### ***1.2.2 Prevence agresivního chování ve zdravotnickém zařízení***

Zdravotničtí pracovníci by měli být ke každému klientovi obezřetní a měli by udělat vše proto, aby se z daného klienta nestal agresor. Na každém pracovišti a ve všech situacích by personál měl myslet na možný výskyt agresivity a měl by věnovat pozornost především prevenci tohoto chování. Pro sestru, i pro celý zdravotnický personál, by mělo být velmi důležité předcházet vzniku agresivního chování u klientů. Jak již bylo zmíněno, nárůst agresivního chování je značný, a proto by každý člen zdravotnického personálu měl znát alespoň dvě základní zásady pro prevenci agresivního chování. První zásadou je informovanost. Sestra by neměla spoléhat či snad čekat, až se klient zeptá sám. Každého klienta by měla vždy seznámit s informacemi týkajícími se jeho zdravotního stavu, samozřejmě v rámci její kompetence, a případnými diagnostickými a léčebnými postupy. Druhou důležitou zásadou je klientovi umožnit spolurozhodování, a to pokud možno ve všech směrech a v nejširším možném rozsahu. Sestra ani jiný zdravotnický personál by neměly, klientovi diktovat, co a jak má udělat. Pokud se nedodrží tyto zásady a klient se bude nacházet v psychické nepohodě, lze předpokládat výskyt agresivního chování (1, 9).

## **1.3 Všeobecná sestra**

### ***1.3.1 Osobnost sestry***

K tomu, aby sestra mohla vykonávat své povolání, musí mít určité osobnostní předpoklady. Ošetřovatelská profese je náročná jak po fyzické tak po psychické stránce. Každý den se sestra může setkat s lidským neštěstím, umíráním či situacemi, které mohou změnit hodnoty člověka. Základní vlastnosti sestry jsou neměnné v celém historickém vývoji této profese. Tudiž mohu uvést požadavky na osobnostní výbavu sestry, kterými se zabývala již Florence Nightingalová ve své Knize o ošetřování nemocných. V ní „zdůrazňuje, že ošetřovatelka musí být svědomitá, spolehlivá,



střídmá, počestná, zbožná-pokorná, rozhodná, klidná, rozvážná, dobrý pozorovatel, dobrosrdečná, důvěryhodná a empatická (14, s.142).“ Sestra by samozřejmě měla být schopná rozhodovat se, spolupracovat v týmu a systémově myslet. Měla by být vnímavá k zvláštnostem klientů, jelikož každý člověk je jedinečná osobnost a například při zvládání utrpení někdo vyžaduje přítomnost jiného člověka a někdo ji naopak odmítá a raději se vypořádá se svým utrpením sám. Schopnost pozorovat dává, dle Florence Nightingalové, sestře určitou moc nad klientem. Jelikož sestra tráví s klientem nejdelší dobu, má nejlepší podmínky pro pozorování jeho stavu a může tedy sledovat, zda je daná léčba účinná apod. Samozřejmostí při práci sestry je individuální zájem a snaha klientovi pomoci (15, 16).

### ***1.3.2 Role sestry***

Pojem role, znamená očekávané chování jedince, související s jeho postavením ve společnosti. Od toho se odvíjí pojem profesní role, který je dán jako vzorec chování, prožívání, postojů, vlastností osobnosti a hodnotového systému. Jakákoli sociální role se vždy odehrává v párech, jelikož role je vždy hrána ve vztahu k druhé osobě (17, 18).

Role sestry jsou dány postojem společnosti a jsou historicky podmíněné. Poměrně málo profesí prošlo poslední dobou takovými změnami jako profese sestry. Standart ošetrovatelské péče vyžaduje od sester nové znalosti a vědomosti především ve vztahu k problémům týkajících se nemoci a zdraví jedince či skupiny. Role sestry je určována všeobecnou představou o sesterském povolání a jeho prospěšností pro občany i celou společnost. Roli sestry charakterizuje především to, že během své práce vychází z potřeb klienta a pochopení jeho problému. Dále by měla být schopna zajistit klientovi pocit jistoty a měla by být emocionálně neutrální, tudíž by měla vždy zvládnout podřídit své emoce kontrole. Role sestry se liší v závislosti na tom, s kým je v kontaktu. Sestra má jinou roli při kontaktu s lékařem, klientem či s jinou sestrou (17, 18).

Sestra nikdy nezastávala pouze jednu roli a to ani v minulosti ani nyní. Role sestry je ovlivňována změnami ve společnosti, systémem zdravotní péče, novými technologiemi a poznatky a v neposledním řadě i celkovým zdravotním stavem obyvatelstva. Velmi ovlivňuje role sestry především utváření ošetrovatelství, jakožto

vědní disciplíny. Sestra v dnešní době nevykonává jen roli poskytovatelky ošetrovatelské péče, která v sobě nezahrnuje pouze samostatnou péči o klienta, ale i zjišťování jeho problémů, plánování a realizaci jejich řešení. Role manažerky je další rolí sestry, se kterou by se měla ztotožnit. Tato role v sobě skrývá nejen řízení na úrovni státní, regionální či úrovni zdravotnického zařízení. Každá sestra je manažerkou respektive koordinátorkou jelikož nejen že řídí ošetrovatelský proces, ale na jeho plánování a realizaci úzce spolupracuje s ostatními členy zdravotnického týmu. Role sestry jako edukátorky je též nezbytně potřebná pro její profesi. Sestra by u klienta měla utvářet a formovat uvědomělé a zodpovědné chování v zájmu podpory a obnovy jeho zdraví, prevenci poruch a rozvoji soběstačnosti u klientů s již porušeným zdravím. Tato edukace by měla být prováděna stylem získávání nových vědomostí, postojů či přesvědčení a kromě klienta může být zaměřena i na jeho rodinu. Další rolí sestry je advokátka nebo li obhájkyně klienta. Sestra není advokátkou jen v případě, kdy klient není schopen projevit své potřeby, ale vždy, jelikož brání jeho práva. Dále mu vysvětluje vše potřebné, předkládá jeho názory a požadavky a hájí jeho zájmy. Tímto přístupem dává klientovi pocit zájmu o jeho osobu. Sestra musí zvládat též roli nositelky změn. Ošetrovatelství, podobně jako jiné profese a činnosti, podléhá mnoha změnám. Bez těchto změn by se ošetrovatelství stalo stagnující profesí, a proto musí sestra využívat nové poznatky a podporovat je. Další a ne méně důležitou rolí sestry je asistentka. Asistuje nejen lékaři, ale i při diagnosticko-terapeutické péči, připravuje klienta na různá vyšetření, při kterých mnohdy i asistuje. Poslední rolí, kterou sestra vykonává, je role mentorky, především při dohledu nad studenty ošetrovatelství a porodní asistence. Pro tuto roli je nezbytné, aby měla sestra určitou klinickou a pedagogickou způsobilost a byla zralou osobností (17, 18).

### ***1.3.3 Vzdělávání sestry***

Jelikož se ošetrovatelství neustále vyvíjí, je nutné, aby se vyvíjel i způsob přípravy na toto povolání. Sestra musí zaujímat hned několik rolí během své profese, a proto je nezbytné, aby byla řádně vzdělána ve všech potřebných oborech. Během své práce si sestra musí neustále doplňovat a obnovovat potřebné vědomosti a dovednosti, jelikož je

dennodenně v konfrontaci s novými informacemi a systém kontinuálního vzdělávání jí umožňuje být flexibilní a pohotově reagovat ve složitých situacích (16, 19).

Vzdělání zdravotnických pracovníků lze rozdělit do tří různých oblastí a to kvalifikační příprava, specializační vzdělání a celoživotní vzdělávání. Podmínky pro *kvalifikační přípravu* sester k výkonu zdravotnického povolání v ČR jsou dány zákonem č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Od roku 2004/2005 po ukončení střední zdravotnické školy je absolventem tzv. zdravotnický asistent, který musí pracovat pod odborným dohledem. Pro práci sestry bez odborného dohledu je nutné absolvovat vysokou či vyšší odbornou školu. Sestry jsou během studia kontinuálně připravovány na své budoucí povolání. Samozřejmostí pro práci sestry je umění komunikace. V sylabech středních škol, většinou již od 2. ročníku, se učí sestry základům komunikace. Na vysokých školách je tento předmět také součástí výuky. Na příklad na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích se v obou semestrech 1. ročníku studenti učí tzv. komunikaci ve zdravotnictví a ve 2. ročníku v zimním semestru se studenti učí ošetrovatelské péči o nemocné s duševními poruchami. Tudiž díky studiu těchto dvou předmětů by měly budoucí sestry být připraveny na setkání s agresivním klientem. *Specializační vzdělání* je jednou z forem celoživotního vzdělávání. Jedná se o získání specializované způsobilosti k výkonu specializovaných činností daného zdravotnického povolání, které je dáno vyhláškou MZ ČR č. 424/2004 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. *Celoživotní vzdělávání* musí absolvovat každý zdravotník, který chce své povolání vykonávat dobře. Celoživotní vzdělávání je možné získávat pomocí specializačního vzdělávání, certifikovaných kurzů, inovačních kurzů v akreditačních zařízeních či odborných stáží taktéž v akreditovaných zařízeních. Dále je ho možné získat účastí na školních akcích, konferencích, kongresech a sympóziích, publikační, pedagogickou či vědecko-výzkumnou činností anebo pomocí samostatného studia odborné literatury (19, 20, 21, 22).

#### **1.4 Zásady komunikace sestry a agresivní klient**

Komunikace sestry s klientem je komplexní a náročná zručnost, která vyžaduje zvládnutí vnitřních i vnějších podmínek. Komunikaci lze rozdělit na verbální a neverbální část. Neverbální projev může být mnohdy v rozporu s projevem verbálním, a proto by si sestra měla dávat pozor nejen na to, co říká, ale i na svou řeč těla. Při kontaktu s agresivním klientem je umění správné komunikace to nejdůležitější (22).

Během neverbální komunikace s klientem si sestra musí dávat pozor, aby postoj jejího těla nebyl konfrontační. Musí si být plně vědoma svého postoje a gest- neměla by zaujímat autoritativní postoj- ruce v bok či defenzivní postoj- ruce zkřížené na prsou. Při navazování komunikace by sestra měla ke klientovi přistupovat čelem, nikoli ze zadu či z boku, tyto směry jím mohou být vnímány jako ohrožující. S klientem by měla promlouvat ve stejné výšce- pokud klient stojí, měla by také zůstat stát. Většinou se ale doporučuje, aby se pokusila klienta posadit, sama se tedy také posadila, jelikož tento postoj nevypadá tak výhrůžně. Na druhou stranu pokud sedíme, zvyšuje se tím riziko fyzického napadení. Pokud by se klient posadil a sestra zůstala stát, bylo by to jím vnímáno jako známka nadřazenosti, tudíž by to mohlo vést k vystupňování agresivity. Podstatný je i výraz tváře sestry, jelikož tento neverbální projev musí být v souladu s projevem verbálním. Vzdálenost od klienta by se měla pohybovat okolo jednoho metru, pokud klient začne být slovně agresivní, měla by se tato vzdálenost zvětšit až 3x. Sestra by měla působit klidně, sebejistě a profesionálně. Doporučuje se mít určitou únikovou cestu a to jak pro sestru, tak pro klienta. Je důležité, aby se sestra i přes klientovy projevy agrese soustředila na jeho lidské potřeby a pokud to bude možné, jeho potřeby uspokojit, například dovolit, aby si zavolal, zakouřil apod. (4, 11, 23).

Verbální komunikace by měla začít představením se, pokud se s klientem vidí sestra poprvé, v případě opakované návštěvy slušným pozdravem. Kdykoli s klientem sestra mluví, tak by se na něj měla podívat, oslovit ho či se k němu naklonit, aby klient bezpečně věděl, že mluví s ním. Během rozhovoru s klientem, by neměla přijímat osobní a pokud možno ani služební telefony, v případě, že se tak stane, nesmí se zapomenout omluvit. Kromě sestry, lékaře a klienta by v ordinaci neměla být jiná osoba, pokud si to sám klient nepřeje. Komunikace by měla být zastoupena klidným,

vyrovnaným, spíše tišším a níže položeným hlasem. Tón hlasu by měl odpovídat jak výrazu tváře, tak náladě a energii komunikace, která by měla být plynulá. V počáteční fázi komunikace s agresivním klientem by měly být jasné a jednoduché formulace typu: „pojďme se posadit, promluvíme si o tom, co vás trápí“. Doporučuje se klienta nechat z počátku mluvit, aby sestra mohla zjistit, čím je jeho emoční jednání způsobeno. Pokud klient nemluví sám, měla by se ho zeptat, co se stalo. Sestra se musí věnovat pouze danému tématu, a pokud na ni klient slovně útočí, snaží se to přehlížet a tím se dokáže vyhnout osobní konfrontaci. K tomu, aby došlo k rozvoji konfliktu, je většinou potřeba dvou lidí, a proto by se sestra měla za každé situace ovládat. Při počáteční fázi rozhovoru je nutné, aby se sestra zaměřila na hlavní problém, i když to mnohdy bývá těžké. Sestra by měla používat krátké a srozumitelné věty a ujišťovat se, zda jí klient rozumí. Musí vést rozhovor, nikoli monolog. Měla by se ale zaměřovat na důležité informace, jelikož dlouhé vyptávání může vystupňovat klientovu agresivitu. Doporučuje se také používat pozitivní slovní formulace o klientovi, kdy ho politujeme a zároveň podpoříme, že to určitě zvládne. Vždy by se měla sestra chovat ke klientovi s úctou a respektem a v případě, že ho bude edukovat, měla by mu nejen vysvětlit, co má dělat, ale také proč. Sestra vystupuje jako profesionálka, která je schopná a ochotná klientovi pomoci a vyřešit jeho problém a v případě nezbytnosti přizvat k pomoci dalšího odborníka. Neměla by na klienta mluvit zdravotnickým slangem, pokud jí nebude klient rozumět, může to vést k zesílení agresivního chování. Sestra vystupuje v roli, kdy klientovi pomáhá, a proto mu neodporuje a neomezuje ho. Může projevit nesouhlas s klientovým chováním, ale neměla by za to odsuzovat jeho samotného. Je důležité, aby klient byl informován o tom kde je a co se bude dít (4, 11, 12, 23, 24).

#### ***1.4.1 Intervence při setkání sestry s agresivním klientem***

Pokud se sestra setká s klientem, který se jí zdá neklidný nebo u kterého lze předpokládat možnost napadení, měla by zvolit vhodný přístup. Neklidného klienta lze poznat již dle nervózního popocházení po místnosti, kopáním do prostoru či do některých předmětů, silné gestikulace- obvykle celými pažemi. Klient může tlouct buď předměty či pouze listinami o stůl, v obličejí lze sledovat rostoucí napětí, které je

většinou i slyšet v jeho nepravidelném a hlasitém dechu. Zvyšuje na nás hlas většinou již s použitím vulgarismů, urážek či výhrůžek. Žádné komunikační dovednosti nevedou k náhlému zklidnění agresivního klienta, ale i přesto je komunikace právě v tomto případě velmi důležitá. Musí být opravdová a upřímná. Sestra by při setkání s agresivním klientem měla vždy dbát na bezpečí pro něho samotného, pro ostatní klienty a samozřejmě i pro personál. Není-li k příjmu volná přijímací místnost, musí být zajištěn jiný, bezpečný prostor. Bezpečný prostor znamená, že by v klientově dosahu neměly být potencionálně nebezpečné předměty, mělo by to být klidné prostředí se soukromím a dostatkem prostoru pro komunikaci a pohyb (4, 24).

Velmi důležitá je komunikace s klientem. Její základy byly popsány v kapitole 1.4 Zásady komunikace sestra a agresivní klient. Uvedu tedy jen základní pravidla komunikace s agresivním klientem. Sestra by měla zůstat klidná, nechovat se autoritativně, umožnit klientovi, aby cítil pochopení, zachovat zdvořilost, nenutit klienta, aby se cítil vinný či uznal svou chybu. Sestra by měla vždy respektovat osobní prostor klienta a měla by mít vždy k dispozici nějakou únikovou cestu. Nikdy by se agresivního klienta neměla dotýkat a to ani po zklidnění situace. Vždy by měla dobře zvážit, zda je fyzický kontakt nutný, avšak klient nesmí mít na druhou stranu pocit, že z něj má sestra strach. Udržení stálého tónu a rytmičnosti hlasu, vyvarování se ironie, dání najevo, že jsme tu pro klienta- to vše klient vnímá a opakem ho sestra může vyprovokovat ještě k větší agresivitě. Naproti tomu Ivo Němec a Helena Stuchlíková ve svém článku Agresivní klient uvádí, že „při nekoordinovaném, zběsilém chování lze zkusit jednou „zařvat“ (25, s. 24).“ Je totiž prý nepsaným pravidlem, že jedinec ve vlastním prostředí spíše zaútočí a v cizím pravděpodobně uteče. Většina literatury uvádí klidný přístup a opírá se o tvrzení, že agrese plodí opět jen agresi. Z toho jasně vyplývá, že chování sestry musí být vždy zcela individuální, jelikož žádný klient a žádná situace není vždy stejná. Stejným způsobem se literární zdroje rozcházejí i co se týká očního kontaktu. Některé publikace uvádějí, že není dobré se dívat agresorovi do očí, jelikož by ho to mohlo ještě více rozhněvat. Jiné zas, že pokud budeme udržovat stálý a dobrý oční kontakt a občas ho přerušíme pohledy až už do místnosti, či do papírů, bude to svědčit o vůli ke klidné dohodě a upřímnosti. Je známo, že klienti špatné zprávy přijímají daleko

lépe od lékaře než od sestry, proto pokud bude sestra požádána o přítomnost lékaře, měla by klientovi vyhovět. Po ukončení vstupního rozhovoru by měla sestra klienta seznámit s oddělením jako takovým, s jeho chodem, informovat ho, co se bude v nejbližší době dít a ujistit ho, že je stále na blízku a že se na ní může kdykoli obrátit (4, 24, 25, 26).

#### ***1.4.2 Specifika setkání sestry s agresivním klientem na psychiatrickém oddělení***

Psychiatrické oddělení je v mnohém specifické mimo jiné i tím, že sestra přichází více než kde jinde, do kontaktu s klienty, kteří nemají náhled na svou nemoc, nespolupracují a poměrně často bývají neklidní až agresivní (4).

Při očekávaném přijetí agresivního klienta by měl střední zdravotnický personál být v pohotovosti, kvůli možné nutnosti fyzického omezení klienta. V každé ordinaci by mělo být umístěno poplašné zařízení, signalizace pro pomoc, protože ne vždy je možné se v případě napadení dostat k telefonu. Klienti by měli mít možnost odkládat si své věci někde v šatně, na recepci, v čekárně či na chodbě, aby klient nemohl do ordinace přinést zbraň. Sestra, která bude přijímat klienta, musí být předem určena. Po sběru všech potřebných informací kontaktuje lékaře a domluví s ním neodkladné požadavky, například medikace ke zklidnění rozrušeného klienta. Lékař mimo jiné stanovuje i stupeň dohledu nad klientem, který projedná s ošetřující sestrou. Stupně dohledu jsou tyto čtyři. Nejnižší- první stupeň dohledu je takzvaný běžný dohled, druhým stupněm je zvýšený dohled, kdy je klient kontrolován každých 15 minut. Třetím stupněm dohledu je tzv. neustálý dohled, kdy je u klienta neustále přítomný ošetřující personál kromě doby, po kterou klient vykonává hygienickou péči. Čtvrtý, intenzivní dohled, znamená nepřetržitou přítomnost ošetřující personálu u klienta a neustálý vizuální kontakt. Je vždy lepší postupně snižovat stupně dohledu, když je klient klidnější, než potřebu dohledu podcenit, neordinovat ho a pak čelit důsledkům poškození klienta či zdravotnického personálu. Pokud nezvládneme klienta ovlivnit psychicky a rozhodneme se k násilnému zákroku proti klientovi, musíme si vždy být jisti převahou sil. Tento zákrok musí být rázný, krátký, použité prostředky k němu nesmí být nadužity a neměl by trvat déle, než je nezbytně nutné-tudíž do doby, než začnou účinkovat aplikovaná

farmakologická sedativa. Všechny okolnosti, které souvisí s omezením klienta, musí být stručně, přehledně a srozumitelně zaznamenány ve zdravotnické dokumentaci. Jedná se o jeho stav, který předcházel omezení klienta, začátek omezení, výsledky průběžné kontroly klienta, prováděné ošetrovatelské intervence, případné návštěvy u klienta a čas ukončení omezení klienta (4, 23).

### **Restriktivní postupy**

Zásahy do svobody klienta, které jsou především v psychiatrii velmi časté, budí velkou pozornost. Problematika omezení klienta se v dnešní literatuře moc neobjevuje. Indikací pro aplikaci restriktivních metod je chování klienta, které bezprostředně ohrožuje buď jeho samého, nebo jeho okolí. Rozhodnutí o aplikaci restriktivních postupů je výhradně v kompetenci lékaře, který použití posuzuje a ordinuje. Avšak Věstník MZ č.5 částka 7/2009 o Používání omezovacích prostředků u pacientů ve zdravotnických zařízeních České republiky uvádí: „Není-li lékař přítomen, může o použití omezovacího prostředku a jeho druhu rozhodnout jiný přítomný zdravotnický pracovník k tomu způsobilý, dle vyhlášky č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ve znění pozdějších předpisů; o jeho použití informuje bez zbytečného odkladu lékaře, který o dalším trvání nebo ukončení omezení bezodkladně rozhodne (27, s. 5).“ Pro omezení volného pohybu klienta lze použít fyzické omezení tudíž držení, buď to zdravotnickými pracovníky či jinými osobami k tomu určenými. Další možností je použití ochranného kabátku/ vesty, který zamezuje pohybu horních končetin klienta. Je možné též omezení klientova pohybu pomocí ochranných pásů či kurtů, jeho umístění v síťovém lůžku nebo v místnosti určené k bezpečnému pohybu tedy izolační místnosti. Posledními alternativami jsou akutní podání psychofarmak, popřípadě jiných léčiv vhodných k omezení pohybu klienta či kombinace výše uvedených prostředků. Omezení a fixace klienta má přechodný charakter, musí být ukončeno, jakmile pominou důvody, kvůli nimž bylo omezení indikováno (4, 27, 28).

Věstník MZ č.5 částka 7/2009 o Používání omezovacích prostředků u pacientů ve zdravotnických zařízeních České republiky se již dle názvu vztahuje pouze na klienty ve zdravotnických zařízeních. Pro klienty v sociálních službách je platný zákon č.



108/2006Sb., o sociálních službách, který se v §89 zabývá problematikou Opatření omezujících pohyb osob. Tento zákon udává, že v sociálních službách je možné k omezení klienta použít nejprve fyzické úchopy, poté je možnost umístit osobu do místnosti zřízené k bezpečnému pobytu. Při neúčinnosti těchto postupů lze přivolat lékaře, který ordinuje a sestra v jeho přítomnosti aplikuje léčivé přípravky (29, 30).

Fyzické omezení klienta znamená, že zdravotnický personál brání klientovi v jeho pohybu pomocí různých chvatů, a poté většinou následuje podání zklidňující medikace. Správná poloha klienta při tomto opatření je na zádech, kdy jedna ruka je držena nad hlavou a druhá podél těla. Ideální počet zdravotních pracovníků pro omezení klienta je 5. Jednomu pracovníku se rovná jedna končetina a zbývající pracovník je určen k aplikaci léku či omezujícího prostředku. Je třeba klienta neustále slovně uklidňovat, seznamovat ho s prováděnými postupy a všimnout si jak jeho slovní reakce, tak samozřejmě i jeho neverbálních projevů, pokud s omezením bojuje, nebo je již klidnější. Samozřejmostí je kontrola prokrvení končetin. Fixace rukou by měla být pevná, ale zároveň jemná. Toto opatření vyžaduje určitý výcvik k osvojení si chvatů, aby toto jednání bylo účinné a zároveň šetrné. Tento způsob omezení klienta se v České republice moc nevyskytuje na rozdíl od Velké Británie, kde je velmi častý (4, 23, 31, 28).

Ochranný kabátek/vesta/ je určena pro fixaci horních končetin. Užívá se v situacích, kdy není nutné omezit veškerý volný pohyb klienta. Jde tedy především o fixaci při projevech sebepoškozování, jako je například škrábání se v obličejí, vytrhávání vlasů, poškozování očí a podobně. Ochranný kabátek lze také využít při transportu agresivního klienta na různá vyšetření či léčebné zákroky, popřípadě při převozu do jiného zdravotnického zařízení (4).

Fixace pomocí kurtů, znamená omezení klienta pomocí speciálních pásů, které znehybňují horní a dolní končetiny. Toto omezení musí být prováděno za přítomnosti dostatečného počtu zdravotních pracovníků. Klientovi je vždy prvně nabídnuta možnost nechat se omezit dobrovolně-bez použití fyzického nátlaku. Je-li nutný fyzický nátlak, postup musí být organizovaný a rozhodný, bez použití bolestivých či jiných

nehumánních postupů. Během omezení klienta se snažíme, aby v místnosti nebyly jiné přihlížející osoby například jiní klienti či návštěvy (4, 31).

Omezení v síťovém lůžku se rozumí omezení klientova volného pohybu ve speciálním lůžku se sítí. Síťové lůžko je vysoké 185cm a do té výšky sahají postranice, které jsou s uzavíratelným zámkem a vyplněny pevnou sítovinou. Lůžko je opatřené sítí ze všech stran, včetně stropu. Používá se především u klientů, kteří jsou opakovaně a farmakologicky neovlivnitelně agresivní. Nejedná se však o stavy akutního neklidu, ale například o neklid u klientů s mentální retardací, kdy mohou opakovaně útočit na personál či se snažit poškodit majetek zařízení (4, 18).

Umístění klienta na izolaci, do izolační místnosti či do terapeutické izolace, je považováno za nejvíce omezující opatření. Tato místnost by měla splňovat určitá kritéria. Především, by měla být uzavřená a nepřístupná ostatním klientům i návštěvám a to i v případě pouhého nahlédnutí. Rizikové předměty v této místnosti by měly být eliminovány a nahrazeny bezpečnějšími- například použití nerozbitného skla nebo speciální fólie, krytí topných těles apod. Dalším důležitým kritériem je adekvátní způsob monitorování klienta a to například prostřednictvím nenápadného kamerového systému s výstupem do pracovny sester. Samozřejmostí je tepelné a světelné vybavení izolační místnosti. Tato metoda se využívá v případech krátkodobého perspektivně neřešitelného chování klienta, při výrazném riziku ohrožení jeho zdraví či okolí (4, 23).

Pokud je klient agresivní navzdory fyzickému omezení a pro personál není jiná možnost, jak ho přesunout do bezpečnějšího prostředí, tak je v jeho zájmu, aby mu byl podán lék na zklidnění. Vždy klientovi pečlivě vysvětlíme, co a proč mu chceme podat. Dáváme přednost perorální aplikaci léku před parenterální aplikací. Klient má nejen větší důvěru k léku, o kterém mu povíme, k čemu slouží, ale i to, že ho spolkně sám je lepší než nucená aplikace. Proto k možnosti parenterální aplikaci přistupujeme až poté, nepřesvědčíme-li klienta k perorálnímu užití léku (4, 23).

### **Úloha sestry při užití restriktivních postupů**

Je nezbytné, aby sestra podala klientovi informace týkající se důvodu omezení, jeho délky a dalších postupů a to vždy a srozumitelně. Dále by měla naplánovat a koordinovat práci všech zúčastněných zdravotních pracovníků, kdy jejich ideální počet

je pět. Pokud jsou u klienta indikovány kurty, tak před jejich připnutím, by se sestra měla pokusit sundat klientovi hodinky či náramky. Při samotném užití omezovacího prostředku je nezbytně nutné, aby byly dodrženy pravidelné kontroly klienta, jejichž četnost je závislá na jeho stavu. Kontroly by však neměly být delší než v hodinových intervalech. Sestra klientovi musí poskytovat komplexní ošetrovatelskou péči, kdy na prvním místě je sledování stavu vědomí, dýchacích cest, psychomotorických projevů a pravidelná kontrola fyziologických funkcí. Musí též sledovat barvu a integritu kůže u fixovaných končetin, jelikož je možné, že při snaze pevně znehybnit požadovanou končetinu by mohlo dojít k přerušení krevního oběhu. Je nezbytné, aby dbala na klientovi bio-psycho-sociální potřeby (hydrataci, výživu, osobní hygienu apod.). U déle trvajících omezení je dáno, že pokud to dovolí zdravotní stav klienta, mělo by mu být umožněno provést osobní hygienu a další osobní potřeby (stravování, vyprazdňování) mimo omezovací prostředek. Ani v případě omezení klienta se nijak nemění žádná role sestry- stále je i edukátorkou, a proto by se měla snažit s klientem komunikovat a edukovat ho. Užití omezovacích prostředků není důvodem k zákazu návštěv, ale je nezbytné, aby návštěvy byly odsouhlaseny lékařem a aby je sestra náležitě poučila o důvodech vedoucích k užití těchto opatření. Doporučují se kratší návštěvy, většinou pod dohledem personálu. I přes fixování klienta je důležité odstranit z jeho okolí všechny předměty, které by v případě uvolnění mohl použít k ohrožení sebe nebo okolí. Po uvolnění z omezovacích prostředků sestra musí opět klientovi vysvětlit důvody tohoto postupu a jeho prospěšnost pro něj a zhodnotit jeho psychické a fyzické potřeby (4, 27, 28).

Veškeré souvislosti s užitím omezujících prostředků musí být stručně, přehledně a srozumitelně zdokumentovány a to dle vyhlášky č. 385/2006Sb., O zdravotnické dokumentaci. Věstník č.5 částka 7/2009 čl. 2 doporučuje při užití omezovacích prostředků vést evidenci, která není součástí zdravotnické dokumentace. Tato evidence musí obsahovat datum, čas zahájení a ukončení užití omezovacího prostředku, druh použitého omezovacího prostředku a důvod jeho použití. Jako důvod by se nemělo uvádět pouze neklid či agrese, ale měl by se dostatečně popsat důvod, který vedl k indikaci omezovacích prostředků. V dokumentaci by měla být uvedena i frekvence

kontrol, výsledky průběžného sledování, které hodnotí klientův stav a důvody, vedoucí k pokračování či ukončení omezení, jméno a příjmení osoby, která o omezení rozhodla a případné zranění klienta či zdravotnického personálu. Je nutné, aby tyto zápisy byly vždy zpracovány vedoucími pracovníky, kterými jsou nejčastěji staniční sestry. Stejný způsob zápisu o opatření omezující pohyb osoby platí i v sociálních zařízeních, kde je navíc nezbytné o aplikaci restriktivních postupů informovat zákonného zástupce či jinou fyzickou osobu, kterou osoba, již jsou poskytovány sociální služby předem a za jejího souhlasu určí (4, 30, 33).

#### ***1.4.3 Postup sestry po napadení klientem***

Pokud dojde při kontaktu sestry s agresivním klientem k jejímu fyzickému napadení, pak je nezbytné, aby se k této události přistupovalo jako k pracovnímu úrazu. Tudíž je nutné událost zapsat do knihy úrazů a neprodleně ji nahlásit. V případě, že se úraz stane na noční směně, na které sestra pracuje sama, nahlásí úraz při předávání služby. Zaměstnavatel nebo jím určený vedoucí pracovník (většinou to bývá staniční sestra) je povinen, dle hlášení napadené sestry, objasnit příčiny a okolnosti vzniku a výsledky šetření později projednat s napadenou sestrou. Pokud si zranění vyžádalo pracovní neschopnost delší než 3 dny, pak zaměstnavatel musí postupovat dle nařízení vlády č. 494/2001Sb., kterým se stanoví způsob evidence, hlášení a zasílání záznamu o úrazu, vzor záznamu o úrazu a okruh orgánů a institucí, kterým se ohlašuje pracovní úraz a zasílá záznam o úrazu. V případě, že bude sestra napadena klientem v alkoholovém opojení, může požadovat tzv. sankci za toto protiprávní jednání. Alkoholové opojení není bráno jakožto polehčující okolnost, na rozdíl od případného napadení psychotikem. Při jakémkoli napadení je nezbytné, aby byl bez odkladu proveden kvalitní, neemoční, podrobný, věcný a konkrétní záznam. Při závažnějších případech se doporučuje, aby byl zápis proveden všemi účastníky kolize (lékař, sestra, sanitář, či jiní přítomní) (34, 35, 36).

Zážitek spojený s napadením, tedy pocit z vlastního ohrožení, se vštípí do paměti každé oběti. Většinou se zažívají oba póly pocitů. Jak podpora a souhlas od spolupracovníků, tak pochybnosti. Především pochybnosti týkající se profese sestry či

jiného zdravotnického pracovníka bývají obzvláště závažné. Situace od nich může být vnímána jakožto profesionální selhání, či nedostatečné zvládnutí dané situace. Krátkodobé důsledky napadení se u sestry mohou projevovat pocitem viny, ztrátou jistoty, že umí jednat s klienty a fyzickou či psychickou únavou. Dlouhodobě se tyto důsledky projevují ve formě přeceňování hrozícího násilí a nepřiměřeného strachu z opakovaného napadení. Důsledky napadení se mohou promítnout i do civilního života sestry a to prostřednictvím zvýšené ostražitosti vůči novému. Největším rizikem však je rozvoj posttraumatické stresové poruchy. Ta je dle mezinárodní klasifikace nemocí diagnostikována při splnění pěti bodů (příloha 2). Ve zkratce se jedná o zážitek stresující události, znovuprožívání, vyhýbání se podnětům spojeným s traumatem, možné poruchy spánku a trvání těchto příznaků měsíc a déle (25, 37).

Pokud se sestra stane obětí napadení klientem, je jen a pouze na ní, jak se s touto událostí vypořádá. Doporučuje se o své situaci mluvit s kolegy a to klidně i opakovaně. Postupně tak bude odreagovávat emoce spojené s napadením. Velmi dobré je poradit se s ostatními, jak by oni řešili tuto situaci nebo jaké jsou jejich zkušenosti s překonáním stejného či podobného zážitku. Reakce na napadení se nemusí dostavit hned a toho by si sestra měla být vědoma. Reakce se může dostavit až 6 měsíců po traumatizující události. V případě poranění, které si vyžádalo pracovní neschopnost sestry, se i tak doporučuje navštěvovat kolegy v zaměstnání a zpět do práce nastoupit hned, jak jen to bude možné. V případě, kdy se u sestry začíná projevovat nebo se již projevila posttraumatická stresová porucha, je nezbytné, aby sestra co nejdříve vyhledala poradenské či terapeutické služby. V knize *Sestra a stres* je popsána studie, která zkoumala odpovědi sester na otázku, co jim pomáhá, když nemají chuť do života, když je jim těžko, když jsou na dně. Odpovědi sester, které byly velmi podobné, byly označeny za tzv. strategie pro zvládnání psychických těžkostí. Tyto strategie jsou často využívány jakožto pomoc v těžkých situacích sester a je možné je rozdělit do čtyř tematických skupin. Rodina, přátelé, různé formy uvolnění-relaxace a řešení problémů s nadhledem (25, 38).

## **2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **2.1 Cíl práce**

- 1. Zjistí znalosti sester pro práci s agresivním klientem.*

### **2.2 Výzkumné otázky**

- 1. Jaká je profesní příprava sester na setkání s agresivním klientem?*
- 2. Jakými znalostmi disponují sestry pracující s agresivním klientem?*

### **3. METODIKA VÝZKUMU**

#### **3.1 Metodika a technika výzkumu**

Empirická část této práce byla zpracována formou kvalitativního výzkumu. Informace byly získávány prostřednictvím nestandardizovaného rozhovoru (příloha 1), který byl prakticky proveden se sestrami z psychiatrických oddělení Nemocnice Tábor a Nemocnice České Budějovice.

Rozhovor byl zcela anonymní a byl použit pouze pro účely mé bakalářské práce. Obsahoval 16 otázek, které byly rozděleny do 5 oblastí. Na úvod každého rozhovoru byly sestrami položeny identifikační otázky. První oblast byla zaměřena na častost setkání s agresivním klientem, jeho typické projevy a příčiny vzniku jeho chování. Druhá oblast se zabývala problematikou komunikace sestry s agresivním klientem. Třetí oblast zkoumala přípravu sester pro setkání s agresivním klientem. Čtvrtá oblast obsahovala otázky týkající se restriktivních opatření. Poslední pátá oblast byla zaměřena na psychiku sestry.

Rozhovory byly zaznamenávány na diktafon a později byly přepsány v kapitole 4 Výsledky. Nejpodstatnější údaje byly uvedeny ve shrnutí rozhovorů. Výzkumné šetření bylo provedeno v období od března do dubna 2012.

#### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor tvořilo 8 náhodně vybraných sester pracujících na psychiatrických odděleních. Všechny respondentky byly ženy, ve věku od 29let do 51let. Jejich délka praxe na psychiatrických odděleních se pohybovala v rozmezí od 7 do 22let. Z 8 dotazovaných sester mělo 7 ukončenou střední zdravotnickou školu obor všeobecná sestra, zbývající sestra měla vystudované gymnázium. Vyšší odborné vzdělání v oboru psychiatrické ošetřovatelství mělo 6 sester, z toho jedna stále studovala. Vysokou školu obor všeobecná sestra měly 2 z dotazovaných sester. 4 sestry pracovaly na psychiatrickém oddělení Nemocnice Tábor a zbývající sestry byly z psychiatrického oddělení Nemocnice České Budějovice.

## 4. VÝSLEDKY

### 4.1 Rozhovory se sestrami

#### *Rozhovor č. 1- sestra 1*

Respondentka č. 1 je žena ve věku 51 let, která pracuje na psychiatrickém oddělení Nemocnice Tábor 22 let. Vystudovala střední zdravotnickou školu obor všeobecná sestra a absolvovala vyšší odborné vzdělání obor psychiatrické ošetřovatelství.

*První oblastí výzkumného šetření bylo zmapovat, jak často se sestry setkávají s agresivním klientem, jaké jsou typické projevy agresivního klienta a jaké jsou podle nich příčiny vzniku agresivního chování.* První dotazovaná sestra se s agresivními pacienty setkává téměř denně. Udává, že přichází do styku především s pacienty, kteří bývají verbálně agresivní, občas i fyzicky, kdy demolují nábytek, popřípadě napadají jak zdravotní personál, tak spolupacienty. Nejčastější příčiny vzniku agresivního chování, sestra popsala pocity strachu, úzkosti či tenze. Jako další příčinu vzniku agresivního chování, uvedla vliv návykových látek, ať už alkoholu či omamných a psychotropních látek. „Pacienti bývají agresivní nejen, při užití těchto látek, ale také při jejich odejmutí, tak zvaných odvykacích stavech. Tyto stavy mohou skončit až deliriem, kde bývá značná agresivita, jelikož pacient jedná pod vlivem halucinací.“

*Druhá oblast se zabývá problematikou komunikace sester s agresivním klientem. První otázkou v této oblasti jsou zásady komunikace s agresivním klientem.* Na tuto otázku sestra na prvním místě vyzdvihla klidný, cílevědomý a sebevědomý přístup k pacientovi. Dále uvedla, že by se v žádném případě neměla nechat vyprovokovat k hádce, a „nepřístupovat na jeho hru.“ V případě, že pacient trpí halucinacemi, tak by mu je neměla vyvracet, jelikož to prý většinou vede k vystupňování agrese. Podle jejího názoru by personál neměl vnímat agresora jako člověka, který ho obtěžuje. „Musí to být bráno tak, že je to člověk, který trpí nějakou chorobou a k té chorobě patří agresivita“. Opět uvedla klidný a vlídný přístup, a že by na sestře nemělo být znát, pokud jí pacient svým způsobem vadí nebo ji nějak obtěžuje či narušuje chod na oddělení. Sestra uvedla, že by personál měl vždycky a u každého pacienta počítat s tím, že může být agresivní.



Vyjmenovala i některá základní pravidla jako netočit se s k pacientovi zády, „neprovokovat ho“, a pokud bude pacient křičet, tak sestra by naopak měla zachovat klidný přístup. „Člověk si z toho vezme takové ponaučení, že nikdy nesmím mít toho pacienta v zádech, musí se mu dívat do očí. Tím, že se mu budu dívat do očí, tak on to vnímá tak, že ho vyslyšíte, že ho berete takového jaký zrovna je, ale člověk musí být pořád ve střehu.“ *Další otázka se týká zásad komunikace, které se sestram osvědčily a používají je.* Při zodpovídání této otázky sestra na prvním místě uvedla snahu o domluvení se s klientem. Domluva by dle jejího názoru, měla být trpělivá a klidná, klientovi by se mělo vysvětlit co se děje, proč tomu tak je a jak by se sestrou měl spolupracovat. Jako nejlepší možnost, sestra považuje, pokud je možné se s klientem domluvit na medikaci, po které se zklidní. V případě, že to možné není, přistupuje se na základě ordinace lékaře k užití restriktivních postupů.

*Třetí oblastí výzkumného šetření byly otázky zaměřené na přípravu sester pro setkání s agresivním klientem. První otázka se dotazovala na předměty, kterými byly sestry připravovány na setkání s agresivním klientem během odborného vzdělávání.* Jak je uvedeno již v úvodu tohoto rozhovoru, sestra má vystudovanou střední zdravotnickou školu a poté specializační vzdělání. Během středoškolského vzdělání absolvovala předmět psychiatrie, kde se zabývala spíše seznámením se s oborem jako takovým. O agresi se učila pouze v souvislosti s určitými onemocněními, ke kterým se vztahuje. Při specializačním vzdělání sice neměla přímo předmět agrese, ale v rámci ošetřovatelství byla seznamována s péčí o neklidného pacienta, péčí o agresivního pacienta a s fyzickým omezením. *Následující otázka se věnovala názoru sester na míru profesní přípravy na školách pro setkání s agresivním klientem.* Sestra neví, dle jakých osnov jsou nyní připravováni žáci středních zdravotnických škol, ale udává, že „za nich“ se tato problematika neprobírala a s tím samozřejmě není spokojena. „Všichni pacienti se považovali za bezproblémový, ležící v posteli a sestřička je od toho, aby okolo běhala a poskakovala. S tím, že některý pacient může být agresivní, s tím jsem se setkala až v během té specializace“.

*Poslední otázka v této oblasti se dotazovala na způsob rozšiřování vzdělání, týkající se problematiky komunikace s agresivními klienty.* Sestra se vzdělává především pomocí

seminářů, které jsou jim uspořádávány na oddělení. Semináře jsou zajišťovány primářem psychiatrického oddělení, který je většinou i vede. Pokud semináře vede někdo jiný, je to vždy zástupce určité firmy, která se touto problematikou zabývá a tudíž zároveň prezentuje různé přípravky či pomůcky ke zklidnění. Mimo těchto, seminářů sestra vyhledává i jiné v rámci České Republiky. Nejčastěji navštěvuje semináře pořádané Psychiatrickou léčebnou v Bohnicích, v Jihlavě či Psychiatrickým oddělením v Českých Budějovicích. Samozřejmě navštěvuje i semináře pořádané Nemocnicí Tábor, ale prý jen málokdy se něco „naskytne“ vztahující se k oboru psychiatrie. Proto občas navštěvuje i všeobecné semináře, které jí mohou být prospěšné, jako například „základy komunikace s pacientem“.

*Ve čtvrté oblasti výzkumného šetření jsem se zabývala restriktivními opatřeními. První mou otázkou bylo, jaká restriktivní opatření se na daném oddělení užívají nejčastěji.* Sestrou mi bylo odpovězeno, že už samotný řád oddělení je jisté opatření, kterým by se pacienti měli řídit. V případě že ho nedodrží, tak se přistupuje k „přísnějším opatřením“ na příklad lékařem zakázané vycházky nebo návštěvy, zákaz návštěv pracovních skupin apod. V případě, že neklid a nedodržování stanoveného řádu pokračuje, tak je pacient přemístěn z normálního pokoje na izolační, kde je mu aplikována medikace ke zklidnění. „Pokud ani to nepomůže a ten neklid, kdy pacient nevydrží na místě a chce utíkat, popřípadě až agrese se i nadále stupňuje, ukládáme pacienta na izolační pokoj bez fyzického omezení. Pokud však má tendenci demolovat své okolí, tak se přistoupí, dle ordinace lékaře, k fyzickému omezení. Sestra zatím nemá pravomoc rozhodovat o užití restriktivních postupů, ale teď nastoupila novela, která by sestřím na psychiatrii takovouto pravomoc dala, což by bylo určitě přínosné“. V případě, že je pacientova agrese nezvladatelná, tak sestra udává možnost si na pomoc zavolat policii. Pokud agresivita neodezní do 24 hodin, nebo je tak silná, že na oddělení nemůže pacient nadále zůstat, tak sestry volají policii pro převoz do léčebny. Spádová léčebna pro psychiatrické oddělení Nemocnice Tábor je Jihlava, takže do té jsou odvázeni těžce agresivní a nezvladatelní pacienti. Převoz probíhá v doprovodu policie a „sanitáře“. *Další otázka zněla: Jaké zásady dodržujete při užití restriktivních postupů?* Sestra vyjmenovala několik základních opatření jako dostatek personálu při fyzickém

omezení, rychlý a šetrný průběh fyzického omezení a aby nedošlo ke zranění pacienta ani personálu. Při použití kurtů sestra uvedla 2 základní pravidla a to základní ošetrovatelskou péči a užití kurtů po dobu nezbytně nutnou.

*Pátou a zároveň poslední oblastí jsou otázky zaměřené na psychiku sester. První otázka se ptá, jak sestry vnímají každé setkání s agresivním klientem.* Sestra tvrdí, že se na pacienty, kteří jsou agresivní „nezlobí.“ Bere je jako pacienty, kteří za svou chorobu nemohou, a tudíž prý nemohou ani za to, že na ni křičí či se jí snaží fyzicky napadnout. Snaží se být neustále ve střehu. Sestra dělá na psychiatrickém oddělení 22let a ani za tuto dobu si prý člověk nesmí myslet, že se mu nemůže stát, že by nemohl být napaden. „To, že přivezou schizofrenika, který zrovna není agresivní, neznamená, že nebude agresivní vůbec. Musíme myslet na to, že se může něčím, nějakým slovem nebo nějakou situací, kterou vy vyřešíte jinak, než on by chtěl, tak tím můžete tu agresivitu u něj vyvolat a může to skončit až napadením.“ *Další otázka zněla: Ovlivňuje Vás to nějak v soukromém životě?* Sestra si myslí, že setkání s agresivním pacientem jí v soukromém životě neovlivňuje, na rozdíl od setkání s opilým. Jelikož se sestra na oddělení setkává poměrně často s opilými lidmi, tak když se s ním setká mimo oddělení, tak jí to velmi vadí a dokonce to u ní vyvolává „až jaký si odpor“. Důvodem tohoto postoje je podle ní, že se „s nimi setkávám častěji než by bylo zdrávo.“ *Poslední položenou otázkou bylo, zda sestry užívají v rámci duševní hygieny nějaké formy relaxace.* Sestra v soukromí relaxuje, především s vnuky, prostřednictvím procházek s pejskem apod. Uvítala by i možnost relaxace pro personál a to přímo na oddělení. Jako základ relaxace považuje „nechat to za dveřmi oddělení a nebrat si to domů“. Některé životní příběhy, se kterými se na oddělení setkává, jí připadají přínosné. „Člověk si uvědomí, že ty jeho problémy nejsou zas tak zlé, že by mohlo být i hůř a nakonec je vděčný za to co má doma“.

## ***Rozhovor č. 2- sestra 2***

Respondentka č. 2 je žena ve věku 43 let, která pracuje na psychiatrickém oddělení Nemocnice Tábor 11 let. Vystudovala střední zdravotnickou školu obor všeobecná sestra.

*První oblastí výzkumného šetření bylo zmapovat, jak často se sestry setkávají s agresivním klientem, jaké jsou typické projevy agresivního klienta a jaké jsou podle nich příčiny vzniku agresivního chování.* Sestra udává, že se s agresivními klienty naštěstí neseťkává tak často. Typickými projevy agresivního klienta jsou podle ní především verbální projevy, kdy pacient křičí, je hlučný a odmítá léčbu. Agresivní pacient se samozřejmě může projevovat i fyzickou agresí- napadání personálu, ničení věcí kolem sebe, ale té podle sestry, vždy předchází právě verbální forma agrese. Nejběžnější příčinou agresivního chování je podle sestry onemocnění pacienta a to nejčastěji schizofrenie. Jako další příčinu uvedla vliv alkoholu či jiných návykových látek.

*Druhá oblast se zabývá problematikou komunikace sester s agresivním klientem. První otázkou v této oblasti jsou zásady komunikace s agresivním klientem.* Na prvním místě sestra uvádí nutnost zachovat klid, nedráždit ani jinak nepopuzovat pacienta. Na oddělení sestra slouží minimálně s jednou kolegyní, takže se většinou společnými silami snaží pacienta uklidnit, domluvit mu a pokud se to nepodaří, volají lékaře. *Další otázka se týká zásad komunikace, které se sestrám osvědčily a používají je.* Na tuto otázku mi sestra zopakovala to samé co v předešlé odpovědi, tudíž zachování klidu, nedráždění či jiné nepopuzování pacienta. Svou předešlou odpověď doplnila ještě o „je nutné se s pacientem snažit neustále mluvit, udržovat s ním kontakt“.

*Třetí oblastí výzkumného šetření byly otázky zaměřené na přípravu sester pro setkání s agresivním klientem. První otázka se dotazovala na předměty, kterými jsou sestry připravovány na setkání s agresivním klientem během odborného vzdělávání.* Sestra si není jista, zda si správně vzpomíná, ale zdá se jí, že na střední škole se s přípravou na setkání s agresivním pacientem neseťkala. „Tam jsme měli v jednom ročníku předmět psychiatrie, ale probírali jsme tam všeobecné věci, nic konkrétního“. Na setkání s agresivním pacientem po ukončení střední školy tudíž nebyla připravena.

Připravily ji až semináře, které na psychiatrickém oddělení pořádá primář psychiatrického oddělení. *Následující otázka se věnovala názoru sester na míru profesní přípravy na školách pro setkání s agresivním klientem.* Sestra odpověděla, že byt' měli na výuku psychiatrie dobrého „pana doktora“, který o psychiatrii uměl velmi poutavě povídat, tak si nevzpomíná, že by se zabývali problematikou agresivního pacienta. Neví, jaké jsou nyní osnovy na středních zdravotnických školách, ale myslí si, že určitě lepší a studenti jsou na setkání s agresivním pacientem lépe připravováni. *Poslední otázka v této oblasti se dotazovala na způsob rozšiřování vzdělání, týkající se problematiky komunikace s agresivními klienty.* Sestra své vzdělání rozšiřuje pomocí seminářů, která navštěvuje. Snaží se navštívit alespoň 1-2 semináře ročně, týkající se této problematiky. Jeden ze seminářů je vždy pořádán primářem Psychiatrického oddělení Nemocnice Tábor v Táboře, jinak musí dojíždět a to nejčastěji do Českých Budějovic nebo do Prahy.

*Ve čtvrté oblasti výzkumného šetření jsem se zabývala restriktivními opatřeními. První mou otázkou bylo, jaká restriktivní opatření se na daném oddělení užívají nejčastěji.* Pokud se sestra nemůže s pacientem domluvit tak asi nejčastějšími opatřeními jsou použití kurtů a injekční medikace. Občas jsou pacienti ukládáni na izolační pokoj, ale to podle sestry není tak časté. *Další otázka zněla: Jaké zásady dodržujete při užití restriktivních postupů?* Podle sestry je nejdůležitější ošetrovatelská péče o pacienta a to především při užití kurtů. „Tam je velmi nutné často kontrolovat toho pacienta, samozřejmě záleží na ordinaci lékaře, ale kontrola jeho samého, plus jeho fyziologických funkcí a samozřejmě prokrvení končetin je nezbytné“. Dále uvedla i potřebu dostatečného počtu personálu při užití restriktivních postupů.

*Pátou a zároveň poslední oblastí jsou otázky zaměřené na psychiku sester. První otázka se ptá, jak sestry vnímají každé setkání s agresivním klientem.* Sestře je nepříjemné každé setkání s agresivním pacientem. Nejen, že v ní vyvolává strach, ale především se prý obává toho, aby „dobře bylo“. Bojí se, že nedokáže správně vyřešit vzniklou situaci, udělá chybu a bude napadena. *Další otázka zněla: Ovlivňuje Vás to nějak v soukromém životě?* Na tuto otázku sestra odpověděla, že si nemyslí, že jí setkání s agresivním pacientem nějak ovlivňuje v soukromí. Prý všechny události, co se jí

v práci stanou, tak nechává za dveřmi oddělení. *Poslední položenou otázkou je, zda sestry užívají v rámci duševní hygieny nějaké formy relaxace?* Za svou formu relaxace považuje své volnočasové aktivity, především výlety do přírody, sport, divadlo a všeobecně kulturu.

### ***Rozhovor č. 3- sestra 3***

Respondentka č. 3 je žena ve věku 32 let, která pracuje na psychiatrickém oddělení Nemocnice Tábor 8 let. Vystudovala střední zdravotnickou školu obor všeobecná sestra a absolvovala vyšší odborné vzdělání obor psychiatrické ošetrovatelství.

*První oblastí výzkumného šetření bylo zmapovat, jak často se sestry setkávají s agresivním klientem, jaké jsou typické projevy agresivního klienta a jaké jsou podle nich příčiny vzniku agresivního chování.* Sestra, jež byla dotazována jako třetí, tvrdí, že se s agresivními pacienty téměř neseťkává, i když by ráda. Prý má smůlu, že vždy, když se na oddělení vyskytne agresor, tak ona nemá službu. Nemůže tedy říct, zda se s agresivním pacientem setkává jednou za měsíc nebo jednou za týden. Na otázku jaké jsou typické projevy agresivního pacienta, uvedla sestra verbální a nonverbální projevy a možné fyzické napadání ošetřujícího personálu. Příčiny vzniku agresivního chování jsou především v souvislosti se základní diagnózou a podle ní stejně často je agrese způsobena vlivem psychoaktivních látek a to nejčastěji alkoholu.

*Druhá oblast se zabývá problematikou komunikace sestry s agresivním klientem. První otázkou v této oblasti jsou zásady komunikace s agresivním klientem.* Na prvním místě sestra uvedla, že se k pacientovi nesmí točit zády, dále snažit se jednat v klidu a zbytečně je „nevytáčet“. „Radši jít stranou a lepší méně než více“. Pokud na oddělení přivezou neklidného či agresivního pacienta, tak se sestra snaží ho nezatěžovat formalitami například podepisováním souhlasů apod. S touto administrativou se snaží počkat na vhodnější okamžik. *Další otázka se týká zásad komunikace, které se sestře osvědčily a používáte je.* Sestra při komunikaci s agresivním pacientem se především k němu neotáčí zády. Snaží se ho nevyptávat na zbytečné otázky a i přesto, že z klienta nemá dobrý pocit, tak se snaží zachovat klid a profesionální chování. Snaží se mu nedat najevo svůj strach či nejistotu.

*Třetí oblastí výzkumného šetření byly otázky zaměřené na přípravu sester pro setkání s agresivním klientem. První otázka se dotazovala na předměty, kterými jsou sestry připravovány na setkání s agresivním klientem během odborného vzdělávání. Sestra si vzpomíná na jediný předmět, co jí připravoval pro setkání s agresivním pacientem a to bylo psychiatrické ošetřovatelství, kterému se učila na VOŠ. Jiný předmět, ve kterém by si pamatovala alespoň zmínku o agresivním pacientovi, neudává. Následující otázka se věnovala názoru sester na míru profesní přípravy na školách pro setkání s agresivním klientem. „Na zdravce asi naprosto nedostatečně. Nejen, že se to nevyučovalo na škole, ale v době, kdy jsem studovala já, nebyla ni praxe na psychiatrii“. Poté udává, že na VOŠ, už příprava na setkání s agresivním pacientem probíhala mnohem intenzivněji, tudíž jakmile se zařadila do pracovního procesu, byla určitým způsobem připravena. Uvedla, že pokud by se a agresivním pacientem setkala po absolvování střední zdravotnické školy, „neměla bych nejmenší ponětí, co mám dělat.“ Poslední otázka v této oblasti se dotazovala na způsob rozšiřování vzdělání, týkající se problematiky komunikace s agresivními klienty. Sestra uvedla, že se snaží navštěvovat semináře zaměřené na zvládání péče o agresivního pacienta. Velkým přínosem jsou pro ni semináře, které se pořádají na psychiatrickém oddělení. „Jakmile se na oddělení vyskytne nějaký takový problémový pacient, se kterým si třeba nevíme rady, tak pak primář v brzké době uspořádá seminář.“ Sestra udává, že během prvního roku práce na psychiatrickém oddělení se vzdělávala i pomocí článků v časopisech a podobně, ale to jí prý „brzo přešlo.“*

*Ve čtvrté oblasti výzkumného šetření jsem se zabývala restriktivními opatřeními. První mou otázkou bylo, jaká restriktivní opatření se na daném oddělení užívají nejčastěji. Na tuto otázku sestra odpověděla, že se jedná především o použití kurtů a podání medikace na zklidnění. Poměrně často se využívá i umístění pacienta do izolační místnosti. Další otázka zněla: Jaké zásady dodržujete při užití restriktivních postupů? Sestra vyjmenovala několik základních pravidel, týkající se především použití kurtů, jako kontrola prokrvení končetin, sledování fyziologických funkcí či uvolňování jedné končetiny po určité době. Dále uvedla zásady, které se týkají obecně restriktivních postupů a to vedení dokumentace a nutnost ordinace lékařem.*

*Pátou a zároveň poslední oblastí jsou otázky zaměřené na psychiku sester. První otázka se ptá, jak sestry vnímají každé setkání s agresivním klientem. „Je to vždycky určité narušení a nepůsobí to dobře ani na ostatní pacienty“ udává sestra. Nikdy se její setkání s agresivním pacientem neobejde bez pocitu strachu. Nebojí se jen o sebe, ale i o pacienta. Další otázka zněla: Ovlivňuje Vás to nějak v soukromém životě? Sestra nepocituje, že by byla setkáním s agresivním pacientem ovlivněna v soukromém životě. Prý je to asi i tím, že jí doposud žádný nenapadl. Myslí si, že pokud by k tomu někdy došlo, asi by musela mít od „takových lidí nějaký čas odstup.“ Poslední položenou otázkou je, zda sestry užívají v rámci duševní hygieny nějaké formy relaxace. Sestra nemá žádné speciální formy relaxace. „Snažím se nechávat práci v práci a domů přijít jako normální matka a manželka.“*

#### ***Rozhovor č. 4- sestra 4***

Respondentka č. 4 je žena ve věku 46 let, která pracuje na psychiatrickém oddělení Nemocnice Tábor 12 let. Vystudovala střední zdravotnickou školu obor všeobecná sestra.

*První oblastí výzkumného šetření bylo zmapovat, jak často se sestry setkávají s agresivním klientem, jaké jsou typické projevy agresivního klienta a jaké jsou podle nich příčiny vzniku agresivního chování. Sestra se udává, že se s agresivními klienty setkává 3x-4x za měsíc. Typické projevy jsou podle ní z počátku neklid, občas i zmatenost, později začnou být vulgární až fyzicky agresivní. Agresivní chování je dle jejích slov vyvoláno vlivem návykových látek či alkoholu, vlivem nedobrovolné hospitalizace nebo strachem.*

*Druhá oblast se zabývá problematikou komunikace sestry s agresivním klientem. První otázkou v této oblasti jsou zásady komunikace s agresivním klientem. Sestra jmenuje zásady jako klidný a vstřícný přístup k pacientovi, mluvit pomalu a srozumitelně, především se vyhnout odborným názvům. „Snažit se ho oklikou dostat tam, kam chceme“. Další otázka se týká zásad komunikace, které se sestrami osvědčily a používají je. Sestra říká, že je nejčastěji používá neustálé opakování, kde a proč se*



pacient nachází a co se s ním bude „dít“. Tím se podle ní zmírní jeho strach a zároveň i sníží agrese.

*Třetí oblastí výzkumného šetření byly otázky zaměřené na přípravu sester pro setkání s agresivním klientem. První otázka se dotazovala na předměty, kterými byly sestry připravovány na setkání s agresivním klientem během odborného vzdělávání. Dotazovaná sestra má vystudovanou střední zdravotnickou školu, a pokud si správně pamatuje, tak nebyl předmět, který by ji na setkání s agresivním pacientem připravil. Jako jediný předmět, ve kterém byla zmínka o agresi, ji napadá psychologie. Následující otázka se věnovala názoru sester na míru profesní přípravy na školách pro setkání s agresivním klientem. Sestra si myslí, že podle osnov, podle kterých byla učena, ze střední zdravotnické školy nemůže být nikdo připraven na setkání s agresivním pacientem. Především si myslí, že žádný teoretický předmět nemůže dostatečně připravit na praxi. Poslední otázka v této oblasti se dotazovala na způsob rozšiřování vzdělání, týkající se problematiky komunikace s agresivními klienty. Sestra navštěvuje semináře, které jsou pořádány především primářem psychiatrického oddělení. Na jiné semináře téměř nejedí, protože jsou většinou v Praze či Jihlavě a mívají poměrně nízkou kapacitu, takže i když by je ráda navštívila, málokdy je to možné.*

*. Ve čtvrté oblasti výzkumného šetření jsem se zabývala restriktivními opatřeními. První mou otázkou bylo, jaká restriktivní opatření se na daném oddělení užívají nejčastěji. Na tuto otázku sestra odpověděla, že nejčastějším omezovacím prostředkem na jejich oddělení je určitě použití kurtů a popřípadě i uložení pacienta do izolační místnosti. Další otázka zněla: Jaké zásady dodržujete při užití restriktivních postupů? Sestra dodržuje především ordinace lékaře, především v samotném použití omezovacího prostředku. Pokud je již použit, kontroluje pacienta, většinou po 1 hodině, zjišťuje, zda je dobré prokrvení všech končetin a píše speciální záznam.*

*Pátou a zároveň poslední oblastí jsou otázky zaměřené na psychiku sester. První otázka se ptá, jak sestry vnímají každé setkání s agresivním klientem. Na sestru má vliv především příčina agresivního chování. Pokud pacient jedná pod vlivem své nemoci, vnímá to rozhodně lépe, než když se jedná o agresi pod vlivem alkoholu. Další otázka zněla: Ovlivňuje Vás to nějak v soukromém životě? Sestra udává, že díky tomu, že se*

setkává s agresivními pacienty jednajícími pod vlivem alkoholu, tak nemá ráda opilce. To hodnotí jako jediné ovlivnění v jejím soukromém životě.

*Poslední položenou otázkou je, zda sestry užívají v rámci duševní hygieny nějaké formy relaxace.* Jako svou relaxaci sestra považuje sport, který velmi ráda provozuje, občas navštěvuje meditace a určitou formu je pro ni i zahrádka.

### ***Rozhovor č. 5- sestra 5***

Respondentka č. 5 je žena ve věku 36 let, která pracuje na psychiatrickém oddělení Nemocnice České Budějovice 13 let. Vystudovala střední zdravotnickou školu obor všeobecná sestra, ten samý obor i na bakalářském studiu a absolvovala vyšší odborné vzdělání obor psychiatrické ošetřovatelství.

*První oblastí výzkumného šetření bylo zmapovat, jak často se sestry setkávají s agresivním klientem, jaké jsou typické projevy agresivního klienta a jaké jsou podle nich příčiny vzniku agresivního chování.* Podle sestry je setkání s agresivním pacientem velmi individuální, tudíž nemůže říct, kolikrát se s ním setkává. Tato setkání však považuje za častá a jejich průměr udává 10x-15x do měsíce. Mezi typické projevy agresivního chování pacienta sestra řadí na první místo psychomotorický neklid, dále slovní agresi, kdy pacient používá nadávky, výhrůžky či vulgarismy. Agrese může vystupňovat až do brachiální formy, kdy pacient napadá pošetřující personál, ničí věci kolem sebe, anebo použije agresi proti sobě samému a to nejčastěji ve formě sebepoškozování. Jako příčiny vzniku toho chování udává sestra duševní onemocnění, intoxikaci, výrazný stres a neuspokojení potřeb. Další uvedenou příčinou, která je často zanedbávána a opomíjena je strach. „Pacienti co jsou tu a neví, co se s nimi bude dít, neví, jak to tady chodí, bojí se. Nemají dostatek informací, to všechno může vyvolat agresi“.

*Druhá oblast se zabývá problematikou komunikace sestry s agresivním klientem. První otázkou v této oblasti jsou zásady komunikace s agresivním klientem.* Sestra uvádí především srozumitelnou komunikaci v krátkých větách, podávat informace, které pacient chce a snažit se ho verbálně zklidnit. Velmi důležité je, aby sestra na sobě nedala najevo strach. „Strach je nakažlivý“. Pokud tedy sestra začne projevovat strach

či úzkost přenese tyto pocity na pacienta, a jak jsem již říkala, strach vyvolává agresi. Další zásadou, jež sestra uvedla je zachování si cesty úniku, proto by měla při komunikaci s pacientem být vždy blíže ke dveřím. Měla by si ho udržovat při dominantní ruce a v žádném případě se k němu nesmí otáčet zády. Pokud však pacient nereaguje na slovní zklidňování a nelze mu aplikovat medikaci ke zklidnění volají sestry na pomoc Policii ČR. *Další otázka se týká zásad komunikace, které se sestrami osvědčily a používají je.* Sestra při komunikaci s agresivními pacienty používá především snahu o dostatečnou informovanost a dání najevo, že pacienta slyší, vnímá a rozumí mu. Užívá věty typu „já vidím, že jste naštvaný, že vás to rozzlobilo“ to je velmi účinné, jelikož to pacienta „uzemní“ a on již nemusí svou agresivitu stupňovat. Také je potřeba, abychom ho nechali mluvit o tom, proč je rozzlobený, jelikož díky tomu můžeme vyřešit situaci. Největší chybou je podle ní, pokud pacienta ignorujeme.

*Třetí oblastí výzkumného šetření byly otázky zaměřené na přípravu sester pro setkání s agresivním klientem. První otázka se dotazovala na předměty, kterými byly sestry připravovány na setkání s agresivním klientem během odborného vzdělávání.* Na žádný předmět, který by sestru připravil, na setkání s agresivním pacientem už během studia na střední zdravotnické škole si nevzpomíná. Během absolvování bakalářského studia se učila předměty komunikace a zdravotnická psychologie, kde se setkala nejen s pojmem agresivní pacient, ale i se zásadami komunikace s ním. Největší přínos do této problematiky jí byl dán na specializačním studiu díky předmětu ošetřovatelství v psychiatrii a na kurzu sebeobrany, který též absolvovala. *Následující otázka se věnovala názoru sester na míru profesní přípravy na školách pro setkání s agresivním klientem.* „Nedostatečná. Rozhodně nedostatečná, protože nepřipraví na realitu.“ Sestra uvedla, že jí byly dány zásady, které by měla či neměla dodržovat, ale během skutečného setkání s agresivním pacientem je to dle jejích slov nedostačující. Jako výbornou přípravu hodnotila kurz sebeobrany, který absolvovala. Jednalo se o několikadenní kurz, který byl rozprostřen do 3 měsíců. Příprava probíhala jak teoretickým, tak praktickým způsobem, kdy během nácviků byly účastnice kurzu pod vedením dvou policistů. Tento kurz hodnotila jako velký přínos jak pro její praxi v nemocnici tak pro soukromý život. *Poslední otázka v této oblasti se dotazovala na způsob rozšiřování vzdělání, týkající se*

*problematiky komunikace s agresivními klienty.* Na tuto otázku sestra odpověděla, že navštěvuje různé semináře a konference, které jsou této problematice věnovány.

*Ve čtvrté oblasti výzkumného šetření jsem se zabývala restriktivními opatřeními. První mou otázkou bylo, jaká restriktivní opatření se na daném oddělení užívají nejčastěji.* Sestra mi vyjmenovala použití kurtů, omezení pacienta v síťovém lůžku a v izolační místnosti. Správně prý do restriktivních opatření spadá i nedobrovolná hospitalizace a úchop pacienta, takže i tyto metody jsou na oddělení užívány velmi často. *Další otázka zněla: Jaké zásady dodržujete při užití restriktivních postupů?* Jako první zásadu sestra uvedla plnění ordinací lékaře, tudíž aplikace takového prostředku, který jím je ordinován. Při aplikaci restriktivního postupu sestra dbá, aby byl zákrok nebolestivý a nezraňoval pacienta ani personál. S touto zásadou úzce souvisí i dostatečný počet ošetřujícího personálu, jelikož je pravidlo, které udává „že jedné pacientově končetině by se měl rovnat jeden člen ošetřující personálu“, avšak ne vždy je to možné zajistit. Pokud sestry nezvládají agresivního pacienta, volají si na pomoc policii. Další zásadou, kterou sestra uvádí je dát pacientovi možnost se nechat omezit dobrovolně. Mimo mu musí sestra neustále vysvětlovat, co bude dělat a proč. Pokud už dojde k samotnému omezení, plní sestra ordinace lékaře, kdy je dáno, co vše má kontrolovat a jak často. Samozřejmě nedílnou součástí je i vedení speciálního záznamu, který se musí založit při každém užití restriktivním postupů.

*Pátou a zároveň poslední oblastí jsou otázky zaměřené na psychiku sester. První otázka se ptá, jak sestry vnímají každé setkání s agresivním klientem.* Sestru setkání s agresivním pacientem ne vždy nechává klidnou. Připouští, že občas mívá i strach a samozřejmě jí to není příjemné. *Další otázka zněla: Ovlivňuje Vás to nějak v soukromém životě?* Sestra uvádí, že pokud jí setkání s agresivním pacientem nějak ovlivňuje, tak pouze v pozitivním smyslu. Myslí si, že díky tomu umí lépe komunikovat i mimo své pracoviště. *Poslední položenou otázkou je, zda sestry užívají v rámci duševní hygieny nějaké formy relaxace.* Sestra relaxuje především díky sportu a čtení literatury.

### ***Rozhovor č. 6- sestra 6***

Respondentka č. 6 je žena ve věku 39 let, která pracuje na psychiatrickém oddělení Nemocnice České Budějovice 10 let. Vystudovala střední zdravotnickou školu obor všeobecná sestra a nyní své vzdělání doplňuje o vyšší odborné vzdělání obor psychiatrické ošetřovatelství.

*První oblastí výzkumného šetření bylo zmapovat, jak často se sestry setkávají s agresivním klientem, jaké jsou typické projevy agresivního klienta a jaké jsou podle nich příčiny vzniku agresivního chování.* Pokud by to sestra měla shrnout, tak se s agresivním pacientem setkává zhruba 2x - 3x do měsíce. Ovšem udává, že je to velmi individuální. "Může tu být jeden a ten je agresivní týden, anebo je tu klid". Mezi typické projevy agresivního pacienta zahrnuje neklid, přešlapování na místě, zatínání pěstí, zrychlený dech a vykřikování pacienta. Agresivní chování bývá podle sestry nejčastěji vyvoláno onemocněním, především u psychotiků a jako další časté vyvolávající faktory jmenuje strach či úzkost.

*Druhá oblast se zabývá problematikou komunikace sester s agresivním klientem. První otázkou v této oblasti jsou zásady komunikace s agresivním klientem.* Sestra uvádí, že existuje určitá poučka, jakých si 6 pravidel, kam patří nikdy nebýt s pacientem sama, neotáčet se k němu zády a mít vždy na blízku pomoc. *Další otázka se týká zásad komunikace, které se sestře osvědčily a používáte je.* Na tuto otázku sestra odpověděla, že nejvíc se jí osvědčilo, pokud byli jakožto ošetřující personál v přesile nad agresivním pacientem. Především nad agresivními ženami, které se zaleknou převahy. Jako samozřejmost považuje nebýt nikdy s agresorem o samotě.

*Třetí oblastí výzkumného šetření byly otázky zaměřené na přípravu sester pro setkání s agresivním klientem. První otázka se dotazovala na předměty, kterými jsou sestry připravovány na setkání s agresivním klientem během odborného vzdělávání.* Během studia na střední zdravotnické škole si sestra nevzpomíná, že by byla jakýmkoli předmětem připravována na setkání s agresivním klientem. Nyní během specializačního studia se o této problematice dozvídá více, především díky různým poučkám a instruktážním filmům. Ty však hodnotí poměrně negativně, jelikož jsou dělány formou, kdy agresivní pacient sedí je téměř klidný a sestra má na všechno dostatek času, což se

dle jejích slov s realitou nedá srovnat. *Následující otázka se věnovala názoru sester na míru profesní přípravy na školách pro setkání s agresivním klientem.* „No myslím si, že nic moc“. *Poslední otázka v této oblasti se dotazovala na způsob rozšiřování vzdělání, týkající se problematiky komunikace s agresivními klienty.* Sestra navštěvuje různé semináře, ale tvrdí, že nejvíce se naučí během praxe především díky pravidlu „pokus-omyl“.

*Ve čtvrté oblasti výzkumného šetření jsem se zabývala restriktivními opatřeními. První mou otázkou bylo, jaká restriktivní opatření se na daném oddělení užívají nejčastěji.* Jako nejčastěji používané restriktivní postupy řadí sestra na přední místa nedobrovolné pobyty pacientů na oddělení, použití kurtů a umístění pacienta do izolační místnosti. Poté však říká, že pro agresivního pacienta izolační místnost není vhodným opatřením, jelikož „by vám to tam zdemoloval“. *Další otázka zněla: Jaké zásady dodržujete při užití restriktivních postupů?* Sestra dodržuje všechny zásady dány Věstníkem MZ č. 5 částka 7/2009.

*Pátou a zároveň poslední oblastí jsou otázky zaměřené na psychiku sestry. První otázka se ptá, jak sestra vnímá každé setkání s agresivním klientem.* Sestře setkání s agresivním pacientem není nikdy příjemné. I když se snaží zachovat klid, vyvolává to v ní nejen respekt, ale i strach. *Další otázka zněla: Ovlivňuje Vás to nějak v soukromém životě?* Sestra si nemyslí, že by setkáním s agresivním pacientem byla ovlivňována v soukromí. Jediné v čem je podle ní určitá změna je vědomí, jak může agrese vypadat, kam až může zajít a cítí se na ni více připravena. *Poslední položenou otázkou bylo, zda sestry užívají v rámci duševní hygieny nějaké formy relaxace.* Nejlepší relaxací, kterou sestra využívá je běh. Jinak ráda relaxuje četbou knih nebo posezením s přáteli.

### ***Rozhovor č. 7- sestra 7***

Respondentka č. 7 je žena ve věku 33 let, která pracuje na psychiatrickém oddělení Nemocnice České Budějovice 15 let. Vystudovala střední zdravotnickou školu obor všeobecná sestra, tentýž obor v bakalářském studiu a vyšší odborné vzdělání obor psychiatrické ošetřovatelství.

*První oblastí výzkumného šetření bylo zmapovat, jak často se sestry setkávají s agresivním klientem, jaké jsou typické projevy agresivního klienta a jaké jsou podle nich příčiny vzniku agresivního chování. Sestra uvádí, že se s agresivním pacientem neseťkává moc často. Za typické projevy agresivního chování považuje slovní projev, kdy pacient používá vulgarismy, nadávky, výhrůžky, je podrážděný a velmi často se chová arogantně. Mezi nejčastější příčiny vzniku agresivního chování řadí na první místo duševní poruchu, dále jmenuje somatické potíže, výrazný stres či úzkost a vliv návykových látek.*

*Druhá oblast se zabývá problematikou komunikace sestry s agresivním klientem. První otázkou v této oblasti jsou zásady komunikace s agresivním klientem. Na tuto otázku sestra odpovídá, že nejdůležitějším pravidlem je zůstat v klidu a ničím pacienta „nedráždit“, především si dát pozor na neverbální komunikaci. Měli bychom používat krátké a jednoznačné věty. Další otázka se týká zásad komunikace, které se sestře osvědčily a používáte je. Sestře se nejvíce osvědčuje, výše zmíněné, zachování klidu při komunikaci s agresivním pacientem. Snaží se vždy říkat všechny informace na rovinu a bez zbytečných „kudrlinek“ a planých slibů. Podle sestry je však nejlepší prevence, tudíž aby se z „obyčejného“ pacienta nestal agresivní.*

*Třetí oblastí výzkumného šetření byly otázky zaměřené na přípravu sester pro setkání s agresivním klientem. První otázka se dotazovala na předměty, kterými jsou sestry připravovány na setkání s agresivním klientem během odborného vzdělávání. Sestra si nepamatuje, že by měli na střední zdravotnické škole nějaký předmět, kde by se zabývali agresivním pacientem, ale na bakalářském studiu už určitě ano. Vzpomíná si na psychologii a zdravotnickou komunikaci a zřejmě nejvíce, podle jejího názoru, byla připravována na specializačním studiu především díky předmětu ošetřovatelství v psychiatrii. Následující otázka se věnovala názoru sestry na míru profesní přípravy na školách pro setkání s agresivním klientem. Za dobu jejího studia na střední zdravotnické škole, by přípravu sester na setkání s agresivním pacientem hodnotila negativně. Během absolvování bakalářského a specializačního studia byla poměrně dobře připravována na toto setkání, proto by přípravu na těchto školách hodnotila dobře. Poslední otázka v této oblasti se dotazovala na způsob rozšiřování vzdělání, týkající se problematiky*

*komunikace s agresivními klienty. Ze začátku své praxe navštěvovala sestra semináře, nyní jí však připadá, že „se tam omílá stále to samý dokola“. Proto když se chce vzdělávat v této problematice, vyhledá si v odborném časopisu, nejčastěji v Sestře, článek na dané téma.*

*Ve čtvrté oblasti výzkumného šetření jsem se zabývala restriktivními opatřeními. První mou otázkou bylo, jaká restriktivní opatření se na daném oddělení užívají nejčastěji. Sestra jmenuje jako nejčastěji používaná restriktivní opatření aplikaci kurtů a pobyt v izolační místnosti. Síťové lůžko se téměř nepoužívá a „legendární svěrací kazajka už vůbec ne“. Další otázka zněla: Jaké zásady dodržujete při užití restriktivních postupů? Sestra postupuje vždy dle ordinace lékaře. Pouze v případě nutnosti může i ona naordinovat, jaká restriktivní opatření se použijí, avšak bezprostředně poté kontaktuje lékaře, který přijde její rozhodnutí zhodnotit. Sestra musí vést speciální dokumentaci o použití restriktivních opatření, zákrok má být šetrný a nijak nenarušovat úctu pacienta. Pacientovi musí být dána možnost, aby se nechal omezit dobrovolně a lékař je povinen mu vysvětlit, proč je jeho omezení nutné. Pokud už dojde k omezení pacienta, pro sestru to znamená začátek komplexní ošetrovatelské péče o něj. Dodržuje nejen kontroly dle ordinace lékaře, ale především pečuje o zajištění základních potřeb pacienta.*

*Pátou a zároveň poslední oblastí jsou otázky zaměřené na psychiku sester. První otázka se ptá, jak sestry vnímají každé setkání s agresivním klientem. Pokud se sestra setká s agresivním pacientem, vnímá to jako součást své práce. Rozhodně se prý nebojí, možná občas má obavy, aby byla situace dobře vyřešena a nemuselo být použito násilí. Podle ní je to nevhodné narušení pro ostatní pacienty a určitě nepříjemné pro možné návštěvy. Vždy se snaží přecházet tomuto chování a přimět pacienta, aby s ní spolupracoval a důvěřoval, že mu pomocí léčby chce skutečně pomoci. Další otázka zněla: Ovlivňuje Vás to nějak v soukromém životě? Sestra si myslí, že setkání a agresivním pacientem ji nijak neovlivňuje v soukromém životě. Poslední položenou otázkou je, zda sestry užívají v rámci duševní hygieny nějaké formy relaxace. Sestra uvádí, že velmi ráda využívá všech možných forem relaxace. Navštěvuje solné jeskyně, masáže, kosmetiku, chodí na nákupy a velmi ráda se setkává s kamarádkami.*



### **Rozhovor č. 8 - sestra 8**

Respondentka č. 8 je žena ve věku 29 let, která pracuje na psychiatrickém oddělení Nemocnice České Budějovice 7 let. Sestra absolvovala gymnázium a po té vyšší odborné vzdělání obor psychiatrické ošetrovatelství.

*První oblastí výzkumného šetření bylo zmapovat, jak často se sestry setkávají s agresivním klientem, jaké jsou typické projevy agresivního klienta a jaké jsou podle nich příčiny vzniku agresivního chování.* Pokud by to sestra měla odhadnout, tak udává setkání a agresivním pacientem 10x za měsíc, ale to je prý ta horní hranice. Co považuje za zvláštnost, je menší výskyt agresivní pacientů během ranní směny než během odpolední či noční. Jako typické projevy jmenuje sestra použití vulgarismů, napadání personálu, nespokojenost pacienta a pokusy o útěk z oddělení. Na první místa při vyjmenovávání příčin uvedla sestra nespokojenost pacienta, nesouhlas s medikací, popřípadě ani hospitalizací. Příčinou vzniku agresivního chování může podle sestry být i „popíchnutí“ ze strany jiného pacienta.

*Druhá oblast se zabývá problematikou komunikace sestry s agresivním klientem. První otázkou v této oblasti jsou zásady komunikace s agresivním klientem.* Sestra uvádí, že nejdůležitější zásadou je nejtít do konfliktu s pacientem. Je prý lepší mu přítakávat, ale zároveň nesouhlasit se vším, vždy k němu stát čelem a nikdy by pacient neměl být mezi námi a naší únikovou cestou. *Další otázka se týká zásad komunikace, které se sestře osvědčily a používáte je.* Této sestře se nejvíce osvědčilo zachování klidu, nevstupovat s pacientem do konfliktu a snažit se stále udržovat mírný přístup k němu a klidný hlas.

*Třetí oblastí výzkumného šetření byly otázky zaměřené na přípravu sester pro setkání s agresivním klientem. První otázka se dotazovala na předměty, kterými jsou sestry připravovány na setkání s agresivním klientem během odborného vzdělávání.* Sestra si vzpomíná na teoretické předměty komunikace a psychiatrické ošetrovatelství. Nejvíce jí však připravila praktická část výuky, která probíhala v léčebnách. *Následující otázka se věnovala názoru sester na míru profesní přípravy na školách pro setkání s agresivním klientem.* Přípravu nehodnotí sestra kladně. Myslí si, že by příprava mohla být určitě intenzivnější a k tomu by mohla pomoci i větší část praktické výuky. *Poslední*

*otázka v této oblasti se dotazovala na způsob rozšiřování vzdělání, týkající se problematiky komunikace s agresivními klienty. Sestra navštěvuje především semináře týkající se této problematiky, občas si přý přečte článek na tuto problematiku a v rámci rozšíření připravenosti pro setkání s agresivním pacientem absolvovala kurz sebeobrany.*

*Ve čtvrté oblasti výzkumného šetření jsem se zabývala restriktivními opatřeními. První mou otázkou bylo, jaká restriktivní opatření se na daném oddělení užívají nejčastěji. Jako nejčastěji používaná opatření jmenuje sestra použití kurtů a uložení pacienta do izolační místnosti. Další otázka zněla: Jaké zásady dodržujete při užití restriktivních postupů? Pokud sestra použije kurty, kontroluje prokrvení končetin, provádí kontroly dle ordinace lékaře, zajistí pacientovi dostatečný příjem potravy a tekutin a omezí ho na nezbytně nutnou dobu. V případě, že je pacient omezen delší čas, musí sestra zajistit i jeho polohování.*

*Pátou a zároveň poslední oblastí jsou otázky zaměřené na psychiku sestry. První otázka se ptá, jak sestry vnímají každé setkání s agresivním klientem. Sestra vnímá každé setkání s agresivním pacientem pouze jako další zkušenost, ze které může kdykoli čerpat. Další otázka zněla: Ovlivňuje Vás to nějak v soukromém životě? Sestra nepocituje, že by tím byla ovlivňována. Poslední položenou otázkou bylo, zda sestry užívají v rámci duševní hygieny nějaké formy relaxace. Tato sestra relaxuje především prostřednictvím cvičení a častého smíchu.*

#### **4.2 Shrnutí rozhovorů**

Rozhovory byly prováděny se ženami ve věku od 29let do 51let. Jejich délka praxe na psychiatrických odděleních se pohybuje v rozmezí od 7 do 22let. Z 8 dotazovaných sester má 7 ukončenou střední zdravotnickou školu obor všeobecná sestra, zbývající sestra má vystudované gymnázium. Vyšší odborné vzdělání v oboru psychiatrické ošetřovatelství má 6 sester, z toho jedna stále studuje. Vysokou školu obor všeobecná sestra mají 2 z dotazovaných sester.

*První oblast výzkumného šetření. Na otázku jak často se sestry setkávají s agresivním klientem, 3 z dotazovaných odpověděly, že ne, tak často či minimálně. Setkání 2-4x za měsíc udaly 2 sestry, častost setkání s agresivním klientem 10-15x za*

měsíc odpověděly 2 sestry a zbylá sestra popsala častost svého setkání s agresivními klienty jako „téměř denně“. Na otázku *jaké jsou typické projevy agresivního chování*, udalo 7 z dotazovaných sester mezi svými odpověďmi verbální agresi většinou ve formě používání vulgarismů, výhrůžek či arogance. Jako typický příznak pro agresivního klienta uvedlo neklid 5 ze všech dotazovaných sester. Mezi třetí nejčastější odpověď lze zařadit fyzickou agresi, kterou ve svých odpovědích zmínily 4 sestry z celkového počtu. Na otázku *jaké jsou možné příčiny vzniku agresivního chování*, sestry odpovídaly nejčastěji vlivem onemocnění, návykových látek a strachu. Každá odpověď byla zmíněna vždy 5 sestrami z 8 dotazovaných.

*Druhá oblast výzkumného šetření.* Na otázku *jaké znají zásady komunikace*, uvedlo 7 z 8 dotazovaných sester zásadu zachování klidu. Druhou nejčtenější odpovědí bylo nestát ke klientovi zády neboli stát k němu čelem, kterou odpověděly 4 sestry z celkového počtu. V další otázce, *kteřá zněla, které zásady se sestrám osvědčily a používají je*, byla nejčastější odpověď, zachování klidu, kterou udaly 4 z 8 dotazovaných. Ostatní odpovědi byly různé, proto je nebudu sumarizovat.

*Třetí oblast výzkumného šetření.* Sestry byly dotazovány, *jakými předměty byly připravovány na setkání s agresivním klientem*. 6 sester z celkového počtu, do své odpovědi zahrnulo vzdělání na střední zdravotnické škole. Z těchto 6 sester odpověděly 2, že během studia byly v předmětu psychiatrie seznámeny s pojmem agrese. Jedna z těchto 6 sester si vzpomněla na zmínku o agresi během studia psychologie a zbylé tři uvedly, že během studia na střední zdravotnické škole nebyly připravovány na setkání s agresivním klientem. Co se týkalo vzdělání sester na vyšší odborné škole, z 8 dotazovaných mělo 5 sester ukončený tento typ vzdělání. Všechny 5 sester při zodpovídání otázky, uvedlo ve svých odpovědích předmět ošetřovatelství v psychiatrii, jedna z nich ke své odpovědi ještě přidala předmět komunikace a praxe. Sestry, které absolvovali bakalářské studium, byly 2 a hodnotily přípravu stejnými předměty a to komunikací a psychologií. *Následující otázka se zabývala názorem sester na míru profesní přípravy pro setkání s agresivním klientem během školy.* Z 8 dotazovaných sester, mělo 7 sester vystudovanou střední zdravotnickou školu. Všechny 7 hodnotilo míru připravenosti pro setkání s agresivním klientem po ukončení SZŠ jako nedostatečnou.

Z 6 sester, které studovaly či studují VOŠ, hodnotily 3 sestry profesní přípravu jako vyhovující či dobrou a zbylé 3 jako nedostatečnou. Z celkového počtu 8 sester měly 2 sestry ukončené vzdělání na VŠ. Jedna z nich hodnotila přípravu jako „dobrou“ a druhá sestra jí naopak hodnotila jako nedostačující. *Další otázka zkoumala, jakým způsobem sestry rozšiřují své vzdělání týkající se problematiky sestra a agresivní klient.* Na tuto otázku odpovědělo 7 sester, že navštěvuje semináře. Zbylá sestra je dříve navštěvovala, v současné době to tak již není, jelikož se podle ní přednáší pořád to samé. Tato sestra, spolu s jednou další, uvedly jako způsob svého sebevzdělávání čtení článků v odborných časopisech. 2 sestry ze všech dotazovaných rozšířily své vzdělání pomocí absolvování kurzu sebeobrany.

*Čtvrtá oblast. První otázka v této oblasti se dotazovala sester, jaká restriktivní opatření se na jejich oddělení používají nejčastěji.* Nejčastějšími odpověďmi bylo použití kurtů a umístění klienta do izolační místnosti. Tyto odpovědi uvedly všechny dotazované sestry. Další nejčastější odpovědí byla aplikace medikace ke zklidnění, kterou ve svých odpovědích uvedly 3 sestry z celého počtu dotazovaných. *Následující otázka se zabývala zásadami, které sestry dodržují při užití restriktivních postupů.* 6 z 8 dotazovaných sester uvedlo ve svých odpovědích, že kontrolují pacienta dle ordinace lékaře. 4 sestry, z celkového počtu, ve svých odpovědích zmínily zásadu komplexní ošetrovatelské péče o pacienta. Dalšími častými odpověďmi bylo vedení speciální dokumentace, kontrola prokrvení končetin a dostatek personálu při omezení pacienta. Takto odpověděly vždy 3 sestry z celkového počtu.

*Pátá oblast. Na otázku jak sestry vnímají každé setkání s agresivním klientem,* odpovědělo 5 z 8 dotazovaných sester, že setkání vnímá jako nepříjemné popřípadě jako určité narušení. Ze zbylých sester odpověděly 2, že setkání s agresivním vnímají jako součást práce a zbývající sestra uvedla, že každé setkání vnímá jako další zkušenost. *Další otázka zkoumala, zda jsou sestry ovlivněny setkáním s agresivním v jejich soukromém životě.* Na tuto otázku odpovědělo 6 z 8 dotazovaných sester, že se necítí nijak ovlivněny, z toho 2 sestry ke své odpovědi připojily nelibost opilých lidí. Zbylé 2 sestry se díky častějšímu setkávání s agresivními pacienty připadají více připraveny a umí lépe komunikovat. *Poslední otázka se dotazovala sester, jaké formy relaxace*

*používají.* 5 sester z celkového počtu uvedlo ve svých odpovědích sport jako svůj způsob relaxace. Zbývající sestry uvedly formy relaxace prostřednictvím vnoučat, kamarádek. Jedna ze sester neudala žádnou formu relaxace, pouze že se snaží „nechat práci v práci“.

## 5 DISKUZE

Ve své bakalářské práci jsme se zabývali problematikou setkání sester s agresivními klienty. K získání informací jsme použili nestandardizovaný rozhovor. Ten byl uskutečněn se sestrami z psychiatrických oddělení Nemocnice Tábor a Nemocnice České Budějovice. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaké jsou znalosti sester pro práci s agresivním klientem. Ke zjištění tohoto cíle jsme si stanovili dvě výzkumné otázky.

První výzkumná otázka zněla: „Jaká je profesní příprava sester na setkání s agresivním klientem?“ K zodpovězení této otázky slouží především třetí oblast v rozhovoru, který byl prováděn se sestrami. Z odpovědí vyplynulo, že sestry, které studovaly střední zdravotnickou školu obor všeobecná sestra, se během svého vzdělávání nesetkaly s žádnými předměty, které by je připravily na setkání s agresivním klientem. Pouze ve třech odpovědích sestry uvedly, že si vzpomínají na předmět, kde je vyučující seznámil s pojmem agrese, či se o agresi určitým způsobem zmínil. Ovšem jako přípravu by to sestry nehodnotily. Z tohoto šetření jasně vyplývá, že sestry, které jsou středoškolsky vzdělané, nejsou dostatečně připraveny na setkání s agresivním klientem. Obecně to samé, tudíž že sestry po ukončení střední zdravotnické školy nejsou dostatečně připraveny pro praxi, říká i zákon 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Ten od roku 2004/2005 uvedl v platnost, že po ukončení střední zdravotnické školy absolvent musí pracovat pod odborným dohledem. Možnost pracovat bez odborného dohledu mají pouze absolventi vyšších odborných či vysokých škol. To nás přivádí k dalšímu výsledku, který vyplynul z výzkumného šetření. Z celkového počtu sester, je šest, které studovaly či studují VOŠ. Polovina těchto sester hodnotí profesní přípravu na VOŠ, jako vyhovující či dobrou a druhá polovina jako nedostatečnou. Tento výsledek mě poměrně překvapil, protože si myslím, že především z vyšší odborné školy obor sestra v psychiatrii by měly všechny sestry být připraveny, skutečně připraveny, na setkání

s agresivním klientem. I těchto šesti sester jsem se dotazovala na předměty, kterými byly připravovány na setkání s agresivním klientem. Pět sester odpovědělo, že byly připravovány předmětem zabývajícím se ošetrovatelstvím v psychiatrii. Zbývající, stále studující, sestra odpověděla, že je připravována pomocí instruktážních filmů. Pouze jedna sestra, z předchozích pěti, ke své odpovědi připojila i předmět zabývajícím se komunikací v ošetrovatelství a praktickou část výuky. Myslím si, že především nauku o komunikaci by sestry měly vnímat jako přípravu na setkání s agresivním klientem. Můj názor je podložen tím, co uvádí Špatenková, Králová (2009) a to, že „Bez dobré komunikace není možná dobrá péče“ a umění správné komunikace potřebuje nejen vědomosti, ale i zkušenosti. (12, s. 7). Bakalářské studium, absolvovaly dvě z dotazovaných sester, které jako přípravné předměty hodnotily Zdravotnickou psychologii a Komunikaci ve zdravotnictví. Poměrně mě překvapilo, že ani jednou sestrou nebyl zmíněn předmět Ošetrovatelská péče o duševně nemocné, který je samozřejmě také přípravou na setkání s agresivním klientem. Avšak jedna sestra hodnotila přípravu pro setkání jako „dobrou“ a druhá naopak jako nedostačující. Tento pojem nedostačující nebyl myšlen pouze na bakalářské studium, ale celkově na jí absolvované vzdělání SZŠ, VOŠ i VŠ. Z daných výsledků jasně vyplývá, že příprava na vyšších odborných a vysokých školách na setkání s agresivním klientem je průměrná. Ovšem na středních zdravotnických školách je naprosto nedostatečná. Je pravda, že nyní se tento stupeň vzdělání netýká přímo všeobecných sester, ale zdravotnických asistentů. Avšak i ti by měli mít určitou přípravu na setkání s agresivním klientem. Vždyť podle Kelnarové (2009) se i oni podílí na ošetrovatelském procesu. Má poslední otázka, která byla zaměřená na profesní přípravu sester, se dotazovala, jak sestry rozšiřují své vzdělání týkající se problematiky sestry a agresivní klient. Sedm sester uvedlo, že své vzdělání rozšiřuje pomocí seminářů, které navštěvují. Zbývající sestra semináře dříve navštěvovala, ale tvrdí, že se přednáší pořád to samé. Několik sester si během rozhovoru „postěžovalo“, že seminářů týkající se této problematiky je nedostatek. Tento rok se dle mých nalezených informací konal v Českých Budějovicích jeden seminář, týkající se problematiky komunikace s agresivními klienty a další je chystán na červen tohoto roku. Tudiž se domníváme, že i kdyby sestry navštěvovaly

„pouze“ 2 semináře ročně, jejich znalosti z oblasti komunikace s agresivními klienty by byly na lepší úrovni. Pouze dvě sestry uvedly, že se vzdělávají i pomocí čtení článků v odborných časopisech. Na českém trhu je velké množství zdravotnických časopisů. Patří mezi ně např. Sestra, Florence a Zdravotnické noviny, ze kterých jsem čerpala pro svou bakalářskou práci. Avšak jak uvádím v kapitole 1.3.3 celoživotní vzdělání sester lze získávat pomocí specializačního vzdělávání, certifikovaných kurzů, inovačních kurzů v akreditačních zařízeních či odborných stáží taktéž v akreditovaných zařízeních. Tyto odborné stáže nabízí například i Psychiatrické léčebna Bohnice, která nabízí 1-3měsíční kurz, kdy absolvent platí 200Kč/den a nebo stáž nad 3 měsíce a déle, při které je sazba 100Kč/den. Tyto ceny se však týkají pouze postgraduálních stáží. Pro studenty denního studia je stáž bezplatná, jelikož je v rámci povinné výuky (39). Informace týkající se této problematiky je možné získat i účastí na školicích akcích, konferencích, kongresech a sympóziích, publikační, pedagogickou či vědecko-výzkumnou činností anebo pomocí samostatného studia odborné literatury. Na základě všech těchto výsledků byla zodpovězena první výzkumná otázka.

Druhá výzkumná otázka zněla: „Jakými znalostmi disponují sestry pracující s agresivním klientem?“ Na zodpovězení této otázky jsme čerpali z první, druhé a čtvrté oblasti výzkumného šetření. Z první oblasti jsme se prvně zaměřili na otázku, která se sester dotazovala, jaké jsou podle nich nejčastější příčiny vzniku agresivního chování u klienta. Nejvíce uváděnou odpovědí bylo vlivem onemocnění, návykových látek a strachu. To samé uvádí Marková, Venglářová, Babiáková (2006), kdy mezi prameny agrese jmenuje alkohol, toxikománii, osobnostní poruchu, psychózu, organické stavy a bolest a frustraci, kam spadá i pocit strachu. Je zajímavé, že i když sestry uvádějí strach jako nejčastější příčinu vzniku agresivního chování v jejich odpovědích, které se týkaly zásad komunikace, se řešení této příčiny vyskytlo pouze v dvou odpovědích sester. Sestra č. 1 a sestra č. 5 uvedly, že se snaží agresivnímu klientovi vše vysvětlit, poskytnout mu informace, které on v dané chvíli potřebuje či vyžaduje. To samé uvádí i Marková, Venglářová, Babiáková (2006) kdy jmenují, že klient by měl mít jasné informace o tom kde je, kdo je kdo a co se bude dít.



V druhé oblasti jsme se zabývali zásadami komunikace s agresivním klientem, které sestry znají a které se jim osvědčily. Sedm z celkového počtu sester uvedlo, že nejdůležitější zásadou je zachování klidu. Tu zásadu uvádí i Venglářová, Mahrová (2006) v postupu ke zvládnutí agresivního chování, taktéž na prvním místě. Druhou nejčastější odpovědí sester bylo neotáčet se ke klientovi zády, respektive stát k němu čelem. Tato odpověď se opět shoduje s tím, co je uvedeno ve výše popsané knize. Velmi mě překvapilo, že se v odpovědích sester nevyskytovalo více o neverbální komunikaci. Jediná zmínka od většiny sester, byla, že se nesmí otáčet ke klientovi zády. Pouze sestra č. 7 uvedla, že během komunikace s klientem se snaží dávat si pozor i na svou neverbální komunikaci. Tuto odpověď lze považovat nejen za správnou, ale dokonce za velmi přesnou. Jak uvádí Venglářová, Mahrová (2006) neverbální komunikace je ve zdravotnické praxi velmi významná. Jedná se o řeč těla, která je mnohdy významnější a upřímnější než verbální projev. Z velké části je záležitostí instinktu a právě proto a proto bychom si měli dávat velký pozor na řeč těla, což uvádí i sestra č. 7. Je totiž naprosto přirozené mít strach, pokud se setkáte s agresivním klientem, ale umění komunikace, které by sestry měly mít, by neměla dovolit dát ho najevo ať verbálně, tak nonverbálně. To samé uvádí i Fecková (2011), která uvádí, že by sestra neměla dát svůj strach najevo. Další zmínkou o strachu je v rámci příčiny vzniku agresivního chování. Jak uvádí Vymětal (2003) pokud agrese pramení z nespokojenosti či strachu, lze jí předcházet nebo alespoň zmírnit prostřednictvím dostatečné informovanosti klienta. Pouze sestra č. 7 ve své odpovědi, týkající se zásad komunikace, které se jí osvědčily, uvádí snahu o prevenci agresivního chování. Dalším doporučením dle Linhartové (2007) je nechat klienta mluvit. Sestra tím může zjistit a pochopit, co vyvolalo jeho reakci a to je velmi důležité pro další způsob další komunikace. Nemluví-li klient sám, měla by se ho sestra zeptat, co se mu přihodilo a popřípadě i připojit, že vidí, že je rozzlobený. Avšak pouze sestry č. 1 a 5 mezi zásadami komunikace s agresivním klientem uvedly i dotázání se na důvod, proč je klient rozzlobený. Jak tedy mohou komunikovat s klientem, pokud neznají důvod jeho chování? Další zásadou, kterou uvedla sestra č. 1 ve své odpovědi je dívat se klientovi do očí. Podle Linhartové (2007) se literární zdroje a v nich uvedená doporučení,

rozcházejí, co se týká očního kontaktu. Některé publikace uvádějí, že není dobré se dívat agresorovi do očí, jelikož by ho to mohlo ještě více rozhněvat. Jiné zas, že pokud budeme dodržovat stálý a dobrý oční kontakt a občas ho přerušíme pohledem jinam, bude to svědčit o vůli ke klidné dohodě a upřímnosti. Sestra č. 1 ke zdůvodnění očního kontaktu uvedla: „Tím, že se mu budu dívat do očí, tak on to vnímá tak, že ho vyslyšíte, že ho berete takový jaký zrovna je....“.

Čtvrtá oblast výzkumného šetření byla zaměřena na používání restriktivních postupů. V první otázce z této oblasti, jsme zjišťovali, která restriktivní opatření jsou na psychiatrickém oddělení užívána nejčastěji. Všemi sestrami byla uvedena aplikace kurtů a umístění klienta do izolační místnosti. Další nejčastější odpovědí byla aplikace psychofarmak. Což se shoduje i s tím co uvádí Marková, Venglářová, Babiáková (2006), kdy i ony tyto restriktivní postupy hodnotí na předních místech. Druhá otázka v této oblasti se zabývala zásadami, které sestry dodržují při užití restriktivním postupů. Šest sester z celkového počtu uvedlo, že kontrolují pacienta dle ordinace lékaře. Tato odpověď je v souladu s Věstníkem MZ č.5 částka 7/2009, který udává, nezbytnost pravidelných kontrol jejichž častost je závislá na stavu klienta. Čtyři sestry z celkového počtu ve svých odpovědích zmínily zásadu komplexní ošetrovatelské péče o klienta. Z toho sestra č. 7 ve své odpovědi vyzdvihla péči o základní potřeby klienta a sestra č. 8 dodala, že pečuje především o dostatečný příjem tekutin a potravy a pokud je klient omezen na delší čas provádí polohování. Tyto odpovědi se shodují s tím, co uvádí Marková, Venglářová a Babiáková (2006) a to, že ošetrovatelská péče při omezení pacienta v lůžku by se měla zaměřovat především na dostatečnou hydrataci, péči o vyprazdňování a hygienu, prevenci dekubitů, péči o dýchací cesty, správné přiložení omezovacího prostředku a minimalizaci psychické zátěže pacienta. Dalšími častými odpověďmi sester během rozhovoru bylo vedení speciální dokumentace, kontrola prokrvení končetin a dostatek personálu při omezení pacienta. Takto odpověděly vždy 3 sestry z celkového počtu. Všechny tyto zásady uvádí i Marková, Venglářová, Babiáková (2006). Na základě všech těchto výsledků byla zodpovězena druhá výzkumná otázka.

## 6 ZÁVĚR

Agresivita a násilí se ve zdravotnických zařízeních, jak v České Republice, tak i v zahraničí, vyskytují poměrně často. S nárůstem násilí ve společnosti úzce souvisí i zvýšení agresivního chování na pracovištích. Zdravotničtí pracovníci přicházejí do styku s klienty, kteří často bývají ať už v psychické či fyzické nepohodě, většinou vlivem své choroby. Rizikovou skupinou, u které se agresivní chování vyskytuje poměrně často, jsou alkoholici, drogově závislí či psychicky nemocní. Tudíž mezi nejvíce riziková zdravotnická zařízení, z důvodu napadení personálu, řadíme na prvním místě právě psychiatrická oddělení. Proto by především sestry pracující na těchto odděleních měly mít dostatečné znalosti a být připraveny na setkání s agresivním klientem (9, 11).

Cílem bakalářské práce, bylo zjistit znalosti sester pro práci s agresivním klientem. Na začátku výzkumu jsme si stanovily 2 výzkumné otázky, které nás svým zodpověděním dovedly k stanovenému cíli. 1. výzkumná otázka: Jaká je profesní příprava sester na setkání s agresivním klientem?

Z výzkumného šetření vyplynulo, že sestry hodnotí profesní přípravu na setkání s agresivním klientem na školách jako průměrnou. Středoškolsky vzdělané sestry nebyly po ukončení školy připraveny na setkání s agresivním klientem, protože neměly teoretické ani praktické zkušenosti týkající se dané problematiky. Sestry, které absolvovaly VOŠ obor Psychiatrické ošetřovatelství, byly připravovány na setkání s agresivním klientem především díky předmětu Psychiatrické ošetřovatelství. Vysokoškolsky vzdělané sestry byly připravovány předměty Komunikace ve zdravotnictví a Zdravotnickou psychologií. Nejvíce zkušeností sestry čerpají z praxe, popřípadě z navštěvovaných seminářů, kterých jim připadá nedostatek. Dále rozšiřují své vzdělání četbou článků v odborných časopisech. 2. výzkumnou otázkou bylo: Jakými znalostmi disponují sestry pracující s agresivním klientem? Sestry z výzkumného souboru prokázaly znalosti v oblasti komunikace, kdy uvedly základní pravidla v komunikaci s agresivním klientem. Z velké části znají i specifickou ošetřovatelskou péči na psychiatrii a ošetřovatelskou péči při užití restriktivních opatření.

Závěrem této práce lze konstatovat, že míra profesní přípravy sester na setkání s agresivním klientem je průměrná. Na základě výsledků výzkumu, by měly být sestry více připravovány na setkání s agresivním klientem především, co se týče komunikačních dovedností. Této přípravy by bylo možné dosáhnout úpravou osnov na VŠ či VOŠ, či větším množstvím seminářů zaměřených na tuto problematiku. Výzkumné šetření bylo uskutečněno formou kvalitativního výzkumu od 8 náhodných sester pracujících na psychiatrickém oddělení. Je zřejmé, že jde jen o malé množství respondentů a nelze říci, zda bychom dosáhli stejných výsledků od většího počtu sester.

Na základě výsledků byla vytvořena brožura, která může být využívána nejen sestrami, ale i studenty všech zdravotnických oborů. Uvádí základní informace o agresivním chování, doporučení, jak mu předcházet, zásady komunikace s agresivním klientem a odkazuje i na zdroje, kde je možná se blíže informovat o této problematice (příloha 3).

## 7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. aktualizované. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X
2. HARTL, P. *Stručný psychologický slovník*. 1.vyd. Praha: Portál, 2004. 312 s. ISBN 80-7178-803-1
3. TIBOR A. BREČKA. *Psychologie katastrof: vybrané kapitoly*. Praha: Triton, 2009. 119 s. ISBN 80-7387-330-3
4. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6
5. VYBÍHALOVÁ, L. Agresivní pacient-výzkum. *Sestra*. Praha: Mladá Fronta. 2010, roč. 20, č. 12, s. 22-23. ISSN 1210-0404
6. FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie: Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada, 2009. 224 s. ISBN 978-80-247-2781-3
7. ATKINSON, R. L. et al. *Psychologie*. Překl. E. Herman, M. Petržela, D. Břejlová. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 751 s. ISBN 80-7178-640-3
8. VEVERA, J., ČERNÝ, M., KRÁL, P. Agrese a násilné chování. *Postgraduální medicína*. Praha: Mladá Fronta. 2011, roč. 3, č. 2, s. 220- 225. ISSN 1212-4184
9. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o násilí*. 1.vyd. Brno: NCO NZO, 2004. 83 s. ISBN 57-851-04
10. HÁVA, P. et al. *Násilí na pracovišti v oblasti zdravotnických a sociálních služeb v ČR*. 1. vyd. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. 136 s. ISBN 80-86625-21-4
11. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8
12. ŠPATÉNKOVÁ, N., KRÁLOVÁ J. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4
13. BAŠTECKÁ, B. *Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie*. Praha: Portál, 2009. 515 s. ISBN 80-7367-470-X

14. KOLÁŘ, M. *Bolest šikanování*. 2. vyd. Praha: Portál, 2005. 256 s. ISBN 80-7367-014-3
15. KUTNOHORSKÁ, J. *Historie ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4
16. FECKOVÁ, M. Komunikační signály sestry eliminující stres u pacienta. *Sestra*. Praha: Mladá Fronta. 2011, roč. 21, č. 9, s. 24-25. ISSN 1210-0404
17. FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošetrovatelstvo-teória*. Martin: Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80-8063-182-4
18. PLEVOVÁ, I. et al. *Ošetrovatelství I*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3
19. KELNAROVÁ, J. et al. *Ošetrovateľskí pro zdravotnické asistenty: 1.ročník*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 244 s. ISBN 978-80-247-2830-8
20. ZÁKON 96/2004 Sb. ze dne 4. února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) [on-line], 30-04-2010. [cit.: 2012-03-01]. Dostupné z: <http://www.zdravky.cz/servis/legislativa/zakon-96-2004-sb-o-podminkach-ziskavani-a-uznavani-zpusobilosti-k-vykonu-nelekarskych>
21. CHLOUBOVÁ, I. et al. *Zdravotně-sociální fakulta: akademický rok 2011-2012*. České Budějovice: Jihočeská univerzita České Budějovice, 2011. 188 s. ISBN neuvedeno
22. *Celoživotní vzdělávání*. [on-line], 28-04-2011 [cit.: 2012-03-01]. Dostupné z: <http://www.profimedea.cz/celozivotni-vzdelavani-nzp/>
23. STAŇKOVÁ, M. et al. *České ošetrovatelství 13: Sestra a pacient (komunikace v praxi) – Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi II*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2004. 67 s. ISBN 80-7013-388-0
24. BEER, D., M., PEREIRA, M., S., PATON, C. *Intenzivní péče v psychiatrii*. Překl. M. Hollý. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 296 s. ISBN 80-900130-1-5

25. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5
26. NĚMEC, I., STUHLÍKOVÁ H. Agresivní pacient. *Sestra*. Praha: Mladá Fronta. 2007, roč. 17, č. 11, s. 24. ISSN 1210-0404
27. BAUDIŠ, P., LIBIGER, J. *Psychiatrie a etika*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 156 s. ISBN 80-7262-104-1
28. *Věstník MZ ČR č. 5/2009, částka 7 Používání omezovacích prostředků u pacientů ve zdravotnických zařízeních České republiky*. [on-line], 06-01-2010. [cit: 2012-01-20]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c\\_3629\\_1779\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_3629_1779_11.html)
28. ČESKÁ ASOCIACE SESTER. Pracovní postup. Péče o neklidného pacienta/klienta-použití omezovacích prostředků. [on-line], 02-05-2008. [cit: 2012-01-20].  
Dostupné z: [http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/cas\\_pp\\_2008\\_0002.pdf](http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2008_0002.pdf)
29. *Problematika restriktivních opatření*. [on-line], 07-11-2008. [cit.: 2012-02-12]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/1087>
30. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*. [on-line], [2012-02-12]. Dostupné z: [http://zakon.vpraxi.cz/zakon\\_c\\_1082006\\_sb\\_o\\_socialnich\\_sluzbach.html#§89](http://zakon.vpraxi.cz/zakon_c_1082006_sb_o_socialnich_sluzbach.html#§89)
31. VONDRÁČEK, J., DVOŘÁKOVÁ, V., VONDRÁČEK, L. *Medicínsko právní terminologie: příručka pro právní praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 104 s. ISBN 978-80-247-3151-3
32. POLICAR, R. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 224 s. ISBN 978-80-247-2358-7
33. ŠVARC, J. Omezující prostředky v psychiatrii. *Zdravotnické noviny*. Praha: Mladá Fronta. 2008, roč. 57, č. 4, s. 26-27. ISSN 0044-1996
34. DANDOVÁ, E. Agresivní chování pacienta. *Sestra*. Praha: Mladá Fronta, 2010, roč. 20, č. 1, s. 12-13. ISSN 1210-0404
35. VONDRÁČEK, L., VOLEJNÍKOVÁ Z. Právní aspekty konkrétního tělesného kontaktu. *Florence*. Praha: Ambit Media. 2009, roč. 5, č. 10, s. 39. ISSN 1801-464X

36. VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK J. Násilí na sestře z pohledu právníka. *Florence*. Praha: Ambit Media. 2009, roč. 5, č. 6, s. 38. ISSN 1801-464X
37. LANGMEIER, J. KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie: 2., aktualizované vydání*. 4. vyd. Praha: Gradana, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9
38. KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010. 128s. ISBN 978-80-247-3149-0
39. *Stáže na odborných pracovištích dle zákona č. 96/2004 Sb.* [on-line], 02-04-2012. [cit: 2012-04 -20]. Dostupné z: [http://www.plbohnice.cz/vzdelavani/vzdelavani-a4d0a22cf14857/nelekarske\\_profese/zdravotni\\_sestry/cz](http://www.plbohnice.cz/vzdelavani/vzdelavani-a4d0a22cf14857/nelekarske_profese/zdravotni_sestry/cz)



## **8 KLÍČOVÁ SLOVA**

Agresivita

Všeobecná sestra

Komunikace

Psychiatrické oddělení

## **9 PŘÍLOHY**

**Příloha 1:** Otázky k rozhovoru se sestrami

**Příloha 2:** Postraumatická stresová porucha

**Příloha 3:** Informační brožura pro sestry a studenty ošetřovatelství

## **Příloha 1:** Otázky k rozhovoru se sestrami

### **Identifikační otázky:**

Kolik je Vám let?

Jak dlouho pracujete na psychiatrickém oddělení?

Jaké máte vzdělání?

Jak často se setkáváte s agresivními klienty?

Jaké jsou typické projevy klienta, který vykazuje prvky agresivního chování?

Popište možné příčiny vzniku agresivního chování, se kterými se setkáváte.

Jaké znáte zásady komunikace s agresivním klientem?

Které zásady se Vám osvědčily a používáte je?

Jakými předměty jste byla připravována na setkání s agresivním klientem během odborného vzdělávání?

Jak byste ohodnotila profesní přípravu na školách pro setkání s agresivním klientem?

Jak rozšiřujete své vzdělání týkající se problematiky komunikace s agresivními klienty?

Která restriktivní opatření se na vašem oddělení používají nejčastěji?

Jaké zásady dodržujete při užití restriktivních postupů?

Jak vnímáte každé setkání s agresivním klientem?

Ovlivňuje Vás to nějak v soukromém životě?

Užíváte v rámci duševní hygieny nějaké formy relaxace?

## **Příloha 2:** Postraumatická stresová porucha

Podle mezinárodní klasifikace nemocí je posttraumatická stresová porucha diagnostikována, pokud jsou splněna následující kritéria:

1. Osoba prožila událost, která je mimo rámec obvyklé lidské zkušenosti a která by byla stresující téměř pro každého (např. vážné ohrožení vlastního života, tělesné integrity, ohrožení členů rodiny, příbuzných či přátel, náhlá destrukce vlastního domu nebo komunity apod.)
2. Traumatická zkušenost je různými způsoby znovuprožívána (vtíravé živé vzpomínky, sny apod.)
3. Jedinec se trvale vyhýbá podnětům spojeným s prožitým traumatem (vyhýbá se myšlenkám na traumatickou událost, nemůže si vzpomenout...)
4. Přetrvávající projevy zvýšené úrovně excitace („nabuzení“), které nebyly přítomny před traumatem (podrážděnost, poruchy spánku, obtížná koncentrace).
5. Porucha trvá alespoň jeden měsíc a projevila se do šesti měsíců po traumatizující události.

Zdroj: LANGMEIER, J. KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie: 2., aktualizované vydání*. 4. vyd. Praha: Gradana, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9

### Příloha 3: Informační brožura pro sestry a studenty ošetrovatelství

#### Sestra a agresivní klient



#### Jaké jsou druhy agresivního chování?

- 1. nepřátelství, hostilita**
  - klient dává jasně najevo své antipatie
- 2. verbální agresivita**
  - urážky, výhrůžky
- 3. brachiální agresivita**
  - fyzické napadení



## Jaké jsou nejčastější příčiny agresivního chování?

### 1. vnitřní

- osobnost klienta
- užívání návykových látek
- frustrace – lačnění před vyšetřením, nedostatek spánku
- pocit ohrožení a strachu
- bolest

### 2. vnější

- chování- lékaře, sestry, pomocného personálu
- prostředí- orientace v zařízení, vybavení
- systém- dlouhá čekací doba

**Nejdůležitější je prevence!**

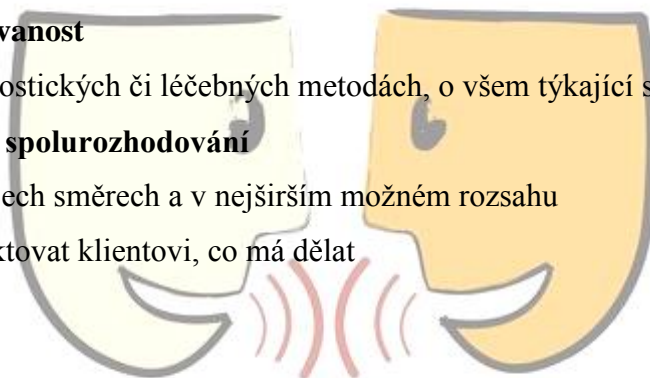
**Její 2 zásady:**

#### 1. informovanost

- o diagnostických či léčebných metodách, o všem týkající se práv pacientů

#### 2. umožnit spolurozhodování

- ve všech směrech a v nejširším možném rozsahu
- nediktovat klientovi, co má dělat



## **Co dělat, když klient začne být neklidný či agresivní?**

### **Komunikovat!**

#### **a. nonverbálně**

- postoj těla – nemít ruce v bok či zkřížené na prsou
- přistupovat k němu čelem, promlouvat ve stejné výšce
- snažit se ho posadit
- dávat si pozor na svůj výraz tváře
- vzdálenost od klienta 1-3 metry
- mít volnou únikovou cestu
- snažit se uspokojit jeho lidské potřeby – zavolat si, zakouřit si

#### **b. verbálně**

- klidný, vyrovnaný hlas
- jednoduché věty: „Pojďte se posadit. Promluvme si o tom, co vás trápí“
- nechat klienta mluvit, zjistit příčinu jeho chování
- edukovat klienta
- nemluvit zdravotnickým slangem
- neodporovat, nepouštět se do konfrontace

**V případě, že se situace vymyká vaší kontrole, volejte si na pomoc jiného člena ošetřujícího personálu popřípadě Policii ČR.**

**Pro více informací:**

ŠPATÉNKOVÁ, N., KRÁLOVÁ J. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4

VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8

VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. aktualizované. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X

ATKINSON, R. L. et al. *Psychologie*. Překl. E. Herman, M. Petržela, D.

Brejlová. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 751 s. ISBN 80-7178-640-3

<http://www.nconzo.cz> – v sekci vzdělávání stále aktuální kurz, Praktické zvládání agresivního klienta