

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Intenzivní péče



Bc. Ivana Hricová

PROBLEMOVÝ PACIENT NA JEDNOTCE INTENZIVNÍ PÉČE

A problematic patient at the Intensive Care Unit.

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Monika Hošťálková

Praha 2011

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, dne:

Bc. Ivana Hricová

.....

IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM

HRICOVÁ, Ivana. *Problémový pacient na jednotce intenzivní péči. [A problematic patient at the Intensive Care Unit]*. Praha, 2011. 129 s., 5 příl., 21 tabulky, 21 obrázků. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Hošťálková, Monika.

ABSTRAKT

Diplomová práce na téma „Agresivní pacient na jednotce intenzivní péče“ se zabývá získáním informací týkajících se agresivních pacientů, jejich chováním, výskytu na jednotlivých vybraných pracovištích, způsobu reakce, chováním zdravotnického personálu k těmto pacientům a také získání informací týkajících se vyplňování hlášení mimořádné události u agresivního pacienta. Tato diplomová práce je rozdělena na část teoretickou

a empirickou.

V teoretické části se věnuji získávání teoretických poznatků o intenzivní péči, agresi, komunikaci s agresivním chováním, fyzickém napadení, technikách zklidnění agresivního pacienta, psychoterapii, farmakoterapeutické léčbě, prevenci agresivního chování a mimořádné události.

Empirická část diplomové práce zpracovává výsledky kvantitativního sběru dat pomocí dotazníkového šetření. Do výzkumného šetření byly zapojeny tři pražské nemocnice (Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Fakultní nemocnice v Motole) – celkem 9 oddělení JIP, ARO se souhlasem hlavních sester. Sběru údajů se účastnilo celkem 178 zdravotních sester pracujících na odděleních JIP, ARO. Výsledky šetření budou zpracovány statisticky do podrobných grafů.

Z výsledků bylo zjištěno, že dotazované všeobecné sestry zastávají správný komunikační postoj k agresivnímu pacientovi a správně vyplňují hlášení o mimořádné události.

KLÍČOVÁ SLOVA: agrese, JIP, ARO, komunikace, mimořádná událost.

ABSTRACT

Thesis on "The aggressive patient in intensive care, "focuses on obtaining information relating to violent patients, their behavior, the occurrence of selected sites, how to respond, behavioral health personnel to these patients and obtaining information relating to completing the incident report aggressive patients. This thesis is divided into theoretical and empirical.

Thesis theoretical part deals with the acquisition of theoretical knowledge of care intensity, aggression, communication with aggressive behavior, physical aggression, aggressive techniques to calm the patient, psychotherapy, pharmacotherapeutic treatment, prevention of aggressive behavior and incidents.

The empirical part of the thesis presents results of quantitative data collection through a questionnaire survey using anonymous questionnaires. Three Prague hospitals were involved in the research (TTH, General University Hospital, Motol), 9 health facilities in total with the approval of Chief Nurses. Total of 178 nurses working in ICU were involved in the data collection. Survey results will be statistically processed into detailed charts.

The results revealed that nurses surveyed hold the correct attitude to communication and aggressive patient right off reports of the incident.

KEY WORDS: Aggression, ICU, resuscitation department, communication, incident form.

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji všem, kteří mi pomáhali při vypracování mé diplomové práce. Zejména pak děkuji Mgr. Monice Hošťálkové za odborné vedení celé diplomové práce, dále za poskytování rad a materiálových podkladů a v neposlední radě za cenné kritické připomínky.

Děkuji svým rodičům a svým blízkým, kteří mi byli a jsou oporou.

Bc. Ivana Hricová

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 JIP, ARO	10
2 Agrese	11
2.1 Hodnocení rizika agrese.....	11
2.2 Příčiny agresivity	12
2.3 Klasifikace agresivního chování	12
2.4 Projevy agresivního chování.....	14
2.5 Projevy agrese.....	14
2.6 Hodnocení a zvládnutí rizika agresivního chování.....	15
2.7 Přístupy sestry k pacientovi s agresivním chováním	16
3 Komunikace s agresivním pacientem.....	17
3.1 Cíle komunikace	17
3.2 Druhy komunikace.....	17
3.3 Způsoby komunikace.....	18
3.4 Obecná pravidla komunikace.....	20
4 Fyzické napadení.....	23
4.1 Základní principy odvrácení nebo zvládnutí napadení	23
4.2 Sledování projevů agresivního pacienta	23
4.3 Uklidňující vlivy	24
4.4 Projevy agresivního chování zdravotníka.....	25
4.5 Důsledky napadení zdravotníka agresivním pacientem.....	25
4.6 První pomoc po zážitku napadení	26

5	Techniky zklidnění agresivního pacienta.....	27
5.1	Fyzické omezení agresivního pacienta	29
5.2	Způsoby fyzického omezení	29
5.3	Zvláštnosti ošetrovatelské péče	30
6	Psychoterapie	31
7	Farmakologická léčba	33
7.1	Druhy používaných léků.....	33
7.2	Rychlá trankvilizace – zklidnění.....	35
8	Prevence agresivního chování.....	36
9	Mimořádná událost.....	38
9.1	Formulář Hlášení MU by měl obsahovat následující údaje.....	38
9.2	Retrospektivní šetření MU.....	39
9.3	Hlášení Mimořádné události v ČR.....	40
PRAKTICKÁ ČÁST.....		41
10	Cíle a hypotézy.....	41
10.1	Cíl práce:	41
10.2	Hypotézy:.....	41
11	Metodika práce.....	42
11.1	Zdroje odborných poznatků	42
11.2	Charakteristika souboru respondentů.....	42
11.3	Užitá metoda šetření	43
11.4	Organizace dotazníkového šetření	44
11.5	Zpracování dat	44
11.6	Identifikační údaje	46
11.7	Interpretace dat k cíli č. 1.....	54

11.8	Interpretace dat k cíli č. 2.....	58
11.9	Interpretace dat k cíli č. 3.....	64
11.10	Interpretace dat k cíli č. 4.....	74
11.11	Interpretace dat k cíli č. 5.....	80
11.12	Vyhodnocení hypotéz	88
12	Diskuse.....	90
13	Závěr	100
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	102
	SEZNAM GRAFŮ.....	105
	SEZNAM TABULEK.....	106
	SEZNAM ZKRATEK.....	107
	SEZNAM PŘÍLOH.....	108

ÚVOD

Jako problémoví pacienti jsou nazýváni všichni, kteří nejsou ochotni spolupracovat se zdravotnickým personálem a dodržovat zásady léčebního režimu. Jedná se nejen o pacienty s psychiatrickou poruchou, ale také o pacienty pod vlivem návykové látky, asociální jedince, pacienty v delirantním stavu či s agresivním chováním.

Lékaři a všeobecné sestry se donedávna řadili mezi povolání, jež měla vysoký stupeň vážnosti, a patřili ke společenské elitě. Dnes se ale zdravotníci stále častěji stávají terčem verbálních a fyzických útoků směřujících od pacientů. Důvody k tomuto chování pacientů mohou být různorodé. Mezi nejčastější patří samotná hospitalizace, změna prostředí, připoutání na lůžko, samotné onemocnění, pocit strachu a nejistoty, osamocení, neuspokojení potřeb, prognóza, ale také i zdravotnický personál. Sestra pacientům věnuje většinu své pracovní doby, tudíž je s nimi v neustálém kontaktu a všechny tyto emotivní prožitky prožívá s pacienty, čímž je vystavená riziku agresivního chování pacienta.

Každá zkušená a vzdělaná sestra by si měla umět s těmito situacemi poradit, měla by je zvládat na profesionální úrovni, využívat komunikační techniky, empatický přístup a znalosti z psychologie.

Vybrala jsem si toto téma diplomové práce, protože pracuji na jednotce intenzivní péče a s agresivním chováním pacientů se při své práci setkávám. Není jednoduché zvládat toto chování u pacienta, který je monitorován, má zpravidla několik invazivních vstupů, intenzivní infuzní terapii a při jeho léčbě je využívána přístrojová technika.

V rámci mé diplomové práce bude provedeno výzkumné šetření, kterým bych chtěla zjistit, jak sestry na jednotkách intenzivní péče a odděleních ARO pečují o problémové pacienty a jak zvládají jejich projevy agresivního chování, jaké používají metody, postupy a opatření, a zda vyplňují hlášení o mimořádné události.

TEORETICKÁ ČÁST

1 JIP, ARO

Intenzivní medicína je v dnešní době uznávanou a důležitou specializací, jejíž přítomnost je nepostradatelná pro většinu nemocnic (37). Je určena pacientům s hrozícím nebo již probíhajícím selháním jednoho či více orgánů. Poskytuje možnost prevence, diagnostiky a léčby multiorgánového selhání nepřetržitě v kteroukoliv denní a noční dobu (9). Jednotky intenzivní medicíny se dají ve většině zdravotnických systémů států a v různých geografických oblastech rozdělit podle možnosti poskytované péče a jejího rozsahu do následujících stupňů:

Intenzivní péče I. stupně (nižší) se obvykle poskytuje v menších oblastních nemocnicích, zajišťuje zvýšenou sesterskou péči, kontinuální monitorování, možnost okamžité resuscitace a možnost krátkodobé ventilace (24 hodin).

Intenzivní péče II. stupně (vyšší) intenzivní péče se poskytuje v tomto stupni ve větších regionálních všeobecných nemocnicích. Kromě zajištění základního monitorování je na tomto stupni zajištěno i měření srdečního výdaje, invazivní monitorování a dlouhodobá umělá plicní ventilace.

Intenzivní péče III. stupně (nejvyšší) intenzivní péče se poskytuje ve velkých oblastních a fakultních nemocnicích. Je zaměřena na poskytování celého rozsahu intenzivní péče se zvláštním zaměřením na kritické stavy různé etiologie (37). Lékař musí být přítomen kontinuálně (9).

2 Agrese

Agrese je z latinského slova *aggressio* = útok. Jiný původ se skrývá ve slově „*ad gradi*” – přejít k někomu (38). Agrese je u civilizovaného člověka považovaná za přirozené chování, úzce spojená se základním pudem sebezáchovy. Neseme si jí v sobě jako pozůstatek z historické doby, kdy by naši předkové bez ní nepřežili, když bojovali o potravu. Agrese v dnešní době se prosazuje jinými formami – válkami, terorem, podvody, bojem o peníze (33).

Dějištěm agrese může být i zdravotnické zařízení, které pro člověka může znamenat nepřiměřenou zátěž, která se promítne do jeho chování a jednání. Zkušenosti zdravotníci se svou profesionalitou umí zvládnout nelehké problémové situace a postupně se naučí sledovat signály, které nemocný vysílá. Vyžaduje to však značné sociální dovednosti, odhad reakce lidí, znalost prostředí, zájem člověka a ochotu mu porozumět. Ne každý pacient je však schopen zvládat novou, pro něj problémovou situaci, zvláště když prožívá úzkost a strach, je nespokojený, zklamaný apod. Všechny tyto okolnosti, ale i mnoho dalších, mohou vést k nepřiměřené reakci pacienta, v některých případech až k agresii (38). Znamená to, že se u pacienta projevuje nízká tolerance na psychickou zátěž a stres (33). Agrese je stav zvýšeného psychomotorického neklidu, který je často podmíněn úzkostí. Je výsledkem frustrace člověka (10). Je také definována jako útočné jednání se záměrným nebo nezáměrným cílem ublížit (38). Označujeme ji jako nepřátelské, útočné chování, které může představovat vážné nebezpečí. Může být zaměřeno na vlastní osobu či okolí a zahrnuje i potencionální násilí (34). Agrese je charakterizovaná atakem vůči působícímu podnětu. Může být determinována biologicky (činnost a stav nervové soustavy, genetická predispozice, působení především mužských pohlavních hormonů) nebo psychologicky (agresivita jako reakce na ztrátu, změnu, omezení, ohrožení, nespokojení a narušení, které přesáhly subjektivní míru únosnosti) (38).

2.1 Hodnocení rizika agrese

Důvěřujte instinktům – „pud sebezáchovy” nám umožňuje instinktivně se vyhnout potenciálně nebezpečným situacím. Hodnocení rizika můžeme rozdělit na rizikové prostředí a rizikového pacienta.

Pod pojmem **rizikové prostředí** rozumíme nejrůznější situace, např. ošetřování raněných při rvačkách, demonstracích, v hlučném prostředí, ve vedru, při osvětlení ostrým světlem nebo v přelidněném prostoru či při nedostatku soukromí. Někdy riziko představují blízké osoby, přátelé či příbuzní pacienta.

Pojmem **rizikový pacient** se označuje nemocný, u kterého můžeme předpokládat zvýšenou pravděpodobnost výskytu agresivního chování (2).

2.2 Příčiny agresivity

Nemoc, která bývá v mnohých aspektech zátěžovou situací, nejednou neúměrně ovlivní psychické procesy, vlastnosti a chování jedince. Kromě jiného u něj dochází k poruše adaptačních mechanismů a narušení sociálních kontaktů (23). Agrese bývá doprovodný příznak u řady onemocnění a stavů. Nejčastěji jde o intoxikaci alkoholem, léky či drogami, dále to jsou záněty a poranění mozku, mozková hypoxie, hypertenzní encefalopatie, hypoglykémie a epilepsie (15). Objevuje se i u lidí s duševní poruchou. Příčinou agresivního chování může být i dlouhé čekání na ošetření, když třeba byl pacient pozván ráno na lačno, ale na řadu se dostal až odpoledne. Spouštěcím faktorem agrese bývá také beznaděj, bezmocnost, strach, úzkost, bolest, zklamání (relaps choroby), nesplněná očekávání ve vztahu k léčbě (33), existenční obavy, veřejná kritika, ignorace jeho dotazů a otázek, nedodržení etických zásad při obnažování, dlouhé čekání na vyšetření nebo subjektivní dojem nezájmu ze strany zdravotnických pracovníků. Může se objevit také reakce na nedostatečnou informovanost, nepružnost poskytování terapeutické a ošetrovatelské péče, neuspokojování široké škály potřeb, sociální izolace a také pohybová, dietní, sexuální a spánková omezení. Agresivní pacient signalizuje nejen neochotu spolupracovat, ale také představuje možné ohrožení a nebezpečí pro prostředí a osoby, se kterými přichází do kontaktu (14).

2.3 Klasifikace agresivního chování

Agresivní chování u pacientů je možné klasifikovat podle míry sebekontroly, cílového zaměření a intenzity.

Podle cílového zaměření může mít agresivní chování pacienta tyto nejčastěji formy: (14).

Přímá agrese – namířená vůči zdravotníkovi, rodinným příslušníkům nebo spolupacientům. Může být verbální, spojená například křikem. Někdy může dojít i k fyzickému napadání lidí nebo poškozování a ničení věcí (38).

Transferovaná (přenesená) agrese – nastává v situacích, kdy pacient „přenes“ hněv, zlost na osobu nebo předmět, které nejsou vyvolávajícími podněty jeho nespokojnosti. Pacient pouze málokdy projeví zlost vůči lékaři, protože je pro něho vyšší autoritou než ostatní zdravotničtí pracovníci. Transferuje zlost směrem k sestře, spolupacientům či na předměty.

Autoagrese – je zaměřená na sebe samého. Setkáváme se s akuzací, obviňováním sebe samého v těch případech, kdy pacient nese podíl viny na vzniku svojí choroby, resp. zhoršení zdravotního stavu.

Zadržovaná (larvovaná) agrese – navenek ji pacient neprojevuje, ale „dusí“ ji v sobě. Agrese má formu „vyčkávací“ tendence, čeká na vhodnou příležitost, aby ji projevila, resp. vrátil „odplatu“.

Zlostná agrese – má pudový původ. Nastupuje okamžitě a směřuje k poškozování, ubližování a ničení. Navenek je prezentována pocity zlosti, hněvu, mrzutosti a nenávisti (14).

Instrumentální agrese – násilné projevy slouží k dosažení cíle. Při dosažení úspěchu se posilují (38).

Stupně agresivity klasifikujeme podle manifestované intenzity navenek:

- a) agresivita probíhá na úrovni myšlení, fantazie, představ, bdělého snění a nočních snů bez verbálních projevů,
- b) agresivita manifestovaná navenek (verbalizace nespokojnosti),
- c) agresivita s podobou brachiálního ataku.

V sesterské praxi se nejčastěji setkáváme s druhým stupněm agresivity (14).

2.4 Projevy agresivního chování

Sestra je mnohdy první osobou, která se v klinické praxi s pacientem setkává. Proto může nejlépe vnímat a pozorovat změny v chování, výkyvy nálad a reakce nemocného člověka. Spouštěcím mechanismem agrese může být i menší podnět, který personál správně nevyhodnotí. Zdravotníci by měli být připraveni na agresivní jednání pacientů, ale i na zvládnání situací, kdy jsou do ambulance či nemocnice agresivní lidé přijímáni (38).

Agresivní chování můžeme rozdělit na tři typy. Prvním typem je *agitovanost*, druhým je agresivní chování *eskalované* a třetím typem je agresivní chování *zákeřné*.

Agitovaný pacient bývá zmatený, dezorientovaný. Je pro něj typický psychomotorický neklid. Leží-li agitovaný pacient na lůžku, pokouší se vstávat, rozhazuje kolem sebe rukama, zmítá se, kope, někdy může plivat a kousat. Ačkoli není primárním cílem agitovaně jednajícího člověka někomu ublížit, často se stane, že personál „nějakou tu ránu dostane“

Eskalovanému agresivnímu chování většinou předchází řada varovných signálů, které eskalují až v samotné fyzické napadení. Pacient projevuje nevoli podřídít se. Je podrážděný, hádavý a odtažitý. Nadává, chodí sem a tam, zlostně rozhazuje rukama. Má zlostný výraz v obličeji, bouchá dveřmi, kope a bouchá do nábytku. Může začít házet věcmi a vyhrožovat, že zaútočí přímo na vás.

Zákeřný a překvapivý útok je nejnebezpečnější typ útoku. Nepředchází mu žádné varovné symptomy. Například nenadále bezdůvodné bodnutí sestry nožem do zad, ke kterému opravdu došlo. Takový útok bývá pro postiženého zdravotnického pracovníka šokující a je téměř nemožné na něj zareagovat (2).

2.5 Projevy agrese

Mezi nejčastější projevy agrese patří *verbální agrese* – slyšíme agresi v řeči, vulgarismy, nadávky, vyhrůžky a urážky (31). Agresivní pacient je rychlý, hlučný, naléhavý, sarkastický, ironický, obviňující a vykřikuje (14). Cílem je zastrašit protějšek,

prosadí svá přání, získat moc nad situací i lidmi, demonstrovat nadvládu. Důvodem bývá dosažení domnělého či skutečného práva, odreagování vnitřního napětí, odčinění křivdy, atd. Druhou formou projevu agrese je *poškození věcí* – bouchání dveřmi, házení věcmi, kopání do lůžka apod. Slouží k vybití. Třetí forma projevů agrese je *fyzické napadení lidí* – ohroženy jsou čtyři skupiny lidí: spolupacienti, zdravotníci, návštěvy a rodinní příslušníci (31). Fyzický útok je proveden bez nebo s pomocí předmětů, nástrojů a zbraní (14). Zanechává zpravidla viditelné stopy ve formě tělesných poranění (4). Mezi neverbální projevy útočného pacienta patří pronikavý pohled, sevřené rty, sevřené pěsti, agresivní postoj a vstupování do intimní zóny (14). Posledním nejzávažnějším projevem agrese je *sebepoškození (automutilace)* – patří mezi závažnou formu násilí obráceného proti sobě. Od lehkých projevů trhání vlasů, škrábaní, pokračuje až k závažnému poškození těla, údery hlavou do zdi, pálení a řezání. Extrémní formou sebepoškození je sebevražda. Přítomnost těchto projevů pozorujeme u lidí v extrémním stresu, s mentálním postižením či závažnou duševní poruchou.

Charakteristika útočníka

Charakter člověka je soustava jeho vztahů k osobním i společensky uznávaným hodnotám, které se projevují v jeho jednání. Je podkladem osobního sebepojetí i postojů k druhým lidem, společnosti a životu. U agresivního pacienta se objevuje amorální charakter (disociovaná osobnost), egoismus, nedostatek vnitřních zábrán a nedostatek ohledu na druhé. Amorální charakter zahrnuje amorální, antisociální, asociální, psychopatickou a sociopatickou osobnost (21). Jsou to většinou mladí lidé. Je u nich přítomno onemocnění – nejčastěji organické poruchy, schizofrenie či mentální retardace. Mají omezený náhled na onemocnění. Jsou pronásledováni systematizovanými bludy. V minulosti je anamnéza násilných projevů (hádky, výhrůžky, rvačky). Objevuje se nepřátelství k potenciální oběti (31).

2.6 Hodnocení a zvládnutí rizika agresivního chování

To, jak správně situaci zvládnout, záleží na příčinách, jimiž byla agrese vyvolána. Lze využít v akutním okamžiku dva osvědčené přístupy k agresivnímu pacientovi:

Pomocí rychlých otázek zjistit, co bylo spouštěcím momentem neadekvátního agresivního chování. Zdravotnický pracovník tak získá čas na rozmyšlenou a překvapí pacienta opačnou reakcí, než očekával.

Zdravotníci se mohou rozhodnout **nereagovat** na pacientův amok, trpělivě vyslechnou příčinu jeho reakce s následující omluvou a ujištěním, že dojde k nápravě (38).

2.7 Přístupy sestry k pacientovi s agresivním chováním

Ošetrovatelský přístup k agresivnímu pacientovi je v mnohém specifický, mimo jiné i tím, že sestra přichází do kontaktu s pacienty, kteří nemají náhled na svoji nemoc, nespolupracují a často odmítají pomoc zdravotnického personálu. Sestra se může při své práci sekávat s různými projevy neklidu a agrese. Vhodným profesionálním přístupem se dá řadě nepříjemných konfliktů s pacienty předcházet (19).

Slovem, neverbální formou sdělení i činem můžeme druhému člověku snižovat jeho hodnotu. Tento druh hodnotové komunikace se nazývá **devalvace** (28). Mezi devalvační přístupy sestry k agresivnímu pacientovi patří antipatie, obrana, útok, nezájem o pacienta, ignorace, odmítání komunikace a introvertní chování (14).

Opak znamená zvyšování hodnoty druhého člověka – **evalvace**. Posilujeme a podporujeme sebevědomí druhého člověka, dáváme mu najevo úctu a kladné hodnocení jeho osoby (28). Mezi evalvační projevy sestry k agresivnímu pacientovi patří nabídka pomoci, sympatie, zmírnění psychického napětí a konfrontace (14).

Chyby v přístupu k agresivnímu pacientovi

Nesprávné je reagování instinktivním způsobem, tzn. protiútokem (31), ale také potřeba vyjít z konfliktu vítězně, získat návrh či nesoulad mezi verbální a neverbální komunikací. Mezi chyby patří i provést úkon za každou cenu nebo představa, že situaci vždy zvládneme sami bez pomoci (5). Je vhodné se také vyvarovat podcenění či nerozpoznání signálů blížícího se napadení (31).

3 Komunikace s agresivním pacientem

Lidská komunikace je složitý a mnohvrstevný proces závislý na individuální psychice, inteligenci, na vzdělání a na individuálních i sociálních zkušenostech. Patří tedy k základní bio-sociální výbavě člověka, ale individuálně se liší svou vyvinutostí, vycvičeností, rozvojem komunikačních dovedností, dědičnými dispozicemi, výchovou v rodině i způsobem, jímž je realizována (17). Komunikací se chápe výměna informací mezi dvěma nebo více lidmi. Komunikace může mít ještě jiný a osobnější význam: může jít o výměnu pocitů a společenskou interakci mezi lidmi. Komunikace je v tomto významu často synonymem vytváření vztahů (27).

3.1 Cíle komunikace

Cílem komunikace je účinně, co nejefektivněji něco sdělit, zjistit, přesvědčit či odradit. Její zvláštností je, že ve své mluvené podobě neexistuje mimo konkrétní účastníky, že probíhá vždy v jiném čase a prostředí, v jedinečných, obtížně opakovatelných situacích a má převážně dialogický charakter (17). Jejím účelem je také informovat toho druhého o našem vztahu k němu, o svých pocitech, očekáváních, o našich hodnotách, cílech, motivech a přáních. Aby komunikace mohla započít, probíhat a plnit svůj základní smysl, musí být obě komunikující strany schopné tří základních duševních operací: vnímat, zhodnotit a uchovávat nebo předat informaci (29). Sestry, které účinně komunikují, jsou úspěšnými iniciátorkami změn zaměřených na upevnění zdraví, lépe spolupracují s pacientem a získají důvěru pacienta a jeho rodiny. Předcházejí tak právním problémům spojeným s ošetrovatelskou činností. Účinná komunikace sester je základem vzniku vztahu sestra – pacient.

3.2 Druhy komunikace

Obecně se komunikace dělí na verbální a neverbální. *Verbální komunikace* je mluvená nebo psaná a obě tyto podoby se řídí svými obecnými a specifickými pravidly, jsou pro mluvené a psané slovo dané dobrovolně z umění komunikovat (17). *Neverbální komunikace* je komunikace mimoslovní, tzv. řeči těla. Přestože je řeč specificky lidským dorozumívacím prostředkem, podstatná část

(70 – 90 %) naší komunikace se uskutečňuje formou neverbální. Patří sem vzdálenost, postoj, mimika, pantomimika, zrakový kontakt, tělesný kontakt a paralingvistika. Neverbálním chováním vyjadřujeme své emoce, sounáležitost s druhým, povzbuzení, porozumění, vztah k druhému člověku (29).

V ošetrovatelské činnosti používá sestra zpravidla následující druhy komunikace:

1. Sociální komunikaci. Je neplánovaná, často se odehrává při neformálních setkáních. Probíhá v neformálním, pozvolném tempu a uspokojuje obě strany.

2. Plánovanou komunikaci. Ta má určitou náplň, např. poučení pacienta o pooperační péči, o podání injekce apod.

3. Terapeutickou komunikaci. Je to proces, který pomáhá pacientovi dobře vycházet s ostatními lidmi, překonat přechodný stres, přizpůsobit se nezměnitelným skutečnostem a zároveň překonávat psychologické překážky, které stojí v cestě seberealizace nemocného.

Nutnou dovedností je pro sestry schopnost naslouchání. U každého z nás se objevuje potřeba něco sdělit a v některých chvílích pak se zvláštní naléhavostí (27).

Při práci s agresivním pacientem je vhodné zachovávat určitá pravidla v chování i komunikaci, která pak pomohou sestram i lékařům při řešení nelehkých situací (31).

3.3 Způsoby komunikace

Když se člověk rozzlobí, může dát svůj pocit najevo přímou agresí či útokem. Nedbá na práva jiných lidí, ponižuje, křičí, napadá a uráží ostatní. Může však svou zlost či agresi projevit i zcela jinak, zdánlivě únikovým komunikačním stylem. Přestane mluvit, přestane odpovídat, třeba i na pozdrav, tváří se uraženě, odvrací pohled. Nesplní to, co se od něj oprávněně očekává. Začne „trucovat“, jak tomuto stylu komunikace náš jazyk trefně říká. Každý z nás zná z vlastní rodinné zkušenosti to, čemu se říká „tichá domácnost“. Odborně označujeme tento komunikační styl jako pasivní agresi. To znamená, že člověk neútočí zpříma, ale pasivitou, nesplněním určité povinnosti či očekávaného chování. Agresí obvykle vstupujeme do citové oblasti druhého, většinou jej zraňujeme a ponižujeme, ať už je to nadáváním, křikem nebo dokonce násilným tělesným omezováním. Agrese se může dopouštět jak zdravotnický personál vůči pacientům, tak

i pacienti ke zdravotníkům. Už neplatí, že by agresivní byli jen ti zjevně silnější. Určení toho, kdo je vlastně silnější, nebývá snadné. Otevřená agrese obvykle ubližuje, většinou se jí bojíme, nikdo ji nemáme rádi. Je však nejvíce zraňující formou lidského setkání.

Agrese s „úsměvem“

Křičí-li jeden člověk na druhého, ponižuje jej, nadává mu apod., je nám okamžitě jasné, že tento člověk komunikuje útočně a omezuje jedno z nejzákladnějších lidských práv druhého a to, aby s ním bylo jednáno se základní úctou, lidskostí a zdvořilostí. Omezovat práva druhého lze totiž někdy i s úsměvem a klidem. I tehdy je tato komunikace agresivní. Pro tuto formu komunikace používáme výraz „pasivní agrese“. Z pohledu mezilidského komunikování je to zaútočení na některé z práv člověka jemnějším způsobem. Takto obvykle komunikuje člověk, když prožívá silnou zlost či hněv a pravděpodobně si to netroufne říci svému protějšku přímo a jasně (12). Projevuje svou agresi skrytě, většinou se vyhýba přímé konfrontaci (21). Podobně může být pasivní i sestra k pacientovi a projevovat svou zlost, hněv vůči němu třeba tím, že méně chodí na jeho pokoj nebo s ním nemluví.

Agrese „utlačovaných“

Člověk cítí křivdu, cítí se jako oběť, ale nedokáže zaútočit přímo, a tak to učiní onou pasivní a nutno říci i snadněji uskutečnitelnou formou. Zaútočí tím, že neudělá něco, co by udělat měl (12). Otevřená, pasivní agrese bývá také typickým chováním u pacientů, jimž bylo diagnostikováno závažné onemocnění (16). V časně fázi prožívání nemoci, kterou sestry znají jako tzv. „fázi depresivní“, se u pacienta objevuje silný pocit křivdy „proč právě já...“ vůči ostatním zdravým lidem. Je třeba si uvědomit, že zdravotní sestry jsou v těchto chvílích často jediným vzorem zdravé populace, se kterou má pacient kontakt, a proto se jeho agrese obrací právě proti nim.

„Tichá domácnost“ v nemocnici

Pocit křivdy je něco, co je pro nás těžce zvládnutelné již od dětství, u pacienta se projevuje v podobě nemluvení, nespolečnosti. Je snadné si představit, co se asi v tu chvíli

odehrává v hlavě sestry: „Já se snažím a on na to kašle a ještě se mnou nemluví a navíc se tváří uraženě...”.

U sestry v tu chvíli hrozí, že začne mít pocit křivdy a začne oplácet stejnou mincí. Jestliže by v této reakci sestra setrvala, vytvořila by se v nemocničním prostředí ona výše zmiňovaná atmosféra „tiché domácnosti”, která je neproduktivní a v konečném důsledku ubližuje všem.

Humor proti agresii

Žádoucí je učinit pasivní agresii zjevnou, snažit se o nehostinně konfrontující přístup a neagresivně ji pojmenovat. Popíšeme to, co vidíme, co si myslíme a cítíme, když se k nám ten druhý chová pasivně agresivně. V neposlední řadě bývá velmi moudrým, účinným a tvořivým řešením použít proti pasivní agresii humor. Pokud se podaří, aby byl dotyčný zaměřený a neironický proti problémům, může pasivní agresii rychle neutralizovat (12).

3.4 Obecná pravidla komunikace

Odborná literatura na tuto otázku neodpovídá jednoznačně a přímo. Někteří psychologové nabádají ke klidnému a profesionálnímu chování, jiní k tomu, aby bylo agresivní chování přijato jako rozčilení, jako „zrcadlenou reakci”, v duchu poučení „na hrubý pytel hrubá záplata” (17).

Při práci s agresivním pacientem je vhodné zachovávat určitá pravidla v chování i komunikaci, která pomohou sestrám i lékařům při řešení nelehkých situací (38). Strategie přístupu k agresivnímu pacientovi spočívá ve zvýšené observaci (28). Snažíme se navázat důvěryhodný vztah (34). Obecně platí zachovat klid při jednání s pacientem (rodinou), respektovat normy společenského chování, nenechat se vyprovokovat (38). K agresivnímu pacientovi jsme občanský zdvořilí, vystupujeme jako profesionálové. Vyhybat se strohým příkazům, slangu. Mluvit musíme jednoznačně a pevně, abychom navodili jistotu (17). Volit pomalé tempo řeči. Neodpovídat na agresivní chování protiútokem. Pozorně vyslechnout stížnost, zachovat akcentující postoj. Nehodnotit agresivní chování, neodsuzovat nemocného, vyjádřit nesouhlas s chováním, nikoliv

s agresivním pacientem. Projevovat zájem o situaci agresivního pacienta doplňujícími otázkami. Pokusit se obnovit důvěru u agresivního pacienta. Vyjádřit empatii a porozumění verbálními a neverbálními prostředky komunikace. Snažit se hledat reálné důvody pacientova hněvu. Pokusit se agresivnímu pacientovi vyhovět. Pokud to nelze, klidně vysvětlit naše stanovisko a vyjádřit pochopení s nepříjemnými následky. Srozumitelně vyhodnotit situaci, sdělit závěr a přesvědčit se, že agresivní pacient porozuměl. Udržujeme od pacienta bezpečnou vzdálenost a respektujeme vzájemné osobní prostory (38). Nechodíme k agresivnímu pacientovi blíž, dokud nevidíme a necítíme, že je mu to příjemné a pro nás bezpečné. Přizpůsobíme se jeho neverbálním signálům, jako je ustupování, odklánění tváře, obranná gesta, stupňování neklidu, eventuálně výhrůžky (17). Gestikulujícího, agresivního pacienta usadit – psychicky se zklidní a gestikulace bude mírnější. Pokud to odmítá nenutit ho. Udržovat oční kontakt, ten přerušovat krátkými pohledy po místnosti nebo do dokumentace. Sedět klidně, nedělat prudká gesta, nenakročovat náhle k agresivnímu pacientovi. Nechat otevřenou ústupovou cestu, v případě nebezpečí volat pomoc ostatních (38).

Někdy však psychologický přístup nestačí a je nutné jej kombinovat s užitím farmak (15). Aby byl podán agresivnímu pacientovi lék, musíme mu klidně vysvětlit, co a proč mu chceme dělat. Agresivní pacient má větší důvěru k léku, o kterém mu řekneme, jak se jmenuje a k čemu slouží (34). Pravidla pro farmakoterapii lze shrnout takto: léky, způsob podání a intervaly mezi dalším podáním léků vždy indikuje lékař, nekombinovat více než dva léky najednou, je důležité znát nežádoucí účinky léků a nejpoužívanější léky jsou benzodiazepiny (15).

Ať tak či tak, ne s každým agresivním pacientem se domluvíte a pak je třeba vyklidit pole nebo agresora fyzicky omezit. Je-li agresivní a bezprostředně ohrožuje sebe nebo okolí a musíme ho omezit, zajistíme si dostatečnou fyzickou převahu. Vyhnete se tomu, abychom byli s agresivním pacientem sami v uzavřené místnosti. Zajistíme si vlastní bezpečí tím, že se postavíme blízko dveří. Každý náš krok navrhujeme v alternativách, aby si agresivní pacient mohl vybrat a získal tak pocit alespoň částečné kontroly situace. V případě nezbytnosti musí být použití fyzického přemožení rychlé a šetrné (34). Fyzické omezení je výkon bez souhlasu agresivního pacienta a jeho použití definuje zákon č. 86/1992 Sb. Při jednání s agresivním pacientem musíme být obezřetní,

trpěliví a nad věcí. Mysleme na to, že agresivní pacient trpící bludy nebo halucinacemi je prožívá reálně (15). Ve výjimečných případech je nutné použít omezovacích prostředků, jako jsou popruhy – kurty. Ty samy nevedou k uklidnění agresivního pacienta. Jejich smysl je v tom, že usnadní práci ošetřujícímu personálu a zajistí bezpečnost pacienta do doby, než začne působit farmakologická terapie (34). Důležité je vždy vše řádně a pečlivě zdokumentovat, agresivní pacient si totiž často svou agresi nepamatuje nebo ji popírá (17).

Důležitou úlohou ošetřovatelského personálu je předcházet těmto stavům, přičemž je nutné, aby si osvojil vlastnosti, jako je sebeovládání, duchapřítomnost, trpělivost, klid a taktnost. Při ošetřování agresivních pacientů je nutné si uvědomit důležité etické a zákonné normy. Povinností personálu je chránit pacienta a jiné osoby, nikoliv jej trestat.

4 Fyzické napadení

Fyzické napadení je násilí, které převyšuje něčí silu, fyzická převaha využívaná k protiprávním činům vůči někomu, protiprávně vnucená nadvláda, panování, protiprávní činy provedené za použití fyzického násilí (36). Použití síly vůči lidem nebo předmětům je často spojené s nepřátelským afektem (19).

4.1 Základní principy odvrácení nebo zvládnutí napadení

Mezi základní principy odvrácení nebo napadení rizik patří *znalost rizik* v konkrétním zdravotnickém zařízení, vyplývají z uspořádání prostředí, z povahy zařízení (příjem urgentních stavů, nízkoprahová zřízení, problematická klientela), personálního vybavení, přítomnosti bezpečnostní služby a možnosti přivolat posilu.

Důležité je *sledovat verbální a neverbální projevy* agresivního pacienta a schopnost včas vyhodnotit hrozící nebezpečí.

Odstranit všechno, co může být použito k napadení osoby. Efektivně *upravit prostředí*, tzn. dostatek prostoru pro komunikaci i pohyb. Přehledná místnost, klidné prostředí, soukromí. Možnost volného odchodu pacienta (neplatí na uzavřených psychiatrických odděleních). Signalizace pro případ ohrožení zdravotníka.

Po zvládnutí napadení je nutné *věnovat pozornost* napadeným zdravotníkům a podporovat je. Nezpracování traumatického zážitku vede k psychickým obtížím, k vyhoření, změně zaměstnání.

4.2 Sledování projevů agresivního pacienta

Agresivní pacient působí nervózně, je rozrušený, dívá se upřeně do očí, výhrůžně nebo nápadně gestikuluje, svírá pěsti, podupává, naznačuje kopnutí, bouchá či kope do zařízení místnosti, působí jako napjatý člověk, jen „vybouchnout“, tvář je napjatá. Objevuje se agresivní úškleb, nervózně pomrkává, objevují se tiky, má semknuté rty. Dále pak se objevují gesta připomínající bití, začíná do nás strkat, chová se jinak, než je obvyklé. Intuice nám naznačuje, že hrozí nebezpečí (31). Projevy agrese jsou časté v přímé souvislosti s přijetím nebo propuštěním agresivního pacienta. Nové prostředí má na jejich

vznik velmi významný vliv. Je třeba věnovat těmto momentům odpovídající pozornost (19). Přes všechna opatření může dojít ke *střetu*.

4.3 Uklidňující vlivy

Je důležité si uvědomit, že nepotřebujeme dominovat. Pokud přijmeme pacientovu myšlenku, může dojít k výraznému zmírnění tenze mezi námi a potenciálním agresorem. Pokud nechceme jít do střetu, je to z našeho chování znát, druhý si toho signálu nevšímá. Naopak touha po střetu stupňuje násilí.

Pomalé tempo řeči. Hlas zdravotníka má být klidný, níže položený, vlídný a tišší (11). Je ověřeno, že pacient postupně přijímá naše tempo řeči, a tím dojde k celkovému zpomalení psychomotorického tempa.

Udržíme bezpečnou vzdálenost, alespoň na dosah pacienta (24). Nenechat agresivního pacienta vstupovat do naší intimní zóny (11).

Je vhodné zanechat otevřenou ústupovou cestu sobě i pacientovi pro případ, že nás bude muset odklidit z cesty.

Empatie vůči potřebám nemocného. I člověk, který se chová či choval násilnicky, má své potřeby. Není naším úkolem zkoumat jeho motivy. V akutní situaci se snažíme identifikovat. A pokud to je možné, také naplnit jeho lidské potřeby. Uklidnění napomůže např. umožnění zatelefonovat si apod., i když to jindy není na pracovišti zvykem.

Zklidnění situace pomůže, podaří-li se nám pacienta posadit. Pokud to rezolutně odmítá, nenutíme ho.

Odvracení pozornosti jinam. Ve fázi, kdy cítíme napětí, je lepší odložit naléhavé téma. Např. není nutné provádět zdravotnické výkony ve chvíli, kdy jsme na pokojí sami a hrozí nebezpečí.

Situace je rizikovější, pokud je pacient ozbrojen (čímkoliv). Věnujte pozornost situacím, kdy může mít člověk zbraň. Žádejte o pomoc. Zjistěte si na pracovišti možnost přivolání pomoci .

4.4 Projevy agresivního chování zdravotníka

Je třeba si uvědomit, že vůči agresivitě nejsme sami imunní. Mezi nejčastější příčiny patří tendence trestat pacienta či jeho příbuzného, který je nepřejemný, obtěžující, až drzý (24).

V praxi se setkáváme s agresivními až nevhodnými projevy zdravotnického personálu vůči nemocným.

- verbální agresivita, křik,
- potřeba získat návrh, zvítězit, provést úkon apod.,
- představa, že vše zvládnete sami.

Tyto nežádoucí reakce často vyvolávají pacienti, kteří nespolupracují při léčení a sami projevují agresivitu vůči zdravotníkům. Zdravotníci si přestávají být jisti svou profesionalitou a přecházejí do obrany. Ta může mít charakter vyhýbání se těmto nemocným, slovní konflikty či přehlížení jejich potřeb. Fyzické napadení pacienta extrémní formou patří k nejzávažnějším selháním zdravotníků (31).

O specifické situace a interpersonální problémy ve vztahu pacient – zdravotník a pacient – pacient nebývá v nemocničním zařízení nouze. Dané situace nelze úplně vyloučit. Odstraňováním rizikových faktorů a minimalizací neadekvátního, agresivního chování vůči nemocným ze strany zdravotníků, především sester, se jejich výskyt může výrazně zmenšit (23). Je důležité agresii předcházet a vzniklou vyhrocenou situaci správně vyhodnotit a zvládnout (24).

4.5 Důsledky napadení zdravotníka agresivním pacientem

Napadení zdravotnických pracovníků je definováno jako použití fyzické síly agresora v průběhu plnění jejich pracovních povinností. Častěji jsou napadeny sestry než lékaři. Napaden může být ale kterýkoliv ze zaměstnanců s následky od lehkého zranění přes psychické trauma (24).

Důsledky napadení jsou:

1. krátkodobé – ztráta jistoty, že umím jednat s pacienty. Pocit viny, psychická i fyzická únava.

2. dlouhodobé – nepřiměřený strach z opakovaného napadení, přeceňování hrozícího násilí, zvýšená ostražitost vůči novému v civilním životě.

Může se rozvinout až posttraumatická stresová choroba (31).

4.6 První pomoc po zážitku napadení

Zdravotnický pracovník tento okamžik může chápat jako profesionální selhání, nedostatečné zvládnutí situace, někdy prožívá pocit viny, ale i obavy, jak se zachová příště (38). Každý pracovník s touto nepříjemní zkušeností by měl mluvit s kolegy o celé situaci, a to i opakovaně. Důležité je vrátit se do práce, kde vás kolegové jistě podpoří. Měl by očekávat že, se reakce na napadení může dostavit později. Postupně se odreagovat od emocí spojených s negativním zážitkem. Společně s kolegy vytvořit preventivní strategii, využít zkušeností jiných, aby se omezila další rizika. Pochválit všechny účastníky za zvládnutí nepříjemné krize. V případech rozvoje posttraumatických symptomů vyhledat poradenské či terapeutické služby (31). S pomocí České lékařské komory se podařilo prosadit do nového trestníku zákoníků ustanovení, podle kterého je těžké ublížení na zdraví, ublížení na zdraví, vražda nebo vyhrožování spáchané na zdravotníkovi hodnoceno přísnější sazbou, než je-li spácháno na jiném občanovi (8). Pokud se zdravotnický pracovník stal obětí trestné činnosti, zejména v případech vážnějších fyzických útoků, může využít postupu podle zákona 209/1997 Sb. o poskytování peněžité pomoci obětem trestné činnosti. O pomoc je nutno požádat do 1 roku od spáchání trestného činu. Postup spočívá v jeho oznámení, vyžádání lékařské zprávy o následcích a v podání žádosti na Ministerstvo spravedlnosti (5).

V přípravě profesionálních zdravotníků by tedy měly být zařazeny oblasti práce a komunikace s agresivními pacienty, abychom tak předcházeli stresu a negativním pocitům v těchto vypjatých pracovních situacích (38).

5 Techniky zklidnění agresivního pacienta

Stevenson (1991) techniku zklidnění definoval jako „komplexní, interaktivní proces, v němž je pacient uveden do klidnějšího stavu“.

Z praxe se vyvinuly tři základní návrhy *technik zklidnění*:

- 1) vyhodnocení neodkladné situace,
- 2) komunikační dovednosti k urychlení spolupráce s problémovým pacientem,
- 3) techniky směřující k vyřešení problému.

Vyhodnocení agresivního incidentu

Freude navrhnul model analýzy situace agresivního incidentu, v kterém popisuje pět stupňujících se faktorů, jež mohou končit agresivním incidentem.

Situace jsou v centru zájmu pacienta a přímo předcházejí agresivní reakci (např. agresivní pacient v nestabilním zdravotním stavu chce jít domů a pacientovi je sdělen závěr, že zatím to není možné).

Zhodnocení, odhad situace – sdělení sestry pacient posuzuje jako trest.

Hněv, zlost – emocionální reakce na negativní vyhodnocení situace. Protože pacient nemůže kontrolovat situaci, prociťuje frustraci (neuspokojení svých potřeb) (1). Jeho emocionální odpověď je hněv, zlost, mrzutost, nenávisť a hostilita (14).

Inhibice – pacientův psychický stav – hodnoty, postoje a osobní zábrany agresivního chování. Pacient projevuje sníženou toleranci k neuspokojení svých potřeb.

Agrese – slovně napadá člena týmu a ničí inventář oddělení.

Když jednáme s potencionálně agresivním pacientem, musíme rychle zhodnotit všechny složky (1).

Komunikace

Žádná komunikační dovednost nevede jednoduše ke zklidnění agresivního pacienta, nástroje přizpůsobujeme individuálnímu stylu a osobnosti zdravotníka. Komunikace s agresivním pacientem musí být klidná, upřímná, opravdová, nechovat se autoritářsky, zachovat zdvořilost (5).

Taktika vyjednávání a zklidňující techniky

Incidenty agresivního charakteru mají některé prvky společné, a proto musíme ovládat všeobecná pravidla zklidnění, která upravujeme podle dané situace.

Dosažení rovnováhy stylem výhra – prohra

Cílem je vytvoření atmosféry, ve které se pacient bude cítit skutečně či domněle zplnomocněn v rozhodování. Tato technika je účinná v pozdějších fázích.

Odhadování podstaty

Pacient používá agresi ke zdůraznění svého tvrzení. Zbavíme ho emocionálního doprovodu, určíme jeho základní potřebu a bezpodmínečně přijmeme jádro pacientovy stížnosti.

Stanovení cílů

Nejčastější okolností vyvolávající pacientův střet je pocit, že jeho léčebné cíle jsou naprosto rozdílné od cílů ošetřujícího personálu. Zaměříme-li se na celý kontext událostí, lépe pacientovi vysvětlíme, proč mu nemůžeme vyhovět (1).

Transakční analýzy

Důležitými předpoklady efektivního užívání transakční analýzy podle Berneho jsou sebezkušenost (praxe, supervize) a vlastní terapie. Tyto okruhy nabízí výcvik, který je nutné podstoupit, aby se člověk stal transakčním analytikem. Je principiálně otevřený všem (7). Analýza E. Berneho je rozsáhlá, a proto je vhodné absolvovat celý teoretický výcvikový kurz (1).

5.1 Fyzické omezení agresivního pacienta

Pokud dojde k vyhrocení situace a chování agresivního pacienta se stává nebezpečné a ohrožující pro něho nebo pro okolí, lze po vyčerpání všech ostatních možností zklidnění použít jako krajné řešení omezovací prostředky (19). Jedná se o výkon bez souhlasu nemocného a jeho použití definuje zákon č. 86/ 1992 Sb., který říká, že fyzické omezení lze užít u osoby, která jeví známky duševní choroby nebo intoxikace a zároveň aktuálně a zjevně ohrožuje sebe nebo okolí.

Nepřímo z toho plynou další podmínky:

- k fyzickému omezení přistupujeme v případech, kdy selhaly předchozí metody,
- lékař indikuje fyzické omezení,
- provedeme je rychle a šetrně, za podmínek jedna osoba pro končetinu + jedna osoba navíc,
- je třeba provést zápis do dokumentace: čas, důvod, formu zásahu a podpis indikujícího lékaře (15).

5.2 Způsoby fyzického omezení

Pacient může být na jednotce intenzivní péče omezován různými způsoby. K jeho „fyzickému omezení“ patří:

- terapeutické opatření omezující volný pohyb a jednání agresivního pacienta: **mechanické omezení** – „kurtování“, fixace pohybu jedince různými pomůckami, např. pouty, koženými pásy..., **manuální omezení** – agresivnímu pacientovi v pohybu brání ošetřovatel (1).
- terapeutické opatření bez souhlasu agresivního pacienta (podání medikace) (31).

V případě nezbytnosti musí být použití fyzického přemožení rychlé a šetrné. Musí být provedeno s naprostou fyzickou převahou a bez váhání. Po fyzickém omezení je nutné klientovi opět vysvětlit, proč musel být omezen. Ve výjimečných případech

je nutné použít omezovacích prostředků, jako jsou popruhy nebo kurty. Omezovací prostředky nevedou k uklidnění nemocného. Jejich smysl je v tom, že usnadní práci zdravotnickému personálu a zajistí bezpečnost klienta do doby, než začne působit farmakologická terapie (1).

5.3 Zvláštnosti ošetrovatelské péče

Prověřovat organizační připravenost ke zvládnutí naléhavých stavů. Neztratit hlavu, jednat s rozvahou a být si vědom toho, že klient je ve větším zmatku, napětí a strachu než vy. Musíme mít jasná pravidla o tom, jak a kdy zasáhnout omezujícím způsobem. Vedeme o všem přesnou dokumentaci zachycující klientovo i vaše konání a postup.

Důležitou úlohou zdravotnického personálu je předcházet těmto stavům, přičemž je nutné, aby si osvojil vlastnosti, jako je sebeovládání, duchapřítomnost, trpělivost, klid a taktnost. Při ošetrování pacientů s agresivním chováním je nutné si uvědomit důležité etické a zákonné normy. Povinností personálu je chránit pacienta a jiné osoby, nikoliv je trestat (34).

Jakákoli forma fyzického omezení je zneužitelná. Tomu lze téměř zabránit vytvořením standardů užívání jednotlivých metod a hlavně odtazitostí a poctivostí zdravotnického personálu (1).

6 Psychoterapie

V medicíně se psychoterapií obvykle rozumí somaticky orientovaná terapie (16). Zabývá se profylaxí, terapií a rehabilitací poruch zdraví pomocí psychologických prostředků (30). Vyžaduje nejen dovednosti, ale i takt a vytvoření atmosféry vzájemné hluboké důvěry mezi pacientem psychologem. Využívá se velice často rozhovoru (16).

Agresivní pacient představuje pro zdravotnický personál náročný úkol. Psychoterapeuticky pracující psychologové jsou integrální součástí léčebného týmu. Agresivní a násilné chování může být doprovodným jevem vážného psychického onemocnění, které vyžaduje přesný farmakologický zásah. Psycholog má určit některé psychologické činitele podílející se na agresivitě pacienta. Pro pacienty na jednotkách intenzivní péče je ovládnání vlastních pocitů dlouhodobým problémem. Násilné a agresivní chování bývá zapříčiněno dlouhodobou frustrací a ztrátou naděje na porozumění vlastním pocitům a schopnosti je ovládnout (1). Pro terapeuta je důležité identifikovat emocionální stav pacienta, pocity nepochopení, souvislosti mezi pocity a typem chování, pocity vyvolávající hněv a zuřivost (16).

Vývojová anamnéza může nalézt životní události, které v pacientovi zanechaly pocity zlosti a vzteku. Násilné a agresivní chování je pak důsledkem dlouhodobého kumulování negativních, víceméně neuvědomovaných pocitů z dětství. Takový pohled na násilné a agresivní chování je v protikladu k tendenci považovat násilí za pouhou manifestaci jako vedlejšího produktu psychického onemocnění. Psychologové využívají řadu technik a metod, jak naučit pacienta ovládat své emoce, a tím předcházet jejich nekontrolovatelnému projevu, např. prožití alternativního způsobu reakce na vlastní pocity nutkání. Smyslem této zkušenosti je posilování pacientovy vyrovnávací strategie, uvědomit si a pojmenovat vnitřní sílu a zdroje. Jako účinné se ukazují určité behaviorální techniky (zmapování strachu, úzkostí a hněvu) (1).

Úspěšnost psychologických intervencí do jisté míry závisí na dovednosti, taktu, poznacích, zkušenosti lékaře, pacientově ochotě a schopnosti tyto intervence používat, uvažovat o vlastních možnostech zvládnání násilných tendencí a nespolehat se pouze na zásah zvenčí, tj. na farmakologický a restriktivní zásah (16).

Nezbytným předpokladem je vůle terapeutů a ostatních členů personálu s násilným a agresivním pacientem pracovat. Ústředním prvkem léčby těchto pacientů je vliv jejich chování na členy personálu. Rozhodne-li se tým pro práci s agresivním pacientem psychoterapeutickým způsobem, musí mít podporu vedení, zajištěnou bezpečnost a domluveny supervizní konzultace. Tento způsob práce není vhodný pro pacienty s hlubokým přesvědčením o nezvladatelnosti svých emocí a bez abstraktních myšlenkových operací (1).

7 Farmakologická léčba

Někdy psychologický přístup nestačí a je nutné jej kombinovat s užitím psychofarmak. Jsou to léky s neuronální a antipsychotickou aktivitou (1). Přitom bychom měli rozlišovat mezi akutní pomocí a profylaxí. Nebezpečí medikamentózní terapie agrese spočívá v záměru redukovat agresivní chování, aniž bychom klienta omezili v jiné oblasti. Zabránění vedlejším účinkům je přitom samozřejmostí léčby. Na začátku medikamentózní léčby agresivity by měly být objasněny následující **otázky**:

- zda je léčba základního onemocnění dostatečná,
- zda nejde o tělesné onemocnění, při jehož ošetření lze očekávat uzdravení nebo redukcí agresivity (např. bolestí),
- zda se nejedná o intoxikaci látkami, které mohou agresivitu provokovat (alkohol, amfetaminy, kokain, antidepressiva atd.),
- zda léčba odpovídá etickým pravidlům.

U farmakologické léčby agresivního chování je důležitá dokumentace léčebných zákroků, obzvláště když k zákrokům proti jednotlivým agresivním projevům dochází v delších časových intervalech. Právě v těchto případech je velké nebezpečí, že léčba nebude účinná.

7.1 Druhy používaných léků

U pacientů s příznaky agrese se nejčastěji používají tyto lékové skupiny:

Neuroleptika

Nejčastěji používanými léky při léčbě agresivity jsou neuroleptika (6). Nejsou léčivý kauzálními. Potlačují příznaky psychóz a vrací ji do normálního života za předpokladu dobré spolupráce nemocného (20). Zvláště se osvědčily při akutních stavech. Vysokopotentní neuroleptika jsou hlavně vhodná u psychotických symptomů. Příznivé účinky mívají za podmínek nízkého dávkování u organicky podmíněných poruch a při terapii akutní mánie. Clozapinum (Leponex) má podobně jako jiná atypická

neuroleptika jedinečnou pozici při léčbě agresivního chování, protože u nemocných s chronickými psychózami může dojít ke zlepšení pohotovosti k agresivitě. Také nízkopotentní neuroleptika se hodně používají k redukci pohotovosti k násilí. Jejich sedativní efekt vede převážně k redukci neklidu a vzrušení. Tento účinek je vhodný především v akutních stavech, dlouhodobě však sedace omezuje pacientovy schopnosti. Nízkopotentní neuroleptika nejsou vhodná ke střednědobé a dlouhodobé léčbě.

Benzodiazepiny

Látky této skupiny působí poměrně specificky proti stavům strachu, anxiózní rozlady, ve větších dávkách působí tlumivě, anxiolyticky, myorelaxančně, antikonvulzivně a konečně narkoticky (33). Většinou jsou proto vhodné v akutních stavech, i když mohou způsobit paradoxní reakce s vystupňovaným neklidem. Benzodiazepiny jsou v akutních psychotických stavech lékem druhé volby. Zcela nevhodné jsou pro střednědobou a dlouhodobou léčbu agresivní pohotovosti(6). Dochází k možnému rozvoji závislosti (1).

Beta-blokátory

Betablokátory jsou vhodné k léčbě agresivního chování v případě chronických organických onemocnění CNS. Platí to jak pro děti a dospívající, tak pro mentálně postižené retardací. Zlepšení se popisuje u této skupiny až v 85 %. Dávkování je velmi variabilní. Vysoké dávkování je spojeno se značnými vedlejšími účinky. Nejlépe osvědčeným lékem v této indikaci je Propanolon (Dociton) (6).

Antiepileptika

Antiepileptika mohou vést podobně jako lithiové soli k redukci agresivního chování. Popsány byly pozitivní zkušenosti obzvláště s karbamazepinem a valproátem. Mají nízký hypnotický a sedativní účinek (35). Výsledky léčby agrese jsou však méně spolehlivé než u lithia (6).

Soli lithia

Lithiové soli ovlivňují chování tranmitterů v různých oblastech centrálního nervového systému. Používají se při psychózách, k profylaxi maniodepresivních stavů (35).

Antiagresivní účinky lithiových solí byly mnohokrát prokázány. Jejich účinky nejsou omezeny na nemocné s afektivními poruchami, a také u impulzivně agresivních trestanců i mentálně postižených klientů bylo popsáno zlepšení. Rovněž u chronických schizofrenních klientů může léčba lithiovými solemi přispět ke snížení pohotovosti k agresivitě (6).

7.2 Rychlá trankvilizace – zklidnění

Rychlá trankvilizace je definovaná jako využití psychotropní medikace ke kontrole agitovaného, agresivního, výhružného a destruktivního psychotického chování. Nesmí být aplikováno s rychlou neuroleptizací. Klienty, pro které je tato léčba vhodná, dělíme na pacienty, jimž opakovaně podáváme medikaci injekční formou, neboť perorální aplikaci odmítají a na pacienty, u nichž je injekční forma nutná pouze při zahájení léčby. Zdravotní personál musí být v aplikaci rychlého zklidnění dobře vyškolen. Výběr medikace závisí na předchozím užívání neuroleptik, na jeho reakci na ně a na jeho akutním fyzickém a psychickém stavu. Těsně před aplikací medikace pulzním oxymetrem.

Správný výběr farmak – Dubin ve své správě o rychlém zklidnění navrhuje výběr farmak pro neklidného, agresivního pacienta podle jeho základního onemocnění (1).

Neuroleptika – léky se zklidňujícím účinkem, např. chlorpromazin, používají se ke zklidnění agitovaných pacient (35).

Benzodiazepiny – se začaly používat jako alternativní medikace při zvládnání náhle vzniklého neklidného a agresivního chování místo neuroleptik, která vyvolávala vážné extrapyramidové vedlejší účinky a posturální hypotenzi.

Ostatní léky – cisordinol acutard – nepodáváme nikdy pacientům, kterým nebyla v minulosti podávána neuroleptika.

Nebezpečí rychlého zklidnění – jako u všech psychofarmakologických intervencí je důležité nepodceňovat rizika nevhodného podání léků, které mohou vést ke zhoršení stavu klienta. Při rychlém zklidnění se mohou objevit malé komplikace i život ohrožující komplikace (1).

8 Prevence agresivního chování

Prevence agresivního chování spočívá v kladení důrazu na důkladný sběr anamnestických údajů. Pokud sestry při rozhovoru, resp. pozorování pacienta zjistí některé zvláštní rysy v chování či neadekvátní maladaptivní projevy, mělo by to být pro ně signálem ke zvýšení zájmu o daného klienta. Stejně tak je třeba zaznamenat všechny zvláštnosti v prožívání nemoci a chování klienta do ošetrovatelské dokumentace, resp. informovat o nich ošetřujícího lékaře. Pokud je klient hospitalizovaný, je třeba doporučit intervenci psychologa, resp. psychiatrického konzilia s naordinováním adekvátní terapie.

Vhodné umístění pacienta na ošetrovatelské jednotce (23). V prostorách oddělení musí být dobrá viditelnost (1).

Pokud si sestry uvědomí, že klient má psychické problémy, měly by se snažit přidělit mu lůžko v pokoji co nejbližší k místnosti sester a současně k pacientům, kteří včas dokáží signalizovat problémy. Pacienti tak mohou být alespoň částečně nápomoci při zvládnutí situace. U agresivních pacientů není vhodné mít v interiéru věci (např. obrazy), které mohou zvýšit agresivitu nemocných, ani předměty, které by se v rukách agresivního pacienta mohly změnit ve zbraň.

Důraznější kontrola pacientů během noční směny. Je třeba, aby sestry monitorovaly chování klientů v noci, zvláště klientů s agresivním chováním, kteří jsou potenciální hrozbou pro své okolí.

Sestry si často neuvědomují, že zvýšenou pozornost spojenou s empatickou komunikací vyžadují především klienti introvertní, depresivně ladění či s agresivními prvky chování. Je třeba zdůraznit, že agresivitou často klient manifestuje svou samotu a hlavně bezradnost. Při vhodné komunikaci a upřímném zájmu přestává být stresován a uvolňuje se napětí, které by jinak mohl eliminovat pro okolí neakceptovatelným nebo až nežádoucím způsobem. Nikdy nemáme jistotu, že i přes výše uvedená opatření nedojde ve zdravotnickém zařízení k fyzickému napadení personálu nebo pacientů duševně nemocnými pacienty – pacienty agresivními, sociálně nepřizpůsobivými nebo momentálně nepřizpůsobivými nebo trpícími zátěžovou situací. Někdy bývá nevyhnutelné předvídat situace, při nichž se chování pacienta může měnit. Jestliže už k nějakému incidentu došlo, je nutné neodkladně informovat kompetentní pracovníky oddělení, kteří by se měli co

nejdříve spojit s vedením nemocnice. Odpovídající postup a radu při řešení daného případu lze konzultovat také s právním oddělením nemocničního zařízení.

Dané situace nelze úplně vyloučit, ale odstraněním rizikových faktorů a minimalizací neadekvátního chování vůči nemocným ze strany zdravotníků se jejich výskyt může výrazně zmenšit (23).

9 Mimořádná událost

V souladu s platným organizačním řádem nemocnic jsou všichni zaměstnanci nemocnic povinni hlásit mimořádnou událost, ke které patří i agresivní chování pacienta, jako je fyzický útok na zdravotníka, poškozování inventáře oddělení, sebepoškozování a jiné nepředvídatelné reakce či chování agresivního pacienta.

Mimořádnou událostí (MU) související se zajišťováním předmětů činnosti nemocnice se pro účely tohoto pracovního postupu rozumí nepředvídatelná událost, ke které došlo v procesu poskytování zdravotní péče a s ní souvisejících činností některým z následujících mechanismů. Nazývá se tak jakákoliv událost, při které došlo k pochybení během léčby, procedury nebo výkonů (18). Mimořádné události jsou také lékařské, popřípadě ošetrovatelské intervence, které neproběhly podle plánu, platných směrnic nebo standardu péče. Mimořádné události, při kterých nedošlo k ohrožení nebo poškození zdraví klienta, by se měly klasifikovat spíše jako incidenty. Hlášení o MU je dokument popisující šetření MU není založen do zdravotnické dokumentace klienta. Bez ohledu na důsledky MU je ve zdravotnické dokumentaci klienta proveden stručný, jasný a věcný zápis o MU, popis intervencí zdravotnického personálu a reakce pacienta na ně. Dokument o MU je majetkem nemocnice a nesmí být bez souhlasu managementu duplikovaný.

Klasifikace mimořádných událostí viz příloha č. 2.

9.1 Formulář Hlášení MU by měl obsahovat následující údaje

- identifikace poškozeného pacienta/zaměstnance/návštěvníka a jeho osobní data,
- záznam o poskytnutí první pomoci (někdy také popis reakce poškozeného na ně),
- charakter události, rozsah, charakter škod, popis události, údaje založené na faktech,
- informaci o tom, zda a kdy byl o MU informován lékař (26),
- klasifikaci mimořádné události dle stupně (nejedná se o MU, nízká, střední, vysoká závažnost) (18),

- připomínky.

O tom, zda MU nejdříve nahlásit nebo zda nejdříve poskytnout první pomoc poškozenému, musí rozhodnout sám zdravotnický pracovník. Každý, kdo vyplňuje Hlášení o MU, musí používat objektivní výrazy a dokumentovat pouze to, co slyšel, viděl nebo co řekl postižený – nic víc. Sestra vyplněný dokument o MU vyhodnotí se svou **nadřízenou** (26). Originál hlášení se doručí na Oddělení kvality k evidenci a dalšímu řízení MU nejpozději do 12 hodin pracovního dne následujícího po dni, ve kterém k MU došlo. MU vysokého stupně závažnosti se hlásí ihned telefonicky příslušným náměstkům. Písemné hlášení musí být vždy parafováno přednostou, primářem, vrchní sestrou, případně jejích zástupcem (18). Kopie Hlášení o MU není vložena do zdravotnické dokumentace, ale je předána osobě uvedené v interní směrnici. Způsoby, jak zdravotnická zařízení přistupují k řešení problematiky MU, se mohou lišit.

Formuláře Hlášení MU jsou vyhodnocovány čtvrtletně manažerem rizik a výsledky těchto čtvrtletních analýz jsou předány Radě pro kvalitu za **účelem**:

- získání přehledu o trendech v oblasti MU,
- v případě potřeby doporučí celoustravní strategii pro změnu/zlepšení současného stavu,
- získání informací o efektivnosti celého programu.

Při sledování MU a jejich řešení neexistuje jedno správné řešení, jedna správná cesta. Důležité je pro začátek, aby došlo k vytvoření a zavedení smysluplného procesu hlášení a řešení MU. Zdravotnické zařízení nesmí otálet, protože poškozenými se mohou stát právě ti, kterým ochranu a pomoc dlužíme, jsou to naši pacienti.

9.2 Retrospektivní šetření MU

Manažer rizik, který je přesvědčen o tom, že počet MU neodpovídá skutečnosti, má možnost provést ve spolupráci s NLPP restriktivní audit vzorku zdravotnické dokumentace. Zaměřuje se na příčiny následujících klinických událostí:

Nevysvětlené reoperace, komplikace vyžadující operační intervenci, neočekávaná zástava srdce, neplánovaný přesun z oddělení na JIP, neplánované přijetí pacienta

do 28 dní po propuštění, komplikace, které prodlužují hospitalizaci o více než 7 dní, hospitalizace v akutním zdravotnickém zařízení trvající déle než 12 dní, medikamentózní pochybení, dekubitus, nozokomiální nákaza, odložení zákroku iniciovaného zdravotnickým zařízením, selhání techniky.

Zpětné prošetření výše uvedených klinických událostí může umožnit zdravotnickým zařízením obraz možných událostí hlášených MU. Identifikace závažných bariér hlášení MU.

Nedůvěra systému hlášení, nedostatek zpětné vazby a žádné výhody pro zaměstnance, neznalost způsobu hlášení, strach z disciplinárního postihu, nedůvěra k managementu, tolerance rizik jako součást práce zdravotníků, praktické důvody, nejasné definice a klasifikace.

Manažer rizik se pak může zamyslet nad uvedenými bariery a identifikovat ty, které jsou aktuální v jeho zdravotnickém zařízení. Ty pak může cíleně odstraňovat (26).

9.3 Hlášení Mimořádné události v ČR

V ČR není způsob klasifikace mimořádné události standardizován. Zdravotnické zařízení tak má možnost si vytvářet vlastní systém nebo použít systém, který nabízí SAK, JCI, JCAHO. Jakmile se zdravotnické zařízení rozhodne pro určitý systém klasifikace mimořádných událostí, musí jej zakotvit do závazné vnitřní směrnice (18). Budování bezpečné, zdravotní péče probíhá v ČR spontánně. Jiný názor na bezpečnost má zdravotnické zařízení s certifikací ISO 9001:2000, jiný JCI, jiný s akreditací SAK ČR a jiný postoj budou mít k bezpečnosti péče zdravotnická zařízení, která o systémovém řízení kvality ani nepřemýšlejí. V ČR zatím neexistuje jednotná klasifikace nebo definice hlášení MU, což způsobuje nesnáze při statistickém zpracování nebo sdílení dat, informací a zkušeností (26).

PRAKTICKÁ ČÁST

10 Cíle a hypotézy

10.1 Cíl práce:

Cíl 1: Zjistit výskyt agresivního chování pacientů na ARO, JIP

Cíl 2: Zjistit, jaké jsou nejčastější projevy agresivního chování pacienta.

Cíl 3: Zjistit, jaké zklidňující techniky nejčastěji využívají sestry na oddělení JIP ARO.

Cíl 4: Zjistit, zda všeobecné sestry na oddělení JIP a ARO vyplňují u pacienta s projevy agresivního chování mimořádnou událost.

10.2 Hypotézy:

H1: Předpokládám, že agresivního chování na JIP a ARO je častější u pacientů mužského pohlaví.

H2: Předpokládám, že agresivní chování pacienta na JIP a ARO je častější v nočních hodinách

H3: Předpokládám, že nejčastějším projevem agresivního chování u pacienta na JIP a ARO je verbální útok

H4: Ke zklidnění agresivního pacienta na JIP a ARO všeobecné sestry využívají komunikační techniky a dovednosti

H5: Všeobecné sestry pracující na oddělení JIP a ARO vyplňují hlášení o mimořádné události u pacienta s projevy agresivního chování.

11 Metodika práce

11.1 Zdroje odborných poznatků

Vědecké poznatky o problematice agresivních pacientů na jednotkách intenzivní péče byly získány z českých odborných rešerší, prostudováním odborné lékařské literatury, časopisů, příspěvků a bakalářských prací.

Jako informační zdroje byly použity prameny: Katalog Národní lékařské knihovny v Praze, Knihovna pro studenty 1. lékařské fakulty univerzity Karlovy, internetové vyhledávače Google, Seznam, Centrum, Atlas.

Další velmi důležitou součástí bylo získání teoretických poznatků o projevech, formách a technikách zklidnění pacientů s agresivním chováním.

Bylo samozřejmě nutné prostudovat i literaturu o hlášení mimořádné události.

Informace o způsobu péče o pacienty s agresivním chováním v jednotlivých vybraných nemocnicích (Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Fakultní nemocnice Motol) byly získány od vrchních a staničních sester těchto jednotlivých zařízení.

11.2 Charakteristika souboru respondentů

- Všeobecné sestry pracující ve Fakultní Thomayerově nemocnici s poliklinikou (FTNsP) na interní, chirurgické jednotce intenzivní péče a anesteziologicko-resuscitačním oddělení.
- Všeobecné sestry pracující ve Všeobecné fakultní nemocnici (VFN) na urologické, metabolické a koronární jednotce intenzivní péče.
- Všeobecné sestry pracující ve Fakultní nemocnici Motol (FNM) na metabolické, neurologické jednotce intenzivní péče a na oddělení chronické resuscitační péče.

11.3 Užitá metoda šetření

Empirické šetření bylo provedeno pomocí anonymního dotazníku. Dotazník obsahoval 21 položek, z nichž první čtyři položky byly identifikační, charakterizující respondenty. Následuje 17 položek, které byly zaměřené na to, jak sestry na jednotkách intenzivní péče (JIP) a odděleních anesteziologicko-resuscitačních (ARO) pečují o agresivní pacienty, jak zvládají jejich projevy agresivního chování, jaké používají metody, postupy, opatření a zda se již setkali s vyplňováním mimořádné události. Dotazník tvořily položky uzavřené, pouze položka č. 19 byla polootevřená. Dotazník byl sestaven s pomocí Mgr. Hošťalkovou podle stanovených cílů č. 1, 2, 3, 4, 5.

Konečná podoba dotazníku je uvedena v příloze 1.

- I. část dotazníku, obsahuje 4 položky (1, 2, 3, 4) vztahující se k identifikačním údajům.
- II. část dotazníku, obsahuje 2 položky (5, 6) vztahujících se k cíli č. 1, které mapují výskyt pohlaví agresivního pacienta.
- III. část dotazníku, tvoří 3 položky (7, 8, 9) vztahující se k cíli č. 2, které nás informují o tom, ve kterou denní dobu se nejvíc setkají respondenti s agresivním chováním.
- IV. část dotazníku, je tvořena 5 položkami (10, 11, 12, 13, 14) patřícími k cíli č. 3, které nás informují, jaká je nečastější formou agresivního chování.
- V. část dotazníku, je tvořena 3 položkami (15, 16, 17) určujících cíl č. 4, které nás informují o nejčastěji užívaných technikách zklidnění u agresivního chování.
- VI. část dotazníku, je tvořena 4 položkami (18, 19, 20, 21) vztahujících se k cíli č. 5, které nám dávají informace o vyplňování hlášení mimořádné události.

11.4 Organizace dotazníkového šetření

Zahájení šetření bylo možné po dohodě s hlavními sestrami Fakultní Thomayerově nemocnici s poliklinikou, Všeobecné Fakultní nemocnici v Praze a Fakultní nemocnici Motol. Na základě žádosti a prostudování dotazníku mi byl udělen písemný souhlas.

Před zahájením samotného výzkumného dotazníkového šetření byl proveden pilotní výzkum ve Fakultní Thomayerově nemocnici na JIP, kde bylo distribuováno 20 dotazníků.

V průběhu prosince 2010 byly podány žádosti o výzkumné šetření na interní, chirurgické JIP a na ARO ve FTNsP na urologické, metabolické, koronární JIP ve VFN a na metabolické, neurologické JIP a oddělení chronické resuscitační péče ve FNM. Dotazníky byly předávány v průběhu ledna a února 2011 respondentům vrchními a staničními sestrami daného pracoviště. Vrchní i staniční sestry byly také seznámeny s cílem šetření a informovány o anonymitě respondentů. Na všechna výše uvedená specializovaná pracoviště bylo podáno 180 identických dotazníků (100,00 %), které byly rozděleny do jednotlivých nemocnic v Praze po 60 dotaznicích. Vráceno bylo 178 dotazníků (98,89 %). Všechny dotazníky byly vyplněné správně. Zpracováno bylo 178 dotazníků.

11.5 Zpracování dat

Shromáždění dat pro výzkum proběhlo pomocí dotazníků v průběhu tří měsíců. Jednotlivé hodnoty byly následně zaneseny do tabulek a vyhodnoceny prostřednictvím sestavených výpočtových a vyhodnocovacích funkcí. Cílem bylo zejména vyjádření relativních a absolutních četností výskytu u jednotlivě kladených otázek v dotaznicích. Pro grafické znázornění výsledků byly vypočtené hodnoty zaneseny do přehledových sloupcových grafů.

Jako vyhodnocovací nástroj byly použity produkty sady Microsoft Office a to: MS EXCEL a MS WORD.

Relativní četnost byla vyjádřena matematických vzorcem:

$$f_i = n_i/N$$

kde:

f_i . . . relativní četnost (vyjádřena v %)

n_i . . . absolutní četnost

N . . . celková četnost

K testování hypotéz byla použita metoda správnosti odpovědí v nadpolovičním počtu. Pokud jsou správné odpovědi zastoupeny ve větším počtu než 50 % – hypotéza se potvrzuje. Počtem nižším než 50 % – hypotéza je vyvracena.

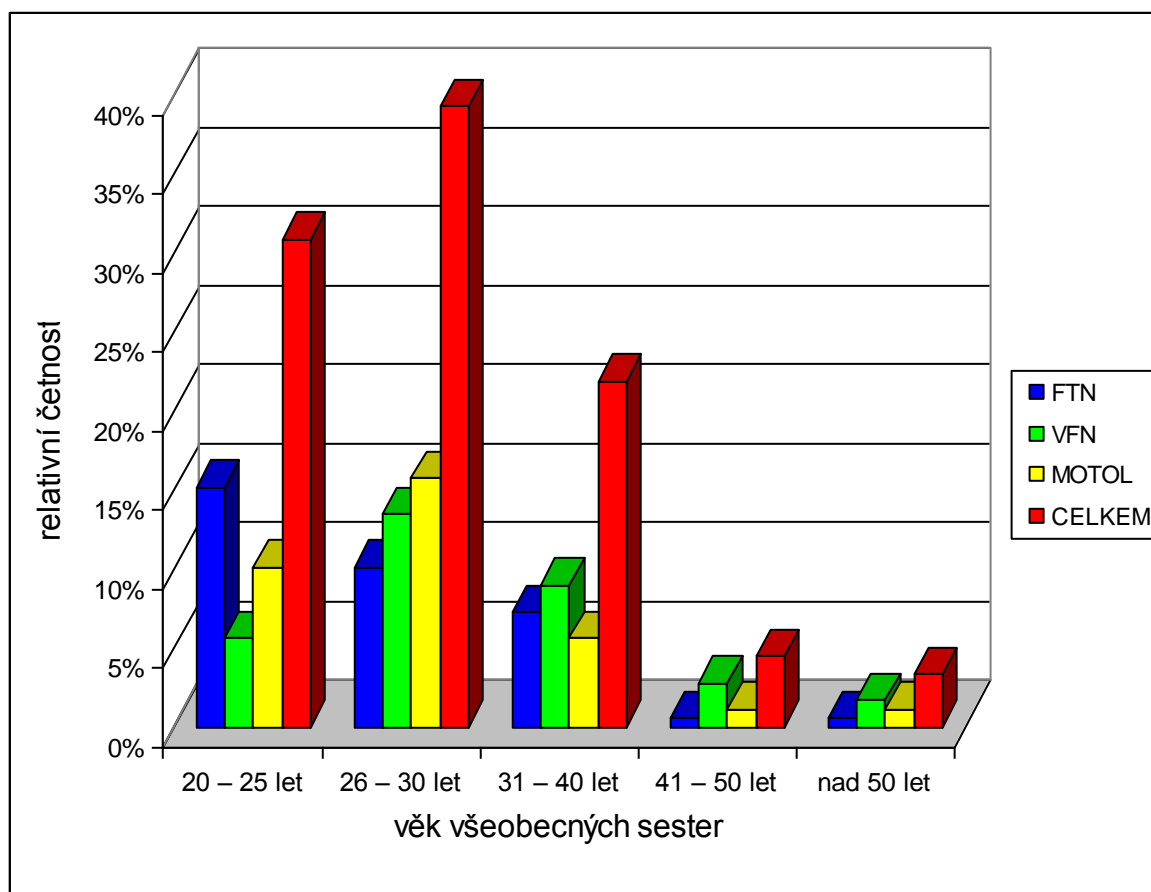
11.6 Identifikační údaje

Položka č. 1 – jaký je věk všeobecných sester

Tabulka č. 1: Věk všeobecných sester

Věk sester	FTN		VFN		MOTOL		CELKEM	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
20 – 25 let	27	15,17 %	10	5,62 %	18	10,11 %	55	30,90 %
26 – 30 let	18	10,11 %	24	13,48 %	28	15,73 %	70	39,33 %
31 – 40 let	13	7,30 %	16	8,99 %	10	5,62 %	39	21,91 %
41 – 50 let	1	0,56 %	5	2,81 %	2	1,12 %	8	4,49 %
nad 50 let	1	0,56 %	3	1,69 %	2	1,12 %	6	3,37 %
N	60	33,71 %	58	32,58 %	60	33,71 %	178	100,00 %

Graf č. 1: Věk všeobecných sester



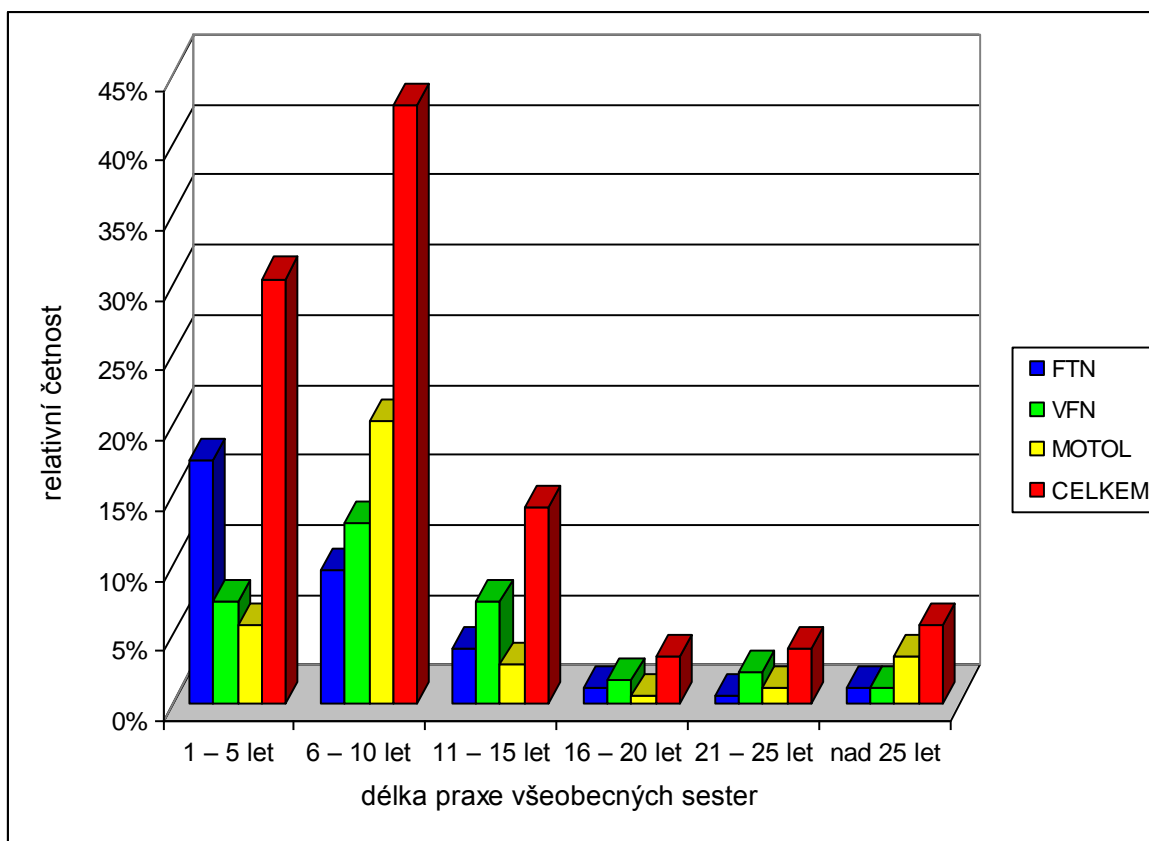
Z tabulky č. 1 a grafu č. 1 je patrné, jaké je věkové rozložení respondentů. Z celkového počtu 178 (100,00 %) respondentů bylo 60 (33,71 %) dotazovaných všeobecných sester z FTNsP, 58 (32,58 %) všeobecných sester z VFN a 60 (33,71 %) všeobecných sester z FN Motol. Nejpočetněji zastoupenou skupinou respondentů, tj. 70 (39,33 %) byly všeobecné sestry ve věku 26 – 30 let. Druhou početnou skupinou respondentů, tj. 55 (30,90 %) byly sestry ve věku 20 – 25 let. Naopak nejméně zastoupenou skupinou respondentů, tj. 6 (3,37 %) byly všeobecné sestry ve věku 50 let a více.

Položka č. 2 – jaká je délka praxe všeobecných sester

Tabulka č. 2: Délka praxe všeobecných sester

Délka praxe	FTN		VFN		MOTOL		CELKEM	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
1 – 5 let	31	17,42 %	13	7,30 %	10	5,62 %	54	30,34 %
6 – 10 let	17	9,55 %	23	12,92 %	36	20,22 %	76	42,70 %
11 – 15 let	7	3,93 %	13	7,30 %	5	2,81 %	25	14,04 %
16 – 20 let	2	1,12 %	3	1,69 %	1	0,56 %	6	3,37 %
21 – 25 let	1	0,56 %	4	2,25 %	2	1,12 %	7	3,93 %
nad 25 let	2	1,12 %	2	1,12 %	6	3,37 %	10	5,62 %
N	60	33,71 %	58	32,58 %	60	33,71 %	178	100,00 %

Graf č. 2: Délka praxe všeobecných sester



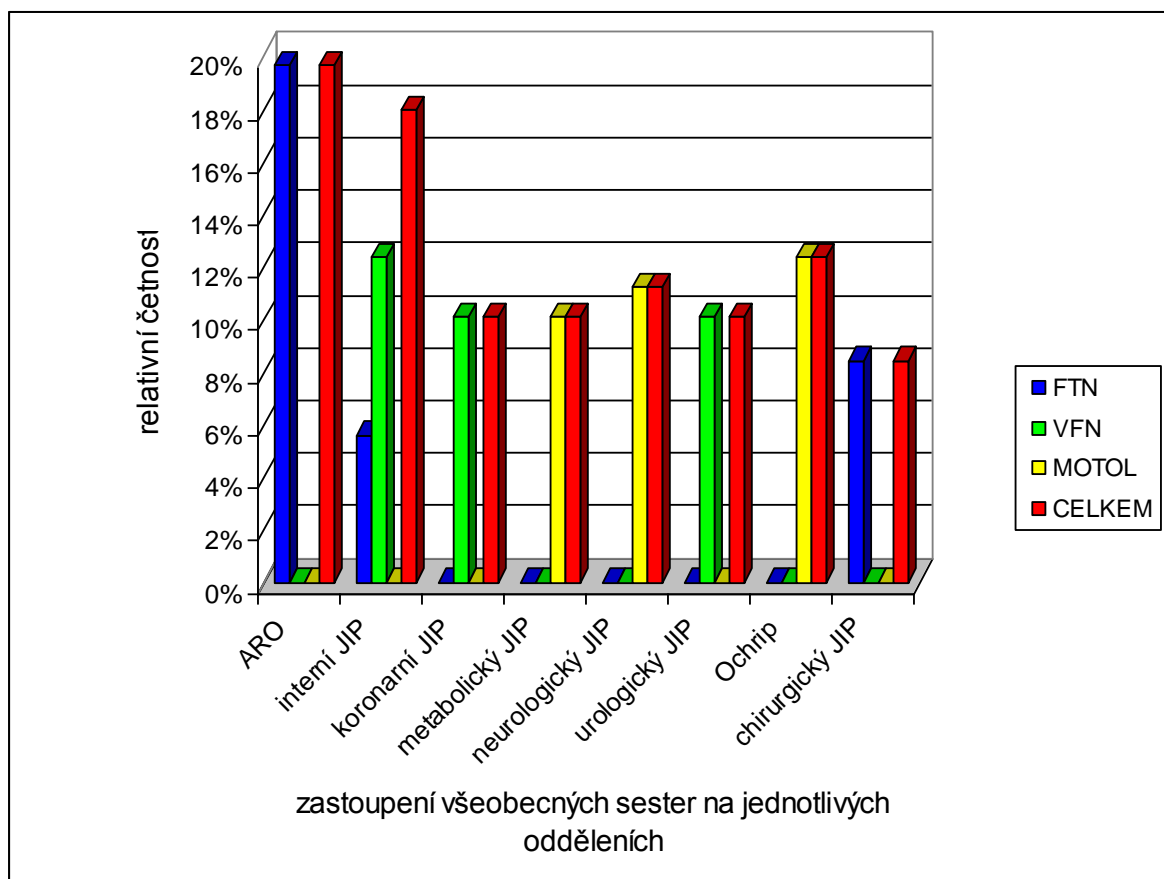
Z tabulky a grafu č. 2 je patrné, jaká je délka praxe respondentů. Z celkového počtu 178 (100,00 %) respondentů bylo 60 (33,71 %) dotazovaných všeobecných sester z FTNsP, 58 (32,58 %) všeobecných sester z VFN a 60 (33,71 %) všeobecných sester z FN Motol. Nejpočetněji zastoupenou skupinou respondentů, tj. 76 (42,70 %) byly všeobecné sestry s délkou praxe 6 – 10 let. Druhou početnou skupinou respondentů, tj. 54 (30,34 %) byly sestry s délkou praxe 1 – 5 let. Naopak nejméně zastoupenou skupinou respondentů, tj. 6 (3,37 %) byly všeobecné sestry s délkou praxe nad 50 let.

Položka č. 3 – jaké je zastoupení všeobecných sester na jednotlivých odděleních

Tabulka č. 3: Zastoupení všeobecných sester na jednotlivých odděleních

Zastoupení sester	FTN		VFN		MOTOL		CELKEM	
	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i
ARO	35	19,66 %	0	0,00 %	0	0,00 %	35	19,66 %
interní JIP	10	5,62 %	22	12,36 %	0	0,00 %	32	17,98 %
koronární JIP	0	0,00 %	18	10,11 %	0	0,00 %	18	10,11 %
metabolický JIP	0	0,00 %	0	0,00 %	18	10,11 %	18	10,11 %
neurologický JIP	0	0,00 %	0	0,00 %	20	11,24 %	20	11,24 %
urologický JIP	0	0,00 %	18	10,11 %	0	0,00 %	18	10,11 %
Ochrip	0	0,00 %	0	0,00 %	22	12,36 %	22	12,36 %
chirurgický JIP	15	8,43 %	0	0,00 %	0	0,00 %	15	8,43 %
N	60	33,71 %	58	32,58 %	60	33,71 %	178	100,00 %

Graf č. 3: Zastoupení všeobecných sester na jednotlivých odděleních



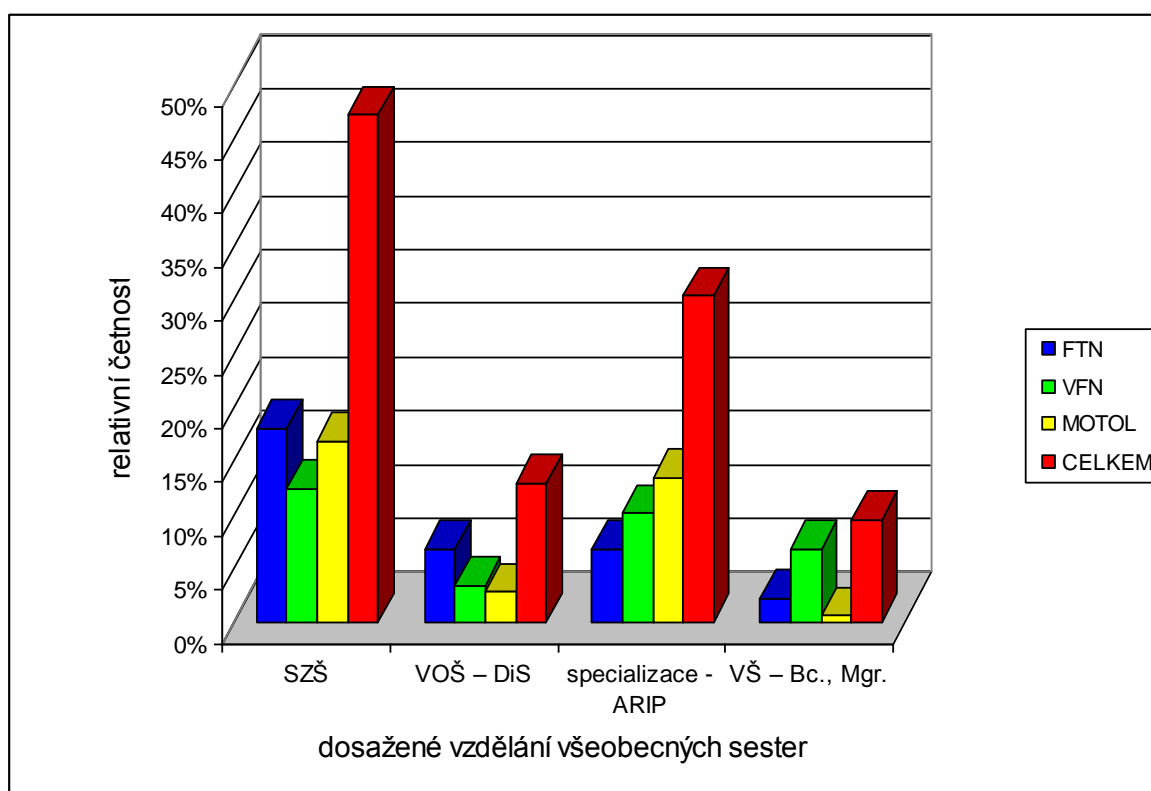
Z tabulky a grafu č. 3 vyplývá, v jakém procentuálním zastoupení se všeobecné sestry jednotlivých vybraných pracovišť (vybraných nemocnic v Praze) účastnily výzkumu. Z celkového počtu 178 (100,00 %) dotazovaných se z FTNsP nemocnice výzkumu účastnilo 60 respondentů (33,71 %), 35 (19,66 %) dotazovaných z ARA, 10 (5,62 %) dotazovaných z interní JIP a 15 (8,43 %) dotazovaných z chirurgické JIP. Z VFN se z celkového počtu 58 (32,58 %) dotazovaných všeobecných sester účastnilo výzkumu 18 (12,36 %) respondentů z koronární JIP, 18 (10,11 %) z interní JIP a 18 (10,11 %) respondentů z urologické JIP. Ve Fakultní nemocnici Motol se výzkumu účastnilo z celkového počtu 58 (33,71 %) dotazovaných všeobecných sester 18 (10,11 %) respondentů z metabolické JIP, 20 (11,24 %) z neurologické JIP a 22 (12,48%) respondentů z oddělení OCHRIP.

Položka č. 4 – jaké je dosažené vzdělání všeobecných sester

Tabulka č. 4: Dosažené vzdělání všeobecných sester

Dosažené vzdělání	FTN		VFN		MOTOL		CELKEM	
	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i
SZŠ	32	17,98 %	22	12,36 %	30	16,85 %	84	47,19 %
VOŠ – DiS	12	6,74 %	6	3,37 %	5	2,81 %	23	12,92 %
specializace – ARIP	12	6,74 %	18	10,11 %	24	13,48 %	54	30,34 %
VŠ – Bc., Mgr.	4	2,25 %	12	6,74 %	1	0,56 %	17	9,55 %
N	60	33,71 %	58	32,58 %	60	33,71 %	178	100,00 %

Graf č. 4: Dosažené vzdělání všeobecných sester



Z tabulky a grafu č. 4 je patrné, jaké je dosažené vzdělání respondentů. Z celkového počtu 178 (100,00 %) respondentů bylo 60 (33,71 %) dotazovaných všeobecných sester z FTNsP, 58 (32,58 %) všeobecných sester z VFN a 60 (33,71 %) všeobecných sester z FN Motol. Nejpočetněji zastoupenou skupinou respondentů, tj. 84 (47,19 %) byly všeobecné sestry se středoškolským vzděláním. Druhou početnou

skupinou respondentů, tj. 54 (30,34 %) byly sestry se specializací – ARIP. Naopak nejméně zastoupenou skupinou respondentů, tj. 17 (9,55 %) byly všeobecné sestry s vysokoškolským vzděláním Bc., Mgr.

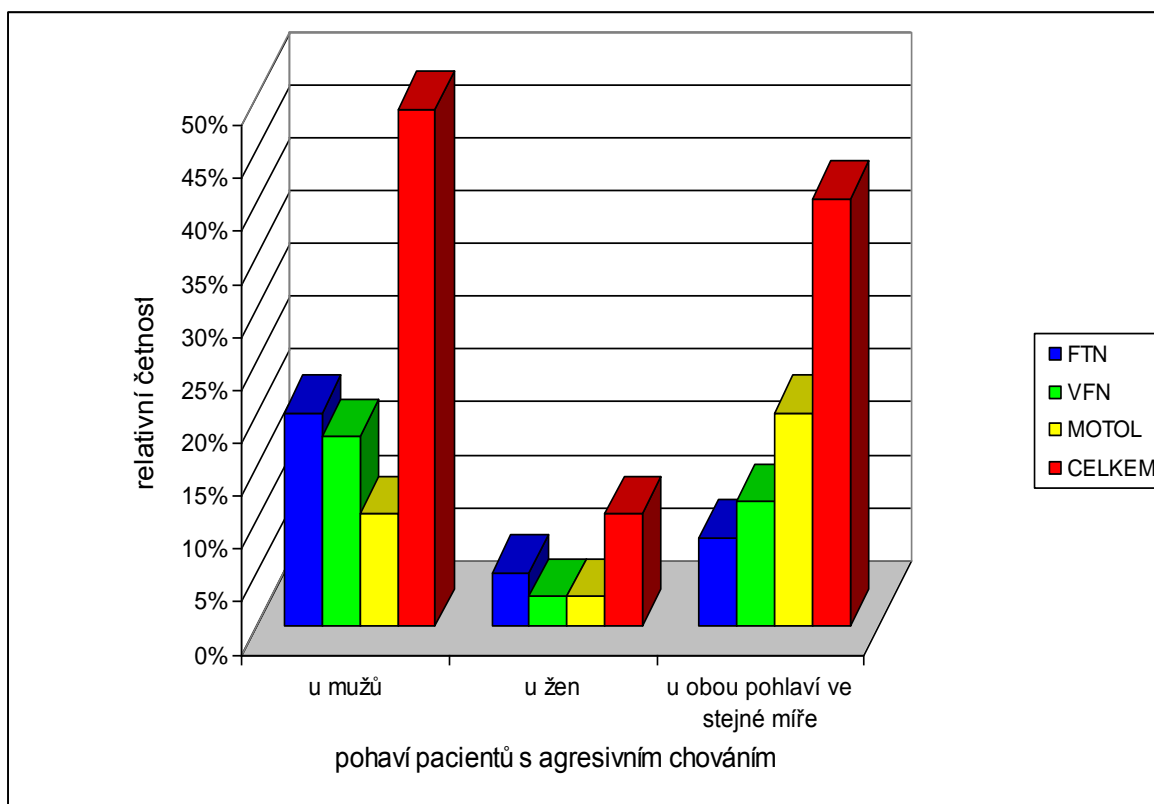
11.7 Interpretace dat k cíli č. 1

Položka č. 5 – jaké je pohlaví pacientů s agresivním chováním

Tabulka č. 5: Pohlaví pacientů s agresivním chováním

Pohlaví pacientů	FTN		VFN		MOTOL		CELKEM	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
u mužů	36	20,22 %	32	17,98 %	19	10,67 %	87	48,88 %
u žen	9	5,06 %	5	2,81 %	5	2,81 %	19	10,67 %
u obou pohlaví ve stejné míře	15	8,43 %	21	11,80 %	36	20,22 %	72	40,45 %
N	60	33,71 %	58	32,58 %	60	33,71 %	178	100,00 %

Graf č. 5: Pohlaví pacientů s agresivním chováním



Z tabulky a grafu č. 5 lze vyčíst, zda-li se dotazované všeobecné sestry častěji setkávají s agresivním chováním u mužů či u žen nebo u obou pohlaví stejně. Z celkového počtu 178 (100,00 %) respondentů bylo 60 (33,71 %) dotazovaných všeobecných sester

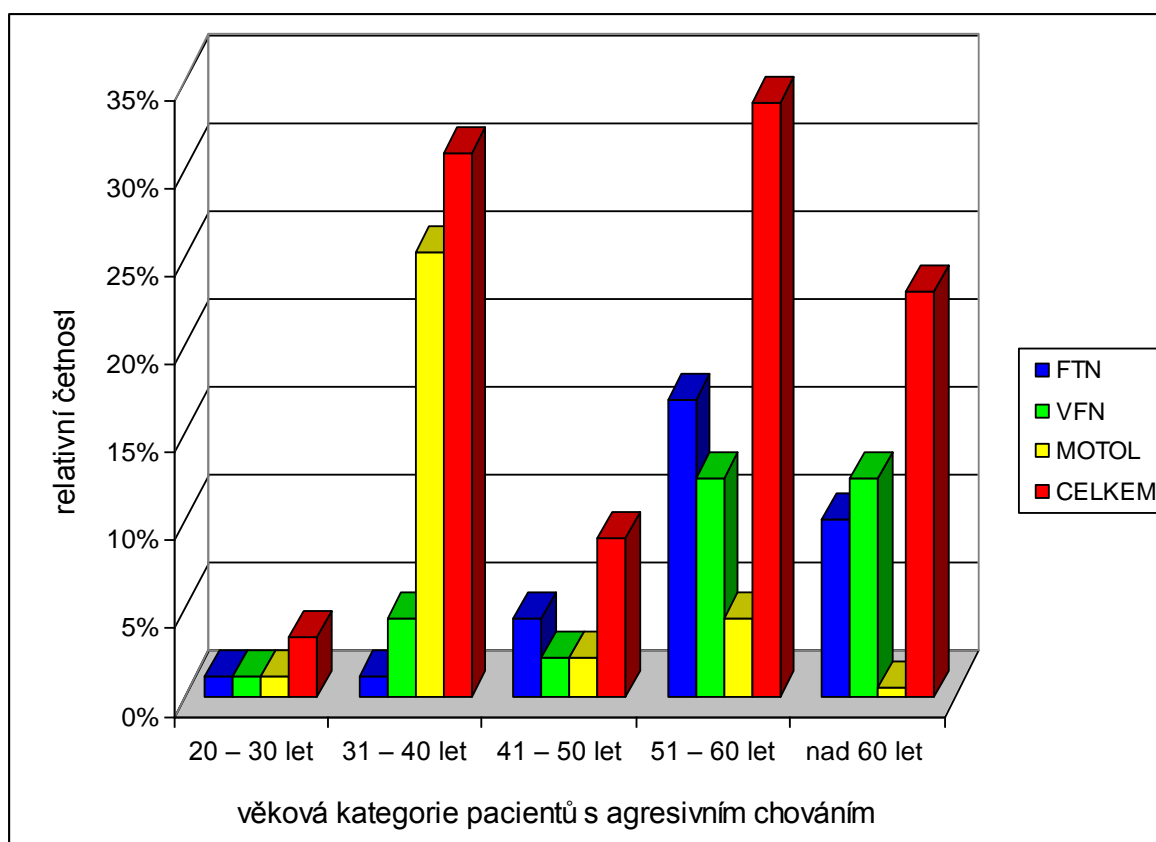
z FTNsP, 58 (32,58 %) všeobecných sester z VFN a 60 (33,71 %) všeobecných sester z FN Motol. Nejpočetněji zastoupená skupina respondentů, tj. 87 (48,88 %) odpověděla, že nejčastěji se s agresivním chováním setkávají u mužů. Druhá nejpočetnější skupina respondentů, tj. 72 (40,45 %) odpověděla, že nejčastěji se s agresivním chováním setkávají u obou pohlaví stejně. Naopak nejméně zastoupenou skupinou respondentů, tj. 19 (10,67 %) byla skupina, která uvedla, že se nejčastěji setkávají s agresivním chováním u žen.

Položka č. 6 – jaká je věková kategorie pacientů s agresivním chováním

Tabulka č. 6: Věková kategorie pacientů s agresivním chováním

Věková kategorie	FTN		VFN		MOTOL		CELKEM	
	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i
20 – 30 let	2	1,12 %	2	1,12 %	2	1,12 %	6	3,37 %
31 – 40 let	2	1,12 %	8	4,49 %	45	25,28 %	55	30,90 %
41 – 50 let	8	4,49 %	4	2,25 %	4	2,25 %	16	8,99 %
51 – 60 let	30	16,85 %	22	12,36 %	8	4,49 %	60	33,71 %
nad 60 let	18	10,11 %	22	12,36 %	1	0,56 %	41	23,03 %
N	60	33,71 %	58	32,58 %	60	33,71 %	178	100,00 %

Graf č. 6: Věková kategorie pacientů s agresivním chováním



Z tabulky a grafu č. 6 je patrné, jaká je věková kategorie pacientů s agresivním chováním. Z celkového počtu 178 (100,00 %) respondentů bylo 60 (33,71 %) dotazovaných všeobecných sester z FTNsP, 58 (32,58 %) všeobecných sester z VFN

a 60 (33,71 %) všeobecných sester z FN Motol. Nejpočetněji zastoupená skupina respondentů, tj. 60 (33,71 %) odpověděla, že nejčastěji se s agresivním chováním setkávají u pacientů ve věku 51 – 60 let. Druhá nejpočetnější skupina respondentů, tj. 55 (30,90 %) odpověděla, že nejčastěji se setkávají s agresivním chováním u pacientů ve věku 31 – 40 let. Naopak nejméně zastoupenou skupinou respondentů, tj. 6 (3,37 %) byla skupina, která uvedla, že se nejčastěji setkává s agresivním pacientem, který je ve věku 20 – 30 let.

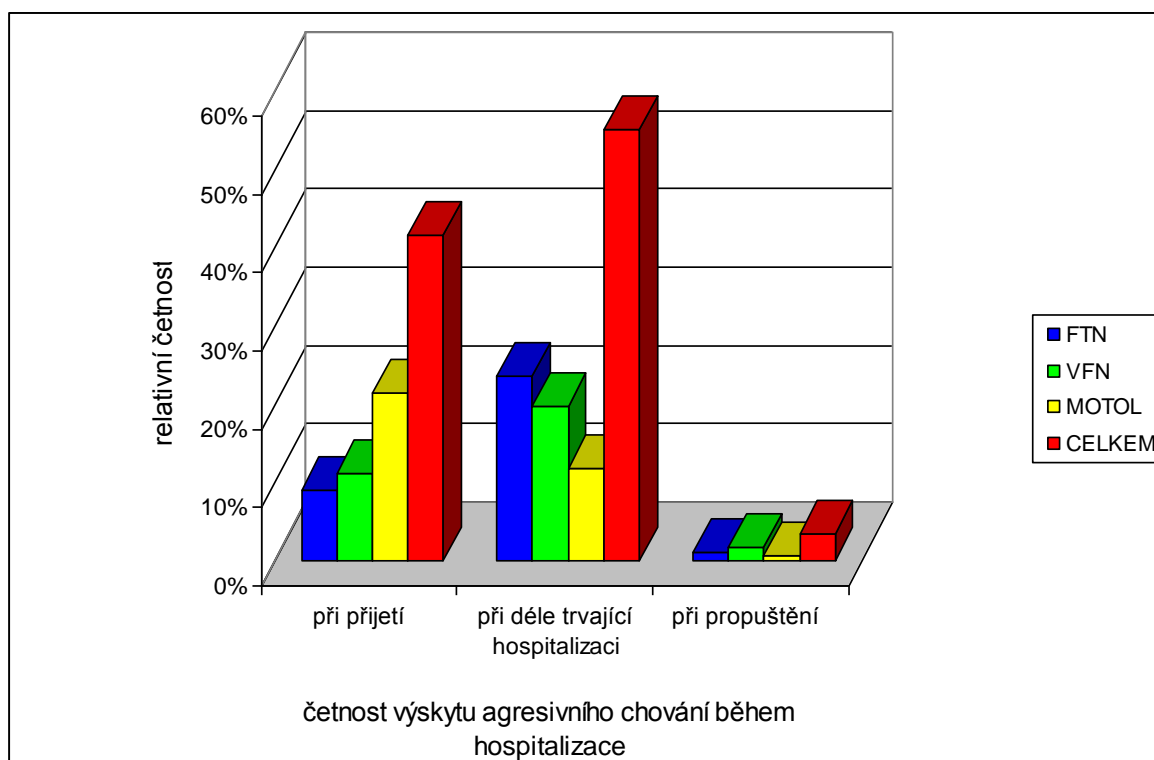
11.8 Interpretace dat k cíli č. 2

Položka č. 7 – jaká je četnost výskytu agresivního chování během hospitalizace

Tabulka č. 7: Četnost výskytu agresivního chování během hospitalizace

Četnost výskytu	FTN		VFN		MOTOL		CELKEM	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
při přijetí	16	8,99 %	20	11,24 %	38	21,35 %	74	41,57 %
při déle trvající hospitalizaci	42	23,60 %	35	19,66 %	21	11,80 %	98	55,06 %
při propuštění	2	1,12 %	3	1,69 %	1	0,56 %	6	3,37 %
N	60	33,71 %	58	32,58 %	60	33,71 %	178	100,00 %

Graf č. 7: Četnost výskytu agresivního chování během hospitalizace



Z tabulky a grafu č. 7. je patrné, jaká je četnost výskytu agresivního chování u pacientů během hospitalizace. Z celkového počtu 178 (100,00 %) respondentů bylo 60 (33,71 %) dotazovaných všeobecných sester z FTNsP, 58 (32,58 %) všeobecných sester z VFN a 60 (33,71 %) všeobecných sester z FN Motol. Nejpočetněji zastoupená skupina

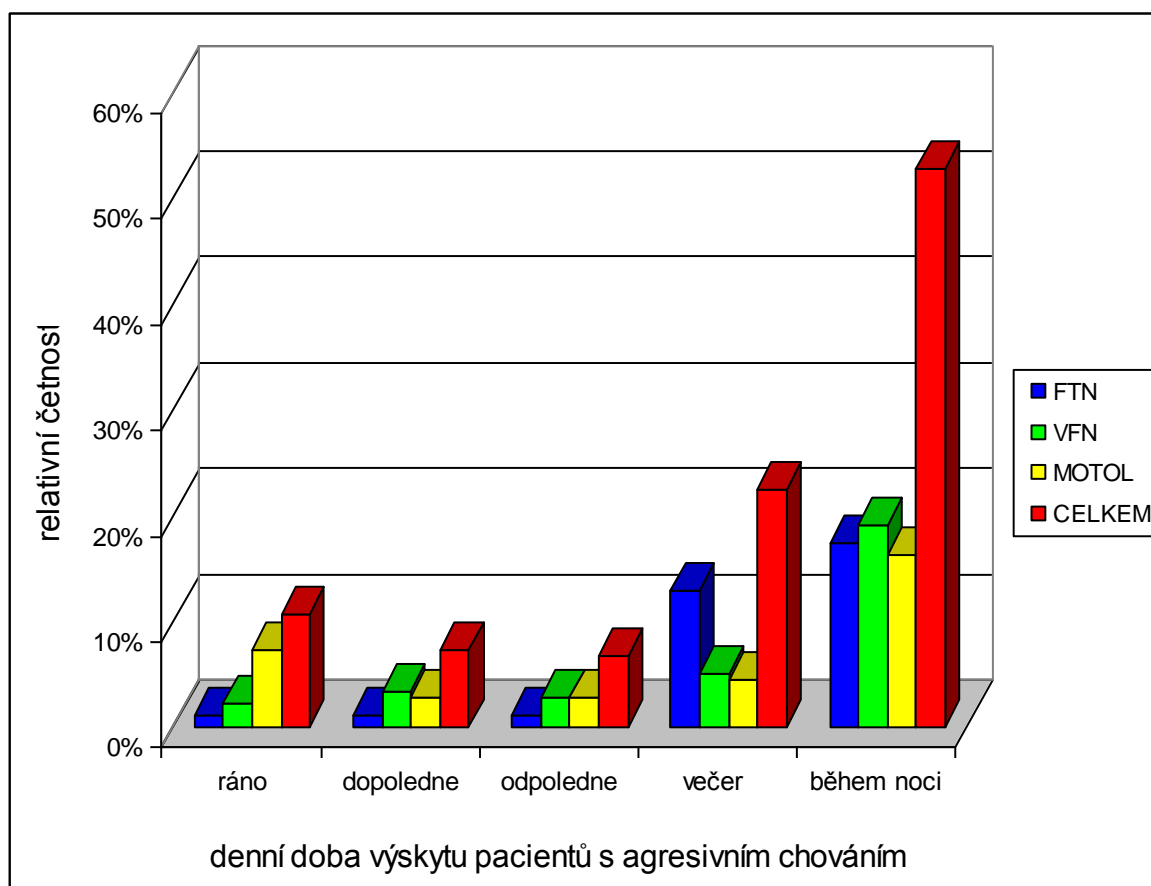
respondentů, tj. 98 (55,06 %) odpověděla, že nejčastěji se s agresivním chováním setkává při déletrvající hospitalizaci. Druhá nejpočetnější skupina respondentů, tj. 74 (41,57 %) odpověděla, že nejčastěji se setkávají s agresivním chováním při přijetí. Naopak nejméně zastoupenou skupinou respondentů, tj. 6 (3,37 %) byla skupina, která uvedla, že se nejčastěji setkávají s agresivním pacientem při propuštění.

Položka č. 8 – jaká je denní doba výskytu pacientů s agresivním chováním

Tabulka č. 8: Denní doba výskytu pacientů s agresivním chováním

Denní doba	FTN		VFN		MOTOL		CELKEM	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
ráno	2	1,12 %	4	2,25 %	13	7,30 %	19	10,67 %
dopoledne	2	1,12 %	6	3,37 %	5	2,81 %	13	7,30 %
odpoledne	2	1,12 %	5	2,81 %	5	2,81 %	12	6,74 %
večer	23	12,92 %	9	5,06 %	8	4,49 %	40	22,47 %
během noci	31	17,42 %	34	19,10 %	29	16,29 %	94	52,81 %
N	60	33,71 %	58	32,58 %	60	33,71 %	178	100,00 %

Graf č. 8: Denní doba výskytu pacientů s agresivním chováním



Z tabulky a grafu č. 8 je patrné, jaká je denní doba výskytu pacientů s agresivním chováním. Z celkového počtu 178 (100,00 %) respondentů bylo 60 (33,71 %) respondentů, kteří uvedli výskyt agresivního chování během noci.

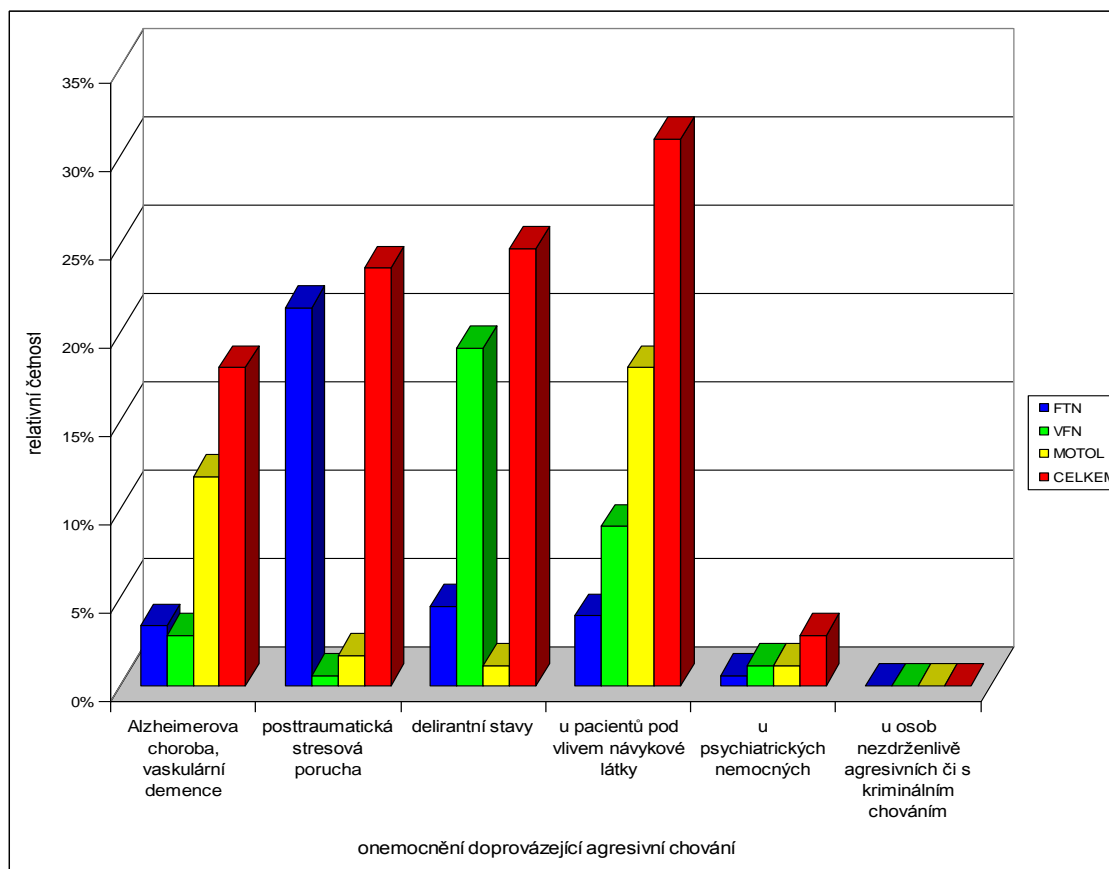
dotazovaných všeobecných sester z FTNsP, 58 (32,58 %) všeobecných sester z VFN a 60 (33,71 %) všeobecných sester z FN Motol. Nejpočetněji zastoupená skupina respondentů, tj. 94 (52,81 %) odpověděla, že nejčastěji se s agresivním chováním setkávají během noci. Druhá nejpočetnější skupina respondentů, tj. 40 (22,47 %) odpověděla, že nejčastěji se setkávají s agresivním chováním v noci. Naopak nejméně zastoupenou skupinou respondentů, tj. 12 (6,74 %) byla skupina, která uvedla, že se nejčastěji setkávají s agresivním pacientem odpoledne.

Položka č. 9 – jaká onemocnění doprovázejí agresivní chování

Tabulka č. 9: Onemocnění doprovázející agresivní chování

Onemocnění	FTN		VFN		MOTOL		CELKEM	
	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i
Alzheimerova choroba, vaskulární demence	6	3,37 %	5	2,81 %	21	11,80 %	32	17,98 %
posttraumatická stresová porucha	38	21,35 %	1	0,56 %	3	1,69 %	42	23,60 %
delirantní stavy	8	4,49 %	34	19,10 %	2	1,12 %	44	24,72 %
u pacientů pod vlivem návykové látky	7	3,93 %	16	8,99 %	32	17,98 %	55	30,90 %
u psychiatrických nemocných	1	0,56 %	2	1,12 %	2	1,12 %	5	2,81 %
u osob nezdrženlivě agresivních či s kriminálním chováním	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
N	60	33,71 %	58	32,58 %	60	33,71 %	178	100,00 %

Graf č. 9: Onemocnění doprovázející agresivní chování



Tabulka a graf č. 9 uvádí, jaké přidružené onemocnění nejčastěji doprovází pacienty s agresivním chováním. Z celkového počtu 178 (100,00 %) respondentů bylo 60 (33,71 %) dotazovaných všeobecných sester z FTNsP, 58 (32,58 %) všeobecných sester z VFN a 60 (33,71 %) všeobecných sester z FN Motol. Nejpočetněji zastoupená skupina respondentů, tj. 55 (30,90 %) odpověděla, že nejčastěji se s agresivním chováním setkávají u pacientů pod vlivem návykové látky. Druhá nejpočetnější skupina respondentů, tj. 44 (24,72 %) odpověděla, že nejčastěji se setkávají s agresivním chováním u pacientů s delirantním stavem. Naopak nikdo z respondentů nevedl, tj. 0 (0,00 %), že se nejčastěji setkávají s agresivním pacientem u osob nezdrženlivě agresivních či s kriminálním chováním.

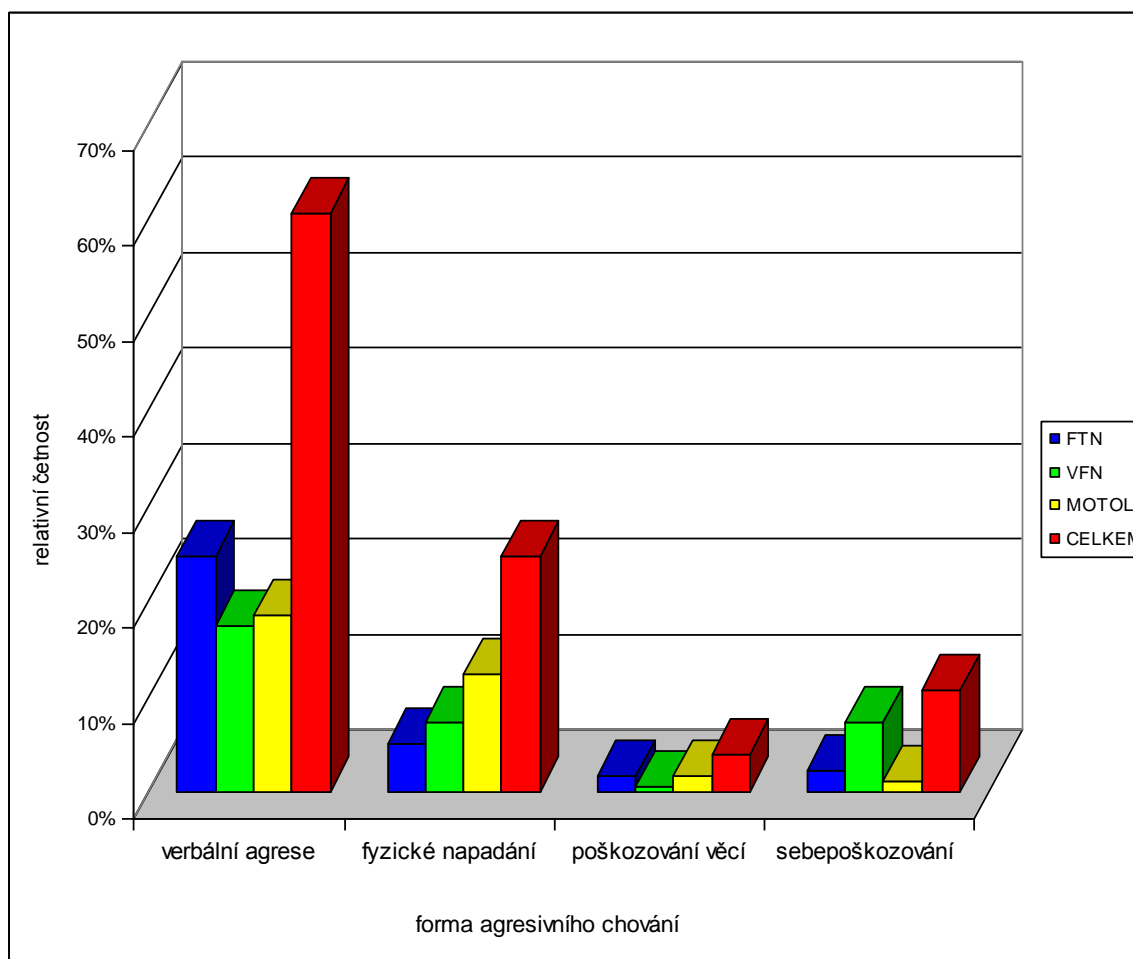
11.9 Interpretace dat k cíli č. 3

Položka č. 10 – jaká je forma agresivního chování

Tabulka č. 10: Forma agresivního chování

Forma agresivního chování	FTN		VFN		MOTOL		CELKEM	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
verbální agrese	44	24,72 %	31	17,42 %	33	18,54 %	108	60,67 %
fyzické napadání	9	5,06 %	13	7,30 %	22	12,36 %	44	24,72 %
poškození věcí	3	1,69 %	1	0,56 %	3	1,69 %	7	3,93 %
sebepoškození	4	2,25 %	13	7,30 %	2	1,12 %	19	10,67 %
N	60	33,71 %	58	32,58 %	60	33,71 %	178	100,00 %

Graf č. 10: Forma agresivního chování



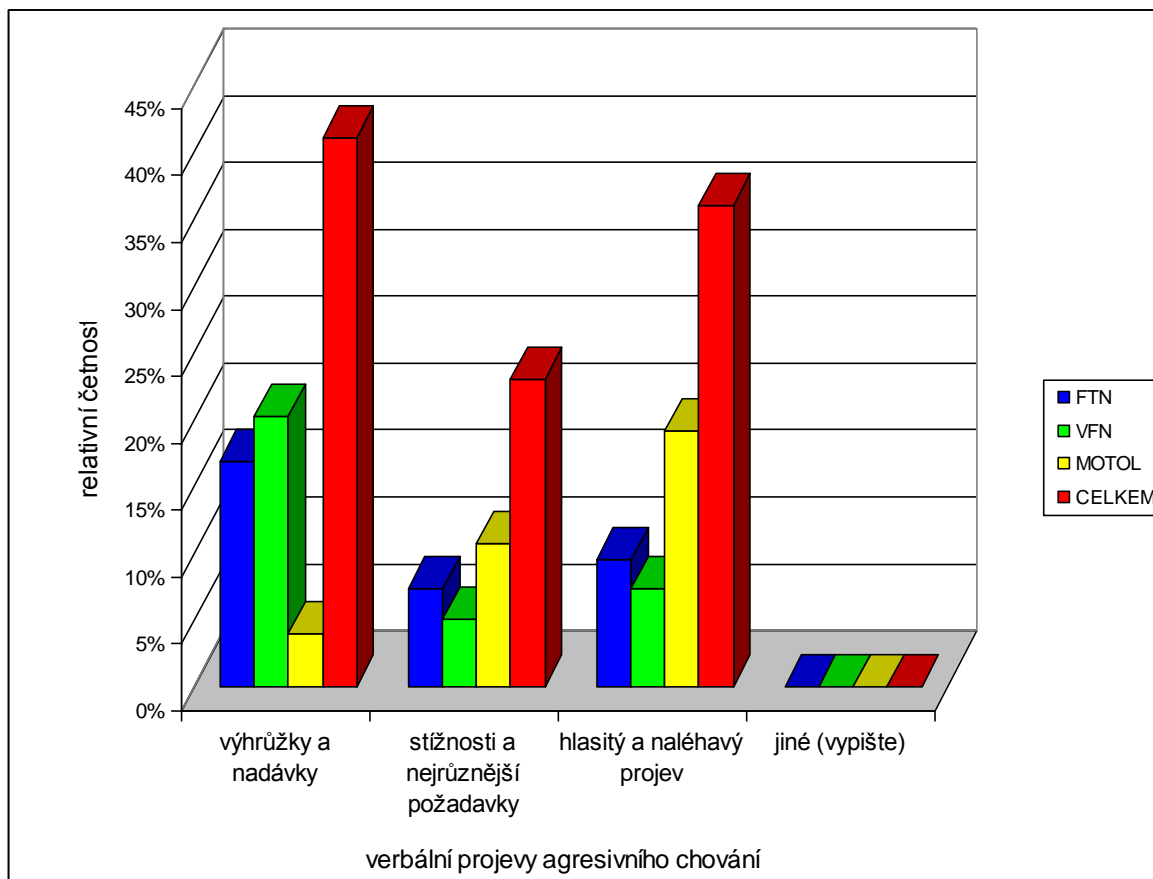
Z tabulky a grafu č. 10 je patrné, jaká je nejčastější forma agresivního chování. Z celkového počtu 178 (100,00 %) respondentů bylo 60 (33,71 %) dotazovaných všeobecných sester z FTNsP, 58 (32,58 %) všeobecných sester z VFN a 60 (33,71 %) všeobecných sester z FN Motol. Nejpočetněji zastoupená skupina respondentů, tj. 108 (60,67 %) odpověděla, že nejčastěji formou agresivního chování je verbální agrese. Druhá nejpočetnější skupina respondentů, tj. 44 (24,72 %) odpověděla, že nejčastěji formou agresivního chování je fyzické napadení. Naopak nejméně zastoupenou skupinou respondentů, tj. 7 (3,93 %) byla skupina, která uvedla, že nejčastější formou agresivního chování je poškozování věcí.

Položka č. 11 – jaké jsou verbální projevy agresivního chování

Tabulka č. 11: Verbální projevy agresivního chování

Verbální projev	FTN		VFN		MOTOL		CELKEM	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
výhrůžky a nadávky	30	16,85 %	36	20,22 %	7	3,93 %	73	41,01 %
stížnosti a nejrůznější požadavky	13	7,30 %	9	5,06 %	19	10,67 %	41	23,03 %
hlasitý a naléhavý projev	17	9,55 %	13	7,30 %	34	19,10 %	64	35,96 %
jiné (vypište)	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
N	60	33,71 %	58	32,58 %	60	33,71 %	178	100,00 %

Graf č. 11: Verbální projevy agresivního chování



Z tabulky a grafu č. 11 je patrné, jaké jsou verbální projevy agresivního chování. Z celkového počtu 178 (100,00 %) respondentů bylo 60 (33,71 %) dotazovaných

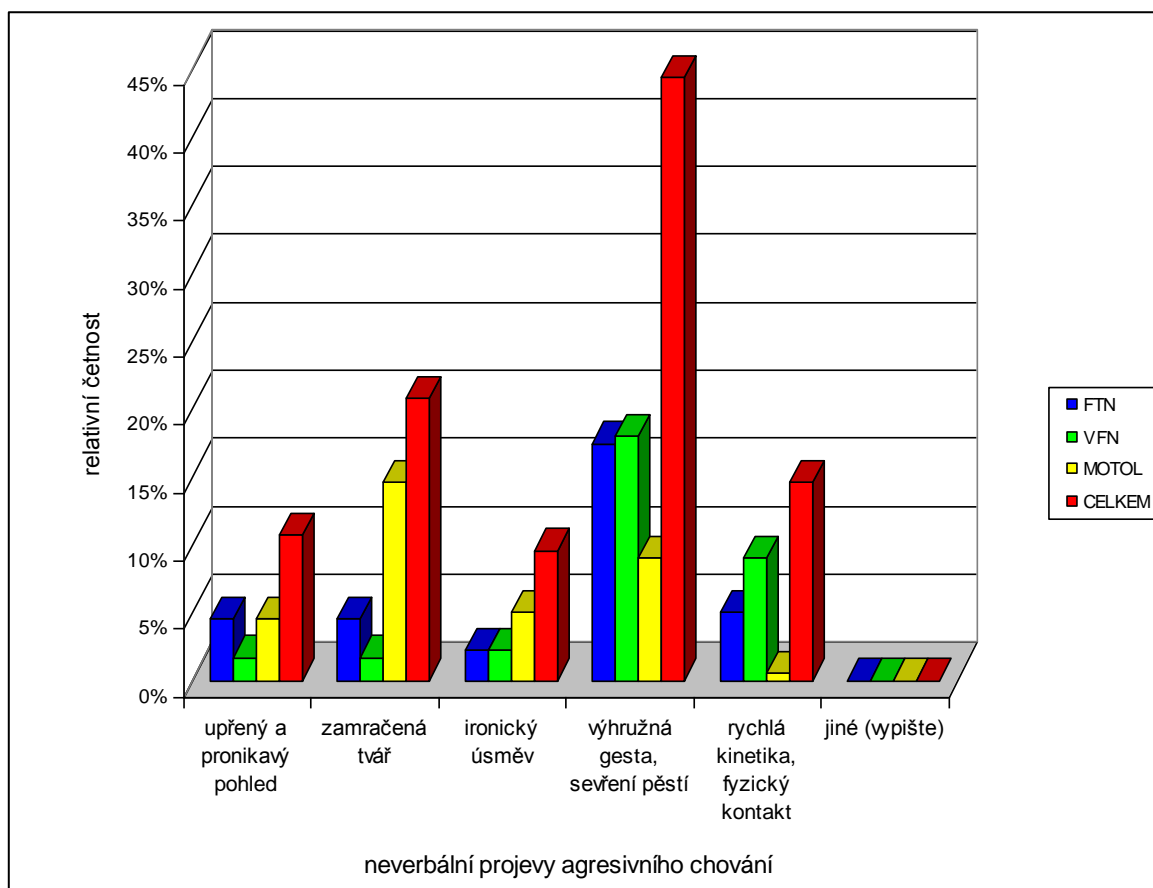
všeobecných sester z FTNsP, 58 (32,58 %) všeobecných sester z VFN a 60 (33,71 %) všeobecných sester z FN Motol. Nejpočetněji zastoupená skupina respondentů, tj. 73 (41,01 %) odpověděla, že nejčastějším verbálním projevem agresivního chování jsou výhrůžky a nadávky. Druhá nejpočetnější skupina respondentů, tj. 64 (35,96 %) odpověděla, že nejčastějším verbálním projevem agresivního chování je hlasitý a naléhavý projev. Naopak nikdo z respondentů, tj. 0 (0,00 %) nevypsal jinou možnost nejčastějšího verbálního projevů agresivního chování.

Položka č. 12 – jaké jsou neverbální projevy agresivního chování

Tabulka č. 12: Neverbální projevy agresivního chování

Neverbální projev	FTN		VFN		MOTOL		CELKEM	
	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i
upřený a pronikavý pohled	8	4,49 %	3	1,69 %	8	4,49 %	19	10,67 %
zamračená tvář	8	4,49 %	3	1,69 %	26	14,61 %	37	20,79 %
ironický úsměv	4	2,25 %	4	2,25 %	9	5,06 %	17	9,55 %
výhružná gesta, sevření pěstí	31	17,42 %	32	17,98 %	16	8,99 %	79	44,38 %
rychlá kinetika, fyzický kontakt	9	5,06 %	16	8,99 %	1	0,56 %	26	14,61 %
jiné (vypište)	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
N	60	33,71 %	58	32,58 %	60	33,71 %	178	100,00 %

Graf č. 12: Neverbální projevy agresivního chování



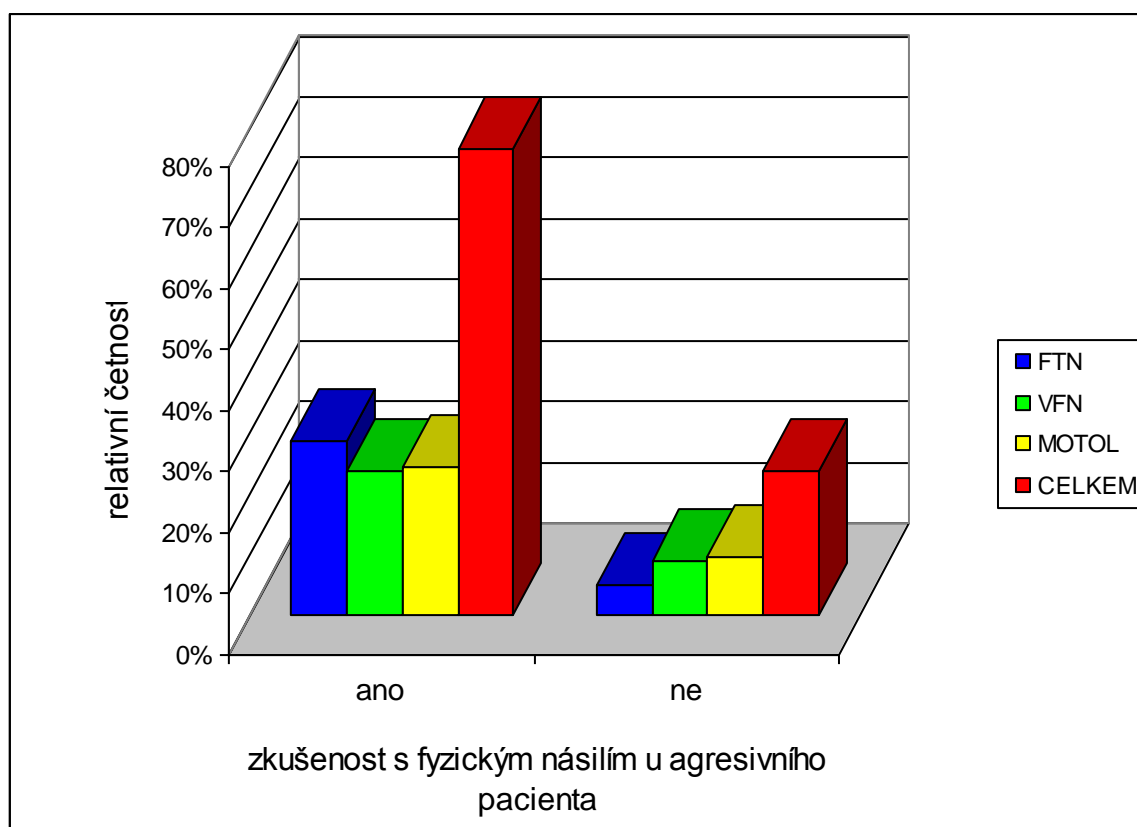
Z tabulky a grafu č. 12 je patrné, jaké jsou neverbální projevy agresivního chování. Z celkového počtu 178 (100,00 %) respondentů bylo 60 (33,71 %) dotazovaných všeobecných sester z FTNsP, 58 (32,58 %) všeobecných sester z VFN a 60 (33,71 %) všeobecných sester z FN Motol. Nejpočetněji zastoupená skupina respondentů, tj. 79 (44,38 %) odpověděla, že nejčastějším neverbálním projevem agresivního chování jsou výhrušná gesta, sevřené pěsti. Druhá nejpočetnější skupina respondentů, tj. 37 (20,79 %) odpověděla, že nejčastějším verbálním projevem agresivního chování je zamračená tvář. Naopak nikdo z respondentů, tj. 0 (0,00 %) nevypsal jinou možnost nejčastějšího neverbálního projevu agresivního chování.

Položka č. 13 – jaká je zkušenost všeobecných sester s fyzickým násilím u agresivního pacienta

Tabulka č. 13: Zkušenost s fyzickým násilím u agresivního pacienta

Zkušenost	FTN		VFN		MOTOL		CELKEM	
	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i
ano	51	28,65 %	42	23,60 %	43	24,16 %	136	76,40 %
ne	9	5,06 %	16	8,99 %	17	9,55 %	42	23,60 %
N	60	33,71 %	58	32,58 %	60	33,71 %	178	100,00 %

Graf č. 13: Zkušenost s fyzickým násilím u agresivního pacienta



Z tabulky a grafu č. 13 je patrné, jaká je zkušenost všeobecných sester s fyzickým násilím u agresivního pacienta. Z celkového počtu 178 (100,00 %) respondentů bylo 60 (33,71 %) dotazovaných všeobecných sester z FTNsP, 58 (32,58 %) všeobecných sester z VFN a 60 (33,71 %) všeobecných sester z FN Motol. Nejpočetněji zastoupená skupina respondentů, tj. 136 (76,40 %) odpověděla, že má zkušenost s fyzickým násilím

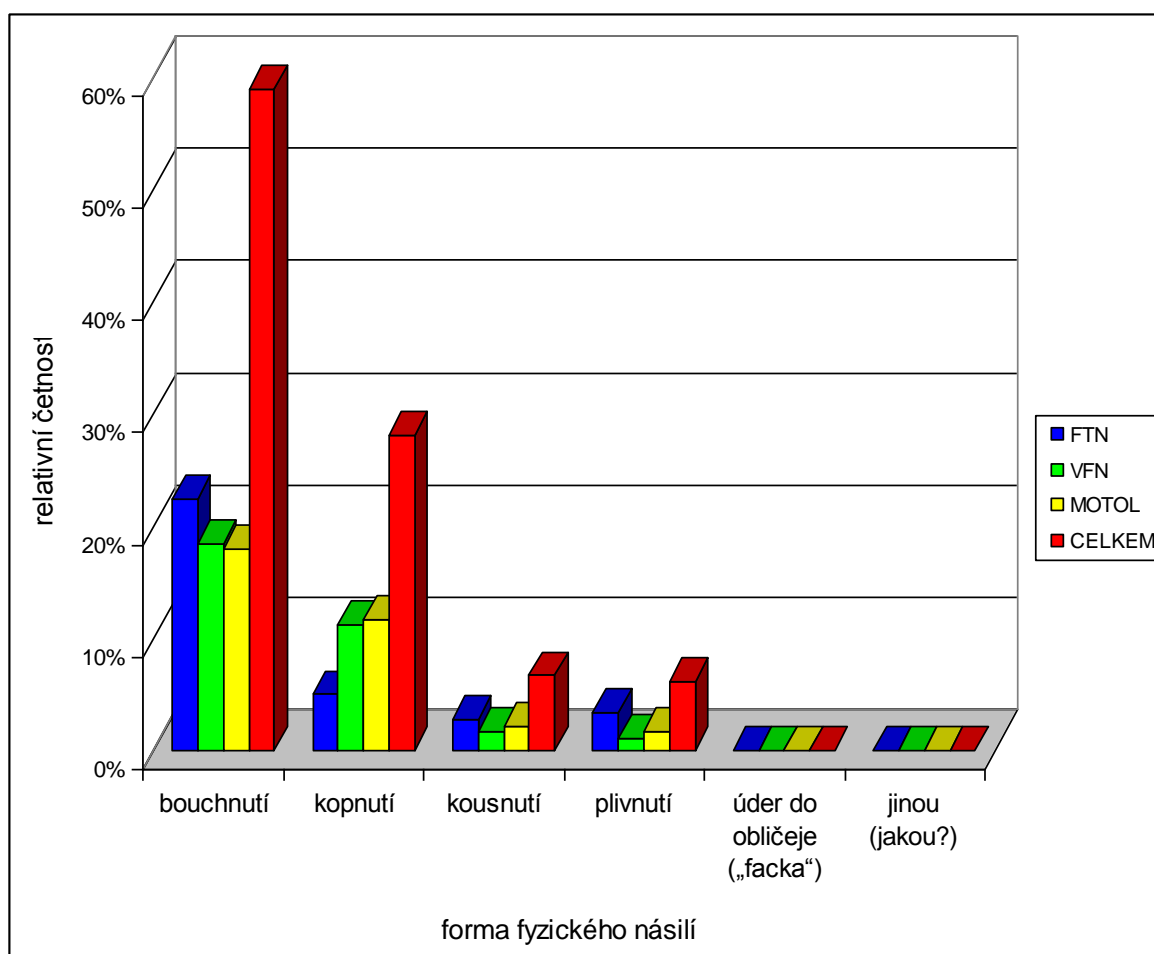
u agresivního pacienta. Naopak nejméně zastoupenou skupinou respondentů, tj. 42 (23,60 %) byla skupina, která uvedla, že nemá zkušenost s fyzickým násilím u agresivního pacienta.

Položka č. 14 – jaká je forma fyzického násilí vůči respondentům

Tabulka č. 14: Forma fyzického násilí vůči respondentům

Forma	FTN		VFN		MOTOL		CELKEM	
	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i
bouchnutí	40	22,47 %	33	18,54 %	32	17,98 %	105	58,99 %
kopnutí	9	5,06 %	20	11,24 %	21	11,80 %	50	28,09 %
kousnutí	5	2,81 %	3	1,69 %	4	2,25 %	12	6,74 %
plivnutí	6	3,37 %	2	1,12 %	3	1,69 %	11	6,18 %
úder do obličeje („facka“)	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
jinou (jakou?)	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
N	60	33,71 %	58	32,58 %	60	33,71 %	178	100,00 %

Graf č. 14: Forma fyzického násilí



Z tabulky a grafu č. 14 je patrné, jaká je forma fyzického násilí vůči zdravotnickému personálu. Z celkového počtu 178 (100,00 %) respondentů bylo 60 (33,71 %) dotazovaných všeobecných sester z FTNsP, 58 (32,58 %) všeobecných sester z VFN a 60 (33,71 %) všeobecných sester z FN Motol. Nejpočetněji zastoupená skupina respondentů, tj. 105 (58,99 %) odpověděla, že nejčastější forma fyzického násilí je bouchnutí. Druhá nejpočetnější skupina respondentů, tj. 50 (28,09 %) odpověděla, že nejčastější forma fyzického násilí je kopnutí. Naopak nikdo z respondentů, tj. 0 (0,00 %) nevypsal jinou možnost formy fyzického násilí vůči zdravotnickému personálu.

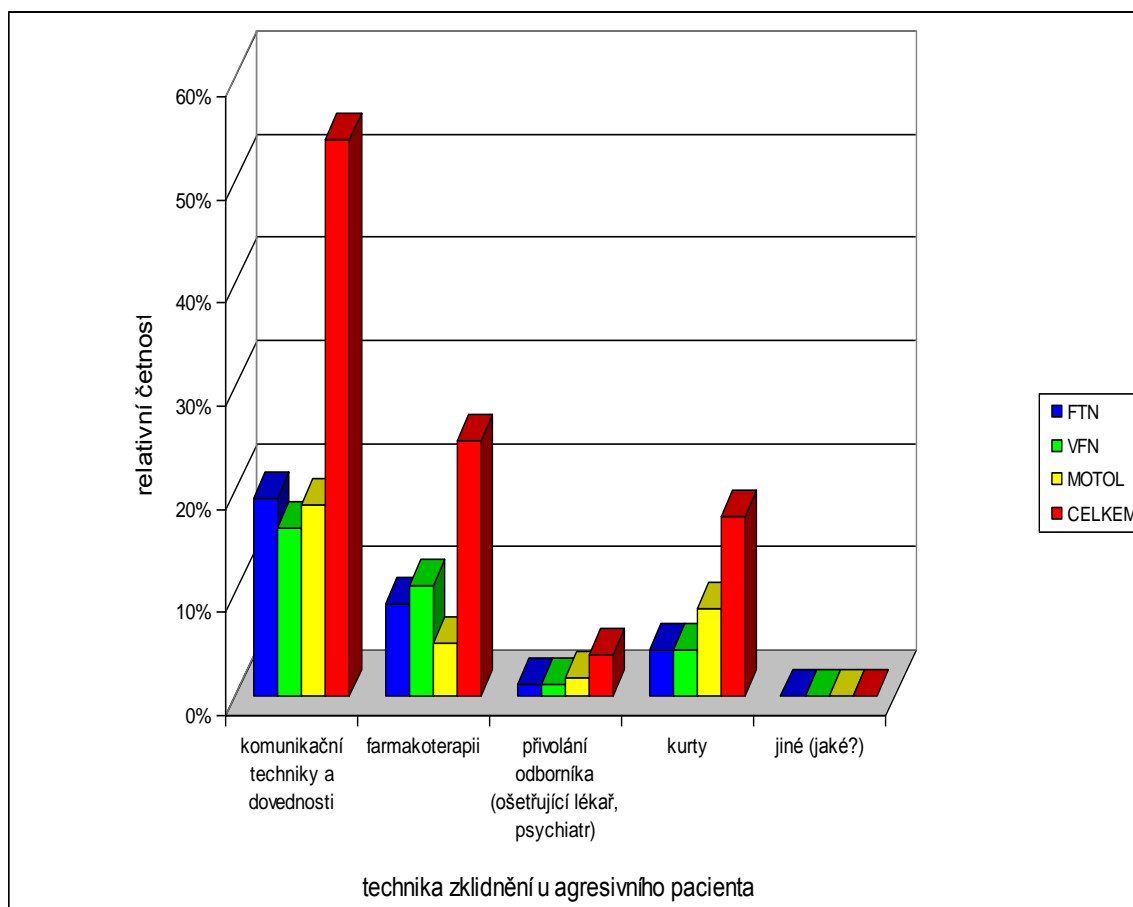
11.10 Interpretace dat k cíli č. 4

Položka č. 15 – jaká je technika zklidnění u agresivního pacienta

Tabulka č. 15: Technika zklidnění u agresivního pacienta

Technika zklidnění	FTN		VFN		MOTOL		CELKEM	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
komunikační techniky a dovednosti	34	19,10 %	29	16,29 %	33	18,54 %	96	53,93 %
farmakoterapii	16	8,99 %	19	10,67 %	9	5,06 %	44	24,72 %
přivolání odborníka (ošetřující lékař, psychiatr)	2	1,12 %	2	1,12 %	3	1,69 %	7	3,93 %
kurty	8	4,49 %	8	4,49 %	15	8,43 %	31	17,42 %
jiné (jaké?)	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
N	60	33,71 %	58	32,58 %	60	33,71 %	178	100 %

Graf č. 15: Technika zklidnění u agresivního pacienta



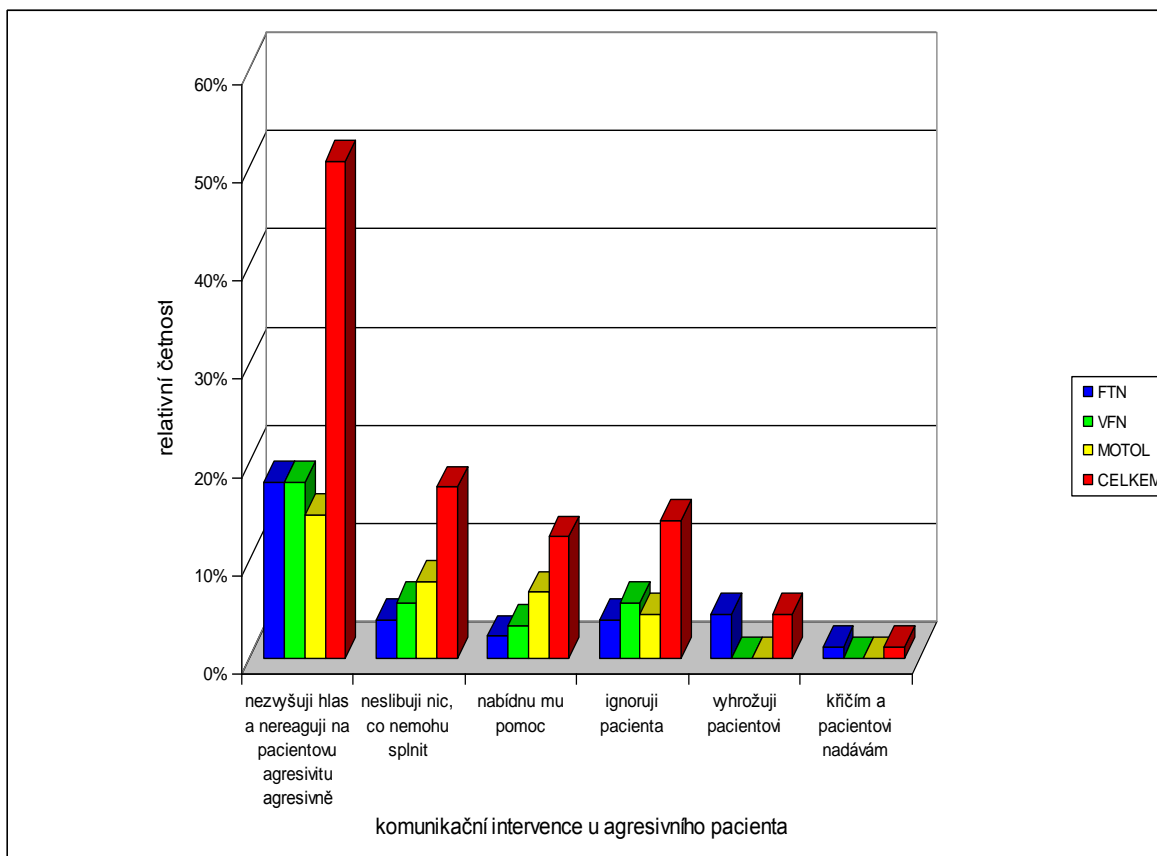
Z tabulky a grafu č. 15 je patrné, jaká je technika zklidnění u agresivního pacienta. Z celkového počtu 178 (100,00 %) respondentů bylo 60 (33,71 %) dotazovaných všeobecných sester z FTNsP, 58 (32,58 %) všeobecných sester z VFN a 60 (33,71 %) všeobecných sester z FN Motol. Nejpočetněji zastoupená skupina respondentů, tj. 96 (53,93 %) odpověděla, že nejčastější technikou, kterou zklidňují pacienta, jsou komunikační techniky a dovednosti. Druhá nejpočetnější skupina respondentů, tj. 44 (24,72 %) odpověděla, že nejčastější technikou, kterou zklidňují pacienta, je farmakoterapie. Naopak nikdo z respondentů, tj. 0 (0,00 %) nevypsal jinou možnost techniky zklidnění agresivního pacienta.

Položka č. 16 – jaká je komunikační intervence u agresivního pacienta

Tabulka č. 16: Komunikační intervence u agresivního pacienta

Komunikační intervence	FTN		VFN		MOTOL		CELKEM	
	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i
nezvyšují hlas a nereagují agresivně na pacientovu agresivitu	32	17,98 %	32	17,98 %	26	14,61 %	90	50,56 %
neslibují nic, co nemohu splnit	7	3,93 %	10	5,62 %	14	7,87 %	31	17,42 %
nabídnou mi pomoc	4	2,25 %	6	3,37 %	12	6,74 %	22	12,36 %
ignorují pacienta	7	3,93 %	10	5,62 %	8	4,49 %	25	14,04 %
vyhrožují pacientovi	8	4,49 %	0	0,00 %	0	0,00 %	8	4,49 %
křičím a pacientovi nadávám	2	1,12 %	0	0,00 %	0	0,00 %	2	1,12 %
N	60	33,71 %	58	32,58 %	60	33,71 %	178	100,00 %

Graf č. 16: Komunikační intervence u agresivního pacienta



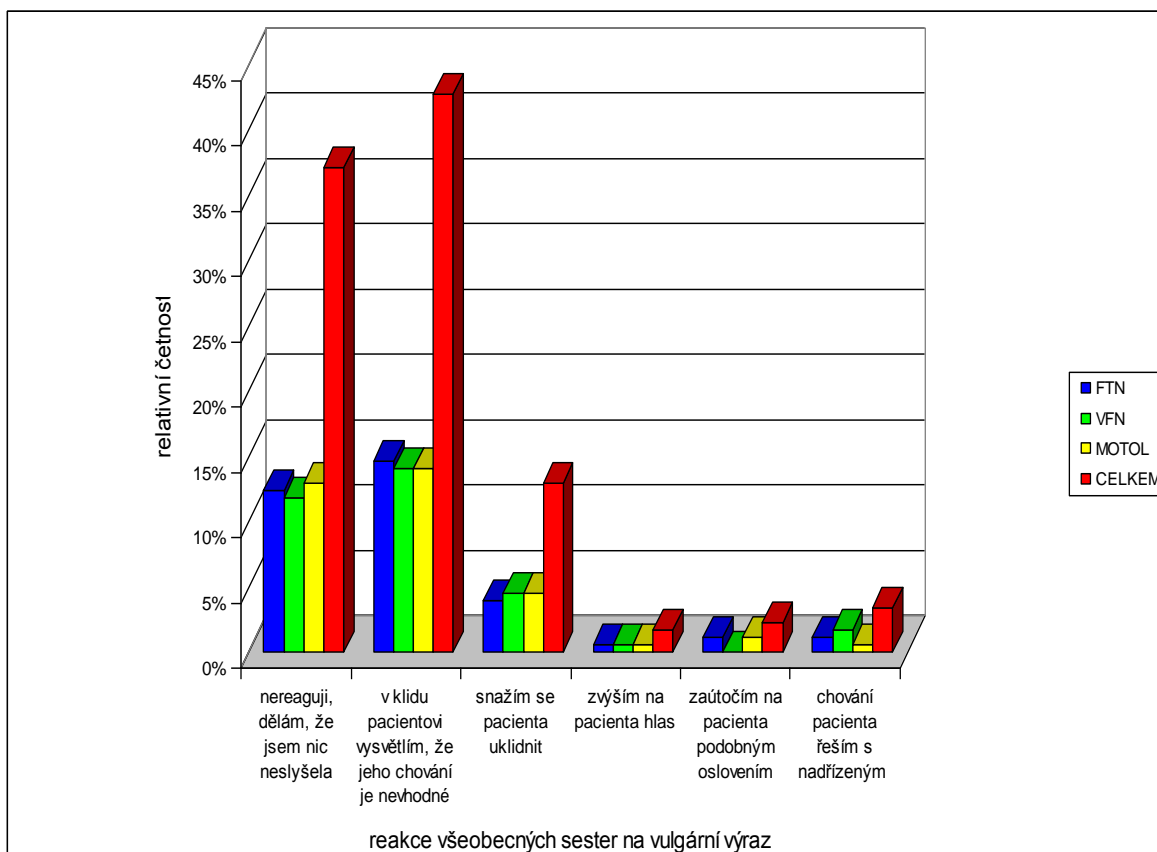
Z tabulky a grafu č. 16 je patrné, jaká je komunikační intervence u agresivního pacienta. Z celkového počtu 178 (100,00 %) respondentů bylo 60 (33,71 %) dotazovaných všeobecných sester z FTNsP, 58 (32,58 %) všeobecných sester z VFN a 60 (33,71 %) všeobecných sester z FN Motol. Nejpočetněji zastoupená skupina respondentů, tj. 90 (50,56 %) odpověděla, že nejčastější komunikační intervence je nezvyšovat hlas a nereagovat na pacientovu agresivitu agresivně. Druhá nejpočetnější skupina respondentů, tj. 31 (17,42 %) odpověděla, že nejčastější komunikační intervence je neslibovat nic, co nemohu splnit. Naopak nejméně zastoupená skupina respondentů, tj. 2 (1,12 %) byla skupina, která uvedla, že nejčastější komunikační intervence je „křičím a pacientovi nadávám“.

Položka č. 17 – jaká je reakce všeobecných sester na vulgární výraz

Tabulka č. 17: Reakce všeobecných sester na vulgární výraz

Reakce sester	FTN		VFN		MOTOL		CELKEM	
	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i
nereaguji, dělám, že jsem nic neslyšela v klidu pacientovi	22	12,36 %	21	11,80 %	23	12,92 %	66	37,08 %
vysvětlím, že jeho chování je nevhodné	26	14,61 %	25	14,04 %	25	14,04 %	76	42,70 %
snažím se pacienta uklidnit	7	3,93 %	8	4,49 %	8	4,49 %	23	12,92 %
zvýším na pacienta hlas	1	0,56 %	1	0,56 %	1	0,56 %	3	1,69 %
zaútočím na pacienta podobným oslovením	2	1,12 %	0	0,00 %	2	1,12 %	4	2,25 %
chování pacienta řeším s nadřazeným	2	1,12 %	3	1,69 %	1	0,56 %	6	3,37 %
N	60	33,71 %	58	32,58 %	60	33,71 %	178	100,00 %

Graf č. 17: Reakce všeobecných sester na vulgární výraz



Z tabulky a grafu č. 17 je patrné, jaká je reakce sester na vulgární výraz. Z celkového počtu 178 (100,00 %) respondentů bylo 60 (33,71 %) dotazovaných všeobecných sester z FTNsP, 58 (32,58 %) všeobecných sester z VFN a 60 (33,71 %) všeobecných sester z FN Motol. Nejpočetněji zastoupená skupina respondentů, tj. 76 (42,70 %) odpověděla, že jejich nečastější reakce na vulgární výraz je to, že v klidu pacientovi vysvětlí, že jeho chování je nevhodné. Druhá nejpočetnější skupina respondentů, tj. 66 (37,08 %) odpověděla, že jejich nečastější reakce na vulgární výraz je to, že nereagují a dělají, že nic neslyší. Naopak nejméně zastoupená skupina respondentů, tj. 3 (1,69 %) byla skupina, která uvedla, že jejich nečastější reakce na vulgární výraz je to, že zvýší na pacienta hlas.

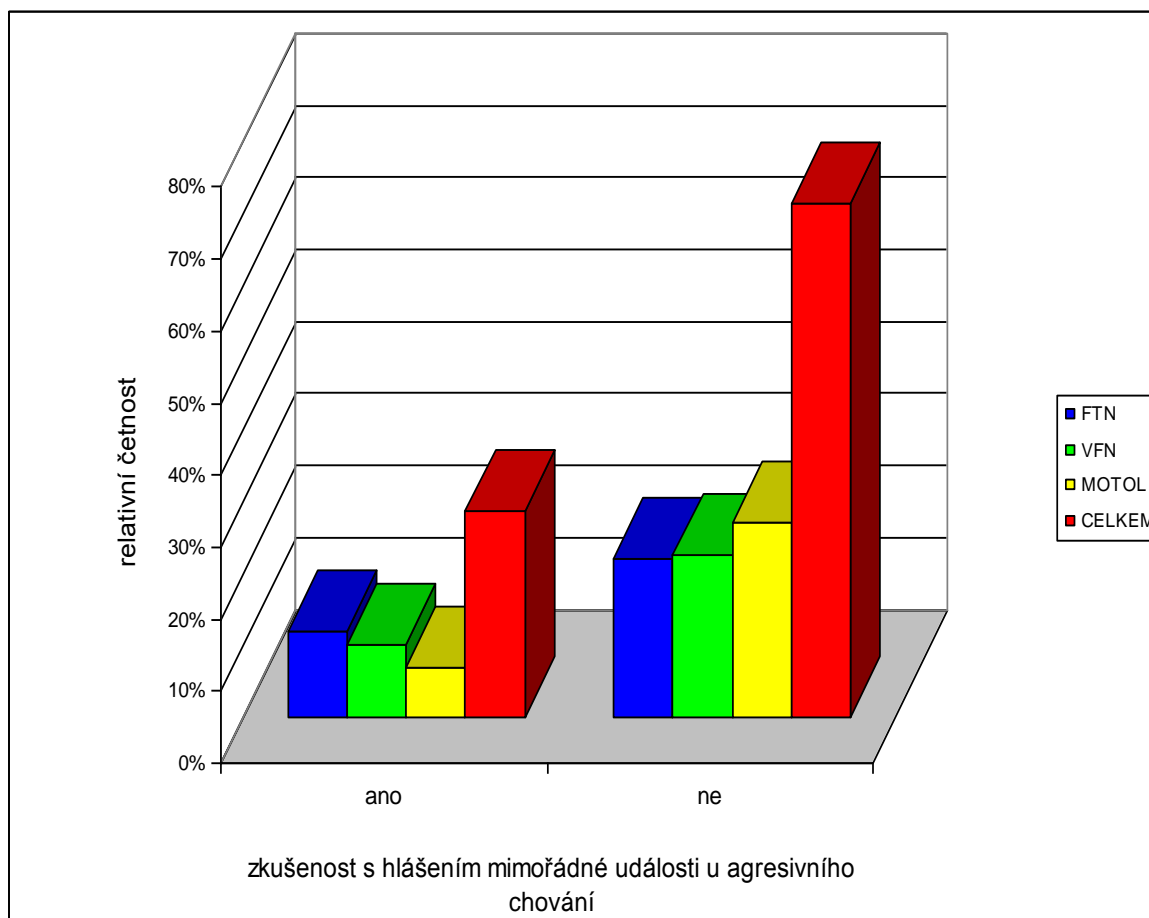
11.11 Interpretace dat k cíli č. 5

Položka č. 18 – zda respondenti mají zkušenost s hlášením mimořádné události u agresivního chování

Tabulka č. 18: Zkušenost s hlášením mimořádné události u agresivního chování

Zkušenost s hlášením MU	FTN		VFN		MOTOL		CELKEM	
	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i
ano	21	11,80 %	18	10,11 %	12	6,74 %	51	28,65 %
ne	39	21,91 %	40	22,47 %	48	26,97 %	127	71,35 %
N	60	33,71 %	58	32,58 %	60	33,71 %	178	100,00 %

Graf č. 18: Zkušenost s hlášením mimořádné události u agresivního chování



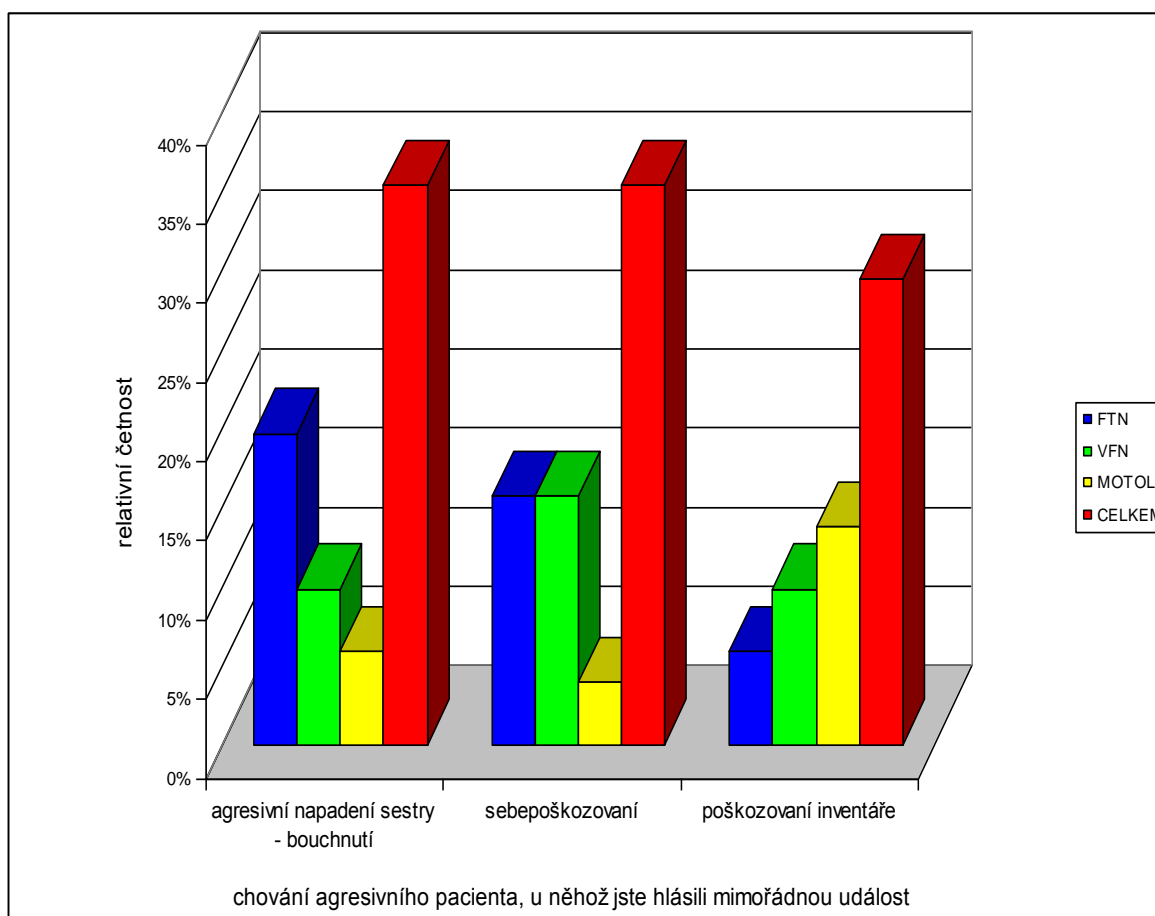
Tabulka a graf č. 18 je patrné, zda respondenti mají zkušenost s hlášením mimořádné události u agresivního chování. Z celkového počtu 178 (100,00 %) respondentů bylo 60 (33,71 %) dotazovaných všeobecných sester z FTNsP, 58 (32,58 %) všeobecných sester z VFN a 60 (33,71 %) všeobecných sester z FN Motol. Nejpočetněji zastoupená skupina respondentů, tj. 127 (71,35 %) odpověděla, že nemají zkušenost s hlášením mimořádných událostí u agresivního pacienta. Naopak nejméně zastoupená skupina respondentů, tj. 51 (28,65 %) byla skupina, která uvedla, že mají zkušenost s hlášením mimořádné události u agresivního chování.

Položka č. 19 – jaké je chování agresivního pacienta, u něhož jste hlásili mimořádnou událost

Tabulka č. 19: Chování agresivního pacienta, u něhož jste hlásili mimořádnou událost

Chování agr. pacienta	FTN		VFN		MOTOL		CELKEM	
	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i
agresivní napadení sestry – bouchnutí	10	19,61 %	5	9,80 %	3	5,88 %	18	35,29 %
sebepoškozování	8	15,69 %	8	15,69 %	2	3,92 %	18	35,29 %
poškození inventáře	3	5,88 %	5	9,80 %	7	13,73 %	15	29,41 %
N	21	41,18 %	18	35,29 %	12	23,53 %	51	100,00 %

Graf č. 19: Chování agresivního pacienta, u něhož jste hlásili mimořádnou událost



Z tabulky a grafu č. 19 je patrné, jaké je chování agresivního pacienta, u něhož jste hlásili mimořádnou událost. Z celkového počtu 51 (100,00 %) respondentů bylo

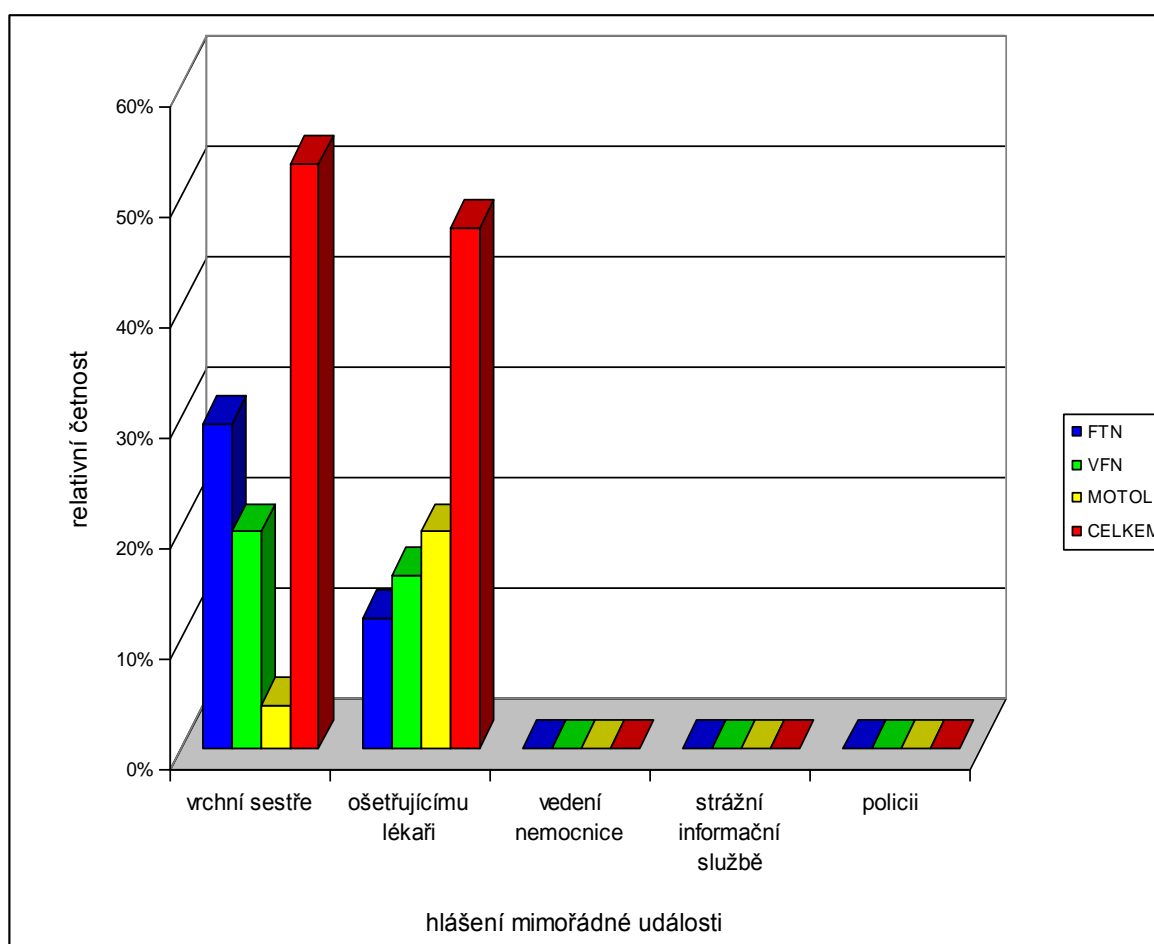
21 (41,18 %) dotazovaných všeobecných sester z FTNsP, 18 (35,29 %) všeobecných sester z VFN a 18 (35,29 %) všeobecných sester z FN Motol. Nejpočetnější výsledek se shoduje ve dvou odpovědích. 12 (23,53 %) respondentů uvedlo, že mimořádnou událost hlásili při agresivním napadení – bouchnutí sestry. Stejný počet respondentů – tedy 18 (35,28 %) uvedlo, že mimořádnou událost hlásili při sebepoškozování pacienta. Naopak nejméně zastoupenou skupinou, tj. 15 (29,41 %) byli respondenti, kteří uvedli, že mimořádnou událost hlásili při poškozování inventáře pacientem.

Položka č. 20 – komu respondenti hlásí hlášení mimořádné události

Tabulka č. 20: Hlášení mimořádné události

Hlášení MU	FTN		VFN		MOTOL		CELKEM	
	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i
vrchní sestře	15	29,41 %	10	19,61 %	2	3,92 %	27	52,94 %
ošetřujícímu lékaři	6	11,76 %	8	15,69 %	10	19,61 %	24	47,06 %
vedení nemocnice	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
strážní informační službě	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
policii	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
N	21	41,18 %	18	35,29 %	12	23,53 %	51	100,00 %

Graf č. 20: Hlášení mimořádné události



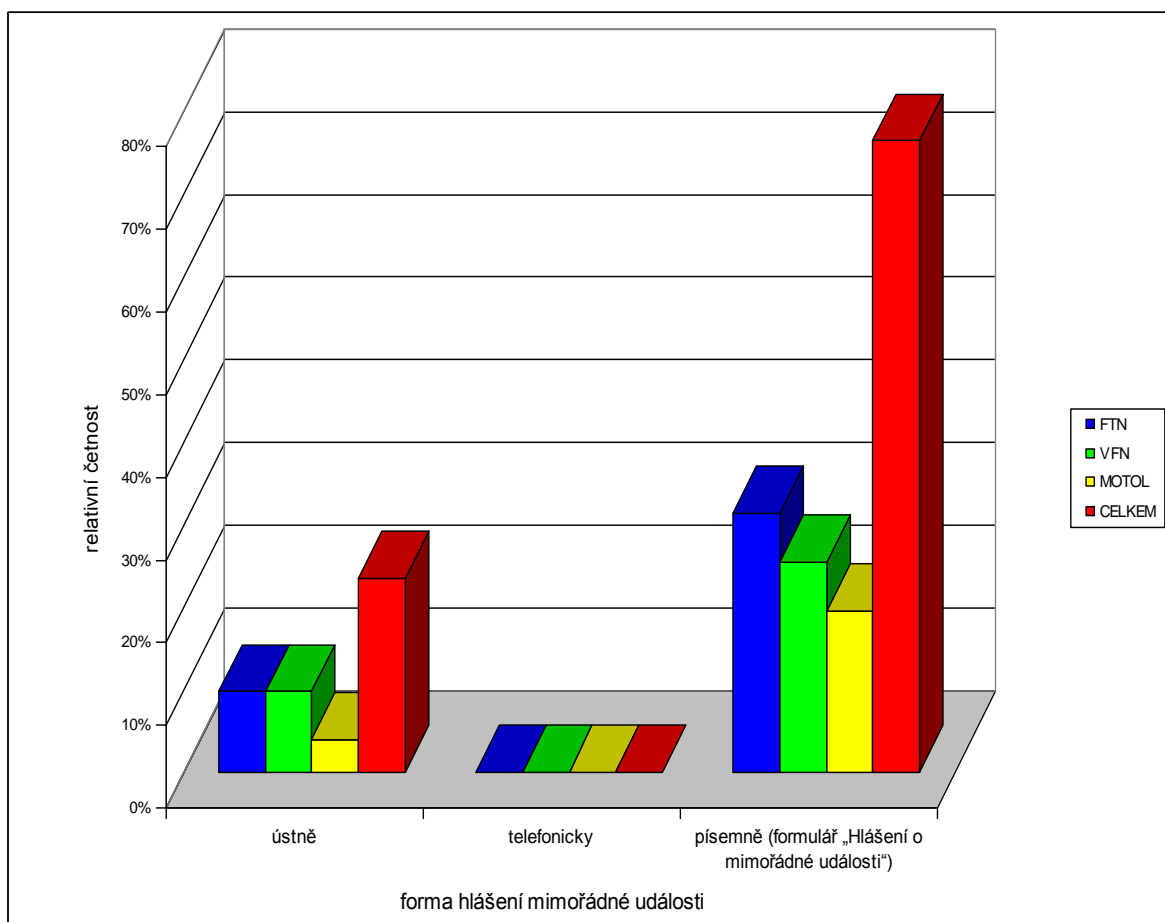
Z tabulky a grafu č. 20 je patrné, komu respondenti hlásí hlášení mimořádné události. Z celkového počtu 51 (100,00 %) respondentů bylo 21 (41,18 %) dotazovaných všeobecných sester z FTNsP, 18 (35,29 %) všeobecných sester z VFN a 12 (23,53 %) všeobecných sester z FN Motol. Nejpočetněji zastoupená skupina respondentů, tj. 27 (52,94 %) odpověděla, že nečastěji hlásí mimořádnou událost vrchní sestře. Druhá nejpočetnější skupina respondentů, tj. 24 (47,06 %) odpověděla, že nečastěji hlásí mimořádnou událost ošetřujícímu lékaři. Naopak nikdo z respondentů, tj. 0 (0,00 %) nevypsal, že nečastěji hlásí mimořádnou událost vedení nemocnice, strážní informační službě nebo policii.

Položka č. 21 – jaká je forma hlášení mimořádné události

Tabulka č. 21: Forma hlášení mimořádné události

Forma hlášení MU	FTN		VFN		MOTOL		CELKEM	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
ústně	5	9,80 %	5	9,80 %	2	3,92 %	12	23,53 %
telefonicky	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
písemně (formulář „Hlášení o mimořádné události“)	16	31,37 %	13	25,49 %	10	19,61 %	39	76,47 %
N	21	41,18 %	18	35,29 %	12	23,53 %	51	100,00 %

Graf č. 21: Forma hlášení mimořádné události



Tabulka a graf č. 21 je patrné, jaká je forma hlášení mimořádné události. Z celkového počtu 51 (100,00 %) respondentů bylo 21 (41,18 %) dotazovaných všeobecných sester z FTNsP, 18 (35,29 %) všeobecných sester z VFN a 12 (25,53 %) všeobecných sester z FN Motol. Nejpočetněji zastoupená skupina respondentů, tj. 39 (76,47 %) odpověděla, že nečastěji hlásí mimořádnou událost písemně – *formulář "hlášení o mimořádné události"*. Druhá nejpočetnější skupina respondentů, tj. 12 (23,53 %) odpověděla, že nečastěji hlásí mimořádnou událost ústně. Naopak nikdo z respondentů, tj. 0 (0,00 %) nevypsal, že nečastěji hlásí mimořádnou událost telefonicky.

11.12 Vyhodnocení hypotéz

Pro potvrzení hypotézy je, správnost odpovědí v nadpolovičním počtu. Pokud jsou správné odpovědi zastoupeny ve větším počtu než 50 % – hypotéza se potvrzuje. Počtem nižším než 50 % – hypotéza je vyvracena.

H₁: Předpokládám, že agresivního chování na JIP a ARO je častější u pacientů mužského pohlaví.

K hypotéze č. 1 se vztahuje položka č. 5. Po vyhodnocení dat k položce č. 5 bylo zjištěno, že z celkového počtu 178 (100 %) dotazovaných všeobecných sester, tj. 87 (48,88 %) odpovědělo, že nejčastěji se s agresivním chováním setkávají u mužů. Tímto se hypotéza vyvrací.

H₂: Předpokládám, že agresivní chování pacienta na JIP a ARO je častější v nočních hodinách.

K hypotéze č. 2 se vztahuje položka č. 8. Po vyhodnocení dat k položce č. 8 bylo zjištěno, že z celkového počtu 178 (100 %) respondentů, tj. 94 (52,81 %) odpovědělo, že nejčastěji se s agresivním chováním setkávají během noci. Tímto se hypotéza potvrzuje.

H₃: Předpokládám, že nejčastějším projevem agresivního chování u pacienta na JIP a ARO je verbální útok.

K hypotéze č. 3 se vztahuje položka č. 10. Po vyhodnocení dat k položce č. 10 bylo zjištěno, že z celkového počtu 178 (100 %) respondentů, tj. 108 (60,67 %) odpovědělo, že nejčastěji formou agresivního chování je verbální agrese. Tímto se hypotéza potvrzuje.

H₄: Ke zklidnění agresivního pacienta na JIP a ARO všeobecné sestry využívají komunikační techniky a dovednosti.

K hypotéze č. 4 se vztahuje položka č. 15. Po vyhodnocení dat k položce č. 15 bylo zjištěno, že z celkového počtu 178 (100 %) respondentů, tj. 96 (53,93 %) odpovědělo,

že nejčastější technikou, kterou zklidňují pacienta jsou komunikační techniky a dovednosti. Tímto se hypotéza potvrzuje.

H₅: Všeobecné sestry pracující na oddělení JIP a ARO vyplňují hlášení o mimořádné události u pacienta s projevy agresivního chování.

K hypotéze č. 5 se vztahuje položka č. 15. Po vyhodnocení dat k položce č. 15 bylo zjištěno, že z celkového počtu 51 (100 %) respondentů, tj. 39 (76,47 %) odpovědělo, že nečastěji hlásí mimořádní událost písemně – formulář "*hlášení o mimořádné události*". Tímto se hypotéza potvrzuje.

12 Diskuse

Tato diplomová práce je zaměřená na problematiku získání informací týkajících se agresivních pacientů, jejich chování, výskytu agresivního chování na jednotlivých vybraných pracovištích, způsobu reakce a chování zdravotnického personálu k těmto pacientům a také získání informací týkajících se vyplňování hlášení mimořádné události u agresivního pacienta. Po prostudování literatury jsem se v teoretické části zabývala kapitolami agrese, komunikací s agresivním chováním, fyzickým napadením, technikami zklidnění agresivního pacienta, psychoterapií, farmakoterapeutickou léčbou, prevencí agresivního chování a mimořádnou událostí. V empirické části práce byly stanoveny čtyři cíle a pět hypotéz. Na podkladě anonymního dotazníkového šetření byly oslovené všeobecné sestry ze tří vybraných nemocnic v Praze (FTNsP, VFN, FNM). Výzkumný soubor tvořilo 180 všeobecných sester. Do vybraných nemocnic v Praze bylo vždy dodáno 60 dotazníků. Vraceno bylo 178 dotazníků (98,89 %). Všechny dotazníky byly vyplněné správně. Zpracováno bylo 178 dotazníků.

Prvním cílem práce bylo zjistit výskyt agresivního chování v rámci pohlaví pacientů. Zajímalo mě, zda se dotazované všeobecné sestry častěji setkávají s agresivním chováním u mužů či u žen, nebo zda je výskyt agrese u mužů i u žen na stejné úrovni. V této problematice jsem se domnívala, že nejčastější výskyt agresivní chování pacienta na JIP a ARO je mužského pohlaví – **hypotéza č. 1**. Z celkového počtu 178 (100,00 %) dotazovaných všeobecných sester 87 (48,88 %) uvedlo, že se s agresivním chováním častěji setkávají u mužů, 19 (10,67 %) respondentů uvedlo, že se častěji setkávají s agresivním chováním u žen a 72 (40,45 %) dotazovaných uvedlo, že se s agresivním chováním setkávají u obou pohlaví ve stejné míře. Tímto se hypotéza č. 1 vyvrací. Když pak porovnáme výsledky jednotlivých vybraných nemocnic, zjistíme, že ve FTNsP se dotazované všeobecné sestry tj. 36 (20,22 %) častěji setkávají s agresivním chováním u mužů. Podobných výsledků bylo dosaženo ve VFN, kde 32 (17,98 %) dotazovaných odpovědělo, že se také častěji setkávají s agresivním chováním u mužů. Ve Fakultní nemocnici Motol nejvíce respondentů – tj. 36 (20,22 %) uvedlo, že se s agresivním chováním setkávají stejně často jak u mužů, tak u žen – viz graf č. 5. Z mé praxe mohu potvrdit, že i já se na svém pracovišti častěji setkávám s agresivním chováním u mužů.

Řekla bych, že nikdy nepřevažovalo více agresivních žen, nežli mužů. Myslím si, že je to proto, že muži se hůře přizpůsobují neznámému nemocničnímu prostředí a více negativně na ně působí veškeré výkony, procesy a prostředí těchto pracovišť. Ve velké míře také záleží na povaze daného pacienta a na příčině, která by mohla způsobit agresivní chování. Tuto otázku si ve svém šetření položily také M. Szkanderová a D. Jarošová¹. Výsledek nejčastěji se vyskytujícího pohlaví agresivních pacientů se s mým *šetřením* shoduje. Dle M. Szkanderové a D. Jarošové označilo 49,00 % respondentů jako nejčastějšího agresivního pacienta muže. 22,00 % respondentů označilo jako nejčastějšího agresivního pacienta ženu. 29,00 % respondentů uvedlo, že se s agresí setkávají u mužů i u žen ve stejné míře (26).

Dále mě zajímalo, v jaké věkové kategorii se nejčastěji vyskytují agresivní pacienti. Z šetření vyplývá, že nejvíce, tj. 33,71 % agresivních pacientů, je ve věkové kategorii 51 – 60 let. Po porovnání výsledků jednotlivých vybraných pracovišť je zřejmé, že v některých výsledcích je rozdíl. Ve FTNsP (30, tj. 16,85 %) a VFN (22, tj. 12,36 %) nejvíce respondentů odpovědělo, že agresivních pacientů je nejvíce ve věkové kategorii 51 – 60 let. Z výsledků šetření ve Fakultní nemocnici Motol vyplynulo, že 45 (25,28 %) dotazovaných se nejčastěji setkává s agresivním chováním u pacientů ve věku 31 – 40 let – viz graf č. 6. Z mých zkušeností z praxe mohu potvrdit, že i já se nejčastěji setkávám s agresivními pacienty ve vyšším věku, tj. 51 – 60 let i nad 60 let. Nejčastěji jsou podle mého názoru agresivní pacienti v tomto starším věku právě proto, že jsou již často přítomny degenerativní procesy na cévní nervové soustavě a hůře na ně působí změna prostředí s mnohými rušícími vlivy, které se na JIP či ARO vyskytují. Negativní vliv na tyto pacienty také může mít odloučení od své rodiny a blízkých osob a i to, že v největším kontaktu jsou pouze s ošetrovatelským personálem, který je pro pacienta téměř neznámý.

Zajímalo mně, kdy během hospitalizace se nejčastěji všeobecné sestry setkávají u pacientů s projevy agrese. Z celkového počtu 178 (100,00 %) dotazovaných všeobecných sester 98 (55,06 %) uvedlo, že se s agresivním chováním nejčastěji setkávají u pacienta, který je delší dobu hospitalizován. 74 (41,57 %) respondentů uvedlo, že je to při

¹ M. Szkanderová a D. Jarošová v rámci výzkumné práce se zabývaly problematikou výskytu agresivity ve zdravotnických zařízeních v Ostravě a Nemocnici Třinec. Celkový počet oslovených respondentů činil 202. Cílem práce bylo zjistit výskyt slovní a fyzické agrese směřované k sestrám, definovat nejčastějšího agresora, zda se sestry umí bránit a jaké mají informace o agresivitě.

přijetí pacienta a 6 (3,37 %) respondentů uvedlo, že je to při propouštění pacienta. Po porovnání jednotlivých vybraných nemocnic zjistíme, že ve FTNsP (42, tj. 23,60 %) a VFN (35, tj. 19,66 %) nejvíce respondentů uvedlo, že agresivní chování se u pacienta vyskytuje při déle trvající hospitalizaci. Pouze ve výsledcích ve Fakultní nemocnici Motol byl rozdíl, a to ten, že zde nejvíce respondentů, tj. 38 (21,35 %) uvedlo, že se nejčastěji s agresí u pacienta setkávají při jeho přijetí – viz graf č. 7. V průběhu hospitalizace na JIP či ARO může být pacient agresivní z důvodu provádění invazivních výkonů, ztráty intimity či strachu o své zdraví. Při přijetí to může být například z důvodu velkého strachu o své zdraví a budoucnost. Sama se setkávám nejvíce s agresivitou u pacientů, kteří jsou právě přijímáni na oddělení.

Dále jsem se domnívala, že nejčastější výskyt agresivního chování pacienta na JIP a ARO je v nočních hodinách – **hypotéza č. 2**. Z celkového počtu 178 (100,00 %) dotazovaných všeobecných sester 94 (52,81 %) uvedlo, že se s agresivním chováním nejčastěji setkávají během noci, 40 (22,47 %) respondentů uvedlo, že se setkávají s agresivním chováním večer. Tímto se hypotéza č. 1 potvrzuje. Všechna tři vybraná pracoviště se shodují na tom, že nejčastěji se s agresivním chováním setkávají u pacientů v noci. Odpovědělo tak 31 (17,42 %) respondentů z FTNsP, 34 (19,10 %) respondentů z VFN a 29 (16,29 %) respondentů z Fakultní nemocnice Motol – viz graf č. 8. Z mé praxe mohu potvrdit, že i já se s agresivním chováním u pacientů nejčastěji setkávám v noci. Domnívám se, že je to podmíněné strachem ze tmy a nepřítomnosti neustálého kontaktu personálů. Stejnou otázkou se ve svém výzkumu zabýval i J. Pekara*. Tento výzkum byl zaměřen na napadení zdravotnických záchranářů agresivním pacientem (v roce 2005). Z jeho výsledků vyplynulo, že k útoku na zdravotnického záchranáře dochází nejčastěji v noci, respektive ve večerních hodinách (23).

Zjišťovala jsem také, jaké přidružené onemocnění nejčastěji doprovází pacienty s agresivním chováním. Zjistila, že nejvíce – tj. 38 (21,35 %) respondentů z FTNsP uvedlo, že agresivní chování doprovází posttraumatická stresová reakce. Nejvíce – tj. 34 (19,10 %) respondentů z VFN uvedlo, že agresivní chování se nejčastěji vyskytuje u pacientů

* J. Pekara v rámci své výzkumní práce se zabýval problematikou napadení zdravotnických záchranářů. Do výzkumného souboru byly zahrnuty všechny stávající ÚSZS České republiky. Cílem byla reflexe počtu napadení zdravotnických záchranářů a identifikace jejich příčin a charakteru.

s delirantním stavem. Ve Fakultní nemocnici Motol nejvíce dotazovaných – tj. 32 (17,98 %) respondentů odpovědělo, že nejvíce agresivních pacientů je pod vlivem návykové látky. Z těchto výsledků vyplývá, že názory a zkušenosti všeobecných sester jednotlivých vybraných nemocnic se liší. Z celkového počtu 178 (100,00 %) respondentů nejmenší procento – tj. 5 (2,81 %) dotazovaných uvedlo, že agresivní chování se vyskytuje nejčastěji u psychiatricky nemocných pacientů. Možnost „U osob nezdrženlivě agresivních či s kriminálním chováním“ neuvedl nikdo – viz graf č. 9. Ze svých zkušeností bych řekla, že nejvíce agresivních pacientů je pod vlivem návykové látky. Mám zkušenosti s chováním pacientů pod vlivem alkoholu, léků či drog. Myslím si, že tito pacienti jsou nekontrolovatelní a často mají ve chvíli, kdy jsou pod vlivem návykové látky, velkou sílu a hrozí tak fyzické napadení. Takto pro personál nebezpeční pacienti jsou často fixováni omezovacími prostředky – např. kurty. Toto omezení často vyvolá ještě více agresivní chování. Z výzkumu J. Pekara vyplynulo, že zdravotničtí záchranáři se nejčastěji setkávají s agresivním chováním u pacientů pod vlivem alkoholu (50,00 %), s transkulturálními aspekty (20,00 %), s delirantními stavy (10,00 %) a jinými příčinami (15,00 %) (23).

Druhým cílem práce bylo zjistit, jaké jsou nejčastější projevy agresivního chování pacienta. Zajímalo mě, zda se dotazované všeobecné sestry častěji setkávají u agresivního chování s verbální agresí fyzickým napadením, poškozováním věci nebo sebepoškozováním. V této problematice jsem se domnívala, že nejčastějším projevem agresivního chování u pacienta na JIP a ARO je verbální útok – **hypotéza č. 3**. Zjištěno bylo, že z celkového počtu 178 respondentů (100,00 %) uvedlo 108 respondentů (60,67 %), že nejčastější formou agresivního chování je verbální agrese. Tímto se hypotéza č. 3 potvrdila. Při podrobnějším porovnání výsledků jednotlivých vybraných nemocnic je zřejmé, že se odpovědi na tuto otázku shodují – verbální agrese, jako nejčastější formu agresivního chování uvedlo 44 (24,72 %) respondentů z FTNsP, 31 (17,42 %) respondentů z VFN a 33 (18,54 %) respondentů z Fakultní nemocnice Motol. Jako druhá nejčastější forma agresivního chování byla označena odpověď „fyzické napadání“. Tuto možnost uvedlo z celkového počtu 178 (100, 00 %) respondentů 44 (24,72 %) – viz graf č. 10. Sama ze svých zkušeností bych jako nejčastější formu agresivního chování pacienta uvedla verbální agrese. Myslím si, že nejčastější formou je verbální agrese právě proto, že jde o nejjednodušší projev agresivního chování.

Na otázku: „S jakými verbálními projevy agrese se nejčastěji setkáváte?“ největší procento – tj. 73 (41,01 %) z celkového počtu 178 (100,00 %) respondentů uvedlo, že se nejčastěji setkává s nadávkami a výhrůzkami. Při porovnání jednotlivých vybraných nemocnic vidíme rozdíl mezi výsledky nemocnice Motol a FTNsP + VFN. Ve FTNsP (44, tj. 16,85 %) a VFN (31, tj. 20,22 %) nejvíce dotazovaných všeobecných sester uvedlo, že nejčastějšími verbálními projevy jsou výhrůžky a nadávky. Naproti tomu ve Fakultní nemocnici Motol nejvíce – tj. 33 (19,10 %) dotazovaných uvedlo, že agresivní pacient se nejčastěji verbálně projevuje hlasitým a naléhavým projevem – viz graf č. 11. Z výzkumu M. Szkanderové a D. Jarošové (25) vyplývá, že nejčastějším slovním projevem jsou urážky, křik, vyhrožování, vulgární nadávky apod. S těmito tvrzeními se shodují i výsledky L. Vybíralové,* která ve svém výzkumu uvedla, že nejčastějším verbálním projevem agrese jsou: křik, vyhrožování, vulgární nadávky apod. (32). Při střetu s agresivním pacientem jsem se nejčastěji setkala s hlasitým a naléhavým projevem. Křik může být nejčastějším projevem proto, že pacient si myslí, že jím na sebe upoutá pozornost a zdravotnický personál se mu bude více věnovat.

Jako nejčastější projev neverbální agrese z celkového počtu 178 (100,00 %) respondentů uvedlo 79 (44,38 %) dotazovaných „výhrůžná gesta a sevřené pěsti“. Nejméně – tj. 17 (9,55 %) respondentů uvedlo možnost „ironický úsměv“. Rozdíl najdeme při porovnání jednotlivých vybraných nemocnic. Z FTNsP (31, tj. 17,42 %) a VFN (32, tj. 17,98 %) nejvíce respondentů uvedlo, že nejčastějším neverbálním projevem agrese jsou výhrůžná gesta a sevřené pěsti. Oproti tomu ve Fakultní nemocnici Motol nejvíce – tj. 26 (14,61 %) dotazovaných všeobecných sester uvedlo, že nejčastějším neverbálním projevem je zamračená tvář pacienta – viz graf č. 12. Sama jsem se setkala se všemi možnostmi neverbálního projevu agrese, které uvádím v tabulce č. 12.

Zajímalo mně, zda mají dotazovaná všeobecné sestry zkušenost s fyzickým násilím. Zkušenost s fyzickým násilím uvedlo až 136 respondentů (76,40 %) z celkového počtu 178 (100,00 %). To, že se s fyzickým násilím dotazované všeobecné sestry nesetkaly, uvedlo z celkového počtu 42 (23,60 %). Při porovnání výsledků vybraných nemocnic

* Lenka Vybíralová v rámci výzkumné práce se zabývala problematikou výskytu agresivity ve vybraném zdravotnickém zařízení Středomoravská nemocniční a.s. – interní oddělení. Celkový počet oslovených respondentů činil 130. Cílem práce bylo zjistit výskyt agresivního chování ve zdravotnickém zařízení.

můžeme říci, že největší procento respondentů ze všech nemocnic zkušenost s fyzickým násilím má – viz graf č. 13. S fyzickým napadením mám i já osobní zkušenost.

Z otázky zjišťující jaká forma fyzického násilí vůči zdravotnickému personálu. Odpovědělo z celkového počtu 178 respondentů (100,00 %) 105 (58,99 %), že se s fyzickým násilím setkali ve formě bouchnutí. Tuto odpověď uvedlo nejvíce dotazovaných ze všech vybraných nemocnic. Další častou uvedenou možností je kopnutí, které uvedlo 50 (28,09 %) z celkového počtu 178 (100,00 %) respondentů. Nikdo z respondentů se nesetkal s úderem do obličeje – viz graf č. 14. Z výzkumu M. Szkanderové a D. Jarošové (25) vyplývá, že nejčastější formou fyzického násilí jsou: škrábání, kopnutí, kousnutí, údery do obličeje. Sama jsem se setkala s fyzickým napadením ve formě bouchnutí do hrudníku, plivnutím a kousnutím.

Třetím cílem práce bylo zjistit, jaké zklidňující techniky nejčastěji využívají dotazované všeobecné sestry na oddělení JIP ARO. Zajímalo mě, zda dotazované všeobecné sestry častěji při zklidnění u agresivního chování používají komunikační techniky, farmakoterapii, nebo omezovací prostředky – kury. V této problematice jsem se domnívala, že ke zklidnění agresivního pacienta na JIP a ARO všeobecné sestry využívají komunikační techniky a dovednosti – **hypotéza č. 4**. Ke zklidnění agresivního pacienta nejvíce dotazovaných všeobecných sester – tj. 96 (53,93 %) z celkového počtu 178 (100,00 %) používá komunikační techniky a dovednosti. Tímto se hypotéza č. 4 potvrdila. Tato odpověď byla nejčastější ve všech vybraných nemocnicích, ve FTNsP 34 (19,10 %) respondentů, ve VFN 29 (16,29 %) respondentů, ve Fakultní nemocnici Motol 33 (18,54 %). Druhou nejčastější odpovědí ve FTNsP a VFN bylo, že ke zklidnění agresivního pacienta dotazovaní používají farmakoterapii. Oproti tomu ve Fakultní nemocnici Motol druhou nejčastější zklidňující technikou bylo použití kurtů – viz graf č. 15. Sama ke zklidnění agresivního pacienta nejčastěji používám komunikační techniky a asertivní chování. Když tyto techniky nestačí, po domluvě s lékařem přistupuji k farmakoterapii. Kurty používám pouze, když se pacient sebepoškozuje či fyzicky napadá ošetřující personál.

Zajímalo mě, jaké komunikační intervence nejvíce dotazované všeobecné sestry používají. Uvedlo 32 (17,98 %) respondentů z FTNsP, 32 (17,98 %) respondentů z VFN a 26 (14,61 %) respondentů z nemocnice Motol, že na pacienta nezvyšují hlas a nereagují

agresivně na pacientovu agresivitu. Druhou nejčastější odpovědí bylo: „Neslibuji nic, co nemohu splnit“ – tuto možnost uvedlo z celkového počtu 178 (100,00 %) respondentů 31 (17,42 %) – viz graf č. 16. Osobně bych z komunikačních intervencí uvedla možnost „Nabídnu mu pomoc“. Vyjádřím empatii a porozumění verbálními a neverbálními prostředky komunikace.

Nejvíce – tj. 76 (42,70%) respondentů z celkového počtu 178 (100,00 %) respondentů uvedlo, že na vulgární výraz od pacienta reagují tak, že v klidu pacientovi vysvětlí, že jeho chování je nevhodné. Druhým nejčastějším tvrzením bylo „nereaguji, dělám, že jsem nic neslyšela“ – takto odpovědělo 66 (37,08 %) dotazovaných. Při porovnání výsledků jednotlivých vybraných nemocnic můžeme tvrdit, že výsledky a procentuální zastoupení jednotlivých tvrzení se téměř sobě rovnají – viz graf č. 17.

Čtvrtým cílem práce bylo zjistit, zda všeobecné zdravotní sestry na oddělení JIP a ARO vyplňují u pacienta s projevy agresivního chování formulář mimořádné události. Domnívala jsem se, že, všeobecné sestry pracující na oddělení JIP a ARO vyplňují hlášení o mimořádné události u pacienta – **hypotéza č. 5**. Z celkového počtu 51 (100,00 %) respondentů nejvíce – tj. 39 (76,46 %) dotazovaných uvedlo, že mimořádnou událost hlásí písemně – vyplňují tzv. hlášení o mimořádné události. Tímto se hypotéza č. 5 potvrdila. Bez ohledu na důsledky mimořádné události by měl být ve zdravotnické dokumentaci klienta proveden stručný, jasný a věcný zápis o MU, popis intervencí zdravotnického personálu a reakce pacienta na ně. Dokument o MU je majetkem nemocnice a nesmí být bez souhlasu managementu duplikovaný (18).

Z šetření vyplývá, že z celkového počtu 178 (100,00 %) dotazovaných všeobecných sester 127 (71,35 %) respondentů nemá zkušenost s hlášením mimořádné události u agresivního pacienta. 51 (28,65 %) respondentů tuto zkušenost má. Ve všech vybraných nemocnicích převažuje větší procento respondentů, kteří odpověděli, že s hlášením mimořádných událostí zkušenost nemají. Takto odpovědělo 39 (21,91 %) respondentů z FTNsP, 40 (22,47 %) respondentů z VFN a 48 (26,97 %) respondentů z Fakultní nemocnice Motol – viz graf č. 18. Na oddělení interní JIP ve FTNsP, kde pracuji, je povinností zaměstnance mimořádnou událost hlásit. Sama jsem již několikrát tuto mimořádnou událost hlásila.

Dotazované všeobecné sestry, které měly zkušenost s hlášením mimořádné události, dále odpovídaly na otázku, jak se agresivní pacient, u něhož byla mimořádná událost hlášena, choval. Z celkového počtu 51 respondentů (100,00%) 18 (35,29 %) uvedlo, že pacient agresivně napadl sestru (bouchl jí). Stejně procento – tedy 18 (35,29 %) respondentů uvedlo, že se pacient sebepoškozoval. Třetí nejčastější odpovědí bylo, že pacient poškozoval inventář – takto odpovědělo 15 (29,41 %) respondentů. Při porovnání výsledků jednotlivých vybraných pracovišť zjistíme, že nejčastější odpovědi respondentů

se liší. Ve FTNsP nejvíce – tj. 10 (19,61 %) respondentů uvedlo, že pacient napadl sestru. Ve VFN nejvíce – tj. 8 (15,69 %) respondentů uvedlo, že se pacient sebepoškozoval a nejvíce – tj. 7 (13,73 %) respondentů z Fakultní nemocnice Motol uvedlo, že pacient poškozoval inventář – viz graf č. 19. Osobně jsem mimořádnou událost hlásila v souvislosti s agresivním napadení sestry.

Všechny dotazované všeobecné sestry, které se setkaly s hlášením mimořádné události, v otázce „Komu nejčastěji hlásíte agresivní chování pacienta?“ odpověděly, že tuto událost hlásí buď vrchní sestře, nebo ošetřujícímu lékaři. Z celkového počtu 51 (100,00 %) respondentů 27 (52,94 %) uvedlo, že mimořádnou událost hlásí vrchní sestře. 24 (47,06%) respondentů uvedlo, že mimořádnou událost hlásí ošetřujícímu lékaři. V porovnání výsledků jednotlivých nemocnic je mírný rozdíl. Ve FTNsP (15, tj. 29,41 %) a VFN (10, tj. 19,61 %) nejvíce respondentů uvedlo, že mimořádnou událost hlásí vrchní sestře. Oproti tomu ve Fakultní nemocnici Motol nejvíce – tj. 10 (19,61%) respondentů uvedlo, že mimořádnou událost hlásí ošetřujícímu lékaři. Jinou možnou, kterou jsem v dotazníku uváděla (vedení nemocnice, strážní informační službě, policii), nikdo neuvedl – viz graf č. 20.

Z celkového počtu 51 (100,00 %) respondentů nejvíce – tj. 39 (76,46 %) dotazovaných uvedlo, že mimořádnou událost hlásí písemně – vyplňují tzv. hlášení o mimořádné události. 12 (23,53 %) z celkového počtu dotazovaných všeobecných sester uvedlo, že mimořádnou událost hlásí ústně. Možnost hlášení telefonicky nikdo neuvedl. Ve všech vybraných nemocnicích byla nejčastější odpovědí možnost „písemně“ – viz graf č. 21. Na našem oddělení je zvykem nejprve hlásit mimořádnou událost ústně nadřízenému a poté se píše „Hlášení o mimořádné události“.

Doporučení pro praxi

Agresivní pacient patří do skupiny pacientů s problémovým chováním. Nemůžeme si vybírat, koho ošetřit a koho ne. Musíme počítat s možností, že ten komu jdeme pomoc zaútočí a slovně nebo fyzický nás může napadnout. Zdá se, že do budoucna je vysoce nepravděpodobně vzhledem k povaze stavů agrese, že by agresivní pacienti z českých nemocnic zmizeli, ale jejich množství lze snížit.

Dle zjištěných údajů bych doporučila několik návrhu, které by mohly být využité v praxi:

- zvýšení počtu zdravotnického personálu – hlavně mužského pohlaví,
- předcházet agresivnímu chování a vyvarovat se mu,
- důležité je zajímat se příčinami vzniku agrese, odhalovat souvislosti a zákonitosti agrese,
- důležité je mít kontrolu při komunikaci s agresivním pacientem, kontrolu nad svými verbálními a neverbálními projevy,
- mluvit klidně, srozumitelně a pevně, abychom navodili jistotu,
- projevit snahu pomoci a vyřešit pacientův problém a neignorovat ho,
- zavést kurzy a semináře pro zdravotnický personál na téma komunikace s agresivním pacientem,
- při napadení zdravotnického personálu zavést možnost psychologického poradenství,
- proškolení v možnostech a zacházení omezujících pomůcek u agresivního pacienta,
- vytvoření seznamu pohotovostních čísel v případě napadení: strážní informační služba, policie,

- školení sester v sebeobraně,
- mezioborová spolupráce s psychiatrickým oddělením, záchytné stanici při použití návykové látky,
- vždy a správně vyplňovat formulář o hlášení mimořádní události,
- častější odborná literatura na téma agresivní chování, mimořádná událost.

13 Závěr

Téma diplomové práce je agresivní pacient na jednotce intenzivní péči.

Cílem diplomové práce bylo získat základní poznatky o tom, jak všeobecné, dotazované sestry na jednotkách intenzivní péče a odděleních ARO pečují o agresivní pacienty, jak zvládají projevy agresivního chování, jaké používají metody, postupy, opatření a zda vyplňují tzv. hlášení o mimořádné události. V teoretické části se věnují kapitolám – intenzivní péče, agrese, komunikace s agresivním chováním, fyzické napadení, techniky zklidnění agresivního pacienta, psychoterapie, farmakoterapeutická léčba, prevence agresivního chování a mimořádná událost. Ve výzkumné části byly stanoveny čtyři cíle a pět hypotéz. Stanovené cíle byly splněny a hypotézy po vyhodnocení výsledků se čtyři potvrzují a jedna vytrácí.

Prvním cílem práce bylo zjistit výskyt agresivního chování pacientů na ARO, JIP. Hypotéza č. 1, která předpokládala, že nejčastější výskyt agresivního chování pacienta na JIP a ARO je mužského pohlaví. Výsledky šetření tuto hypotézu vyvrátily a prokázaly, že všeobecné sestry se nejčastěji s agresivním chováním setkávají u obou pohlaví stejně. Hypotéza č. 2 předpokládala, že agresivní chování pacienta na JIP a ARO je častější v nočních hodinách. Výsledky šetření tuto hypotézu potvrdily a říkají, že všeobecné sestry nejčastěji se s agresivním chováním setkávají během noci. Cíl č. 1 byl splněn.

Druhým cílem práce bylo zjistit, jaké jsou nejčastější projevy agresivního chování pacienta. Hypotéza č. 3 předpokládala, že nejčastějším projevem agresivního chování u pacienta na JIP a ARO je verbální napadání. Výsledky šetření tuto hypotézu potvrdily, nejčastěji formou agresivního chování je verbální agrese – nadávky a výhrůžky. Cíl č. 2 byl splněn.

Třetím cílem práce bylo zjistit, jaké zklidňující techniky nejčastěji využívají sestry na oddělení JIP a ARO. Hypotéza č. 4 předpokládala, že ke zklidnění agresivního pacienta dotazované všeobecné sestry pracující na JIP a ARO nejčastěji využívají komunikační techniky a dovednosti. Výsledky šetření tuto hypotézu potvrdily. Celkově můžeme říci, že komunikační znalosti všeobecných sester v oblasti péče o agresivní pacienti jsou na dobré úrovni. Cíl č. 3 byl splněn.

Čtvrtým cílem práce bylo zjistit, zda sestry na oddělení JIP a ARO vyplňují u pacienta s projevy agresivního chování hlášení o mimořádné události. Hypotéza č. 5 předpokládala, že všeobecné sestry pracující na oddělení JIP a ARO vyplňují vždy hlášení o mimořádné události u pacienta s projevy agresivního chování. Výsledky šetření tuto hypotézu potvrdily a poukazují na fakt, že všeobecné sestry vyplňují u agresivního chování hlášení o mimořádné události. Cíl č. 4 byl splněn.

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

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BEER, M. – PERIERA, S. – PATON, C. *Intenzivní péče v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 296 s. ISBN 80-247-0363-7.
2. BOHAČEK, P. Agresivní chování vůči zdravotnickému personálu. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 1, s. 33-34. ISSN 1210-0404.
3. BUDDEBERG, C. *Buddeberg Psychosociale Medizin*. 1.vyd. Berlin: Springer, 2004, 582 s. ISBN 3-54000875-6.
4. ČÍRTKOVÁ, M. *Moderní psychologie pro právníky*. 1.vyd. Praha: Garda, 2008. 150 s. ISBN 978-80-247-2207-8.
5. DOSTAL, O. Právní ochrana zdravotníka. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 11, s. 10-11. ISSN 1210-0404.
6. EWALD, R. – MANKOPF, A. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Garda, 2002. 446 s. ISBN 80-247-0363-7.
7. HENNING, G. – PELZ, G. *Transakční analýzy: terapie a poradenství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. 320 s. ISBN 978-80-247-1363-2.
8. JAN, M. *Lékař a právo – Praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. 1.vyd. Praha: Garda, 2010. str. 320. ISBN 978-80-247-3683-9.
9. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní medicíně*. 1.vyd. Praha: Garda, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
10. KERN, M. Aggressives Verhalten. *Socialpsychologie*, 2003, auflage 4, s. 353-380.
11. KELNAROVÁ, J. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009. 136 s. ISBN 978-247-2831-5.
12. KOŽNAR, J. „Křik není to nejhorší...”. *Sestra*, 2005, roč. 15, č. 9, s. 12. ISSN 1210-0404.

13. KOVÁŘÍKOVÁ, H. – JIRKOVSKÝ, S. Problematika hospitalizovaných agresivních pacientů. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 6, s. 26. ISSN 1210-0404.
14. KRISTOVÁ, J. Komunikace sestry s pacientem a s agresivním chováním. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 12, s. 22-23. ISSN 1210-0404.
15. KŘÍŽ, V. Jak zvládnout agresi. *Florence*, 2007, roč. 3, č. 7-8, s. 319. ISSN 18001-464X.
16. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
17. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující...* 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 974-80-247-1784-5.
18. MAHUTOVÁ, M. *Postup při hlášení mimořádných událostech v FTNsP*. [online]. [cit. 2011-02-13]. Dostupné na internetu: <http://intranet.ftn.cz/Hlášení%20o%20mimořádné%20údalosti.pdf>
19. MARKOVÁ, E. – VENGLAŘOVÁ, M. – BABIAKOVÁ, M. Psychiatrická ošetrovatelská péče. 1. vyd. Praha: Grada, 200. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
20. MARTÍNKOVÁ, J. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. 1.vyd. Praha: Garda, 2007. 380 s. ISBN 978-80-247-1356-4.
21. PAVLOVSKÝ, P. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009. 232 s. ISBN 978-80-247-2618-2.
22. PEKARA, J. Napadení zdravotnických záchranářů. *Florence*, 2007, roč. 3, č. 4, s. 175-176. ISSN 18001-464X.
23. RAPČÍKOVÁ, T. Prevence nežádoucího chování pacientů ovlivněných nemocí. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 5, s. 24. ISSN 1210-0404.
24. STUHLÍKOVÁ, H. Agresivní pacient. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 11, s. 24. ISSN 1210-0404.
25. SZKANDEROVÁ, M – JAROŠOVÁ, D. Napadení výskyt agresivity ve zdravotnických zařízeních. *Profese on-line*, 2008, roč. 1, č. 1. ISSN 1803-4330.

26. ŠKRLOVÁ, M. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Garda, 2008. 199 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
27. ŠLAISOVÁ, I. Komunikace v ošetrovatelství. *Florence*, 2005, roč. 4, č. 1, s. 23-24. ISSN 18001-464X.
28. ŠLAISOVÁ, I. Evalvační a devalvační prvky v komunikaci. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 6, s. 26. ISSN 1210-0404.
29. VYMĚTAL, J. *Speciální psychologie*. 1.vyd. Praha: Garda, 2007. 400 s. ISBN 978-80-247-1315-1.
30. VYMĚTAL, J. *Obecná psychologie*. 2.vyd. Praha: Grada, 2004. 340 s. ISBN 80-247-0723-3.
31. VENGLÁŘOVÁ, M. – MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-246-1262-8.
32. VYBÍHALOVÁ, L. Agresivní pacient – výzkum. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 12, s. 22. ISSN 1210-0404.
33. VÝROST, J. *Sociální psychologie*. 1.vyd. Praha: Garda, 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1428-8.
34. VYKOČILOVÁ, K. Ošetrovaní agresivních a neklidných nemocných. *Sestra*, 2003, roč. 13, č. 12, s. 18. ISSN 1210-0404.
35. WEHLING, M. *Farmakologie a toxikologie*. 1.vyd. Praha: Garda, 2004. 725 s. ISBN 80-247-0836-1.
36. WRÓBEL, A. *Vychova a manipulace*. 1.vyd. Praha: Garda, 2008. 199 s. ISBN 978-80-247-2337-2.
37. ZADÁK, Z. – HAVEL, E. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 335 s. ISBN 974-80247-2099-9.
38. ZACHÁROVÁ, E. Agresivní pacient v ošetrovatelské praxi. *Florence*, 2007, roč. 3, č. 7-8, s. 318. ISSN 18001-464X.

SEZNAM GRAFŮ

- Graf č. 1: Věk všeobecných sester
- Graf č. 2: Délka praxe všeobecných sester
- Graf č. 3: Zastoupení všeobecných sester na jednotlivých odděleních
- Graf č. 4: Dosažení vzdělání všeobecných sester
- Graf č. 5: Pohlaví pacientů s agresivním chováním
- Graf č. 6: Věková kategorie pacientů s agresivním chováním
- Graf č. 7: Četnost výskytu agresivního chování během hospitalizace
- Graf č. 8: Denní doba výskytu pacientů s agresivním chováním
- Graf č. 9: Onemocnění doprovázející agresivní chování
- Graf č. 10: Forma agresivního chování
- Graf č. 11: Verbální projevy agresivního chování
- Graf č. 12: Neverbální projevy agresivního chování
- Graf č. 13: Zkušenost s fyzickým násilím u agresivního pacienta
- Graf č. 14: Forma fyzického násilí vůči zdravotnickému personálu
- Graf č. 15: Technika zklidnění u agresivního pacienta
- Graf č. 16: Komunikační intervence u agresivního pacienta
- Graf č. 17: Reakce všeobecných sester na vulgární výraz
- Graf č. 18: Zkušenost s hlášením mimořádní události u agresivního chování
- Graf č. 19: Chování pacienta u něho jste hlásili mimořádní událost
- Graf č. 20: Hlášení mimořádní událostí
- Graf č. 21: Forma hlášení mimořádní událostí

SEZNAM TABULEK

- Tabulka č. 1: Věk všeobecných sester
- Tabulka č. 2: Délka praxe všeobecných sester
- Tabulka č. 3: Zastoupení všeobecných sester na jednotlivých odděleních
- Tabulka č. 4: Dosažené vzdělání všeobecných sester
- Tabulka č. 5: Pohlaví pacientů s agresivním chováním
- Tabulka č. 6: Věková kategorie pacientů s agresivním chováním
- Tabulka č. 7: Četnost výskytu agresivního chování během hospitalizace
- Tabulka č. 8: Denní doba výskytu pacientů s agresivním chováním
- Tabulka č. 9: Onemocnění doprovázející agresivní chování
- Tabulka č. 10: Forma agresivního chování
- Tabulka č. 11: Verbální projevy agresivního chování
- Tabulka č. 12: Neverbální projevy agresivního chování
- Tabulka č. 13: Zkušenost všeobecných sester s fyzickým násilím u agresivního pacienta
- Tabulka č. 14: Forma fyzického násilí vůči respondentům
- Tabulka č. 15: Technika zklidnění u agresivního pacienta
- Tabulka č. 16: Komunikační intervence u agresivního pacienta
- Tabulka č. 17: Reakce všeobecných sester na vulgární výraz
- Tabulka č. 18: Zkušenost s hlášením mimořádní události u agresivního chování
- Tabulka č. 19: Chování agresivního pacienta u něhož jste hlásili mimořádní událost
- Tabulka č. 20: Hlášení mimořádné události
- Tabulka č. 21: Forma hlášení mimořádní události

SEZNAM ZKRATEK

ARO	– Anesteziologicko-Resuscitační Oddělení
f_i	– relativní četnost (vyjádřena v %)
FN Motol	– Fakultní nemocnice Motol
FTNsP	– Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou
ISO	– International Organization for Standardization
JCAHO	– Společná komise pro akreditace zdravotnických zařízení
JCI	– Joint Commission International – mezinárodní akreditace
JIP	– Jednotka intenzivní péče
MU	– Mimořádná událost
N	– celková četnost
n_i	– absolutní četnost
SAK ČR	– Spojená akreditační komise České republiky
VFN	– Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
OCHRIP	– Oddělení chronické a resuscitační péče

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Dotazník

Příloha 2 – Klasifikace mimořádné události

Příloha 3 – Formulář hlášení mimořádné události ve Fakultní Thomayerově nemocnici

Příloha 4 – Žádosti a schválení rozdání dotazníku na vybrané pracoviště

Příloha 5 – Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze

Příloha č. 1 – Dotazník

Dotazník

Vážené kolegyně,

jmenuji se Ivana Hricová a jsem studentkou navazujícího magisterského studia oboru Intenzivní péče na 1. LF UK v Praze. Ve své diplomové práci se zabývám problematikou agresivity pacientů na oddělení JIP a ARO. Chtěla bych vás požádat o vyplnění následujícího dotazníku. Odpovědi vyberte prosím tak, aby byly pokud možno co nejvíce pravdivé a nezkreslené. Tento dotazník je zcela anonymní a vámi vybrané odpovědi budou zpracovány pouze v této diplomové práci. Děkuji vám za váš čas a spolupráci.

Agresivní pacient na oddělení JIP , ARO.

1. Kolik je Vám let?

- a) 20 – 25
- b) 26 – 30
- c) 31 – 40
- d) 41 – 50
- e) nad 50

2. Jaká je délka Vaší praxe?

- a) 1 – 5 let
- b) 6 – 10 let
- c) 11 – 15 let
- d) 16 – 20 let
- e) 21 – 25 let
- f) nad 25 let

3. Na jakém oddělení pracujete?

- a) ARO
- b) JIP (jaký?).....

4. Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

- a) SZŠ
- b) VOŠ – DiS
- c) specializace - ARIP
- d) VŠ – Bc., Mgr.

5. U jakého pohlaví se častěji setkáváte s agresivním chováním?

- a) u mužů
- b) u žen
- c) u obou pohlaví ve stejné míře

6. Jaká je obvykle nejčastější věková kategorie pacientů s agresivním chováním na Vašem oddělení?

- a) 20 – 30 let
- b) 31 – 40 let
- c) 41 – 50 let
- d) 51 – 60 let
- e) nad 60 let

7. Kdy během hospitalizace se nejčastěji u pacientů setkáváte s projevy agrese?

- a) při přijetí
- b) při déletrvající hospitalizaci
- c) při propuštění

8. V kterou denní dobu se setkáváte nejvíce s agresivním chováním pacientů?

- a) ráno
- b) dopoledne
- c) odpoledne
- d) večer
- e) během noci

9. U pacientů s jakým onemocněním nejčastěji zaznamenáváte epizody agresivního chování?

- a) Alzheimerova choroba, vaskulární demence
- b) posttraumatická stresová porucha
- c) delirantní stavy
- d) u pacientů pod vlivem návykové látky
- e) u psychiatrických nemocných
- f) u osob nezdrženlivých, agresivních či s kriminálním chováním
- g) jiné (vypište).....

10. Jaká je nejčastější forma agresivního chování pacientů?

- a) verbální agrese
- b) fyzické napadání
- c) poškozování věcí
- d) sebepoškozování

11. S jakými verbálními projevy agrese se nejčastěji setkáváte?

- a) výhrůžky a nadávky
- b) stížnosti a nejrůznější požadavky
- c) hlasitý a naléhavý projev
- d) jiné (vypište).....

12. S jakými neverbálními projevy agrese se nejčastěji setkáváte?

- a) upřený a pronikavý pohled
- b) zamračená tvář
- c) ironický úsměv
- d) výhružná gesta, sevření pěstí
- e) rychlá kinetika, fyzický kontakt
- f) jiné (vypište).....

13. Máte osobní zkušenost s fyzickým násilím ze strany pacienta?

- a) ano
- b) ne

Pokud zvolíte odpověď ano, pokračujte otázkou číslo 14, pokud zvolíte odpověď ne, pokračujte od otázky číslo 15.

14. Jakou formu fyzického násilí pacient použil ve vztahu k Vaší osobě?

- a) bouchnutí
- b) kopnutí
- c) kousnutí
- d) plivnutí
- e) úder do obličeje („facka“)
- f) jinou (jakou?).....

15. Jakou techniku nejčastěji používáte ke zklidnění pacienta s projevy agresivního chování?

- a) komunikační techniky a dovednosti
- b) farmakoterapii
- c) přivolání odborníka (ošetřující lékař, psychiatr)
- d) kurty
- e) jiné (jaké?).....

16. Jaké nejčastější komunikační intervence používáte u agresivního pacienta?

- a) nezvyšuji hlas a nereaguji na pacientovu agresivitu agresivně
- b) neslibuji nic, co nemohu splnit
- c) nabídnu mu pomoc
- d) ignoruji pacienta
- e) vyhrožuji pacientovi
- f) křičím a pacientovi nadávám

17. Jak zareagujete, když pacient použije ve vztahu k Vaší osobě vulgární výraz?

- a) nereaguji, dělám, že jsem nic neslyšela
- b) v klidu pacientovi vysvětlím, že jeho chování je nevhodné
- c) snažím se pacienta uklidnit
- d) zvýším na pacienta hlas
- e) zaútočím na pacienta podobným oslovením
- f) chování pacienta řeším s nadřizeným

18. Hlásili jste někdy agresivní chování pacienta jako mimořádnou událost?

- a) ano
- b) ne

Pokud zvolíte odpověď ano, pokračujte otázkou číslo 19, 20, 21.

19. Jak se agresivní pacient, u něhož jste hlásili mimořádnou událost, choval?

.....

.....

.....

.....

.....

20. Komu nejčastěji hlásíte agresivní chování pacienta?

- a) vrchní sestře
- b) ošetřujícímu lékaři
- c) vedení nemocnice
- d) strážní informační službě
- e) policii

21. Jakou formou hlášení provádíte?

- a) ústně
- b) telefonicky
- c) písemně (formulář „*Hlášení o mimořádné události*“)

Příloha č. 2 – Klasifikace mimořádné události

Hlavní kategorie	Klasifikace	Popis klasifikační třídy
Nelze klasifikovat jako MU	I*	Incident, který by mohl vést k pochybení.
	II*	Téměř pochybení (na poslední chvíli mu bylo zabráněno).
MU bez poškození zdraví pacienta	III**	Zdraví pacienta nebylo poškozeno.
MU s dočasným poškozením zdraví pacienta	IV	Došlo k minimálnímu dočasnému poškození zdraví pacienta, které vyžaduje minimální intervenci.
	V	Došlo ke středně vážnému dočasnému poškození zdraví pacienta, které vyžaduje krátkou hospitalizaci.
	VI	Došlo k vážnému dočasnému poškození zdraví pacienta, které nevyžaduje delší hospitalizaci.
MU s trvalým poškozením zdraví pacienta	VII	Došlo k minimálnímu ale trvalému poškození zdraví pacienta, které vyžaduje minimální intervenci.
	VIII	Došlo ke střednímu trvalému poškození zdraví pacienta – intenzivní léčba.
	IX	Došlo k vážnému trvalému poškození zdraví pacienta, které vyžaduje prodlouženou intenzivní léčbu za účelem záchrany života.
Fatální MU	X	Úmrtí pacienta.
Poznámka:	<p>* Neklasifikujte jako mimořádnou událost. Hlásí se anonymně přes intranet nebo na poradách.</p> <p>** Neklasifikujte jako mimořádnou událost ale incident. Do této skupiny patří všechny nežádoucí události, které se týkají majetku, pověsti ZZ nebo hrubého porušení pravidel.</p>	

Příloha č. 3 – Formulář hlášení mimořádné události ve Fakultní Thomayerově nemocnici



Příloha č. 1 PP-FTN-02-2005, Verze 2

HLÁŠENÍ O MIMOŘÁDNÉ UDÁLOSTI

MÍSTO:	DATUM:	ČAS:
MIMOŘÁDNÁ UDÁLOST:		IDENTIFIKAČNÍ ŠTÍTEK PACIENTA (pokud se ho MU týká)
POŠKOZENÝ:	Datum narození:	
ZJISTIL:	Funkční zařazení:	
SVĚDEK:	Funkční zařazení:	
ZAPSAL: <input type="checkbox"/> Anonym	Funkční zařazení:	

LOKALITA MIMOŘÁDNÉ UDÁLOSTI
Název oddělení / kliniky:
<input type="checkbox"/> lůžková část
<input type="checkbox"/> pokoj pacienta
<input type="checkbox"/> WC
<input type="checkbox"/> koupelna
<input type="checkbox"/> chodba
<input type="checkbox"/> jídelna
<input type="checkbox"/> areál nemocnice (týká se i Kojeneckého ústavu Krč)
<input type="checkbox"/> jiné:
<input type="checkbox"/> ambulance
<input type="checkbox"/> operační sál
<input type="checkbox"/> schodiště
<input type="checkbox"/> výtah
<input type="checkbox"/> laboratoř
<input type="checkbox"/> RTG

PRACOVNÍ ÚRAZ	*
<input type="checkbox"/> bez pracovní neschopnosti	1
<input type="checkbox"/> s pracovní neschopností	3
<input type="checkbox"/> bez cizího zavinění	1
<input type="checkbox"/> s cizím zaviněním: (jméno osoby, adresa trvalého bydliště)	2
.....	
.....	
.....	

KOMPLIKACE MEDIKACE	*
<input type="checkbox"/> lék nepodán - beze změny stavu pacienta	2
- zhoršení stavu pacienta	3
<input type="checkbox"/> lék podán jinému pacientovi	3
<input type="checkbox"/> nesprávná rychlost podání - beze změny stavu	2
- zhoršení stavu	3
<input type="checkbox"/> nesprávná dávka/koncentrace - beze změny stavu	2
- zhoršení stavu	3
<input type="checkbox"/> špatný čas podání léku - ATB	1
- jiné	1
<input type="checkbox"/> špatný způsob / místo / metoda podání	3
<input type="checkbox"/> nesprávný lék	3
<input type="checkbox"/> nežádoucí účinek (např. alergická reakce)	2
<input type="checkbox"/> neshoda v počtu opiátů	1
<input type="checkbox"/> jiné:	

PROBLÉM V DIAGNOSTICKÉM, LÉČEBNÉM A OŠETŘOVATELSKÉM PROCESU	*
<input type="checkbox"/> výkon byl proveden nesprávně	
- s dopadem na zdravotní stav	3
- bez dopadu na zdravotní stav	2
<input type="checkbox"/> výkon byl proveden na nesprávném pacientovi	3
<input type="checkbox"/> nesprávný výkon	3
<input type="checkbox"/> problém s diagnostickým vzorkem (např. moč, krev)	2
<input type="checkbox"/> problém s diagnostickým vzorkem (např. moč, krev) s následkem pro pacienta (změna zdravotního stavu)	3
<input type="checkbox"/> nepředvídatelné úmrtí pacienta při diagnostickém či terapeutickém výkonu	3
<input type="checkbox"/> potransfuzní reakce	
<input type="checkbox"/> jiné:	

PROBLÉM SE ZDRAVOTNICKOU DOKUMENTACÍ	*
<input type="checkbox"/> ztráta části dokumentace	3
<input type="checkbox"/> ztráta celé dokumentace	3
<input type="checkbox"/> opožděné zápisy v dokumentaci	1
<input type="checkbox"/> nedovolená změna / přepisování záznamů v dokumentaci provedena jiným zdravotnickým pracovníkem	2
<input type="checkbox"/> jiné:	

PROBLÉMY SE STRAVOU	*
<input type="checkbox"/> vylité polévky, nevzhledná, studená strava ...	1
<input type="checkbox"/> nedostatek dodané stravy	1
<input type="checkbox"/> strava nedodána	2
<input type="checkbox"/> záměna diety	2
<input type="checkbox"/> nevhodná strava (cizí předmět ve stravě, prošlá lhůta aj.)	3
<input type="checkbox"/> problém s dopravou stravy	1
<input type="checkbox"/> stížnost pacienta na stravu	2
<input type="checkbox"/> jiné:	

* Klasifikace závažnosti: 3 – vysoká, 2 – střední, 1 – nízká

Strana 1 z 2

HLÁŠENÍ O ŠKODNÍ UDÁLOSTI VZNIKLÉ PACIENTOVI VE FTNsP

Oddělení / klinika, kde škodní událost nastala:.....

Škodní událost nastala dne: hod.

Osoba, která vede šetření (jméno, funkce)

Příčiny vzniku škody, její rozsah a popis odcizených věcí

.....

.....

(podrobný popis – viz Příloha na rubu tohoto hlášení)

Poškozený/á RČ:

bytem: tel.:.....

1. Poškozený žádá – nežádá / náhradu škody ve výši: Kč.

V případě přiznání škody žádá zaslat náhradu škody na číslo účtu:

2. Poškozený podpisem tohoto hlášení potvrzuje, že plnění za tuto pojistnou událost neuplatňuje u jiné pojišťovny. V případě uplatnění u jiné pojišťovny se jedná o:

.....

3. Poškozený byl – nebyl poučen dne v souladu s ustanovením § 433 odst. 2, občanského zákoníku, že místem určeným k odkládání věcí a finančních hotovostí nad 200 Kč je trezor zdravotnického zařízení.

1 nehodící se škrtněte

2 nehodící se škrtněte

3 vedoucí vždy konstatuje, zda odcizená věc byla uložena na místě k tomu určeném a řádně

V Praze dne

poškozený

Hlášeno PČR: dne

pod jednacím číslem

Podpis zaměstnance, který událost šetřil:

Stanovisko vedoucího oddělení:

.....

V Praze dne

podpis vedoucího

PŘÍLOHA HLÁŠENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI VZNIKLÉ PACIENTOVI VE FTNsP
Jméno poškozeného: RČ:

Seznam poškozených (P), zničených (Z), odcizených (O) nebo ztracených (ZT) věcí:

Poř. číslo	Popis věci	Počet kusů	Požizovací / rozměry cena	Stáří (roky)
------------	------------	------------	---------------------------------	-----------------

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

Poznámky a doplňující informace:

Čestně prohlašuji, že mnou uvedené údaje v tomto formuláři jsou pravdivé a nic jsem nezamlčel.

V Praze dne

podpis poškozeného

Poučení: Pro účely odškodnění je třeba doložit nabývací doklady odcizených věcí (jsou-li k dispozici) a usnesení policie o ukončení šetření. Tyto doklady je třeba zaslat Právnímu oddělení FTNsP, které zajistí jejich předání pojišťovně.

Příloha 4 – Žádosti a schválení rozdaní dotazníku na vybrané pracoviště



FAKULTNÍ THOMAYEROVA NEMOCNICE S POLIKLINIKOU
140 59 PRAHA 4 - KRČ, VÍDEŇSKÁ 800

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉ AKCE V SOUVISLOSTI SE ZÁVĚREČNOU DIPLOMOVOU (ODBORNOU) PRACÍ

Vyplňuje žadatel: Ivana Hricová

Příjmení a jméno žadatele: Ivana Hricová

Kontaktní adresa: Vídeňská 800, Praha 4 – Krč 4, 14000

Telefon: 608475538..... e-mail: ih25@seznam.cz

Škola/Fakulta: 1. lékařská fakulta UK v Praze

obor studia: intenzivní péče

Téma závěrečné práce: Agresivní pacient na oddělení JIP, ARO

Způsob provedení sběru dat: dotazník..... Termín sběru: 3.1.2011

Pracoviště, kde bude sběr dat proveden: 1.interní klinika -JIP

Presentace dat:

Poučení:

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. Použité dotazníky budou anonymní.

Po zpracování předloží výsledky příslušnému náměstkovi, který výzkum – dotazníkovou akci povolil.

Presentace výsledků s uvedením jména Fakultní Thomayerovy nemocnice s poliklinikou je možná pouze s jejím souhlasem.

Datum 13.12.2010.....

Podpis: Hricová.....

Vyplňuje Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou 13-12-2010

04	FAKULTNÍ THOMAYEROVA NEMOCNICE s poliklinikou
005	Praha 4 - Krč, Vídeňská 800
130	1. interní klinika - krčská část
	odbornou práci

Ivana Hricová

Vyjádření odpovědného náměstka:

ANO NE

Úhrada

ANO NE

Datum: 26.12.2010.....

Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou
140 59 Praha 4 – Krč, Vídeňská 800
náměstek pro nezávislé lékařské zdravotnické povolání

Podpis odpovědného náměstka

BANKOVNÍ SPOJENÍ
KB Praha 4 č.ú.36831-041/0100

IČO
00064190

TELEFON
26108 1111
23433 1111

FAX
241721260

E-MAIL
ftn@ftn.cz



**FAKULTNÍ THOMAYEROVA NEMOCNICE S POLIKLINIKOU
140 59 PRAHA 4 - KRČ, VÍDEŇSKÁ 800**

**ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉ AKCE
V SOUVISLOSTI SE ZÁVĚREČNOU DIPLOMOVOU (ODBORNOU) PRACÍ**

Vyplňuje žadatel: Ivana Hricová

Příjmení a jméno žadatele: Ivana Hricová

Kontaktní adresa: Vídeňská 800, Praha 4 – Krč 4, 14000

Telefon: 608475538..... e-mail: ih25@seznam.cz

Škola/Fakulta: 1. lékařská fakulta UK v Praze

obor studia: intenzivní péče

Téma závěrečné práce: Agresivní pacient na oddělení JIP, ARO

Způsob provedení sběru dat: dotazník..... Termín sběru: 3.1.2011

Pracoviště, kde bude sběr dat proveden: Anesteziologicko-resuscitační klinika

Presentace dat:

Poučení:

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. Použité dotazníky budou anonymní.

Po zpracování předloží výsledky příslušnému náměstkovi, který výzkum – dotazníkovou akci povolil.

Presentace výsledků s uvedením jména Fakultní Thomayerovy nemocnice s poliklinikou je možná pouze s jejím souhlasem.

Datum 13.12.2010.....

Podpis: *Hricová*.....

Vyplňuje Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou

Vyjádření odpovědného náměstka:

ANO NE

Úhrada

ANO NE

31.01.2011



Fakultní Thomayerova nemocnice
s poliklinikou
140 59 Praha 4 - Krč, Vídeňská 800
náměstek pro lékařská
zdravotnická povolání



**FAKULTNÍ THOMAYEROVA NEMOCNICE S POLIKLINIKOU
140 59 PRAHA 4 - KRČ, VÍDEŇSKÁ 800**

**ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉ AKCE
V SOUVISLOSTI SE ZÁVĚREČNOU DIPLOMOVOU (ODBORNOU) PRACÍ**

Vyplňuje žadatel: Ivana Hricová

Příjmení a jméno žadatele: Ivana Hricová

Kontaktní adresa: Viděnská 800, Praha 4 – Krč 4, 14000

Telefon: 608475538..... e-mail: jh25@seznam.cz

Škola/Fakulta: 1. lékařská fakulta UK v Praze

obor studia: intenzivní péče

Téma závěrečné práce: Agresivní pacient na oddělení JIP, ARO

Způsob provedení sběru dat: dotazník..... Termín sběru: 3.1.2011

Pracoviště, kde bude sběr dat proveden: chirurgická klinika - RES

Presentace dat:

Poučení:

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. Použité dotazníky budou anonymní.

Po zpracování předloží výsledky příslušnému náměstkovi, který výzkum – dotazníkovou akci povolil.

Presentace výsledků s uvedením jména Fakultní Thomayerovy nemocnice s poliklinikou je možná pouze s jejím souhlasem.

Datum 13.12.2010.....

Podpis: *Kocum*.....
Souhlasem *Plan!*

Vyplňuje Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou

Vyjádření odpovědného náměstka:

ANO NE

Úhrada

ANO NE

24-01-2011

Datum:

04	1. lékařská fakulta - Univerzita Karlova	
005	Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou Praha 4 - Krč, Vídeňská 800	
233	Chirurgická klinika - JIP	odbornost ST1

Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou
140 59 Praha 4 - Krč - Vídeňská 800
náměstek pro lékařskou zdravotnickou péči

Podpis odpovědného náměstka



Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
U nemocnice 2, 128 00 Praha 2
Žádost o dotazníkovou akci

F-VFN-075
Strana 1 z 1
Verze číslo: 2

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací			
Příjmení a jméno žadatele	Ivana Hricová		
Kontaktní adresa	Viděnska 800, Praha 4 - Krč, 14000		
Telefon	608475538	e-mailová adresa	ih25@seznam.cz
Škola / fakulta	1. lékařská fakulta UK v Praze		
Obor studia	intenzivní péče		
Téma závěrečné práce	Agresivní pacient na oddělení JIP, ARO		
Termín sběru dat	3. 1. 2011		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	V. interní klinika gastroenterologie a hepatologie - JIP, KORONARNÍ JIP		
Zjišťované informace			
Forma prezentace dat:	dotazník		
Poučení žadatele:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. 2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní. 3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil. 4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN. 		
Datum:	17. 12. 2010	Podpis žadatele	Hricová
Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosta	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Datum	17. 12. 2010	Podpis	<i>[Signature]</i>
Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze			
Odpovědný náměstek / ředitele			
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Bude za šetření vyžadována úhrada	<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne Částka:		
Datum	20. 12. 10	Podpis	<i>[Signature]</i>

VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE
V PRAZE
NÁMĚSTEK PRO NELEKÁŘSKÁ
ZDRAVOTNICKÁ POVOLENÍ A KVALITU
128 00 PRAHA 2, U NEMOCNICE 2
Mgr. Dita Svobodová
[Signature]

Vyplněnou žádost je nutno předat sekretariátu ředitele, který ji předá příslušnému náměstkovi.



Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
U nemocnice 2, 128 00 Praha 2
Žádost o dotazníkovou akci

F-VFN-075
Strana 1 z 1
Verze číslo: 2

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací

Příjmení a jméno žadatele	Ivana Hricová		
Kontaktní adresa	Viděnská 800, Praha 4 -Krč, 14000		
Telefon	608475538	e-mailová adresa	ih25@seznam.cz
Škola / fakulta	1: lékařská fakulta UK v Praze		
Obor studia	intenzivní péče		
Téma závěrečné práce	Agresivní pacient na oddělení JIP, ARO		
Termín sběru dat	3.1.2011		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	Urologická klinika - JIP		
Zjišťované informace			
Forma prezentace dat:	dotazník		
Poučení žadatele:	<ol style="list-style-type: none">1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat.2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní.3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil.4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.		
Datum:	17. 12. 2010	Podpis žadatele	<i>Hricová</i>
Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosta	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Datum	17. XII. 2010	Podpis	Olga KRPAŤOVÁ vrchní sestra
Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze			
Odpovědný náměstek / ředitele			
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Bude za šetření vyžadována úhrada	<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne	Částka	
Datum	20. 12. 10	Podpis	

Mgr. Dita Svobodová





UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA
121 08 PRAHA 2, KATEŘINSKÁ 32

**VĚC: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉ AKCE V SOUVISLOSTI SE
ZÁVĚREČNOU DIPLOMOVOU PRACÍ**

TÉMA ZÁVĚREČNÉ PRÁCE: Agresivní pacient na oddělení JIp, ARO

PŘÍJMENÍ A JMÉNO ŽADATELE: Bc. Ivana Hricová

DATUM NAROZENÍ: 19.05.1982

ADRESA: Viděnská 800, Praha4-Krč, 14000

KONTAKT: TEL.: 608475538

E-MAIL: ih25@seznam.cz

STUDIUM: 1. LF UK v Praze

OBOR: Navazující magisterské studium intenzivní péče

ZPŮSOB PROVEDENÍ SBĚRU DAT: Dotazník

TERMÍN SBĚRU DAT: 3.1.2011

PRACOVÍŠTĚ, KDE BUDE PROBÍHAT SBĚR DAT:

DATUM: 17. 12. 2010

PODPIS ŽADATELE: Bc. Ivana Hricová

Ivana Hricová

VYJÁDRĚNÍ:



DATUM:

PODPIS:

Lučková!



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA
121 08 PRAHA 2, KATEŘINSKÁ 32

**VĚC: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉ AKCE V SOUVISLOSTI SE
ZÁVĚREČNOU DIPLOMOVOU PRACÍ**

TÉMA ZÁVĚREČNÉ PRÁCE: Agresivní pacient na oddělení JIp, ARO

PŘÍJMENÍ A JMÉNO ŽADATELE: Bc. Ivana Hricová

DATUM NAROZENÍ: 19.05.1982

ADRESA: Viděnská 800, Praha4-Krč, 14000

KONTAKT: TEL.: 608475538

E-MAIL: ih25@seznam.cz

STUDIUM: 1. LF UK v Praze

OBOR: Navazující magisterské studium intenzivní péče

ZPŮSOB PROVEDENÍ SBĚRU DAT: Dotazník

TERMÍN SBĚRU DAT: 3.1.2011

PRACOVÍŠTĚ, KDE BUDE PROBÍHAT SBĚR DAT: INT.-JIP

DATUM: 17.12.2010

PODPIS ŽADATELE: Bc. Ivana Hricová

VYJÁDRĚNÍ:

Jarmila Schmitzová
vrchní sestra
I. Interní klinika
tel.: 2443 4865



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA
121 08 PRAHA 2, KATEŘINSKÁ 32

VĚC: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉ AKCE V SOUVISLOSTI SE ZÁVĚREČNOU DIPLOMOVOU PRACÍ

TÉMA ZÁVĚREČNÉ PRÁCE: Agresivní pacient na oddělení JIP, ARO

PŘÍJMENÍ A JMÉNO ŽADATELE: Bc. Ivana Hricová

DATUM NAROZENÍ: 19.05.1982

ADRESA: Viděnská 800, Praha4-Krč, 14000

KONTAKT: TEL.: 608475538

E-MAIL: ih25@seznam.cz

STUDIUM: 1. LF UK v Praze

OBOR: Navazující magisterské studium intenzivní péče

ZPŮSOB PROVEDENÍ SBĚRU DAT: Dotazník

TERMÍN SBĚRU DAT: 30.2.2011

PRACOVÍŠTĚ, KDE BUDE PROBÍHAT SBĚR DAT: neurologické oddělení

DATUM:

PODPIS ŽADATELE: Bc. Ivana Hricová

VYJÁDRĚNÍ:

Youdlonim s distribucí dotazníku.

DATUM: *22.2.2011*

PODPIS:

Fakultní nemocnice v Motole
NEUROLOGICKÁ KLINIKA
Hana Hájková
vchází

FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
150 06 Praha 5 - Motol, V Úvalu 84 (3)
Neurologická klinika
Přednosta: Doc. MUDr. M. Bojar, CSc.
tel.: 2 2443 6801 fax: 2 2443 6820 iČO: 00984 - 203



FN MOTOL



FAKULTNÍ NEMOCNICE v MOTOLE

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

150 06 Praha 5 - Motol, V úvalu 84

☎ 22443 1050, Fax: 22443 1020

E-mail: jana.novakova@fnmotol.cz

V Praze dne 9.12.2010

Vážená paní Bc. Ivana Hricová Staré 222 072 23 Michlovce

Věc: Žádost o umožnění provádění výzkumu

Vážená paní bakalářko,

vyhovuji Vaší žádosti a **souhlasím** s prováděním výzkumu pro Vaši diplomovou práci na téma „Agresivní pacient na oddělení JIP, ARO“. Obratě se prosím s distribucí Vašich dotazníků na vrchní sestry, které potřebujete oslovit.

S pozdravem

Mgr. Jana Nováková, MBA
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

Příloha č. 5 – Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta

Kateřinská 32, Praha 2

Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis