

Agresivní pacient ve zdravotnickém zařízení

Lenka Gubániová

Bakalářská práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lenka GUBÁNIOVÁ**

Osobní číslo: **H09007**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Agresivní pacient ve zdravotnickém zařízení**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části zpracovat informace o agresivitě, projevech a příčinách agresivity. Popsat druhy a stupně agresivity. Zaměřit se na restriktivní postupy, jejich etické a právní aspekty a prevenci agresivity ve zdravotnickém zařízení.

V praktické části vytvořit dotazníky s otázkami vhodnými k rozhovoru, provést průzkum ve vybraných zdravotnických zařízeních. Průzkum zaměřit na přístup nelékařských zdravotnických pracovníků k restriktivním postupům u agresivních pacientů.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2010. Velký psychologický slovník. 4. vydání, v Portálu 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.

KOŘENEK, Josef, 2004. Lékařská etika. 2. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Triton. ISBN 80-7254-538-8.

MARKOVÁ, Eva., VENGLÁŘOVÁ, Martina a Mira BABIÁKOVÁ, 2006. Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha: Grada. ISBN 80-247-1151-6.

MATOCHOVÁ, Soňa, 2009. Etika a právo v kontextu lékařské etiky. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-4757-0.

SVOBODA, Mojmir., ČEŠKOVÁ, Eva a Hana KUČEROVÁ, 2006. Psychopatologie a psychiatrie. Praha: Portál. ISBN 80-7367-154-9.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. Psychopatologie pro pomáhající profese. 4. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.

VYMĚTAL, Jan, 2003. Lékařská psychologie. 3. vydání, v Portálu 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-740-X.

Vedoucí bakalářské práce:

doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.

Ústav aplikovaných společenských věd

Datum zadání bakalářské práce:

30. listopadu 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. května 2012

Ve Zlíně dne 14. února 2012


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 20.5.2012

.....


¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Práce se zabývá agresivním pacientem ve zdravotnickém zařízení. Je specializována na použití restriktivních metod u agresivních pacientů.

Teoretická část práce se soustřeďuje na vysvětlení pojmů souvisejících s agresí a agresivitou. Restriktivní postupy jsou v teoretické části jednotlivě popsány, spolu s komplikacemi a obecnými zásadami při jejich použití. Teoretická část dále popisuje psychologickou, etickou a právní problematiku restriktivních metod.

Praktická část práce se soustřeďuje na analýzu dat, která byla zjištěna ve výzkumném šetření. Šetření bylo uskutečněno pomocí rozhovorů a dotazníků. Cílem šetření bylo zjistit míru používání omezovacích prostředků nelékařským zdravotnickým personálem ve zdravotnických zařízeních, jejich druhy a znalosti této problematiky ze strany etiky, psychologie a práva z pohledu zdravotníků.

Součástí práce je vypracování ošetrovatelského standardu – Použití omezovacích prostředků u agresivních pacientů. Primárně je tento standard koncipován pro Nemocnici Milosrdných bratří Brno.

Klíčová slova: agresivní pacient, omezovací prostředky, restriktivní metody, etika, psychologie, právo.

ABSTRACT

The thesis deals with the aggressive patient in a health-care facility. It focuses on the use of the restrictive methods with the aggressive patients.

The theoretical part of the thesis clarifies the notions that are connected to aggression and aggressiveness. The restrictive methods are described one by one in the theoretical part, as well as the complications and the basic principles of their use. The theoretical part describes the psychological, ethical and legal problems of the restrictive methods.

The practical part of the thesis focuses on the research data analysis. The research was conducted based on interviews and questionnaires. The aim of the research was to determine to what extent are the restrictive methods used by the non-medical staff in the health-care facilities, their types, and the hospital attendants' knowledge of this area from the ethical, psychological and legal point of view.

The formulation of the nursing standard is included in the thesis: The Use of Restrictive Methods with Aggressive Patients. It is primarily drafted for the Hospital Milosrdných Bratří Brno.

Keywords: aggressive patient, restrictive methods, ethics, psychology, law.

Děkuji paní doc. Mgr. Martině Ciché Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a připomínky, které mi během psaní této bakalářské práce poskytla.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	12
I.TEORETICKÁ ČÁST	13
1 ZÁKLADNÍ POJMY.....	14
1.1 AGRESE A TYPY AGRESE	14
1.2 NEKLID	14
1.3 AFEKT.....	14
1.4 AGITOVANOST.....	15
1.5 HNĚV	15
1.6 AGRESIVITA	15
1.6.1 Příčiny agresivity	16
1.6.2 Stupně agresivity.....	16
1.6.3 Druhy agresivity.....	17
1.6.4 Prevence agresivity	17
1.7 AGRESIVNÍ PACIENT – KLIENT	18
2 RESTRIKTIVNÍ POSTUPY.....	19
2.1 DEFINICE RESTRIKTIVNÍHO POSTUPU	19
2.2 INDIKACE PRO APLIKACI RESTRIKTIVNÍCH OPATŘENÍ.....	19
2.3 DRUHY OMEZOVACÍCH PROSTŘEDKŮ.....	20
2.3.1 Omezení v lůžku	20
2.3.2 Terapeutická izolace.....	21
2.3.3 Síťová lůžka.....	21
2.3.4 Ochranný kabátek	22
2.3.5 Manuální fixace	22
2.3.6 Podání medikace bez souhlasu nemocného.....	22
2.4 KOMPLIKACE SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM RESTRIKTIVNÍCH POSTUPŮ	23
2.5 OBECNÉ ZÁSADY POUŽÍVÁNÍ RESTRIKTIVNÍCH POSTUPŮ.....	24
3 PSYCHOLOGICKÁ PROBLEMATIKA POUŽITÍ RESTRIKTIVNÍCH METOD	25
3.1 PSYCHOLOGICKÁ PROBLEMATIKA NEMOCNÉHO	25
3.1.1 Omezení životních potřeb.....	25

3.1.2	Omezení soukromí	26
3.1.3	Změny v prožívání a chování jedince v nemoci	26
3.2	PSYCHOLOGICKÁ PROBLEMATIKA NEMOCI.....	27
3.3	ÚROVEŇ CHOVÁNÍ ZDRAVOTNÍKŮ K NEMOCNÝM	27
3.4	ZÁSADY KOMUNIKACE S AGRESIVNÍM PACIENTEM	28
4	ETICKÁ PROBLEMATIKA POUŽITÍ RESTRIKTIVNÍCH METOD	29
4.1	ZÁKLADNÍ ETICKÉ POJMY.....	29
4.1.1	Etika	29
4.1.2	Morálka	30
4.1.3	Mravnost.....	30
4.1.4	Svědomy.....	30
4.1.5	Svoboda člověka	31
4.1.6	Etické kodexy	31
4.2	ETICKÉ ASPEKTY PÉČE O NEKLIDNÉ NEMOCNÉ	32
4.3	JEDNÁNÍ S PACIENTY S POHLEDU ETIKY	32
4.4	OMEZENÍ POHYBU PSYCHICKY NEMOCNÝCH	33
4.5	KOMUNIKACE S PACIENTEM.....	34
5	PRÁVNÍ PROBLEMATIKA POUŽITÍ RESTRIKTIVNÍCH METOD	35
5.1	HOSPITALIZACE A OMEZENÍ VOLNÉHO POHYBU PACIENTA BEZ JEHO SOUHLASU	35
5.2	LISTINA ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD	36
5.3	ÚMLUVA O LIDSKÝCH PRÁVECH A BIOMEDICÍNĚ	36
5.4	ZÁKON Č. 20/1966 SB., O PÉČI A ZDRAVÍ LIDU	36
5.5	ZÁKON Č. 140/1961 SB., TRESTNÍ ZÁKONÍK	36
5.6	ZÁKON Č. 40/1964 SB., OBČANSKÝ ZÁKONÍK.....	37
II.	PRAKTICKÁ ČÁST	38
6	METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	39
6.1	CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	39
6.2	VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	39
6.3	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	39
6.4	METODY PRÁCE.....	40
6.4.1	Rozhovor	40
6.4.2	Dotazník	41

6.5	ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	42
6.6	METODY ZPRACOVÁNÍ DAT VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	42
7	VÝSLEDKY A ZPRACOVÁNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	43
7.1	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ POMOCÍ DOTAZNÍKŮ	43
7.2	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ PROSTŘEDNICTVÍM ROZHovorŮ	78
8	DISKUZE.....	80
	ZÁVĚR	82
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	83
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	88
	SEZNAM GRAFŮ.....	89
	SEZNAM TABULEK	90
	SEZNAM PŘÍLOH	91

ÚVOD

Každý den se lidé stávají oběťmi válek, konfliktů, rasismu, různých druhů útoků a sebevražd. Agresivita je všude kolem nás. Obklopuje nás všechny po celý život. Narážíme na ni každý den, ať už z médií, či vlastní zkušenosti. Každý člověk, který je vystaven tomuto aspektu opakovaně, přestává agresivitu vnímat a stává se tak součástí jeho života.

Nárůst tohoto jevu se promítá i do života a práce zdravotníků. Agresivita ve zdravotnictví je velmi diskutovanou i medializovanou problematikou. Zdravotničtí pracovníci se ve své praxi, ať už je to soukromá ordinace, zdravotnické zařízení či instituce sociálních služeb, potkávají se situací, kdy je nutné použít restriktivní metody nebo omezit pacienta ve volném pohybu.

Právě restriktivními metodami se zabývá má práce. Toto téma jsem si vybrala z toho důvodu, že jsem se setkala několikrát během své klinické praxe s někdy až bezdůvodným a častým omezováním pacientů. Možná to však byl jen můj vnitřní pocit z nepopulární restrikce. Několikrát jsem ovšem byla nucena sama použít fyzického omezení pacienta a zajistit bezpečnost pro něj, ostatní pacienty i zdravotnický personál. Pokud je již restriktivní metoda použita, je nezbytné zajistit bezpečnost a kvalitní ošetrovatelskou péči. Pacient se stává plně závislý na ošetrovatelském personálu, mění se jeho struktura potřeb, mění se ale také přístup zdravotníků k pacientovi. Pacient se mnohdy stane náročným a nepohodlným. Pro zdravotníky je ošetrování agresivního pacienta náročné, jak po stránce fyzické, tak psychické.

Rozhodla jsem se jako svou závěrečnou práci provést výzkumné šetření na toto citlivé téma. Chtěla bych zhodnotit, kdo je agresivní pacient pro nelékařské zdravotnické pracovníky, jaké restriktivní metody používají a co o vlastní restrikci ví. Používají a řídí se etickými kodexy, znají vůbec některé z nich? Ví, že restrikce má svá pravidla a pacient svá práva? Doufám, že na tyto otázky najdu odpověď na konci své práce.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁKLADNÍ POJMY

1.1 Agrese a typy agrese

První pojmem, který bych chtěla ve své bakalářské práci více rozvést, je agrese. Mnoho autorů se v definici agrese různí.

Nejbližší je mi definice agrese psychologa Milana Nakonečného. „V agresi jde primárně o útočné chování, jehož cílem je poškodit nebo zničit objekt agrese“ (2011, s. 415).

Tuto definici můžeme chápat tak, že agrese je určitá forma útočného chování, a to ve smyslu jak fyzickém, tak psychickém.

Fyzickou formou útočného chování rozumíme například napadení druhé osoby nebo psychické zraňování kritikou, výtkami, pomluvami a nadávkami (Nakonečný, 2011).

Druhá definice agrese je více obecná. „Agrese, nepřátelství; útok, útočné či výbojné jednání vůči osobě, předmětu či překážce na cestě k uspokojení potřeby“ (Hartl a Hartlová, 2010 s. 18).

Agresi dělíme na autoagresi a heteroagresi:

- autoagrese – je násilí zaměřené na sebe (projevy autoagrese mohou být nejrůznější formy sebepoškozování či sebevražedné pokusy);
- heteroagrese – je agrese zaměřená navenek (Marková, Venglářová a Babiaková 2006).

1.2 Neklid

Neklid je poruchou jednání jedince. Protože je jednání úzce propojeno s vůlí, mluvíme o volném jednání a jeho poruchách. Neklid lze podle struktury rozlišit na motivovaný a nemotivovaný. Motivovaný neklid se může vyskytnout v rámci biologických nebo fyziologických potřeb organismu, kde hrají svou roli také pudy. Neklid nemotivovaný může vyústit až v agresi a má často patologický podklad (Dušek a Večeřová-Procházková, 2005).

1.3 Afekt

Pojmem afekt rozumíme krátce a bouřlivě probíhající citový stav. Tento stav se může projevit jako zděšení, radost, nadšení nebo hněv. Projevy afektu jsou doprovázeny vegetativními reakcemi, spolu s projevy dalších nonverbálních jevů. Afekt vzniká neočekávaně a

často bouřlivě. Podnět, který afekt vyvolal je zřetelný a skutečný. Tento prudký citový stav má tendenci ke svému vybití. Pokud k vybití nedojde, za různých okolností, má tendenci se kumulovat (Svoboda, Češková a Kučerová, 2006).

1.4 Agitovanost

Jinými slovy lze tento termín popsat také jako roztěkanost, která je doprovázena pohybovým neklidem. Cílem může být měnicí se bezhlavé jednání, mnohdy spojené s projevy afektu (Hartl a Hartlová, 2010).

Agitovanost se projevuje nevhodným chováním. Chování, které provází agitovanost, literatura popisuje jako zmatek jedince trpící tenzí, které se nedokáže zbavit. Toto chování může být na bázi psychomotorické nestability nebo může jít o čistě patologickou úroveň (Silymy, 2001).

Nyní bych uvedla příklady psychomotorické nestability a patologické úrovně agitovanosti. Psychomotorickou nestabilitou se mohou projevovat děti. Tyto děti často okolí označuje jako „divoké“. Patologická forma agitovanosti je mnohem závažnější. Projevuje se zmatečností a bludy. Často se tato forma poruchy chování objevuje u záchvatů deliria tremens a u psychóz. V těchto stavech počítáme s nutností hospitalizace jedince.

1.5 Hněv

Jak uvádí Hartl a Hartlová „Hněv je silná afektivní reakce na urážku a frustraci, spojená s agresí; hněv je krátkodobější než hostilita (nepřátelství) a bývá méně výrazný než vztek“ (2010, s. 182).

Často předchází agresivní reakci a bývá podmínkou pro spuštění agresivního jednání. Člověk zpravidla pocítuje hněv, pokud se ho druhý jedinec nějakým způsobem dotkne a ohroží tak jeho sebepojetí (Vymětal, 2003).

1.6 Agresivita

Další pojem, kterým se budu ve své práci zajímat, je agresivita. Je to důležitá kapitola mé práce, proto si ji dále rozdělím na několik podkapitol. Zaměřím se na definici agresivity, příčiny, stupně a druhy agresivity. V závěru této kapitoly osvětlím prevenci agresivity.

Agresivita je definována jako sklon k útočnému jednání nebo k násilnému způsobu reagování. Agresivní jednání se běžně vyskytuje v lidském chování (Vágnerová, 2008).

Kassin popisuje agresivitu jako projev lidského chování, který je natolik běžný, že se mnoho psychologů zoufale snaží přesně určit původ. Názory se liší. Jedním z názorů je, že agresivita je začleněna do lidské povahy pomocí genů, instinktů či hormonů. Jiný názor popisuje roli kultury, stresující prvky prostředí a sociální učení (2007).

Nyní bych chtěla poukázat na rozdíl mezi agresí a agresivitou.

Agresivita je pouze sklon nebo tendence k násilnému způsobu reagování, zatímco agrese je reálným projevem násilného chování (Vágnerová, 2008).

1.6.1 Příčiny agresivity

Příčiny vzniku agresivity jsou multifaktoriální. Závisí na více vlivech. Těmito vlivy rozumíme vrozené dispozice, získané zkušenosti, výskyt duševní choroby a s tím spojené užívání psychotropních látek, vlivy prostředí a aktuální situaci.

Každý člověk má vrozené dispozice k agresivnímu chování. Ve společnosti převládají jedinci s průměrnou dávkou předpokladů k agresivnímu chování. Jedinců s extrémní dávkou předpokladů k agresivnímu chování je poměrně málo. V lidské populaci se liší míra agresivity, dle závislosti na historii a sociokulturní tradici společnosti, k níž jedinec patří.

Biologické předpoklady jsou ve většině případů dány určitou změnou ve funkci či struktuře mozku. Tyto změny mohou mít příčinu genetickou nebo mohou být způsobeny poškozením centrální nervové soustavy. V mozku nelze sklon k agresi lokalizovat. Literatura dále uvádí, že větší sklon k agresi mívají muži, v souvislosti s mužským pohlavním hormonem testosteronem a tendencí vyhledávat vzrušení a sklon k dominanci.

Další příčinou agresivity jsou duševní choroby spojené s užíváním psychotropních látek. Nelze opomenout na vlivy prostředí, především sociální složka skupiny, do níž jedinec patří a také vliv společnosti. Agresivita u jedince může být součástí určité sociální role.

Ještě bych se ráda zmínila o aktuální situaci, jako příčině agresivity. Aktuální situací můžeme myslet prostředí, které může působit jako spouštěč agresivního jednání nebo aktuální stav jedince, který může být narušen neuspokojením potřeb (Vágnerová, 2008).

1.6.2 Stupně agresivity

Rozeznáváme několik stupňů agresivity.

Prvním, nejnižším stupněm agresivity je nepřátelství (hostilita). Charakterizuje ji chování pacienta, který nám dává najevo své antipatie.

Druhý stupeň agresivity je verbální agrese. Tento stupeň agresivity můžeme dále rozdělit na verbální agresi přímou, nepřímou a ideatorní. Přímá agrese se projeví tak, že člověk slovně vynadá nebo uráží druhého člověka. Nepřímá agrese se projeví formou telefonátů, či psaní dopisů. Ideatorní agrese zahrnuje pouze představy jedince o tom, jak by mohl verbálně projevit svou zlost.

Třetím, nejzávažnějším stupněm agresivity je agrese brachiální. V tomto případě mluvíme o fyzickém útoku na živé tvory nebo věci (Marková, Venglářová a Babiaková 2006).

1.6.3 Druhy agresivity

Druhy agresivity podle motivace:

Agresivita instrumentální – je nejčastější. Charakteristická je tím, že jedinec chce tímto typem chování něčeho dosáhnout. Do této kategorie řadíme například agresivní projevy u dětí, související s procesem individualizace. „Jedinec ví, že mu druhý vyhoví, jestliže se rozčílí a rozčilení dá slovně najevo.“ (Vymětal, 1999, s. 151)

Agresivita samoučelná – je to druh agresivity, která dává člověku pocit určitého požitku. Nebezpečná je v případech spojení se sadismem. „Jedinci přináší potěšení fyzické, ale i psychické utrpení druhého.“ (Vymětal, 1999, s. 151)

Agresivita jako důsledek afektu – je charakteristická pro osoby s psychickou poruchou, při které jsou zaměřeni výhradně na sebe. Tuto psychickou poruchu nazýváme narcistickou poruchou osobnosti. Agresivita u této skupiny lidí vzniká velmi často a náhle z důvodu jejich velké přecitlivělosti vůči své osobě.

Agresivita reaktivní – je druhem určité odpovědi na neuspokojení vitálních potřeb nemocného. Příkladem může být agresivita vyvolaná neustupující bolestí (Vymětal, 1999).

1.6.4 Prevence agresivity

Léčba nadměrného sklonu k agresivnímu chování je obtížná a mnohdy bývá i málo efektivní. Jako u většiny případů, i tady platí, že prevence je lepší než léčba. Účinnější prevence je taková, která je zaměřena na modifikaci postojů široké veřejnosti.

Tato kapitola je obsáhlejší. Více informací týkající se prevence agresivity uvádím v příloze (Příloha I).

1.7 Agresivní pacient – klient

Pacientem je člověk, který je nemocen, zraněn nebo ošetřován. Agresivního pacienta bych definovala jako jedince, u kterého se projevují známky agrese nebo agresivity z důvodu zranění, onemocnění nebo je agresivní chování spojeno s pobytem nebo návštěvou ve zdravotnickém zařízení.

Většina zdravotnických pracovníků je denně vystavena kontaktu s pacientem. Pacienti se často nachází v nelehké životní situaci, v nepříjemném a neznámém prostředí.

Mezi zdravotníky se skupina agresivních pacientů řadí mezi „obtížné“, „problémové“ nebo také „špatné“ pacienty. Setkat se s nimi můžeme na kterémkoliv oddělení nebo v ambulanci zdravotnického zařízení. Agresivní pacient vyvolává u zdravotníků pocity strachu pro ně samotné, ohrožení agresivního pacienta a ostatních pacientů.

Agresivního pacienta lze rozpoznat z jeho chování, především z projevů neverbální komunikace. Neverbálními projevy agresivního pacienta mohou být trhavé pohyby končetin, zřetelnější gestikulace nejen rukou, ale celých paží, kopání do předmětů, nepravidelný dech.

Verbálními projevy jsou agrese v řeči, vulgarismy, urážky a výhrůžky (Linhartová, 2007).

Agresivním pacientům se ve zdravotnických zařízeních jako zdravotnický pracovník nevyhneme. Účinnými zbraněmi na agresivní pacienty může být předcházení konfliktů ve zdravotnických zařízeních a učení jednat s agresorem pomocí verbálních a nonverbálních komunikačních technik.

2 RESTRIKTIVNÍ POSTUPY

2.1 Definice restriktivního postupu

Jsou situace, kdy je nezbytné použít vůči pacientovi omezení. Použití restriktivních metod u pacientů není oblíbenou činností zdravotníků. Pokud jsou dodrženy všechny doporučené postupy, standardy a normy je možné pomoci pacientovi v jeho těžké životní situaci.

Dohnalová definuje omezovací prostředky takto: „Omezovacími prostředky se rozumí terapeutická a preventivní opatření omezující volný pohyb a jednání pacienta. Problematika restriktivních postupů je oblastí velmi diskutovanou, týká se všech věkových kategorií nemocných, ve všech úsecích zdravotní a sociální péče“ (2011).

Je nezbytné se okrajově zmínit, jaká omezení nás budou provázet v této kapitole.

Omezovacím prostředkem, se rozumí pobyt na uzavřeném oddělení bez souhlasu nemocného, umístění pacienta v sítovém lůžku, umístění pacienta v izolační místnosti, fyzické omezení pacienta v pohybu, připoutání nemocného k lůžku, užití ochranných prostředků a podání psychofarmak bez souhlasu nemocného (Marková, Venglářová a Babiaková 2006).

Všechny tyto druhy omezovacích prostředků budou dále podrobněji jednotlivě probrány.

2.2 Indikace pro aplikaci restriktivních opatření

Chování pacienta, který bezprostředně ohrožuje sebe samotného nebo své okolí je indikací pro aplikaci restriktivních opatření. Ohrožujícím chováním jsou často podmíněné tyto stavy:

- psychotické stavy provázeny halucinacemi či bludy, kdy pacient nemá náhled na situaci a ohrožuje sebe i okolí;
- sebevražedné tendence vyskytující se nejčastěji u psychotických či depresivních pacientů;
- intoxikace léky, alkoholem, drogami, abstinenční syndrom;
- organické psychosyndromy;
- stavy po epileptických záchvatech;
- asociální chování;

- člověk ve velké krizi, neúnosné situaci, traumata, násilí, jako reakce na bezmoc, strach či ztráta kontroly nad situací;
- hormonální disharmonie, čímž rozumíme například poporodní stavy (Marková, Venglářová a Babiáková 2006).

2.3 Druhy omezovacích prostředků

Autorky Marková, Venglářová a Babiáková rozlišují omezovací prostředky dle způsobu omezení:

- „omezení v lůžku;
- terapeutickou izolaci;
- síťová lůžka;
- ochranný kabátek;
- manuální fixaci;
- podání medikace bez souhlasu nemocného;
- hospitalizaci pacienta proti jeho vůli, tzn. bez jeho písemného souhlasu“ (2006).

Toto rozdělení druhů omezovacích prostředků mi přišlo nejpřehlednější a nejvýstižnější, proto jsem dále jednotlivé druhy podrobněji popsala.

2.3.1 Omezení v lůžku

Domnívám se, že omezení v lůžku je nejrozšířenější restriktivní metoda u nás. Svou domněnku si ověřím ve výzkumném šetření své práce.

Omezení v lůžku definujeme jako krátkodobé znehybnění pacienta v lůžku s využitím popruhů nebo ochranných pásů na horních a dolních končetinách, dále na hrudníku a hlavě. Cílem tohoto omezení je zabránit sebepoškození pacienta, zajistit bezpečnost, a to jak pro ostatní pacienty, tak pro zdravotnický personál. Dalším nezanedbatelným cílem je vytvoření podmínek pro zahájení terapeutického procesu. Nesmíme zapomenout na to, že omezením v lůžku zabráníme poškození majetku agresivním pacientem (Marková, Venglářová a Babiáková 2006).

Nyní bych chtěla uvést několik konkrétních situací, kdy indikujeme omezení pacienta v lůžku. Jsou to závažné projevy psychomotorického neklidu ohrožující okolí, stavy, které

s vysokou pravděpodobností vyústí do výše uvedených projevů. Nesmíme zapomenout na autoagresivní projevy s bezprostředním rizikem sebepoškození či suicidality.

Zvláštní kategorií je omezení pacienta v lůžku na vlastní žádost, která bývá předmětem a součástí léčby často na psychiatrických odděleních a v psychiatrických léčebnách (Marková, Venglářová a Babiáková 2006).

2.3.2 Terapeutická izolace

Terapeutickou izolací rozumíme umístění pacienta v izolační místnosti. Diskutovanou otázkou je, zda umístění pacienta do izolace je terapeutická metoda (Beer, Pereira a Paton 2005).

Terapeutická izolace se používá, pokud pacient svým chováním výrazně obtěžuje své okolí nebo pokud chování snižuje jeho důstojnost nebo ohrožuje zdraví pacienta.

Výrazem ohrožení zdraví rozumíme situace, jakými jsou například příjem nepoživatelných předmětů, či nadměrný příjem tekutin, psychomotorický neklid a nedodržování nutných hygienických norem. Zvláštní režim u infekčních a parazitálních onemocnění také vyžaduje terapeutickou izolaci (Raboch et al., 2006).

Za cíl terapeutické izolace bych stanovila bezpečnost pro samotného pacienta, ostatní pacienty a bezpečnost pro zdravotnické pracovníky. V průběhu terapeutické izolace nesmíme opomenout zajištění a dodržování léčebného režimu.

Terapeutická izolace by měla splňovat několik podmínek. Je to uzavřená místnost, zpravidla nepřístupná pro ostatní pacienty nebo návštěvy. Místnost k tomuto účelu určená, by měla být uzpůsobena proti riziku poranění pacienta. Odstraníme všechny nebezpečné, skleněné a ostré předměty. Pokud je již pacient izolován, je nutné zajistit způsob monitorování. Používá se nenápadný kamerový systém nebo panoramatické kukátko. Důraz kládeme na zajištění dostatečného tepelného a světelného komfortu v izolované místnosti (Marková, Venglářová a Babiáková 2006).

2.3.3 Síťová lůžka

Dalším druhem omezení, o kterém bych chtěla podrobněji informovat, je používání síťových lůžek. Tato lůžka jsou další velmi diskutovanou metodou omezení pacienta.

Síťové lůžko je zvláštní lůžko, které je opatřeno sítí ze všech stran, včetně stropu. Toto lůžko je uzamykatelné. Pacienti, kteří jsou nejčastěji umístováni do síťového lůžka, jsou

charakterizování stavy opakovaného psychomotorického neklidu. Projevy neklidu jsou opakovanými a dlouhodobými stavy, kde často selhává farmakologická terapie.

Použití síťového lůžka není aktuální při řešení akutních stavů.

Cílem použití síťového lůžka je zabránit poranění pacienta, ostatních pacientů nebo personálu a zabránit poškození majetku (Marková, Venglářová a Babiáková 2006).

Síťová lůžka jsou u nás používána pouze na psychiatrických odděleních a psychiatrických léčebnách. Mnoho psychiatrů je však přesvědčeno, že by tato metoda našla své uplatnění i v gerontopsychiatrii, v rámci prevence pádu a měla za následek snížení množství podávání psychofarmak a mechanického omezení u těchto pacientů (Raboch et al., 2006).

2.3.4 Ochranný kabátek

Ochranný kabátek je restriktivní metoda používaná velmi ojediněle. Její použití je také specifické spíše pro psychiatrická oddělení a léčebny. Indikace k použití ochranného kabátku je v projevech sebepoškozování, kdy je nutné omezit pohyb pacienta. Příkladem sebepoškození je například vytrhávání vlasů, poškozování očí, či škrábání nebo sebepoškozování v oblasti obličeje (Marková, Venglářová a Babiáková 2006).

2.3.5 Manuální fixace

Je metodou, která u nás není moc rozšířena. Metodu charakterizuje bránění pohybu pacienta zdravotníkem. Po zabránění pacientovi v pohybu následuje podání psychofarmak. Tato metoda je rozšířena například ve Velké Británii. Zdravotníci jsou speciálně vyškoleni k provádění této metody tak, aby pacientovi znemožnili pohyb a nezpůsobili mu zranění (Marková, Venglářová a Babiáková 2006).

2.3.6 Podání medikace bez souhlasu nemocného

Tento druh restriktivního postupu lze označit jako postup léčebný. Podávat medikaci u pacientů, kteří nepodali k tomuto léčebnému výkonu svůj souhlas, jde pouze tak, že jsou splněny všechny podmínky k tomu potřebné a je k dispozici souhlasné usnesení příslušného soudu. Tato problematika úzce souvisí s hospitalizací pacienta bez jeho souhlasu. Hospitalizace bez souhlasu pacienta je probrána podrobněji v kapitole Právní problematika restriktivních metod.

Nejčastěji podávanou medikací v rámci omezovacích prostředků ve vztahu k pacientovi je léková skupina nazývaná psychofarmaka (Raboch et al., 2006).

Psychofarmaka bez následného fyzického omezení se podávají pouze u stavů s vyšší mírou napětí, agitovanosti, úzkosti nebo poruch soustředění. Nejčastěji jde o benzodiazepinové preparáty, antipsychotika nebo jejich kombinace. Přednost se dává preparátům s výrazně sedativně působícím účinkem. Mnoho psychofarmak má širší použití s malým množstvím kontraindikací. Psychofarmaka jsou skupinou léků, se kterými se můžeme setkat v celé klinické medicíně.

V jednoduchosti je lze rozdělit podle vlivu na:

- psychofarmaka působící na stav vědomí (hypnotika);
- psychofarmaka působící na afektivitu (antidepresiva, anxiolytika, thymoprofylaktika);
- psychofarmaka působící na psychickou integraci (antipsychotika);
- psychofarmaka působící na kognitivní a mestické funkce (neuroprotektiva, kognitiva) (Dušek a Večeřová-Procházková, 2005).

2.4 Komplikace spojené s užíváním restriktivních postupů

I přes dodržení všech zásad a ochranných opatření při používání restriktivních postupů se mohou vyskytnout komplikace. Komplikace se z velké části týkají samotného pacienta, u kterého byl použit jakýkoliv omezovací prostředek, ale také ošetřujícího personálu.

Nejčastěji uváděnými komplikacemi jsou:

- poranění pacienta nebo členů ošetřujícího personálu v průběhu omezování pacienta;
- vlastní poranění pacienta způsobené přílišným utažením popruhů, jejich nedostatečným vypodložením nebo nedostatečnou kontrolou ze strany personálu (vlastním poraněním rozumíme poruchu prokrvení, poruchu inervace, vznik trombózy či odřeniny);
- prochladnutí pacienta důsledkem nezajištění optimálního tepelného komfortu;
- poranění pacienta jiným pacientem;
- poranění pacienta v terapeutické izolaci cizím předmětem, způsobené nedostatečnou kontrolou na počátku izolace;
- komplikace v důsledku nedostatečné ošetrovatelské péče, kterými mohou být dehydratace, vznik dekubitů, tenze apod.;

- psychická traumatizace pacienta.

Pokud se vyskytnou jakékoliv komplikace, je nutné jejich výskyt řádně zdokumentovat, informovat ošetřujícího lékaře a přijmout opatření k řešení (Marková, Venglářová a Babiačková 2006).

2.5 Obecné zásady používání restriktivních postupů

Obecné zásady používání restriktivních postupů bych ráda vyzvedla mezi prioritní informace v mé práci. Literatura, která se touto problematikou zabývá, mi pomohla i v přípravě standardního ošetrovatelského postupu s názvem Péče o neklidného pacienta - použití omezovacích prostředků, který příkládám v příloze (Příloha XVI).

Pro restriktivní postupy platí několik obecných zásad. Tyto zásady jsou shodné pro všechna zdravotnická i sociální zařízení a platí za všech okolností. Každé zdravotnické či sociální zařízení by mělo mít písemně zpracovány způsoby zvládnání neklidných nemocných. Omezovací prostředky by měly mít minimální využití. Pokud je restriktivní metoda použita, mělo by mít její použití větší přínos než rizika. Vždy mějme na paměti, že omezovacími prostředky zasahujeme do lidských práv a důstojnosti (Raboch et al., 2006).

Tato kapitola je na důkladné popsání všech zásad při používání omezení u pacienta poměrně rozsáhlá. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla popsat obecné zásady používání restriktivních postupů v příloze práce (Příloha II).

3 PSYCHOLOGICKÁ PROBLEMATIKA POUŽITÍ RESTRIKTIVNÍCH METOD

3.1 Psychologická problematika nemocného

Průběh nemoci či choroby je často ovlivněn psychickým stavem nemocného, jeho charakterovými vlastnostmi, celkovým průběhem nemoci, náladou, obavami, znalostmi či neznalostmi průběhu nemoci a působením okolí na nemocného. Z těchto důvodů je prožívání nemoci zcela individuální. Při narušení zdraví dochází k negativním změnám u jedince. Změny mohou být biologické, psychické a může jít o změny v sociálních rolích. Nemoc také může pacienta zbavit řady povinností a na to může reagovat každý nemocný různě. Z toho plyne, že reakce pacienta na nemoc a jeho postoj k nemoci jsou také různé (Müllerová, 2007).

Nejen prožívání nemoci je u každého jedince různé. Svou roli zde hraje i rozdílné přizpůsobení se, neboli adaptace nemocného na nemoc.

Nemoci bychom se měli nějakým způsobem přizpůsobit. Rozdílné přizpůsobení je dáno náročností léčby, charakterem onemocnění, prognózou a osobní a sociální situací nemocného (Jobánková et al., 2003).

3.1.1 Omezení životních potřeb

V životě člověka je charakteristické neustálé uspokojování různých potřeb. Potřebu lze definovat jako vlastnost organismu, která pobízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu. Specifická podoba potřeb nemocného člověka závisí na charakteru nemoci, na pacientovi samotném i na sociálním prostředí pacienta. Je nezbytné vnímat pacienta jako celek, bytost bio – psycho – sociální. Potřeby člověka, které se nemocí modifikovaly, jsou individuální a variabilní, stejně jako potřeby nové, které nemocí vznikly. Při ošetřování nemocného by měl mít každý nelékařský zdravotnický pracovník na paměti, že pracuje s člověkem, jehož prožívání, chování i nálada jsou ovlivněny uspokojováním jeho biologických, psychických i sociálních potřeb (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011).

Prožívání jakéhokoliv nedostatku ovlivňuje psychickou činnost člověka. Ovlivní jeho myšlení, pozornost, emoce i volní procesy. Tímto způsobem se vytváří vzorec chování jednotlivce. Každý jedinec potřeby vyjadřuje a uspokojuje svým způsobem (Trachtová, 2001).

Při ošetřování nemocných bychom měli mít na paměti, že nemocný je lidská bytost, která potřebuje sociální kontakt, porozumění, pochopení a pomoc. Omezení této oblasti jsou spojená s pocity nejistoty a nezájmu. Vyvolávají smutek, neklid, pocity zklamání a úzkosti. Dále je nutná potřeba bezpečí a jistoty, která má pozitivní vliv na psychiku každého nemocného. Potřeba podnětů a činností je velmi specifická. Je důležité na tuto potřebu myslet, zejména ve zdravotnickém zařízení. Zde je člověk vázán na omezené prostory, své lůžko a řád oddělení. Projevuje se pocit nedostatku činnosti, nudy. To může vyvolat mrzutost, náladovost, nemocný je více kritický, mnohdy vyvolává konfliktní situace. V rámci omezení životních potřeb je nutné ještě zmínit potřebu realizace krátkodobých a dlouhodobých cílů. Lze je definovat jako ztrátu životní perspektivy, která může mít nepříznivý vliv na vývoj nemoci (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011).

3.1.2 Omezení soukromí

Omezení soukromí v životě potká každého jedince a to hned v několika životních situacích. Soukromí je velmi intimní záležitostí zdravého i nemocného.

Každý zdravotník si musí uvědomit, že to, co nemocný v průběhu nemoci prožívá je pro něj často novým a nepříjemným zážitkem. Kdekoliv je pacient ošetřován, narušuje to jeho vlastní soukromí. Pacient zdravotníkovi sděluje často velmi intimní informace, a to již v průběhu anamnestického rozhovoru. Musíme proto dbát na vážnost celé situace a respektovat pacientovy rozpaky, ctít a respektovat pacienta, dodržovat šetrný způsob ošetřování a vyhnout se zbytečným komentářům ke sděleným informacím. Soukromí nemocného je součástí lékařského tajemství, podléhá povinné mlčenlivosti a je součástí etického kodexu jak lékaře, tak sester a ostatního zdravotnického personálu. Soukromí pacienta nejsou jen informace, které nám pacient poskytne. Dodržování základních etických norem se týká i obnažování pacienta, které rozhodně mezi omezení soukromí patří. V co nejvyšší míře zachováváme sebeúctu nemocného (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011).

3.1.3 Změny v prožívání a chování jedince v nemoci

Změny v prožívání a chování jedince během nemoci jsou dány bio – psycho – sociálními faktory. Nemoc, ať už je akutní nebo chronická, zasahuje do života člověka. Prožívání nemoci je závislé na sociální podpoře rodiny, vlastním průběhu léčebné a ošetrovatelské péče. Důležitou roli hraje také důvěra ve zdravotnický personál a důvěra ve zdravotnické

zařízení. Nejdůležitější roli hraje onemocnění samo, obzvláště jeho průběh (Müllerová, 2007).

3.2 Psychologická problematika nemoci

Každý autor definuje nemoc jiným způsobem. K problematice, kterou se zabývá má práce, jsem zvolila jako nevhodnější definici nemoci autorek Zacharové a Šimíčkové-Čížkové: „Nemoc představuje podnět, na který reaguje každý člověk různě“ (2011, s. 132).

K psychologické problematice nemoci patří postoj zdravotníka k nemoci. Zde bych chtěla zdůraznit, že zdravotník ne vždy vnímá všechny subjektivní potřeby nemocného, zatímco nemocný intenzivněji vnímá své subjektivní potřeby v nemoci.

Pojmem autoplastický obraz nemoci označujeme objasňování subjektivního prožívání nemoci. Opakem autoplastického obrazu nemoci je ambivalentní prožívání nemoci. V tomto případě jde o negativní postoj k nemoci nebo naopak až patologicky pozitivní prožívání nemoci (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

3.3 Úroveň chování zdravotníků k nemocným

Chování zdravotníků k nemocným by mělo být profesionální a empatické. Ne vždy tomu tak v praxi je. Z tohoto důvodu bych ráda více rozvedla produktivní a neproduktivní chování zdravotníků k nemocným.

Přístup a chování zdravotníků k pacientům by mělo být důmyslné a promyšlené. Každý zdravotník by se měl bránit před příslušnou emocionální únavou, profesionální opotřebovaností a deformací. Tyto aspekty vedou v péči o pacienta k neúměrně zjednodušenému pohledu na nemocného a jeho problémy. Proto s pacientem jednáme vždy jako s člověkem, nikdy ne jako s případem. Práce nelékařského zdravotnického pracovníka musí být spojena s pocitem prospěšnosti lidem a pozitivním hodnocením. S tím se pojí seberealizace jedince. Každodenní chování zdravotnického pracovníka vůči nemocnému, má být pojato jako terapeutický přístup. Tento přístup a chování lze charakterizovat jako chování produktivní (Zacharová, Hermanová a Šrámková, 2007).

Produktivní chování je kladné chování zdravotníků k nemocným. Pomocí psychologických prostředků přispívá k dosažení záměru léčby (Čadilová, 2011).

V rámci produktivního chování jsou stanovena pravidla, podle kterých by se měli zdravotníci řídit. Tato pravidla jsou uvedena v příloze práce (Příloha III).

V praxi zdravotníka se vyskytují i určitá negativa, která ovlivňují práci s nemocným. Jedná se zpravidla o nežádoucí osobnostní rysy, nedostatek odborných znalostí, nevhodnou motivaci k práci, nestandardní mezilidské vztahy na pracovišti, ale také přetížení a únavu zdravotníků. Dochází k problémům v přístupu k nemocnému a chování zdravotníků se stává neproduktivním. Neproduktivní chování není ve většině případů ze stran personálu záměrné (Zacharová, Hermanová a Šrámková, 2007).

Příklady neproduktivního chování jsou uvedeny v příloze (Příloha IV).

3.4 Zásady komunikace s agresivním pacientem

Při komunikaci s agresivním pacientem si nejprve uvědomíme, zda se jedná o verbální konflikt, či fyzické napadení.

Při verbálním konfliktu myslíme na to, že při vzniku konfliktních situací je potřeba minimálně dvou lidí. Pozor proto na konflikty, které mohou vyvolat sami zdravotníci. Postup při zvládnutí verbálního konfliktu je uveden v příloze (Příloha V).

Pokud se jedná o fyzické napadení, pokusíme se tuto skutečnost nějakým způsobem zvrátit. Zdravotník může vycházet z toho, že zná dobře dané zdravotnické zařízení, má tak možnost dovolat se pomoci. Pomocí sledování verbálních a neverbálních projevů u pacienta, můžeme včas vyhodnotit, že se zřejmě bude jednat o fyzické napadení (Venglářová a Mahrová, 2006).

Podrobný postup při zvládnutí fyzického napadení je uveden v příloze (Příloha VI).

4 ETICKÁ PROBLEMATIKA POUŽITÍ RESTRIKTIVNÍCH METOD

4.1 Základní etické pojmy

Základních pojmů ve vědě, kterou nazýváme etika je mnoho. V mé práci se blíže zaměřím na základní pojmy lékařské etiky.

Nadřazeným pojmem lékařské etiky je bioetika. Tato věda se zabývá otázkami lékařské etiky a výzkumu, který s lékařskou etikou souvisí. Ve výzkumu studujeme otázky z oborů biologie, chemie, biofyziky a farmacie.

Lékařská etika není dosud ustálenou koncepcí. V této oblasti se častěji setkáváme s výrazy medicínská etika a zdravotnická etika. Název medicínská etika je významově i obsahově totožný s pojmem lékařská etika. Zdravotnická etika je již odlišným pojetím od termínu lékařská etika. Týká se zejména zdravotnických systémů (Haškovcová, 2002).

Dalším základním pojmem je výraz deontologie.

„Deontologie je nauka o povinnostech. Tyto povinnosti jsou vytyčovány v tzv. deontologických (etických) kodexech. Tyto kodexy vymezují povinnosti a pravidla chování v určitých profesích či oborech“ (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011, s. 16).

O etických kodexech bude v práci ještě zmínka a bude k tomu podáno obsáhlejší vysvětlení.

4.1.1 Etika

„Etika je filozofická vědní disciplína, která zkoumá morálku.“ (Kořenek, 2004, s. 40).

Etika zasahuje do všech oblastí lidského života. Tato filozofická vědní disciplína, zkoumající morálku se nám pokouší ukázat co je v životě mravné a co nemravné tím, že se zabývá správným jednáním v lidské společnosti.

Každý jedinec, pokud se má správně rozhodnout, by měl mít osvojeny etické zásady, kterými se bude v daném rozhodnutí řídit. Etika nám potom v rozhodnutí pomáhá vyhodnotit, co je správné a nesprávné.

4.1.2 Morálka

Etiku můžeme popsat také slovem morálka. Morálka má za úkol hodnotit lidské chování z pohledu dobra a zla. Toto chování člověka potom nazýváme chováním morálním nebo nemorálním. Hodnocení morálního a nemorálního chování nám usnadňují morální normy a naše vlastní svědomí. Z toho nám vyplývá, že morálka je jevem individuálním a měřítkem morálky je shoda či neshoda s vlastním svědomím.

Jestliže se jedinec rozhodne jednat morálně, vychází toto jednání z úcty, kterou má před sebou samým.

4.1.3 Mravnost

„Mravnost je způsob života a jednání, které je v souladu s obecně uznávanými mravními normami, zákony. Mravnost v praktickém životě vlastně znamená rozeznávání dobra a zla v množině různých mravních jevů“ (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011, s. 21).

Jestliže se člověk rozhodne, že bude jednat mravně, souvisí toto jednání s jeho charakterem, který vypovídá o jeho osobnosti, ale i s jeho emocemi. Mimo charakter a emoce mají v mravním jednání zastoupení motivace a vůle jedince.

4.1.4 Svědomí

Dle Anzenbachera (2001), jestliže mravně hodnotíme lidské jednání, většinou předpokládáme, že osoby, se kterými jednáme, dokážou rozpoznat rozdíl mezi dobrem a zlem. Toto všeobecné rozpoznávání dobra a zla, se kterým se denně setkáváme a určitým způsobem vyhodnocujeme, označujeme v etice termínem svědomí.

Rozpoznat dobro a zlo pomocí našeho svědomí nemusí být ve výsledku dobro dobrem a zlo zlem. V samotném procesu poznávání dobra a zla se uplatňují vlivy subjektivní i objektivní a mohou v některých případech způsobit konflikt.

Rozlišujeme dva typy svědomí. Svědomí, které předchází nějakému konkrétnímu činu a svědomí, které následuje po činu. Svědomí před činem nám pomáhá v rozhodování a svědomí po činu nám hodnotí, zda bylo naše jednání dobré nebo špatné.

Obsah svědomí je závislý i na sociokulturních vlivech. To co jiní v jedné kultuře vnímají jako zlo, může být v jiné kultuře považováno za jednání správné (Jankovský, 2003).

4.1.5 Svoboda člověka

Svobodu lze definovat jako základní vlastností lidské bytosti. Člověk by se po celý svůj život měl cítit svobodným a pomáhat ke svobodě druhých lidí.

Svoboda má pro člověka mimořádný význam a je pro něj snad nejpříznačnější charakteristikou. Je úzce spjata s morálním jednáním a možností volby. O morálním jednání hovoříme pouze za předpokladu svobody člověka.

Jak lze vlastně svobodu člověka chápat? Jedni chápou svobodu jako možnost rozhodovat se na základě znalosti věci, jiní ji chápou jako stav ducha. Z etického pohledu je zřejmé, že sebedokonalejší náboženské či etické poznání zůstane jen teoretickým konstatováním a nemůže mít ani žádnou mravní hodnotu, pokud k němu člověk nezaujme svobodný postoj a nezačne v souladu s ním jednat (Jankovský, 2003).

4.1.6 Etické kodexy

Etické normy a principy jsou systematicky shrnuty a uvedeny pod pojmy etické kodexy.

Autoři Goldmann a Cichá uvádí, že: „Kodex je volný nebo systematický soubor předpisů určitého oboru“ (2004, s. 9).

V medicíně a zdravotnictví se setkáváme s největším počtem etických kodexů.

Za nejstarší etický kodex v medicíně je považována Hippokratova přísaha. Určité etické principy z tohoto kodexu jsou zastoupeny i v kodexech nynějších. Samozřejmě, že jsou poopraveny potřebám dnešní medicíny.

Po druhé světové válce, v roce 1947, byl sestaven Norimberský kodex, na který navázala Světová zdravotnická organizace Ženevským slibem. Těmito dokumenty se datuje vznik lékařské etiky jako vědní disciplíny.

Obsahem Norimberského kodexu je řešení otázek o přípustnosti medicínských pokusů. Následovaly další mezinárodní etické kodexy, kterých je dnes celá řada. Jmenovala bych jen některé z nich. Například jde o Helsinskou deklaraci z roku 1964, dnes pod názvem Helsinská deklarace Světové lékařské asociace pro lékaře zabývající se medicínským výzkumem na člověku, novelizovanou v říjnu 2000 ve Skotsku. V roce 2005 byla v Paříži přijata Všeobecná deklarace o bioetice a lidských právech UNESCO. Zmínila bych ještě mezinárodní kodex, kterým je Etický manuál Světové lékařské asociace z roku 2009. Každý zdravotník by se měl etickými kodexy při výkonu povolání řídit. Lékařům náleží etický

kodeks České lékařské komory, sestřám Etický kodeks zdravotnického pracovníka nelékařských oborů, který uvádím v příloze (Příloha VIII). Dalšími důležitými normami jsou Úmluva o lidských právech a biomedicíně, Práva pacientů, uvedeny také v příloze práce (Příloha IX), Charta práv hospitalizovaných dětí a Charta práv umírajících.

4.2 Etické aspekty péče o neklidné nemocné

Problém a otázkou léčby neklidu je správně rozpoznat, čím je chování způsobeno a najít opatření, která neklidné a agresivní chování pacienta zklidní a ovlivní jeho zdroje.

Zvládání neklidných nemocných s projevy násilí je, jak již bylo několikrát zmiňováno, obtížné.

Nejprve se pokusíme identifikovat příčinu nebo alespoň stanovit určitou hypotézu o příčině neklidu. Potom se pokusíme rozlišit neklid spojený s kvalitativní poruchou vědomí (delirium nebo mráкотný stav), či s psychickou poruchou. Neklid může být způsoben také strachem, který může být vystupňován tak, že vede k násilným činům.

První metodou, jak zvládat neklid u nemocného je pokusit se s nemocným domluvit. Tato metoda je mnohdy tak obtížná, že ji není možné vždy zvládnout. Proto přistupujeme k dalším metodám, kterými jsou farmakoterapie a fyzické omezení. V rámci farmakoterapie vždy preferujeme tekuté formy farmak nebo tablety, než přistoupíme k parenterální aplikaci léků a narušení tělesné integrity. To totiž vyvolá ještě větší strach a agresi. Aplikace psychofarmak může u nemocného způsobit ztrátu víry v léky. Nevhodně zvolený způsob aplikace může být vnímán jako trest. Až po aplikaci farmak přistupujeme k fyzickému omezení. To má svá pravidla a indikace. Pokud již pacient fyzické omezení má, vždy ho musíme co nejvhodnější formou o všem informovat a snažit se, co nejdříve ho omezení zbavit (Baudiš, Libiger, 2002).

4.3 Jednání s pacienty s pohledu etiky

Jednání s pacienty by mělo vést k vzájemnému porozumění.

Cílem je snažit se nemocnému pomoci, mít k němu dostatečnou úctu, zabezpečit maximální prospěch pacienta, chránit nemocného před dehumanizací medicíny a nastolit vzájemnou důvěru (Goldmann a Cichá, 2004).

Etické jednání nelékařského zdravotnického pracovníka je dáno:

- „názory a postoje týkajícími se ideálů, náboženství a filozofie (světonázorová orientace ovlivňuje nejen myšlení, ale také činy, hodnocení a chování sestry);
- teorií ošetřovatelství a ošetřovatelskou etikou (v průběhu vývoje ošetřovatelství dochází ke změnám v oblasti etiky. Zatímco dříve se kladl důraz na ošetřovatelskou techniku, dnes se požaduje i psychosociální působení na klienty a respektování jeho názorů ze strany sestry. Etika chování je v moderním ošetřovatelství centrální součástí veškerého přístupu ke klientovi);
- právním systémem a zákonnými normami v oblasti zdravotní péče (etika má velmi blízký vztah k právnímu systému. Některá profesionální jednání jsou jistěna nejen eticky, ale i zákonem. Jednání člověka je ovlivňováno tím, co smí a co nesmí, tedy tím, co je zákonem dovoleno nebo naopak sankcionováno);
- vědecko-technickou úrovní, materiálním a personálním vybavením pracoviště (to vytváří požadavky na vzdělání i osobnost sestry, naopak vzdělání sestry vytváří tlak na poskytovatele zdravotnických služeb, na lepší vybavení pracoviště);
- postavením, povinnostmi a odpovědností sestry (role sestry souvisí se společenským zařazením této profese a tím, jak ji budou sestry definovat);
- osobnostními vlastnostmi a úrovní mezilidských vztahů na pracovišti“ (Kutnohorská, 2007, s. 37).

4.4 Omezení pohybu psychicky nemocných

Etickým problémem omezení pohybu psychicky nemocných jsou u nás velmi diskutovaná klecová lůžka.

Tato etická otázka byla poprvé více řešena před vstupem České republiky do Evropské unie v roce 2003, britským poslancem Johnem Bowlem. Cílem diskuze bylo zamezit nedůstojnému zacházení s psychicky nemocnými pacienty.

Druhou, více medializovanou otázkou klecových a síťových lůžek bylo zveřejnění článku J. R. Rowlingové v týdeníku *Sunday Times* v roce 2006. Ve zveřejněném článku autorka popisuje používání klecových lůžek v českých psychiatrických léčebnách, ústavech sociální péče a domovech důchodců. Dle Rowlingové není problém v tom, že se klecová a síťová lůžka používají, ale že se používají bez právního ošetření a bez jasně daných pravidel. Dis-

kuze na toto téma vedla ke změnám. Bylo rozhodnuto vyřadit všechna klecová lůžka a doporučeno nahradit tuto metodu omezení izolovanými místnostmi a větším počtem personálu. Klecová lůžka však nezmizela úplně. Jsou dány přesné indikace k jejich používání a o jejich použití jsou vedeny přesné záznamy.

Pokud si klademe podobné typy etických otázek nebo hledáme odpovědi na etické otázky týkající se omezení pohybu psychicky nemocných, měli bychom vycházet z již daných právních norem a etických kodexů (Matochová, 2009).

4.5 Komunikace s pacientem

V rámci komunikace s pacientem bychom měli mít na paměti dodržování etických kodexů a chovat se k druhému slušně, jako k lidské bytosti. Ke správné komunikaci jsme vychováváni, nikoliv vzděláváni. (Ivanová, 2004)

I v etice platí, že úspěchem dobře zvládnuté komunikace mezi pacientem a zdravotníkem, je chápající a laskavý postoj, vnímání pacienta, který je zaskočen vzniklou situací. Od počátku je nutný projev úcty a respektu. Je třeba dát si pozor na projevovanou autoritu k nemocnému. Autorita je potřebná, aby ve zdravotníkovi pacient cítil oporu a důvěru, zdravotník však nesmí používat autoritu jako nadřazenost vůči pacientovi. Spolu s autoritou úzce souvisí i pravdomluvnost. Pokud pacient nedostane od zdravotníka pravdivé informace, nemůže mu dostatečně důvěřovat a autorita tím může být narušena.

Každý zdravotnický pracovník by se měl každým slovem, gestem i postojem snažit nalézt porozumění pro pacienta i jeho stav. (Kořenek, 2001)

5 PRÁVNÍ PROBLEMATIKA POUŽITÍ RESTRIKTIVNÍCH METOD

„Neexistuje samotný právní předpis, který by komplexním způsobem shrnoval možnosti užití daných opatření a především práva osoby omezované. Je proto nezbytné vycházet z ústavně konformního výkladu jak mezinárodních dokumentů, kterými je Česká republika vázána, tak z právních předpisů vnitrostátních, a to včetně paranorem, kterými jsou národní akreditační programy ve zdravotnictví“ (Sovová, 2011, s. 85).

5.1 Hospitalizace a omezení volného pohybu pacienta bez jeho souhlasu

Pokud je nutné provést výkony k záchraně života a zdraví pacienta, je nutná hospitalizace. Pokud pacient není schopen podpisu souhlasu s hospitalizací, podléhá oznamovací povinnost soudu.

Jsou situace, kdy pacient nejdříve podepíše svůj souhlas s hospitalizací, ale během hospitalizace vysloví svůj nesouhlas. V takových případech je nutné kontaktovat lékaře, ten pacienta poučí. Pokud i nadále trvá nesouhlas s hospitalizací, pacient podepisuje negativní reverz. V určitých případech však může lékař celou situaci zhodnotit tak, že jsou dány podmínky k péči o nemocného bez jeho souhlasu. Může tak pokračovat pacientova hospitalizace bez jeho souhlasu za předpokladu, že lékař tuto skutečnost nahlásí do 24 hodin soudu (Mach, 2006).

„Pacient může svůj souhlas s hospitalizací kdykoliv odvolat; pak je potřeba postupovat podle ustanovení § 23 a 24 zákona č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu, tedy posoudit, zda jsou důvody k tomu, aby hospitalizace probíhala bez souhlasu pacienta, a případně splnit oznamovací povinnost soudu“ (Mach, 2006, s. 36).

Pokud nastane situace, že pacient je hospitalizován a během hospitalizace je bez svého souhlasu omezen ve volném pohybu nebo ve styku s vnějším světem, je nutné mu umožnit podepsat informovaný souhlas spolu s vysvětlením a upřesněním důvodů omezení volného pohybu. Jestliže tento souhlas pacient nemůže nebo nechce podepsat, znovu je nutné tuto skutečnost do 24 hodin oznámit příslušnému soudu (Mach, 2006).

5.2 Listina základních práv a svobod

„Listina základních práv a svobod je normou nejvyšší právní závaznosti a je součástí ústavního pořádku České republiky. U nás vstoupila v platnost dne 16. 12. 1992“ (Ivanová a Klos, 2004, s. 143).

Podrobněji tuto listinu s ohledem na použití omezovacích prostředků uvádím v příloze (Příloha X).

5.3 Úmluva o lidských právech a biomedicině

„Dne 4. dubna 1997 byla v Oviedu (Španělsko) přijata Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině. V Preambuli jsou připomenuty předchozí mezinárodní úmluvy: Všeobecná deklarace lidských práv (1948), Úmluva na ochranu lidských práv a základních svobod (1950). Na tyto základní mezinárodní úmluvy „Úmluva o lidských právech a biomedicině Rady Evropy“ navazuje a zdůrazňuje, že je nutné si uvědomit, že pokrok ve vývoji biologie a medicíny přináší rizika. Česká republika podepsala úmluvu v roce 1998 a v roce 2001 ji ratifikoval Parlament České republiky“ (Kutnohorská, 2007, s. 126).

Pro tuto práci je nutné z této listiny citovat několik článků týkající se restriktivních postupů. Citace je uvedena v příloze (Příloha XI).

5.4 Zákon č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu

„Tento zákon byl doposud novelizován celkem osmačtyřicetkrát a dotčen též nálezem Ústavního soudu č. 206/1996 Sb. Zákon o péči o zdraví lidu tak bohužel paří mezi nejméně přehledné právní normy pro běžného uživatele, neboť sledovat kontinuálně nabývání účinnosti jednotlivých novel vyžaduje mimořádnou pozornost právních specialistů zabývajících se právem ve zdravotnictví“ (Brůha a Prošková, 2011, s. 50).

Citace článků, které souvisí s použitím restriktivních postupů, jsou uvedeny v příloze (Příloha XII).

5.5 Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákoník

„Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon, ve znění pozdějších předpisů, je jeden ze základních zákonů České republiky, jehož účelem je chránit zájmy společnosti, ústavní zřízení ČR,

práva a oprávněné zájmy fyzických a právnických osob. Tohoto účelu dosahuje zákon pohrůžkou trestu a ukládáním ochranných opatření.

Trestní zákon obsahuje normy stanovující, která společensky nebezpečná jednání a činy jsou považovány za trestné činy a jaké konkrétní sankce jsou za ně ukládány“ (Vondráček, 2005, s. 19).

Zákon č. 140/ 1961 Sb., trestní zákoník se zabývá omezovacími prostředky v § 231 omezení osobní svobody.

5.6 Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník

Občanský zákoník je poslední právní normou, kterou bych se chtěla ve své práci více zabývat.

„Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, je jeden ze základních zákonů České republiky, který obsahuje právní předpisy upravující práva i povinnosti fyzických i právnických osob zejména v oblasti majetkových vztahů, a vztahy vyplývající z práva na ochranu osobnosti. Majetkem osoby se rozumí v právním smyslu hmotné věci, které má osoba ve vlastnictví, a majetková práva k nemotným věcem.

Při poskytování zdravotní péče, stejně jako při jakékoliv jiné činnosti, může vzniknout škoda.

Tu můžeme rozlišovat na škodu majetkovou a nemajetkovou, kterou je škoda na občanské cti, a škodu zvláštní, kterou je ublížení na zdraví“ (Vondráček, 2005, s. 34).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

6.1 Cíle výzkumného šetření

Na začátku práce je nezbytné si stanovit cíle výzkumného šetření, které budu moci na konci své práce vyhodnotit.

Pro výzkumné šetření jsem zvolila tyto cíle:

1. Zmapovat, kdo je pro nelékařské zdravotnické pracovníky agresivní pacient, jaký druh agrese u agresivních pacientů převládá a na kterém oddělení se agresivita objevuje nejčastěji.
2. Monitorovat, jaké druhy restriktivních metod jsou v praxi používány nejčastěji.
3. Porovnat příčiny užití restriktivní metody na pacientovi.
4. Zjistit, zda při použití restriktivních metod jsou současně používána i psychofarmaka.
5. Odhalit, zda mají nelékařští zdravotničtí pracovníci dostatek informací o právní a etické problematice užívání restriktivních metod.

6.2 Výzkumný problém

Jako výzkumný problém jsem zvolila přístup, znalosti a použití restriktivních metod u agresivních pacientů z pohledu nelékařského zdravotnického personálu.

6.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Zkoumaným souborem byli nelékařští zdravotničtí pracovníci, pracující ve vybraných zdravotnických zařízeních na konkrétních odděleních.

Výzkumné šetření bylo provedeno ve třech zdravotnických zařízeních města Brna. Vybranými zdravotnickými zařízeními byly Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, Nemocnice Milosrdných Bratří v Brně a Vojenská nemocnice Brno.

Výzkum probíhal na chirurgických a interních odděleních standardního typu a chirurgických a interních odděleních intenzivní péče.

V těchto zdravotnických zařízeních, na již jmenovaných odděleních, bylo rozdáno 100 dotazníků nelékařskému zdravotnickému personálu a bylo provedeno 5 rozhovorů s nelékařskými zdravotnickými pracovníky.

6.4 Metody práce

Ve výzkumném šetření byly použity metody polostrukturovaný rozhovor a dotazníkové šetření. Osnova rozhovoru je uvedena v příloze (Příloha XIV). Obsah dotazníkového šetření je přiložen v příloze (Příloha XIII).

6.4.1 Rozhovor

Metoda rozhovoru patří mezi nejvýhodnější techniky k získávání kvalitativních výzkumných dat. V tomto případě byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, u kterého je nastíněno určité schéma, které bylo pro tazatele závazné. Pořadí otázek v rozhovoru bylo možné zaměňovat, dle potřeby tazatele i dotazovaného. V tomto druhu rozhovoru máme možnost si ověřit, zda otázky a odpovědi byly správně pochopeny. Rozhovor se tak stává objektivním.

Rozhovor se zdravotníky probíhal dle předem stanovené osnovy otázek. Bylo možné, dle vyvíjející se situace, kdykoliv ponechat prostor pro jinou odpověď nebo otázku z osnovy položit jiným způsobem. Rozhovor byl veden individuálně. Každý nelékařský zdravotnický pracovník byl předem seznámen s důvodem, průběhem, náročností a přibližnou délkou rozpravy. Dotazovanému byly také sděleny podmínky týkající se anonymity. Každý rozhovor měl svou úvodní část, ve které byl každý dotazovaný tazatelem osloven k přátelské konverzaci na dané téma. Dotazovanému bylo sděleno, za jakých okolností bude rozhovor veden a nastíněn základní výzkumný problém. Po krátkém úvodu a seznámení s tématem bylo přistoupeno k vlastnímu rozhovoru. Osnova rozhovoru obsahovala 15 otázek týkající se výzkumného problému. První tři otázky rozhovoru se zabíraly problematikou klinické praxe a současného zaměstnání respondenta. Dalším okruhem osnovy rozhovoru byly otázky týkající se druhů a příčin agresivity u pacienta i zdravotníka a náhled na agresivního pacienta s pohledu dotazovaného. Následovaly otázky zaměřené na omezovací prostředky a jejich použití ve zdravotnickém zařízení. Posledními otázkami v osnově rozhovoru byly etická a právní problematika restriktivních metod a názor dotazovaného na tuto problematiku. Na konci konverzace byly shrnuty základní informace získané během rozhovoru. Dotazovanému jsem poděkovala za čas, který si při rozhovoru našel a za jeho názory, které jsou pro tuto práci tak důležité.

Celkem bylo ve výzkumném šetření realizováno 5 rozhovorů. Zdravotníci byli ochotnější účastnit se výzkumného šetření pomocí dotazníků, než poskytnout rozhovor. Tři rozhovory probíhaly v prostorách zdravotnického zařízení, další dva mimo zdravotnické zařízení,

všechny však bez přítomnosti svědků či jiné, třetí osoby. U všech rozhovorů byla splněna podmínka, vyjadřující souhlas o umožnění přístupu k informacím.

6.4.2 Dotazník

„Dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři“ (Kutnohorská, 2009, s. 41).

Metoda dotazníků je nejčastější výzkumnou metodou, která by měla shrnout všechny problémy, o které se ve výzkumném šetření zajímáme. Výhodou této metody je možnost velkého množství respondentů s možností hromadného zpracování pomocí počítače. Nevýhodami dotazníků je neporozumění otázky bez možnosti dalšího objasnění a nízká návratnost. Dotazník jsem se snažila koncipovat tak, aby zahrnoval všechny potřebné informace ke zpracování výzkumu a zároveň se stal pro respondenty přitažlivým. Informace potřebné k sestavení dotazníku jsem čerpala z literatury.

Dotazník byl koncipován pro nelékařské zdravotnické pracovníky, pracující ve vybraných zdravotnických zařízeních na konkrétních odděleních. Ti odpovídali celkem na 22 otázek systematicky sestavených dle potřeb výzkumného šetření. V dotazníku bylo využito všech možností otázek uzavřených, polouzavřených i otevřených.

Úvodem dotazníkového šetření byl stejně jako v rozhovorech respondent osloven a seznámen s badatelem, důvodem výzkumného šetření a způsobem vyplnění. Respondentům bylo také zdůrazněno zachování anonymity. K otázkám v dotazníku patřily identifikační a demografické vlastnosti respondenta. Tyto údaje se odrážely v otázkách číslo 1 a 2. Otázky číslo 3, 4 a 5 se zaměřily na vzdělání respondentů, délku klinické praxe a charakter pracoviště, kde respondent působí. Samotnou agresivitou se zabíraly uzavřené otázky číslo 6 a 10 a polouzavřené otázky číslo 7, 8, 9 a 11. Další částí dotazníku bylo používání omezovacích prostředků u agresivních pacientů. Tomuto problému se věnovaly uzavřené otázky číslo 12, 14 a 16, polouzavřená otázka číslo 15 a otevřené otázky pod číslem 13 a 17. Etické aspekty a kodexy byly ve výzkumném šetření uvedeny pod uzavřenou otázkou číslo 18 a polouzavřenou otázkou číslo 19. Uzavřené otázky číslo 20 a 21 nás provedly právní problematikou použití omezovacích prostředků. V dotazníkovém šetření bylo využito možnosti sdělení vlastního názoru na danou problematiku. Na závěr dotazníkového šetření bylo respondentům projeveno poděkování za spolupráci na výzkumném šetření a využitý čas. Dotazník je k nahlédnutí v příloze (příloha XIII).

6.5 Organizace výzkumného šetření

Výzkumnému šetření předcházelo sestavení dotazníků a osnovy pro rozhovory s nelékařskými zdravotnickými pracovníky. Obě metody šetření jsem konzultovala se svou vedoucí práce, a to jak po stránce formální, tak po stránce obsahové. Spolu s tvorbou dotazníků jsem kontaktovala odpovědné pracovníky ve zdravotnických zařízeních, kde měl být výzkum realizován a podala žádost o umožnění dotazníkového šetření spolu s žádostí o umožnění přístupu k informacím. Těmto žádostem bylo vyhověno.

Ve vybraných zdravotnických zařízeních jsem po domluvě s pověřeným pracovníkem rozdala celkem 100 anonymních dotazníků v tištěné podobě. Samotné výzkumné dotazníkové šetření bylo realizováno v měsíci dubnu, roku 2012. Mimo dotazníkové šetření jsem se soustředila i na rozhovory s nelékařskými zdravotnickými pracovníky. Mnozí po oslovení rozhovor odmítli. Raději se realizovali ve výzkumu vyplněním anonymního dotazníku. Nakonec souhlasilo celkem 5 oslovených. 3 z rozhovorů se zdravotníky proběhly po skončení pracovní doby v předem domluvených termínech. Další 2 se konaly mimo zdravotnická zařízení, dle přání dotazovaného. Výzkumné šetření pomocí rozhovorů bylo také realizováno v měsíci dubnu, roku 2012. Samotný rozhovor trval okolo 15 minut.

6.6 Metody zpracování dat výzkumného šetření

Z celkového počtu 100 dotazníků se navrátilo k dalšímu zpracování celkem 74 dotazníků. Návratnost tedy byla 74 %. Z tohoto počtu bylo nutné 2 dotazníky vyřadit z důvodu neúplných údajů.

Získaná data jsem zpracovala v programech Microsoft Word a Microsoft Excel. Tato data jsem uspořádala do přehledných tabulek a grafů. V tabulkách a grafech se odráží každá položka z dotazníku a je u ní určena absolutní a relativní četnost získaných dat.

Absolutní četnost hodnoty znaku x je číslo, které udává, kolikrát se v souboru S vyskytuje hodnota znaku x . Značí se n .

Relativní četnost hodnoty znaku x je dána podílem absolutní četnosti a celkového množství v souboru S . Udává se v procentech, proto se celý podíl násobí 100. Hodnota relativní četnosti je v celé práci zaokrouhlena na dvě desetinná čísla.

7 VÝSLEDKY A ZPRACOVÁNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

7.1 Výsledky výzkumného šetření pomocí dotazníků

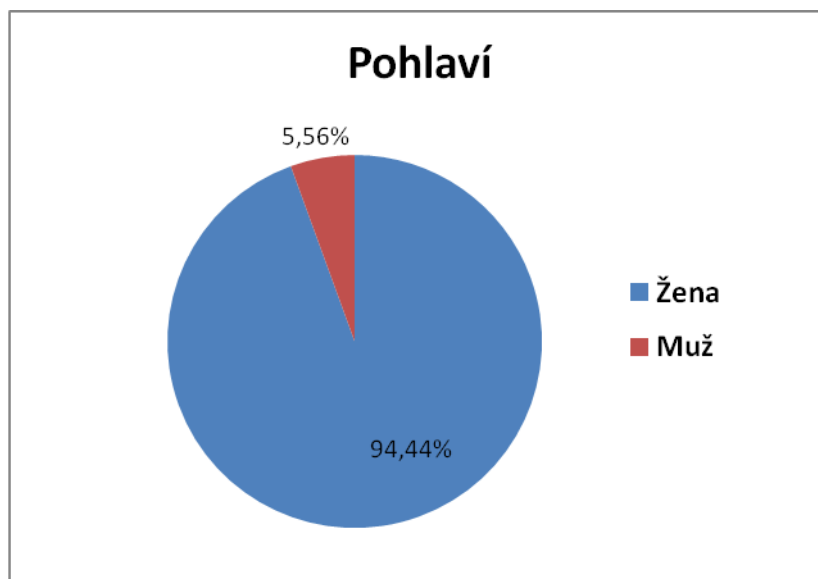
Zde uvádím zpracování výsledků dotazníkových šetření. Dotazníky jsou vyhodnoceny v tabulkách a grafech s následným komentářem. Uvádím zde vždy přesné znění každé dotazníkové položky.

1. Uveďte své pohlaví.

Tabulka 1 - Pohlaví

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a) Žena	68	94,44
b) Muž	4	5,56
Celkem	72	100

Graf 1 - Pohlaví



Komentář k dotazníkové položce č. 1:

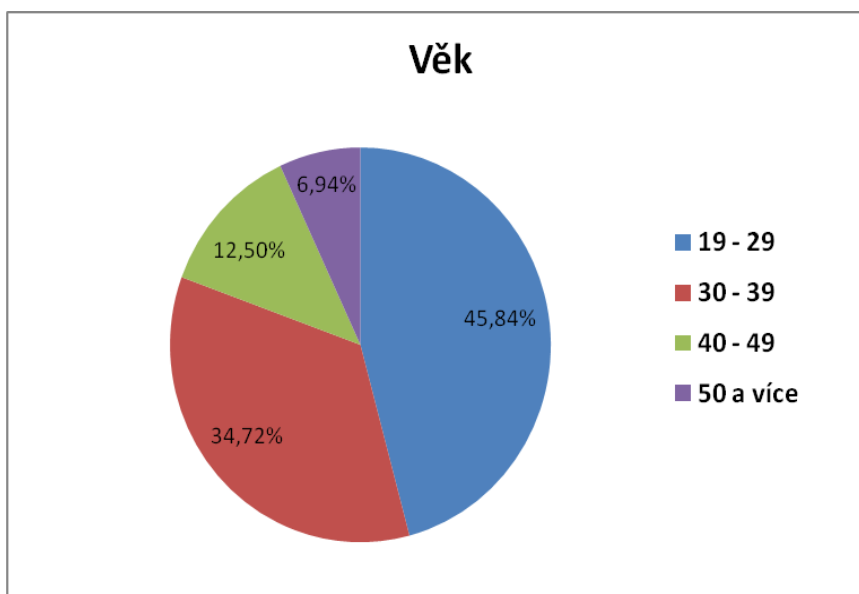
První otázka dotazníku zjišťuje pohlaví respondenta. Bylo vyhodnoceno, že 68 respondentů (94,45 %) jsou ženy a 4 respondenti (5,55 %) jsou pohlaví mužského. Předpokládala jsem, že většina respondentů bude pohlaví ženského, protože ve větším zastoupení pracují na pozici sester ženy.

2. Jaký je váš věk?

Tabulka 2 - Věk

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a) 19 - 29	33	45,84
b) 30 - 39	25	34,72
c) 40 - 49	9	12,5
d) 50 a více	5	6,94
Celkem	72	100

Graf 2 - Věk



Komentář k dotazníkové položce č. 2:

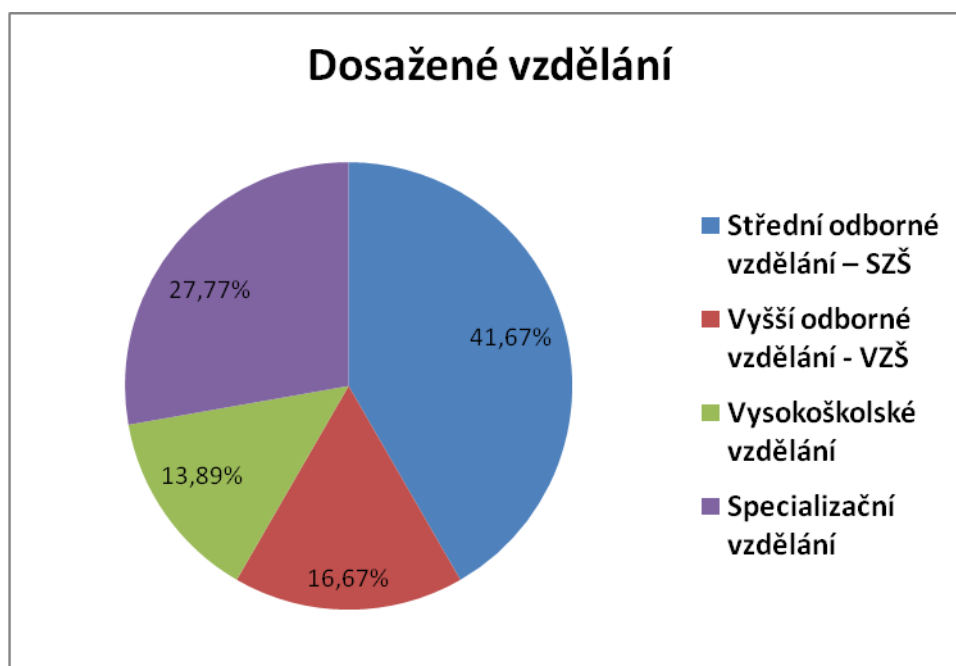
Druhá položka dotazníku zjišťuje věk respondentů. Jsem ráda, že zde jsou zastoupeny všechny věkové kategorie, které jsou v dotazníku uvedeny. Největší zastoupení dle věku měla první kategorie - 19 – 29 let. Odpovědělo tak 33 respondentů (45,84 %). Následuje 30 – 39 let - 25 respondentů (34,72 %). 9 respondentů je ve věku 40 – 49 let (12,5 %) a 5 respondentů má 50 a více let (6,94 %). Na odděleních, kde bylo výzkumné šetření realizováno, pracuje 72 % respondentů ve věku od 19 do 40 let.

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 3 - Dosažené vzdělání

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a) Střední odborné vzdělání – SZŠ	30	41,67
b) Vyšší odborné vzdělání - VZŠ	12	16,67
c) Vysokoškolské vzdělání	10	13,89
d) Specializační vzdělání	20	27,77
e) Jiné (uved'te)	0	0
Celkem	72	100

Graf 3 - Dosažené vzdělání



Komentář k dotazníkové položce č. 3:

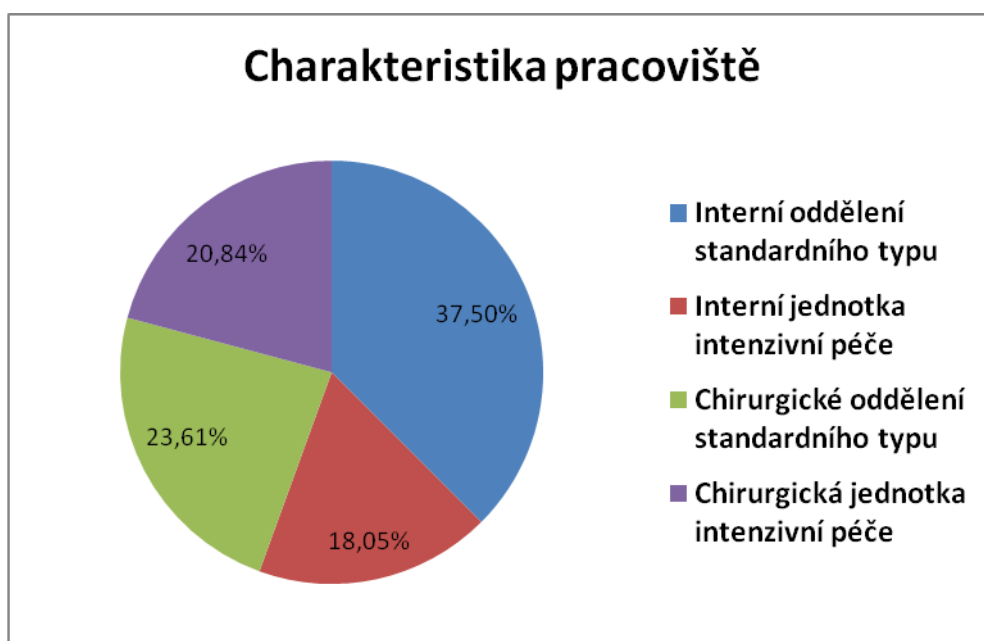
V této položce dotazníku jsem zpracovala data s údaji o nejvyšším dosaženém vzdělání respondentů. Střední odborné vzdělání ukončilo 30 dotazovaných (41,67 %). Vyšší odborné vzdělání uvádí 12 respondentů (16,6 %). Vysokoškolsky vzdělaných bylo 10 respondentů (13,89 %) a specializační vzdělání uvedlo 20 dotazovaných (27,77 %).

4. Uved'te prosím charakteristiku Vašeho pracoviště.

Tabulka 4 - Charakteristika pracoviště

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a) Interní oddělení standardního typu	27	37,5
b) Interní jednotka intenzivní péče	13	18,05
c) Chirurgické oddělení standardního typu	17	23,61
d) Chirurgická jednotka intenzivní péče	15	20,84
Celkem	72	100

Graf 4 - Charakteristika pracoviště



Komentář k dotazníkové položce č. 4:

Další dotazníkovou položkou byla charakteristika pracoviště respondenta. Dotazníky jsem se snažila rozdat rovnoměrně tak, aby byla v zastoupení všechna pracoviště. Celkem 27 respondentů (37,5 %) uvádí, že pracuje na interním oddělení standardního typu. 13 dotazovaných (18,05 %) pracuje na interní jednotce intenzivní péče, 17 respondentů (23,61 %) odpovědělo, že jejich pracovištěm je chirurgické oddělení standardního typu a 15 dotazovaných (20,84 %) pracuje na chirurgické jednotce intenzivní péče. Nakonec se mi podařilo vyhodnotit odpovědi ze všech

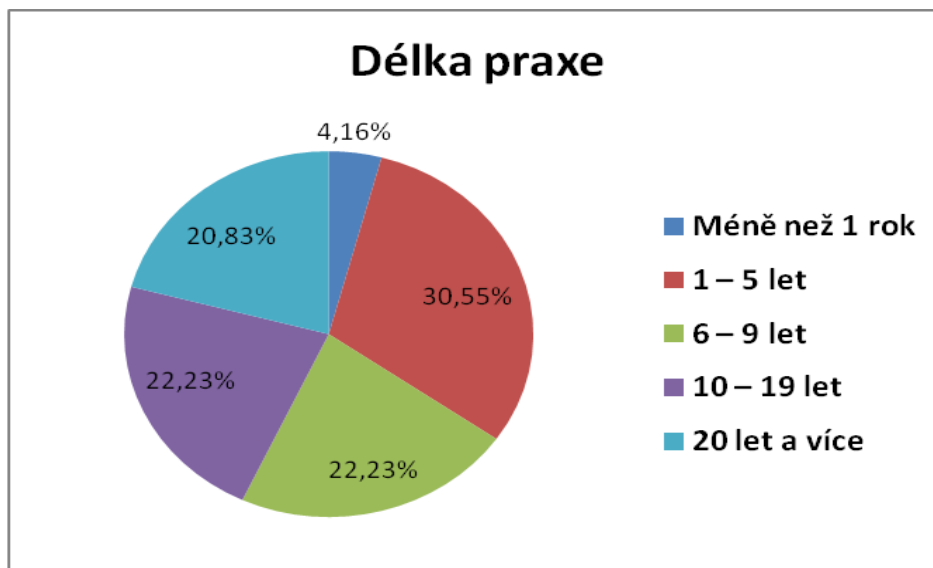
předem stanovených pracovišť a získat objektivní informace k výzkumnému šetření, jak z chirurgických, tak interních oborů.

5. Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnickém zařízení?

Tabulka 5 - Délka praxe

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a) Méně než 1 rok	3	4,16
b) 1 – 5 let	22	30,55
c) 6 – 9 let	16	22,23
d) 10 – 19 let	16	22,23
e) 20 let a více	15	20,83
Celkem	72	100

Graf 5 - Délka praxe



Komentář k dotazníkové položce č. 5:

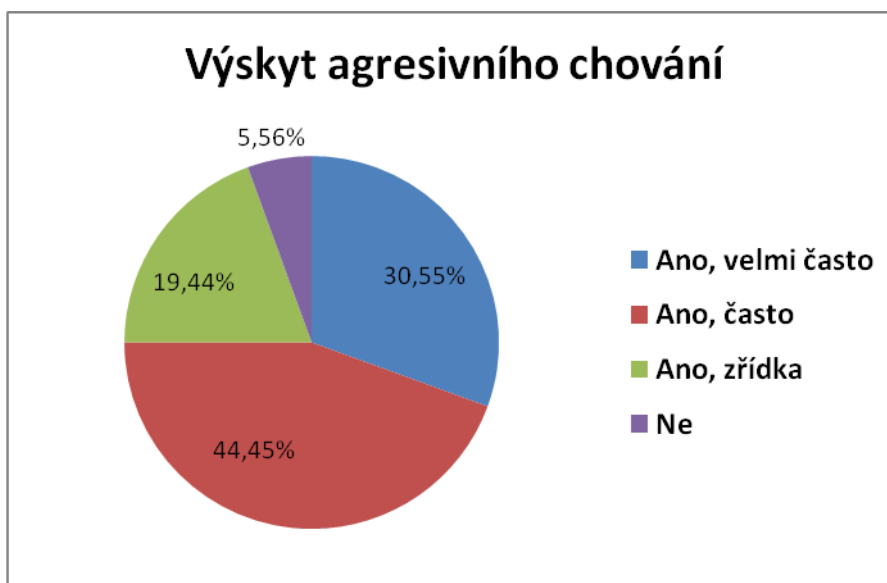
Otázka délky klinické praxe měla také ve svých odpovědích všechna nabízená zastoupení. 3 respondenti (4,16 %) odpověděli, že délka jejich klinické praxe je méně než 1 rok. 22 dotazovaných (30,55 %) uvedlo, že pracuje 1 – 5 let, 16 respondentů (22,23 %) má za sebou 6 – 9 let praxe, stejně tak dalších 16 respondentů (22,23 %) má délku své klinické praxe 10 – 19 let. Praxi delší než 20 let uvedlo 15 dotazovaných (20,83 %).

6. Setkal/a jste se již během Vaší klinické praxe s agresivním chováním u pacienta/klienta?

Tabulka 6 - Výskyt agresivního chování

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a) Ano, velmi často	22	30,55
b) Ano, často	32	44,45
c) Ano, zřídka	14	19,44
d) Ne	4	5,56
Celkem	72	100

Graf 6 - Výskyt agresivního chování



Komentář k dotazníkové položce č. 6:

Všech 72 respondentů odpovídalo na šestou dotazníkovou položku. Cílem bylo zjistit, zda se zdravotníci během své klinické praxe setkali s agresivním pacientem. Pouze 4 respondenti (5,56 %) se zatím s agresivním pacientem nesečkali. 22 respondentů (30,55 %) se s agresivním chováním setkává velmi často, 32 dotazovaných (44,45 %) často a 14 dotazovaných (19,44 %) zřídka. Z těchto odpovědí lze vyhodnotit, že agresivita se ve zdravotnických zařízeních objevuje relativně často. Ze 72 respondentů se 68 dotazovaných setkala s agresivním pacientem.

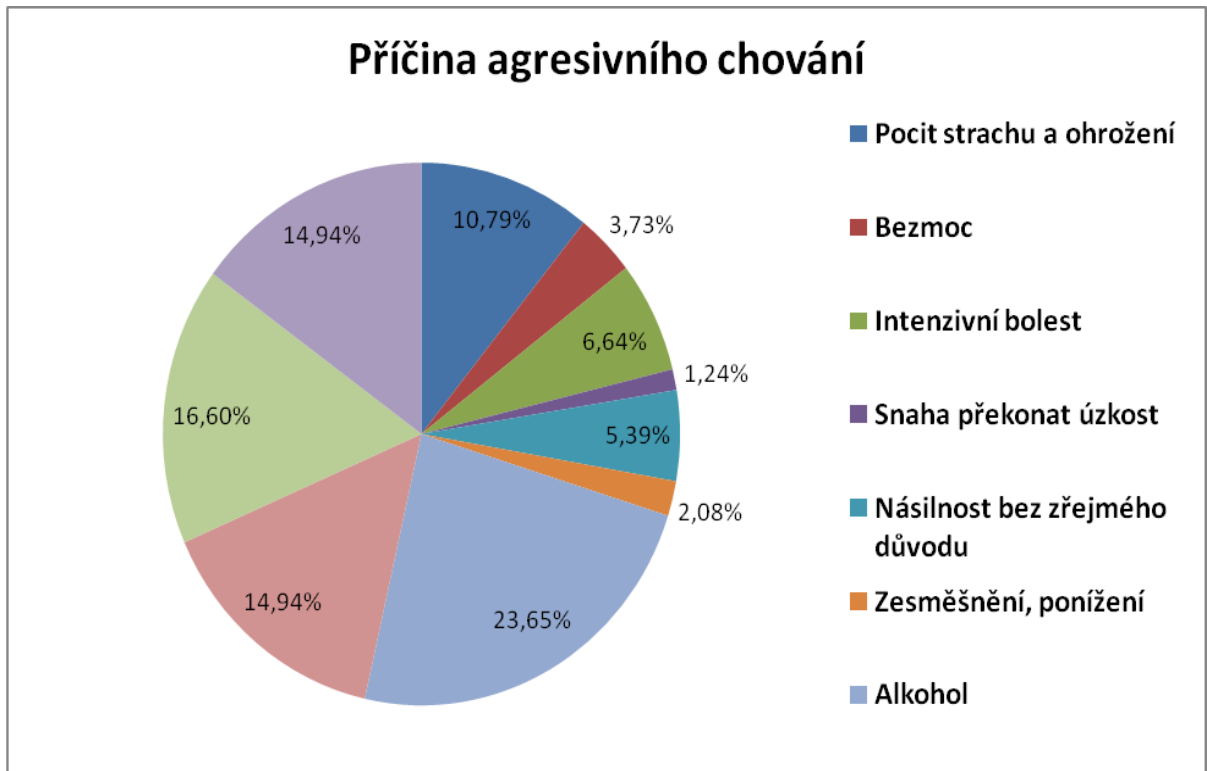
7. Jaká je podle Vás nejčastější příčina agresivního jednání u pacienta/klienta?

Lze zakroužkovat i více odpovědí.

Tabulka 7 - Příčina agresivního chování

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a) Pocit strachu a ohrožení	26	10,79
b) Bezmoc	9	3,73
c) Intenzivní bolest	16	6,64
d) Snaha překonat úzkost	3	1,24
e) Násilnost bez zřejmého důvodu	13	5,39
f) Zesměšnění, ponížení	5	2,08
g) Alkohol	57	23,65
h) Toxikománie	36	14,94
i) Psychiatrická diagnóza v anamnéze	40	16,6
j) Organické stavy	36	14,94
k) Jiné (uveďte jaké)	0	0
Celkem	241	100

Graf 7 - Příčina agresivního chování



Komentář k dotazníkové položce č. 7:

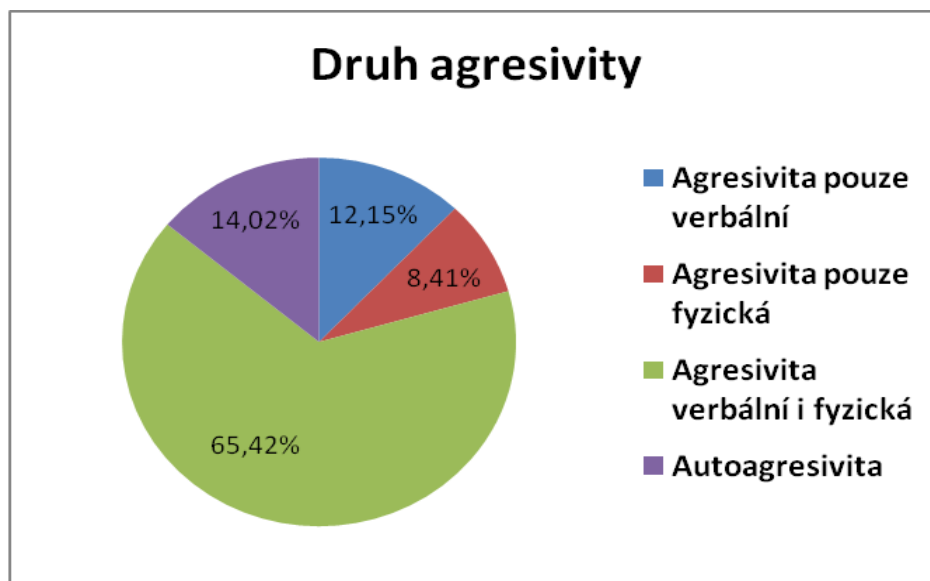
V této položce jsem nakonec vyhodnotila celkem 241 různých odpovědí. V této otázce měli respondenti možnost zakroužkovat i více odpovědí. Nejvíce zastoupenou odpovědí na otázku nejčastější příčiny agresivního chování byl alkohol. Tato možnost se objevila celkem v 57 případech (23,65 %). 40- krát (16,6 %) byla využita možnost psychiatrická diagnóza v anamnéze a 36- krát (14,94 %) to byly možnosti toxikomanie a organické stavy. Pouze ve 3 případech (1,24 %) se objevila odpověď snaha překonat úzkost, která pramení z dané situace. Více k tématu příčiny agresivního jednání pacienta je uvedeno v tabulce č. 7 Příčina agresivního chování a grafu č. 7 Příčina agresivního chování.

8. Pokud jste se s agresivním chováním u pacienta/klienta setkal/a, uveďte, o jaký druh agresivity se jednalo. Lze zakroužkovat i více odpovědí.

Tabulka 8 - Druh agresivity

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a) Agresivita pouze verbální	13	12,15
b) Agresivita pouze fyzická	9	8,41
c) Agresivita verbální i fyzická	70	65,42
d) Autoagresivita	15	14,02
e) Jiné (uveďte jaké)	0	0
Celkem	94	100

Graf 8 - Druh agresivity



Komentář k dotazníkové položce č. 8:

V této dotazníkové položce jsem se ptala, o jaký druh agresivity se jednalo v případě setkání s agresivním chováním pacienta. Dotazovaní mohli opět zvolit více odpovědí. Celkem jsem vyhodnotila 107 odpovědí. 70- krát (65,42 %) se objevila možnost, že agresivita byla verbální i fyzická. Pouze 9- krát (8,41 %) se vyskytla možnost agresivity fyzické. Autoagresivita byla uvedena v 15 případech (14,02 %). Více jak polovina respondentů odpověděla, že u agresivního pacienta se jedná o

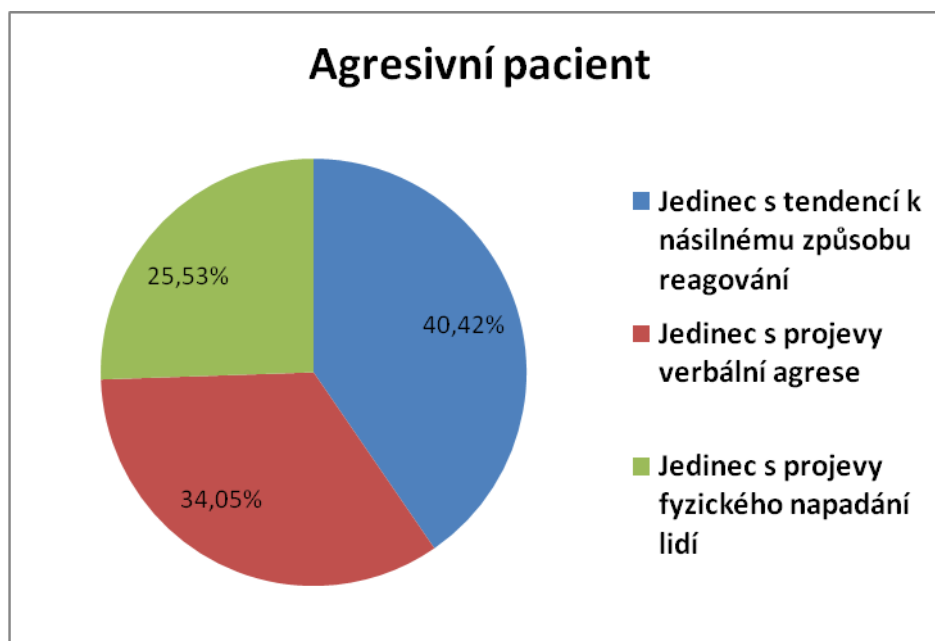
agresivitu verbální i fyzickou. Pokud se již agresivita u pacienta objeví, není jen verbální nebo jen fyzická, ale vyskytují se oba druhy agresivity současně.

9. Agresivní pacient/klient je podle Vás... *Lze zakroužkovat i více odpovědí.*

Tabulka 9 - Agresivní pacient

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a) Jedinec s tendencí k násilnému způsobu reagování	38	40,42
b) Jedinec s projevy verbální agrese	32	34,05
c) Jedinec s projevy fyzického napadání lidí	24	25,53
d) Jiný (uveďte, specifikujte)	0	0
Celkem	94	100

Graf 9 - Agresivní pacient



Komentář k dotazníkové položce č. 9:

V této dotazníkové položce jsem celkem vyhodnotila 94 odpovědí. Agresivní pacient je jedinec s tendencí k násilnému způsobu reagování. Tato odpověď se vyskytla v 38 případech (40,42 %). Projevy verbální agrese byly uvedeny 32- krát (34,05 %) a jedinec s projevy fyzického napadání lidí byl uveden 24- krát (25,53 %). Z těchto odpovědí lze chápat agresivního pacienta jako jedince k násilnému způsobu reago-

vání, s projevy verbální agrese a fyzického napadání lidí. Nikdo s respondentů nespecifikoval sám jiný druh formulace odpovědi na otázku, kdo je agresivní pacient.

10. Setkal/a jste se již během své dosavadní klinické praxe s projevem agresivního chování u zdravotníka?

Tabulka 10 - Agresivita u zdravotníka

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a) Ano, velmi často	1	1,39
b) Ano, často	6	8,34
c) Ano, zřídka	34	47,22
d) Ne	31	43,05
Celkem	72	100

Graf 10 - Agresivita u zdravotníka



Komentář k dotazníkové položce č. 10:

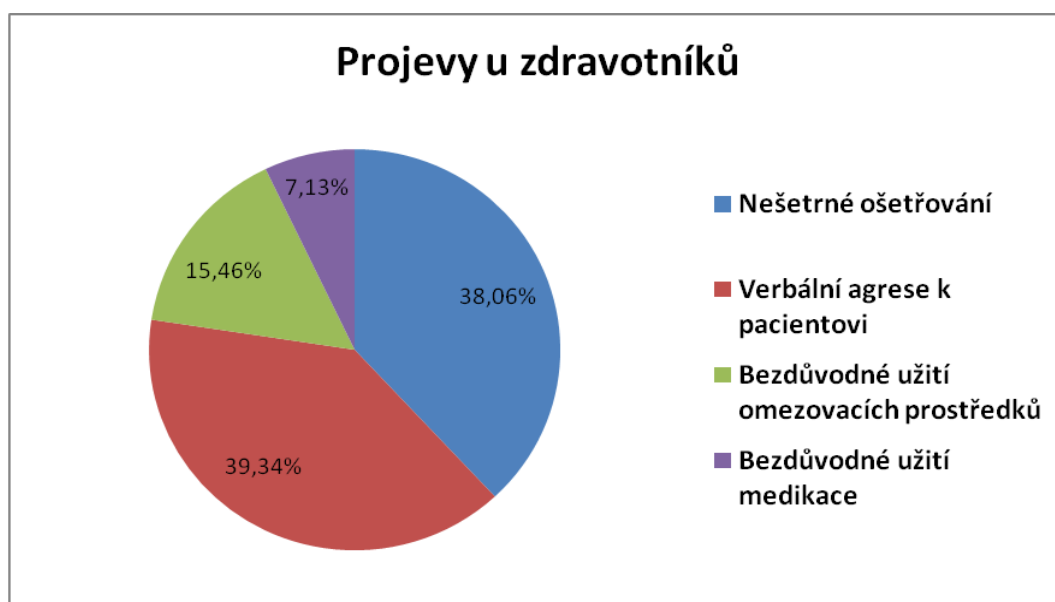
V této otázce mě zajímalo, zda se respondenti během své dosavadní klinické praxe setkali s agresivním chováním u zdravotníka. Odpověď, že nesetkali, volilo 31 respondentů (43,05 %), možnost ano, zřídka se objevila 34- krát (47,22%). Často se setkala s agresivním chováním u zdravotníka 6 dotazovaných (8,34 %) a pouze jeden respondent odpověděl na tuto otázku „velmi často“ (1,39 %). Ve zdravotnickém zařízení se setkáme i s agresivním chováním u zdravotníků, nejen u pacientů. S jakou agresivitou se u zdravotníků setkáváme, hodnotím v další dotazníkové položce.

11. S jakým projevem agresivity jste se setkal/a u zdravotníka? *Odpovídejte pouze tehdy, odpověděl/a-li jste v otázce 10 výběrem ANO. Lze zakroužkovat více odpovědí.*

Tabulka 11 - Projevy u zdravotníků

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a) Nešetrné ošetřování	32	38,1
b) Verbální agrese k pacientovi	33	39,38
c) Bezdůvodné užití omezovacích prostředků	13	15,48
d) Bezdůvodné užití medikace	6	7,14
e) Jiné (uved'te, specifikujte)	0	0
Celkem	84	100

Graf 11 - Projevy u zdravotníků



Komentář k dotazníkové položce č. 11:

Na tuto položku odpovídali respondenti pouze v případě, že v otázce 10 zvolili možnost odpovědi s výběrem ano. Bylo možné opět zakroužkovat více odpovědí. Celkem se objevilo 84 odpovědí. 32- krát (38,1 %) byla zvolena možnost nešetrné ošetřování, 33- krát (39,28 %) možnost verbální agrese k pacientovi. Ve 13 případech (15,48 %) to byla možnost bezdůvodné užití omezovacích prostředků a 6- krát

(7,14 %) bezdůvodné užití medikace. 84 odpovědí nám dokazuje, že se agresivita u zdravotníků opravdu objevuje a to nejčastěji ve formě nešetrného ošetřování a verbální agresí k pacientovi.

12. Dokázal/a byste stručně popsat pojem „restriktivní metoda“?

Tabulka 12 - Pojem restriktivní metoda

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a) Ano	17	23,61
b) Ne	55	76,39
Celkem	72	100

Graf 12 - Pojem restriktivní metoda



Komentář k dotazníkové položce č. 12:

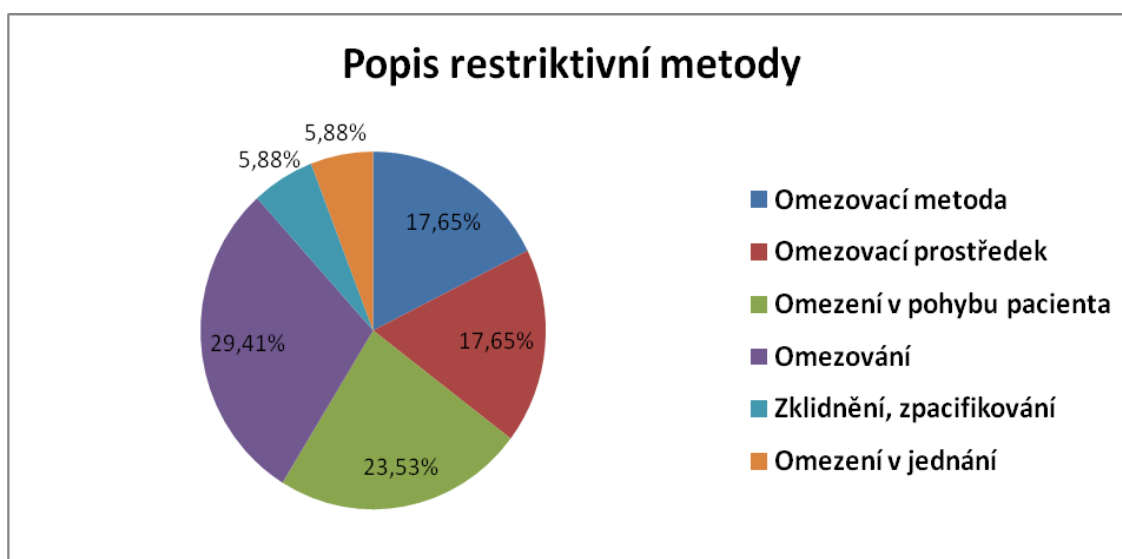
Na otázku, zda by dokázali stručně popsat pojem „restriktivní metoda“ odpovědělo všech 72 respondentů. Volbu odpovědi ano zvolilo 17 dotazovaných (23,61 %), zatímco volbu ne zvolilo 55 respondentů (76,39 %). Většina dotazovaných ve zdravotnických zařízeních neví, co znamená pojem „restriktivní metoda“, přestože tuto metodu v praxi používají.

13. Mohl/a byste pojem „restriktivní metoda“ stručně popsat, prosím? *Odpovídejte pouze tehdy, odpověděl/a-li jste v otázce 12 ANO.*

Tabulka 13 - Popis restriktivní metody

Odpovědi respondentů	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a) Omezovací metoda	3	17,65
b) Omezovací prostředek	3	17,65
c) Omezení v pohybu pacienta	4	23,53
d) Omezování	5	29,41
e) Zklidnění, zpacifikování	1	5,88
f) Omezení v jednání	1	5,88
Celkem	17	100

Graf 13 - Popis restriktivní metody



Komentář k dotazníkové položce č. 13:

Na tuto otázku odpovídalo celkem 17 respondentů. Nejvíce dotazovaných odpovědělo, že restriktivní metoda je omezování. Bylo jich celkem 5 (29,41 %). 4- krát (23,53 %) bylo na tuto otázku odpovězeno, že restriktivní metoda je omezení pohybu pacienta, 3- krát (17,65 %) omezovací metoda a 3- krát (17,65 %) omezovací prostředek. Jedna z odpovědí (5,88 %) byla, že restriktivní metoda je zklidnění,

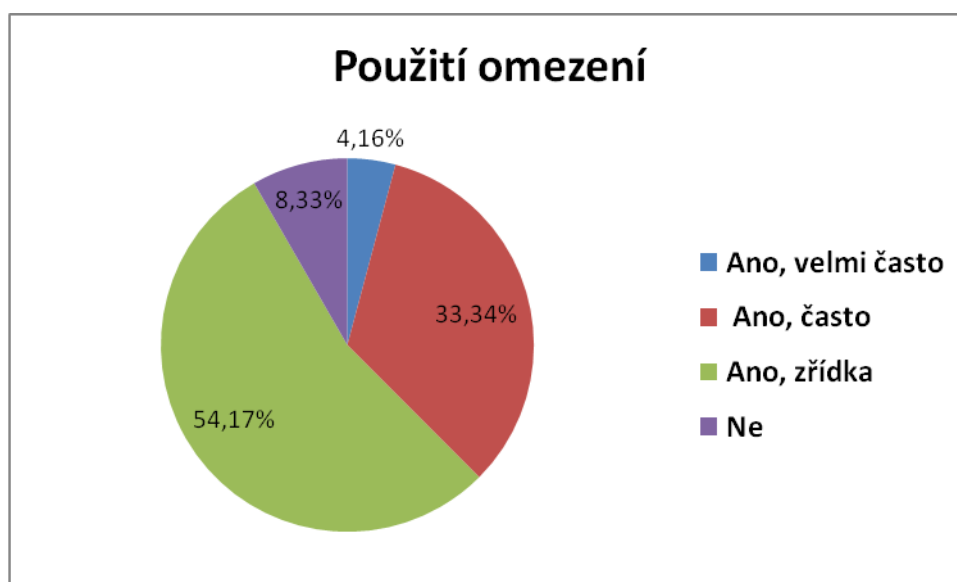
zpacifikování a jedna odpověď (5,88 %) tuto metodu definovala jako omezení v jednání.

14. Používáte na Vašem oddělení některý z druhů omezovacích prostředků?

Tabulka 14 - Použití omezení

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a) Ano, velmi často	3	4,16
b) Ano, často	24	33,34
c) Ano, zřídka	39	54,17
d) Ne	6	8,33
Celkem	72	100

Graf 14 - Použití omezení



Komentář k dotazníkové položce č. 14:

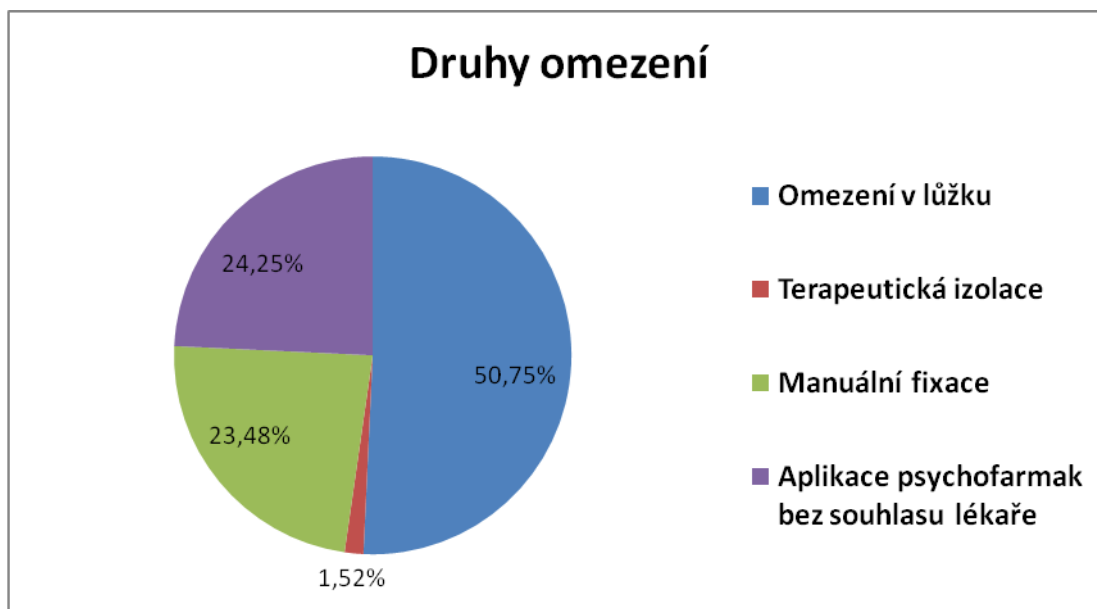
Tuto otázku zodpovědělo všech 72 dotazovaných. Pouze 6 z nich (8,33 %) odpovědělo, že nepoužívají žádný z druhů omezovacích prostředků. 39 respondentů (54,17 %) používá omezovací prostředky zřídka, 24 (33,34 %) často. Velmi často používají omezovací prostředky 3 respondenti (4,16 %). Použití omezovacích prostředků na všech typech oddělení je časté. Proto je důležité se touto problematikou více zabývat.

15. Jaký druh omezovacích prostředků používáte? Odpovídejte pouze tehdy, odpověděli/a-li jste v otázce 14 ANO. Lze zakroužkovat více odpovědí.

Tabulka 15 - Druhy omezení

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a) Omezení v lůžku	67	50,75
b) Terapeutická izolace	2	1,52
c) Omezení pacienta v síťovém lůžku	0	0
d) Ochranný kabátek	0	0
e) Manuální fixace	31	23,48
f) Aplikace psychofarmak bez souhlasu lékaře	32	24,25
g) Jiné (uveďte jaké)	0	0
Celkem	132	100

Graf 15 - Druhy omezení



Komentář k dotazníkové položce č. 15:

Na tuto otázku opět odpovídali pouze respondenti, kteří v předchozí otázce uvedli možnost výběru ano. Opět bylo možné zvolit více odpovědí. Celkem jsem vyhodnotila 132 odpovědí. Nejvíce používanou omezovací metodou je omezení v lůžku. Tato možnost byla zvolena 67- krát (50,75 %), následovala možnost omezení apli-

kací psychofarmak bez souhlasu nemocného, ve 32 případech (24,25 %), a hned za ní v 31 případech manuální fixace (23,48 %). Pouze ve dvou případech se objevila možnost omezení terapeutickou izolací (1,52 %). Nikdo z dotazovaných nevedl možnosti omezení pacienta v síťovaném lůžku a omezení ochranným kabátkem.

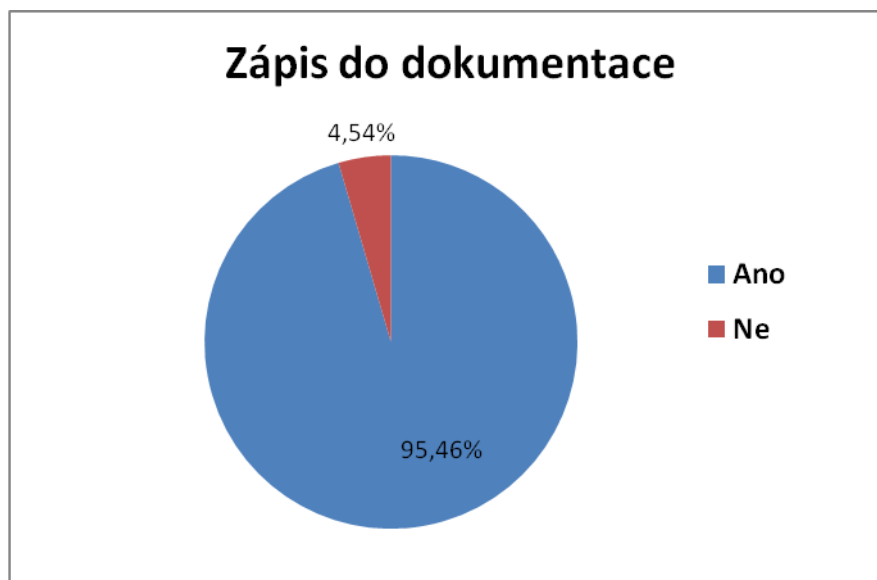
Ve většině případů se u agresivních pacientů využívá metoda omezení v lůžku a aplikace psychofarmak bez souhlasu nemocného.

16. Při použití omezovacích prostředků, využíváte zápis o použití zvolené metody do dokumentace pacienta? *Odpovídejte pouze tehdy, odpověděl/a-li jste v otázce 14 ANO.*

Tabulka 16 - Zápis do dokumentace

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a) Ano	63	95,45
b) Ne	3	4,54
Celkem	66	100

Graf 16 - Zápis do dokumentace



Komentář k dotazníkové položce č. 16:

V této otázce opět odpovídali pouze respondenti, kteří uvedli v otázce 14 výběr odpovědi ano. Celkem se jednalo o 66 respondentů. Zápis do dokumentace provádí 63 z nich (95,45 %). Pouze 3 dotazovaní (4,54 %) odpověděli, že zápis do dokumentace neprovádějí. Pokud je použita metoda omezení pacienta, je tato skutečnost zapisována v 95,45 % do dokumentace. Většina zdravotnických zařízení vyžaduje zápis restrikce do dokumentace. Zajišťuje se tím bezpečnost pacienta i zdravotnického personálu.

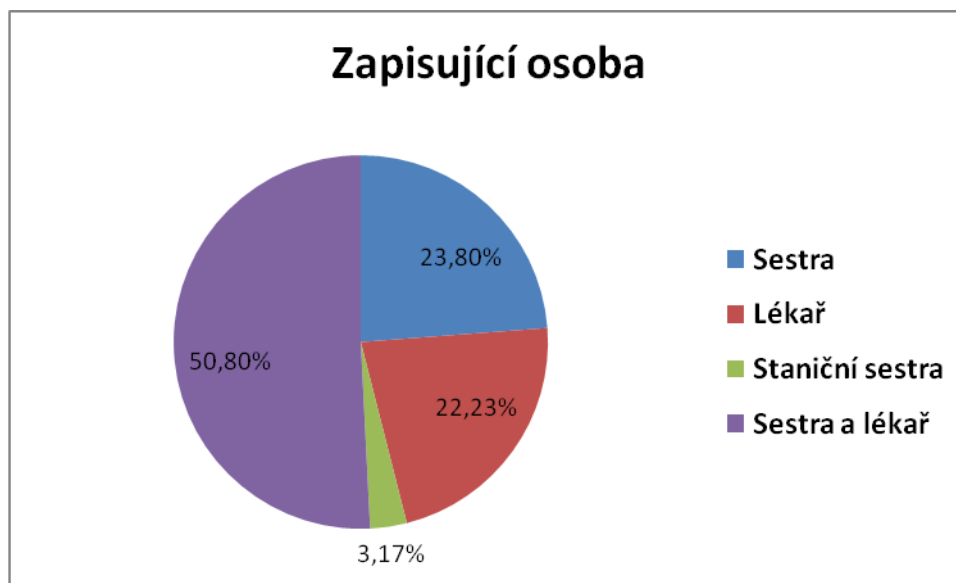
17. a) Upřesněte, prosím, kdo zápis do dokumentace pacienta provádí. *Odpovídejte pouze tehdy, odpověděl/a-li jste v otázce 16 ANO.*

b) Upřesněte, prosím, kde se zápis do dokumentace pacienta provádí. (do které části dokumentace pacienta). *Odpovídejte pouze tehdy, odpověděl/a-li jste v otázce 16 ANO.*

Tabulka 17 a) Zapisující osoba

Odpovědi respondentů	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a) Sestra	15	23,8
b) Lékař	14	22,23
c) Staniční sestra	2	3,17
d) Sestra a lékař	32	50,8
Celkem	63	100

Graf 17 a) Zapisující osoba



Komentář k dotazníkové položce č. 17 a):

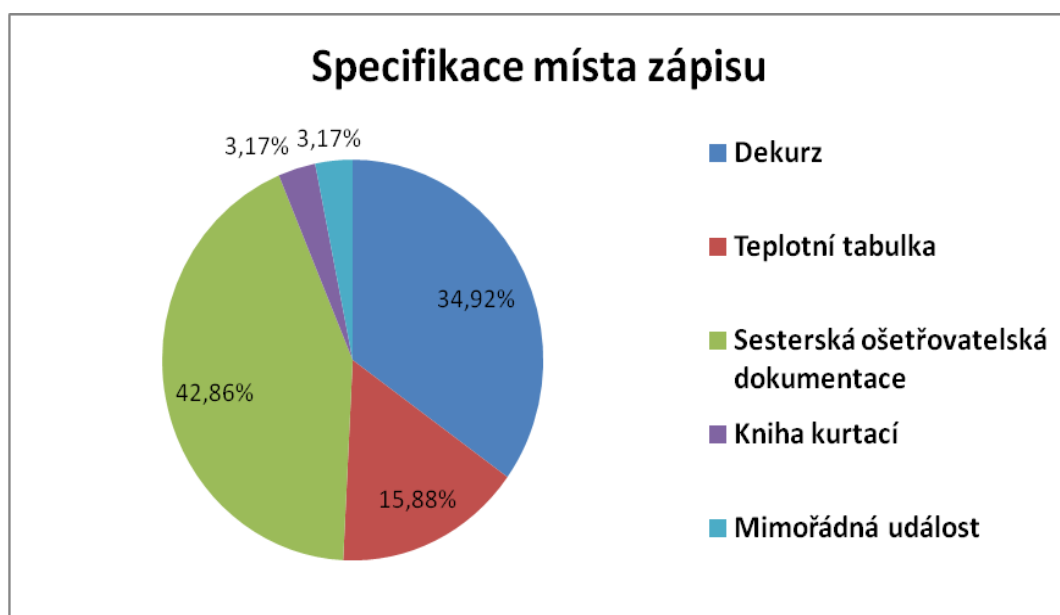
Na tuto otázku odpovídalo 63 respondentů, kteří v otázce 16 odpověděli výběrem odpovědi ano. Zápis do dokumentace provádí dle 32 dotázaných (50,8 %) jak lékař, tak sestra. 15 respondentů (23,8 %) udává, že zápis provádí pouze sestra a 14 respondentů (22,23 %) udává, že zápis provádí pouze lékař. Ve 2 případech (3,17 %) udává, že zápis provádí pouze lékař.

jsem se setkala s odpovědí, že zápis provádí staniční sestra oddělení. Není tedy předem určené, kdo zápis do dokumentace provádí. Záleží to na konkrétním zdravotnickém zařízení a jeho standardech.

Tabulka 17 b) Specifikace místa zápisu

Odpovědi respondentů	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a) Dekurz	22	34,92
b) Teplotní tabulka	10	15,88
c) Sesterská ošetrovatelská dokumentace	27	42,86
d) Kniha kurtací	2	3,17
e) Mimořádná událost	2	3,17
Celkem	63	100

Graf 17 b) Specifikace místa zápisu



Komentář k dotazníkové položce č. 17 b):

Jako v části a), i tady odpovídalo 63 dotazovaných. Nejpočetnější odpovědí byl zápis do sesterské ošetrovatelské dokumentace - 27 respondentů (42,86 %). Následuje zápis do dekurzu pacienta, který udalo 22 dotazovaných (34,92 %) a zápis do teplotní tabulky 10 respondentů (15,88 %). Ve 2 případech (3,17 %) byla použita kniha kurtací a 2 respondenti (3,17 %) odpověděli, že zápis do dokumentace provádí

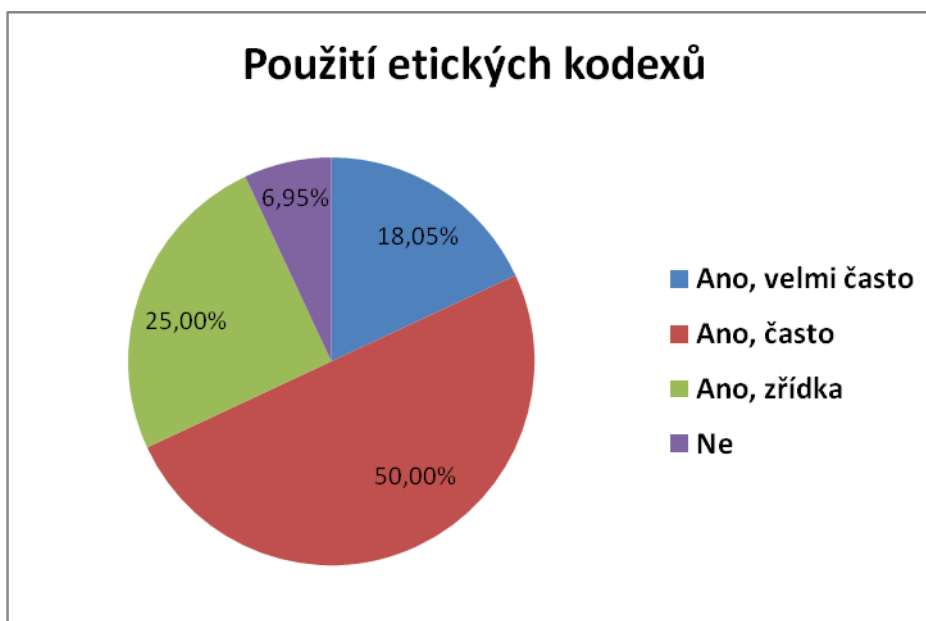
jako zápis mimořádné události. Dokumentace k zápisu restrikce u pacienta je také rozdílná. Nejčastěji se tato skutečnost zapisuje do dokumentace, která je u pacienta nejvíce používanou (dekurz, teplotní tabulka). Je tak dostatečně zajištěna bezpečnost pacienta.

18. Etickými aspekty při použití omezovacích prostředků jsou etické kodexy. Řídíte se při aplikaci omezovacích prostředků některým z nich? Pokud omezovací prostředky nepoužíváte, řídili byste se některým z etických kodexů?

Tabulka 18 - Použití etických kodexů

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a) Ano, velmi často	13	18,05
b) Ano, často	36	50,00
c) Ano, zřídka	18	25,00
d) Ne	5	6,95
Celkem	72	100

Graf 18 - Použití etických kodexů



Komentář k dotazníkové položce č. 18:

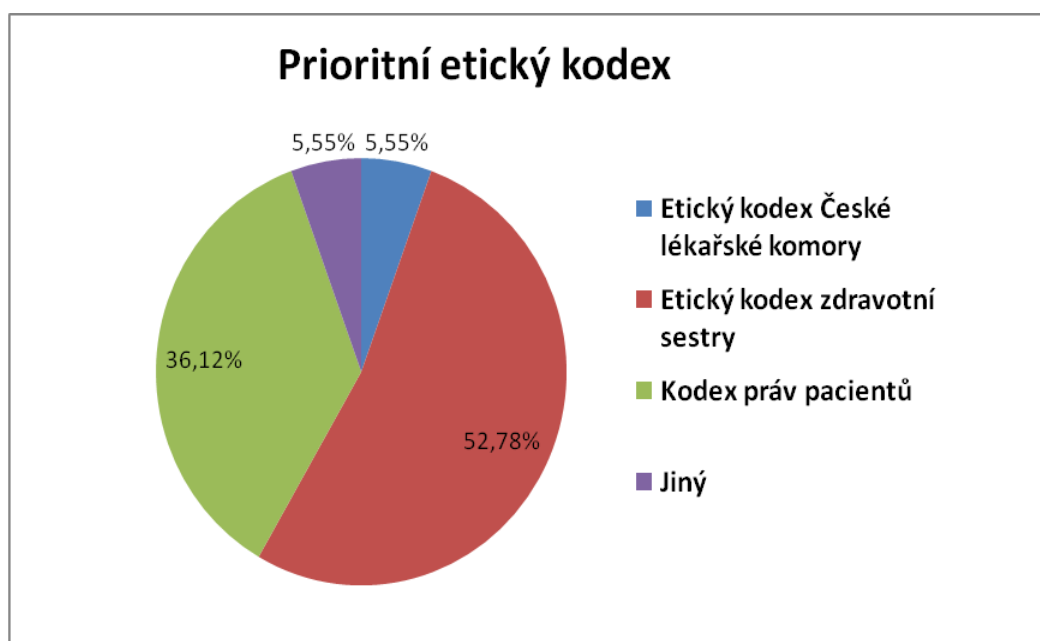
Celkem odpovědělo všech 72 respondentů. 5 dotazovaných (6,95 %) odpovědělo na tuto otázku, že se etickými kodexy neřídí, ani by se žádným z nich neřídili. Naopak 13 respondentů (18,05) uvádí, že se etickými kodexy řídí velmi často, 36 (50 %) často a 18 dotazovaných (25 %) zřídka.

19. Který z etických kodexů je pro Vás prioritní při péči o agresivního pacienta?

Tabulka 19 - Prioritní etický kodex

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a) Etický kodex České lékařské komory	4	5,55
b) Etický kodex zdravotní sestry	38	52,78
c) Kodex práv pacientů	26	36,12
d) Jiný (uved'te jaký)	4	5,55
Celkem	72	100

Graf 19 - Prioritní etický kodex



Komentář k dotazníkové položce č. 19:

Na otázku, který z etických kodexů je pro Vás prioritní při péči o agresivního pacienta odpověděli 4 dotázaní (5,55 %), že je to Etický kodex České lékařské komory, 38 respondentů (52,78 %) uvedlo možnost Etický kodex zdravotní sestry a 26 respondentů (36,12 %) se řídí Kodexem práv pacientů. 4 dotazovaní (5,55 %) uvedli možnost odpovědi jiný. Jiným etickým kodexem, který byl uveden v odpovědích, byl Etický kodex práv seniorů. Dalšími odpověďmi v této dotazníkové položce byly odpovědi nevím, nezajímám se a jeden respondent uvádí svědomí. Prioritními

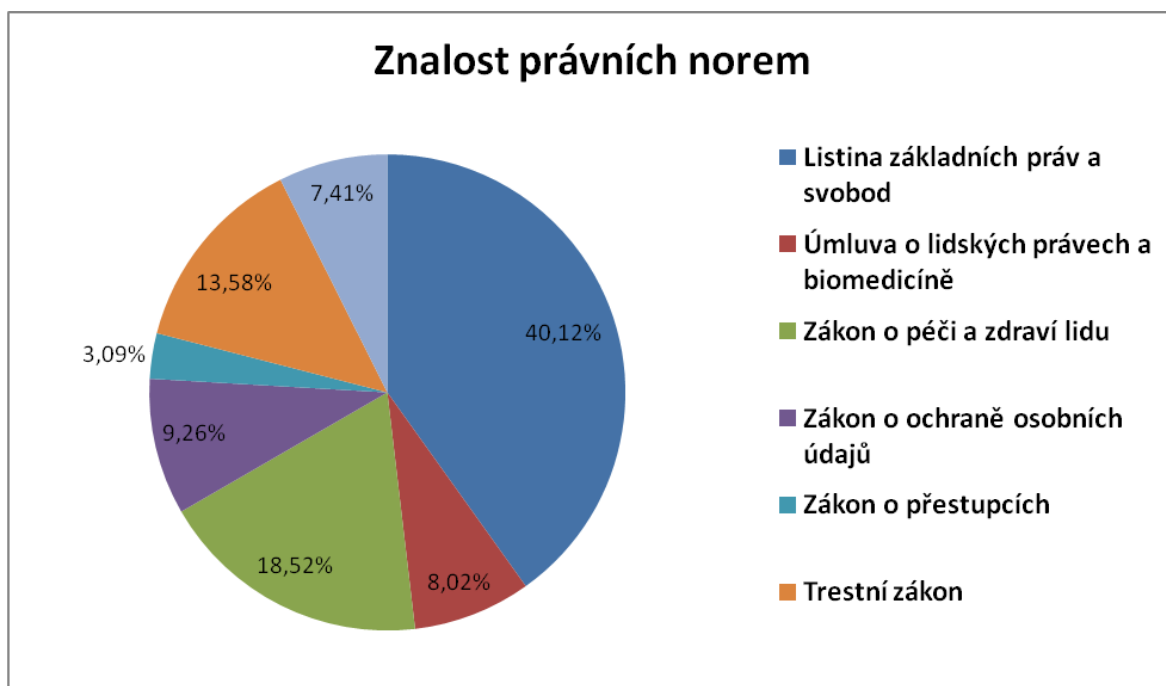
etickými kodexy při péči o agresivního pacienta jsou Etický kodex sestry a Kodex práv pacientů.

20. Omezením pacienta se zabývá také právo. Znáte některé z uvedených právních norem týkající se omezovacích prostředků? *Lze zakroužkovat více odpovědí.*

Tabulka 20 - Znalost právních norem

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a) Listina základních práv a svobod	65	40,12
b) Úmluva o lidských právech a biomedicíně	13	8,02
c) Zákon o péči a zdraví lidu	30	18,52
d) Zákon o ochraně osobních údajů	15	9,26
e) Zákon o přestupcích	5	3,09
f) Trestní zákon	22	13,58
g) Občanský zákoník	12	7,41
Celkem	162	100

Graf 20 - Znalost právních norem



Komentář k dotazníkové položce č. 20:

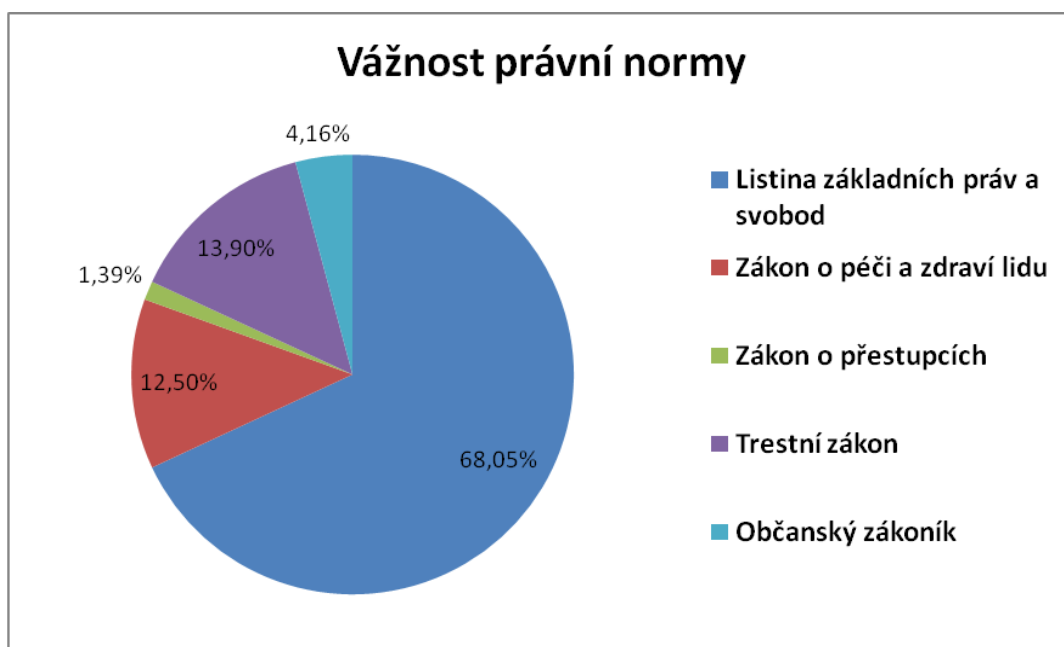
V této dotazníkové položce jsem nabídla možnost volit z více možných odpovědí. V součtu se objevilo celkem 162 možností odpovědi. Nejčastěji volenou odpovědí byla Listina základních práv a svobod - celkem 65 krát (40,12 %). Následoval Zákon o péči a zdraví lidu celkovým počtem 30 variant odpovědí (18,52 %). Úmluva o lidských právech a biomedicíně byla zvolena 13- krát (8,02 %), Zákon o ochraně osobních údajů 15- krát (9,26 %), Zákon o přestupcích 5- krát (3,09 %). Trestní zákon byl uveden 22- krát (13,58 %) a Občanský zákoník ve 12 případech (7,41 %). Většina nelékařských zdravotnických pracovníků se s právní problematikou ve své klinické praxi již setkala.

21. Víte, která z uvedených právních norem má v České republice nejvyšší vážnost při použití omezovacích prostředků?

Tabulka 21 - Vážnost právní normy

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a) Listina základních práv a svobod	49	68,05
b) Úmluva o lidských právech a biomedicíně	0	0
c) Zákon o péči a zdraví lidu	9	12,5
d) Zákon o ochraně osobních údajů	0	0
e) Zákon o přestupcích	1	1,39
f) Trestní zákon	10	13,9
g) Občanský zákoník	3	4,16
Celkem	72	100

Graf 21 - Vážnost právní normy



Komentář k dotazníkové položce č. 21:

Nejvyšší vážnost dle všech respondentů má Listina základních práv a svobod. 49 dotazovaných (68,05 %) zvolilo tuto možnost odpovědi. 10 respondentů (13,9 %) si

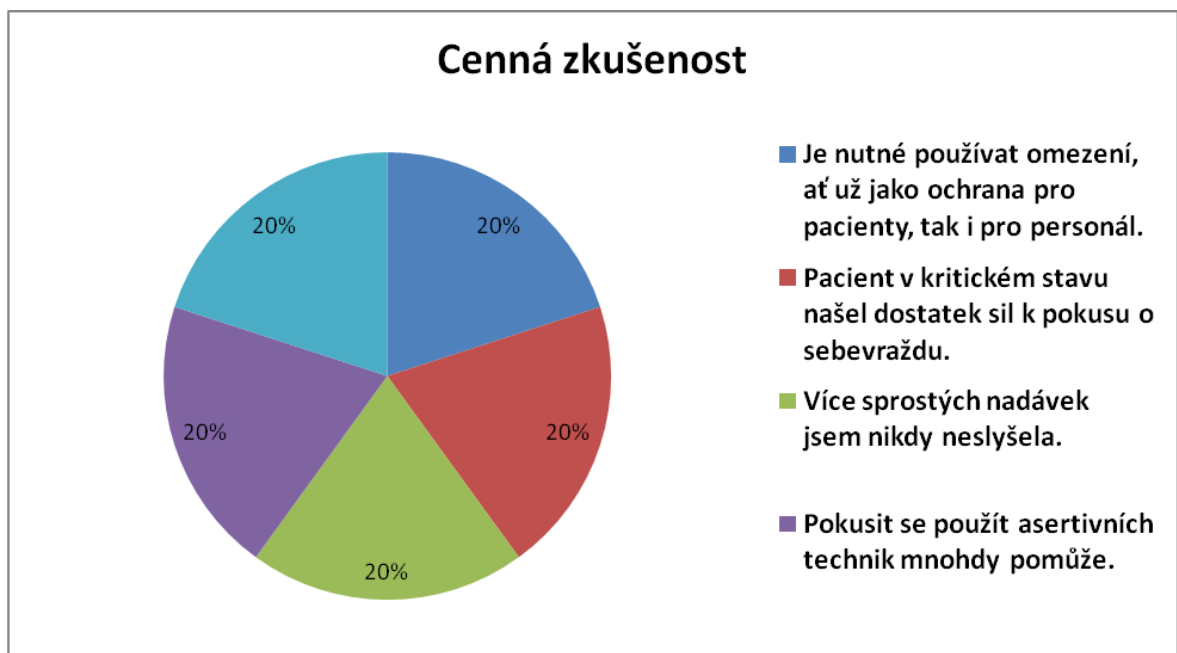
myslí, že nejvyšší vážnost právní normy v použití omezovacích prostředků má Trestní zákon, 9 respondentů (12,5 %) odpovědělo na tuto otázku možností Zákon o péči a zdraví lidu, 3 dotazovaní (4,16 %) volili možnost Občanský zákoník a jeden respondent (1,39 %) zvolil možnost Zákon o přestupcích. Nikdo z dotazovaných nevybral správnou odpověď, uváděnou v literatuře Úmluvu o lidských právech a biomedicíně. Nikdo z dotazovaných nevolil možnost Zákon o ochraně osobních údajů.

22. Máte nějakou životní zkušenost s agresivním pacientem ve zdravotnickém zařízení, o kterou byste se rád/a podělil/a?

Tabulka 22 - Cenná zkušenost

Odovědi respondentů	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a) Je nutné používat omezení, ať už jako ochrana pro pacienty, tak i pro personál.	1	20
b) Pacient v kritickém stavu našel dostatek sil k pokusu o sebevraždu.	1	20
c) Více sprostých nadávek jsem nikdy neslyšela.	1	20
d) Pokusit se použít asertivních technik mnohdy pomůže.	1	20
e) Pacienti nemohou být za své chování odpovědni.	1	20
Celkem	5	100

Graf 22 - Cenná zkušenost



Komentář k dotazníkové položce č. 22

Pouze 5 respondentů odpovídalo na poslední položku v dotazníku, životní zkušenosti s agresivním pacientem ve zdravotnickém zařízení. Každá odpověď tedy odpovídá 20 % zobrazeným v grafu. Z odpovědí bych poukázala na poznatek respondenta, že i když byl pacient v kritickém stavu, našel dostatek sil k pokusu o sebevraždu. Jeden z dotazovaných odpověděl, že pacienti nemohou být za své chování zodpovědní. Další respondent ve své odpovědi uvedl, že by bylo dobré více využívat asertivních technik, při setkání s agresivním pacientem. Další odpovědi respondentů jsou uvedeny v tabulce (Tabulka 22 - Cenná zkušenost).

7.2 Výsledky výzkumného šetření prostřednictvím rozhovorů

Zde uvádím zpracování výsledků rozhovorů s nelékařskými zdravotnickými pracovníky. Rozhovory jsou vyhodnoceny v tabulce. Rozhovorů proběhlo celkem 5 a jejich plné znění je po formální a jazykové úpravě z důvodu obsáhlosti přiloženo v příloze (Příloha XV).

Tabulka 23 - Rozhovory

Otázka rozhovoru	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5
Nejvyšší dosažené vzdělání	Specializační studium - instrumentářka.	Střední zdravotnická škola.	Vyšší odborná škola.	Specializační studium – ARIP.	Vyšší odborná škola.
Nynější pracoviště	Chirurgická JIP.	Interní JIP.	Chirurgie - standardní oddělení.	Chirurgická JIP.	Interní JIP.
Délka praxe	9 let	10 let	4 roky	6,5 let	13 let
Setkání s agresivním chováním u pacienta	Ano, určitě.	Ano.	Ano.	Ano.	Ano, určitě.
Druh agresivity	Muži - fyzická agrese, ženy - verbální agrese.	Verbální i fyzická, častěji verbální agrese.	Příčinou demence, psychiatrická diagnóza, alkohol.	Slovní a fyzická.	Slovní, napadání.
Agresivní pacient	Jedinec, který bez příčiny zaútočí na druhého jedince.	Pacient, který z určitého důvodu napadá, útočí, bezdůvodně.	Slovně a fyzicky napadá personál, pokřiky, výhrůžky.	Člověk netečný, nepřizpůsobivý, často spojeno s nemocí. Změna prostředí a alkohol.	Slovně a fyzicky napadá personál, ohrožuje často sebe a své okolí.
Příčiny agresivity	Alkohol, delirantní stavy, psychická zmatenost.	Agresivita vycházející z diagnózy (úraz hlavy, onemocnění	Zmatenost, alkohol, psychiatrické onemocnění.	Nemoc (demence), alkohol, změna prostředí.	Bolest, anestezie, medikace, alkohol a drogové

		CNS).			závislosti.
Výskyt agresivního chování u zdravotníků	Ano, je to spojeno se syndromem vyhoření.	Ano, pokud je to součástí terapie.	Bohužel, ano.	Ano, vyčerpání, syndrom vyhoření, osobní nebo rodinné problémy.	Někdy, ale málo.
Projevy agresivity u zdravotníků	Verbální agrese.	Jen v rámci terapie.	Slovní, ale i fyzická.	Otázka nebyla zodpovězena.	Slovně, zvýšení hlasu, nevhodně volená slova.
Restriktivní metoda	Využívá jakékoliv omezovací prostředky.	Nedokáže pojem popsat ani vysvětlit.	Omezení u pacienta.	Nevím, profesionální přístup, sebeovládání, zásada.	Nevím, souvisí to s používáním omezovacích prostředků.
Použití omezovacích prostředků – druhy	Nožní a ruční kurty, častěji na ruce.	Kurtovací popruhy všech druhů.	Kurty na nohy a ruce, zklidňující medikace.	Kurty v kombinaci s psychofarmaky.	Popruhy na ruce a nohy.
Zápis do dokumentace při omezení	Ne.	Ano, je to povinnost.	Ano, hodnocení ošetřovatelské péče.	Nyní vůbec, snad někdy do ošetřovatelské dokumentace.	Ano, do dokumentace sester.
Zvláštní formulář	Nepoužíváme.	Ne, do kurzu s podpisem lékaře.	Nemáme.	Ne.	Nemáme.
Uplatnění etického kodexu	Neřídím, snažím se o racionalizaci stavu pacienta.	Ne, etickým kodexem se neřídím.	Ano, Etický kodex sester.	Žádným, budu se řídit svým instinktem.	Kodex práv pacientů a Etický kodex sestry.
Právní normy restrikce	Neznám nebo si spíše nevzpomenu.	Neznám, ale asi bych měl.	Neznám.	Nevzpomenu si.	Občanský zákoník.

8 DISKUZE

V následující kapitole bych ráda zhodnotila a okomentovala cíle průzkumného šetření, respektive jejich naplnění.

Cíl č. 1 Zmapovat, kdo je pro nelékařské zdravotnické pracovníky agresivní pacient, jaký druh agrese u agresivních pacientů převládá a na kterém oddělení se agresivita objevuje nejčastěji.

Agresivním pacientem je pro nelékařské zdravotnické pracovníky pacient, který se projevuje jak verbálním, tak fyzickým útokem. Je to jedinec s projevy útočného jednání. Tyto útoky jsou vedeny nejčastěji proti zdravotnickému personálu. Objevuje se ale také agresivita, která je účelně vedena proti ostatním pacientům a autoagresivita. Nelze obecně říci, který druh agresivity převládá. Zastoupena je agresivita fyzická i verbální, často kombinace obou druhů agresivity. Agresivita u pacientů se objevuje na všech odděleních, kde průzkumné šetření probíhalo. Protože se agresivní pacienti objevují na všech typech oddělení ve zdravotnických zařízeních, kde výzkumné šetření probíhalo, nelze objektivně posoudit míru zastoupení agresivity podle typu oddělení.

Cíl č. 2 Monitorovat, jaké druhy restriktivních metod jsou v praxi používány nejčastěji.

Nejčastěji jsou v praxi používány metody omezení pacienta v lůžku, aplikace psychofarmak bez souhlasu nemocného a manuální fixace. Vůbec nejčastěji jde o omezení pacienta v lůžku. Při tomto omezení jsou nejvíce využívány popruhy na horní a dolní končetiny. Často je využívána také metoda manuální fixace, kdy v nebezpečné situaci pacientovi brání v pohybu ošetřující personál a poté je pacientovi podána uklidňující medikace.

Cíl č. 3 Porovnat příčiny užití restriktivní metody na pacientovi.

Nejčastějším důvodem užití restriktivní metody na pacientovi jsou faktory, které vyvolají agresivní jednání u pacienta. Vůbec nejčastějším důvodem agresivity je alkohol. S tím se zdravotníci setkávají nejčastěji. Dalším důvodem jsou toxikománie. Lidé pod vlivem drog bývají také ve zdravotnickém zařízení často agresivní a jsou tak důvody k využití restrikce. I mimo psychiatrické oddělení se nelékařští zdravotničtí pracovníci poměrně často setkávají s pacienty, kteří mají v anamnéze psychiatrickou diagnózu. Neléčená psychická onemocnění způsobí v některých případech agresivitu jak verbální, tak fyzickou. Další neopomenutelnou příčinou jsou organické stavy. Máme jimi na mysli onemocnění, jakými

jsou epilepsie, akutní stavy zmatenosti nebo mozkové afekce různých druhů a příčin. Objevují se i příčiny, kterými jsou bezmoc, intenzivní bolest, úzkost nebo násilnosti bez zřejmého důvodu.

Cíl č. 4 Zjistit, zda při použití restriktivních metod jsou současně používána psychofarmaka.

Při používání restriktivních metod jsou opravdu využívána i psychofarmaka. V průzkumném šetření jsem se nedopracovala k závěru, jestli jsou psychofarmaka používána současně s jinou restriktivní metodou. Psychofarmaka se však často u agresivních pacientů podávají bez jejich souhlasu. Jsou tak součástí restriktivní metody. V rozhovorech s nelékařskými zdravotnickými pracovníky je však uvedeno, že se opravdu podávají současně i s jinou restriktivní metodou. Nejčastěji jde o omezení pacienta v lůžku.

Cíl č. 5 Odhalit, zda mají nelékařští zdravotničtí pracovníci dostatek informací o právní a etické problematice užívání restriktivních metod.

Při použití omezovacích prostředků se mnoho zdravotníků řídí etickými kodexy. Nejčastěji jde o Etický kodex zdravotní sestry a Kodex práv pacientů. O právní problematice při použití restrikce dotazovaní vědí. Pokud ovšem položíme přímou otázku, které z právních norem to jsou, většinou si hned na právní normu nevzpomenou. Když vyjmenujeme některé z právních norem, které se touto problematikou zabývají, dokážou odpovědět. Většinou uvádí tu, která je jim neblíží a tu, kterou znají nejlépe. Vůbec nejčastější právní norma, kterou zdravotníci znají, je Listina základních práv a svobod.

ZÁVĚR

Bakalářská práce na téma Agresivní pacient ve zdravotnickém zařízení je určitě důležitým tématem v oboru ošetrovatelství.

Používání omezovacích prostředků je součástí práce velkého počtu nelékařských zdravotnických pracovníků. S agresivním pacientem se opravdu můžeme setkat každý den. Záleží však nejen na situaci, ale i na samotném zdravotníkovi, jak se k tomuto problému postaví. Jsou případy, kdy lékař indikuje užití restriktivních opatření u agresivního pacienta. Je nutné, aby nelékařský zdravotnický pracovník věděl, jak se v této situaci má chovat, jaký druh omezení použít, jak se zachovat k pacientovi a jeho aktuálním potřebám, jak zachovat bezpečí všech v okolí agresivního člověka, zda se řídit etickým kodexem a jak neopomenout důležitou problematiku práva pacienta v těchto případech.

V teoretické části práce jsou shrnuty pojmy a informace týkající se ošetřování agresivního pacienta a použití omezovacích prostředků. Dále je zde probrána problematika a využití etiky a práva.

V praktické části práce jsou získaná data o tomto tématu shrnuta a objektivně vyhodnocena. V závěru práce jsou zhodnoceny cíle, které byly kladeny na začátku výzkumného šetření. Tyto cíle mohou pomoci odhalit nedostatky při používání restriktivních metod.

Výzkumným šetřením jsem zjistila, že agresivní pacient se ve zdravotnickém zařízení objevuje poměrně často. Zhodnotila jsem příčiny a druhy agresivity, poukázala na problém restrikce a jejího použití. Příčinami agresivního jednání u pacienta jsou nejčastěji alkohol, toxikomanie, organické stavy a psychiatrická diagnóza v anamnéze. Všechny tyto příčiny agresivního jednání se vyskytují na všech odděleních, kde výzkumné šetření probíhalo. Nejvíce se zdravotníci setkávají s agresivitou verbální i fyzickou současně. Nejpoužívanější metodou restrikce jsou omezení pacienta v lůžku a podávání psychofarmak bez souhlasu nemocného. Ve znalostech etiky a práva mají zdravotníci malé nedostatky. Právě tyto nedostatky by bylo možné odstranit pravidelným školením všech zdravotnických pracovníků v oblasti péče o neklidného pacienta a použití omezovacích prostředků.

Součástí této práce je standardní ošetrovatelský postup s názvem Péče o neklidného pacienta - použití omezovacích prostředků. Tento standardní ošetrovatelský postup je uveden v příloze (Příloha XVI).

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ANZENBACHER, Arno, 2001. *Úvod do etiky*. Praha: Akademia Karmelitánské nakladatelství. ISBN 80-7192-698-1.
- BAUDIŠ, Pavel a Jan LIBIGER, 2002. *Psychiatrie a etika*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-104-1.
- BEER, M. Dominie., PEREIRA, Stephen. M., PATON, C., 2005. *Intenzivní péče v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0363-7.
- BERAN, Jiří, 2010. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1125-6.
- BOUČEK, Jaroslav, et al., 2006. *Lékařská psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1501-1.
- BRŮHA Dominik a Eva PROŠKOVÁ, 2011. *Zdravotnická povolání*. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7357-661-5.
- DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ- PROCHÁZKOVÁ, 2005. *První pomoc v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0197-9.
- GOLDMANN, Jaroslav a Martina CICHÁ, 2004. *Etika zdravotní a sociální práce*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0907-0.
- HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2010. *Velký psychologický slovník*. 4. vydání, v Portálu 1. Vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2002. *Lékařská etika*. 3. rozšířené vydání. Praha: Galén. ISBN 80-7262-132-7.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2004. *Manuálek o násilí*. Brno: NCONZO. ISBN 80-70-13-397-X.
- HOLOUŠOVÁ, Drahomíra et al., 1999. *Jak psát diplomové a závěrečné práce*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-7067-841-0.
- HŮSCHL, Cyril, LIBIGER, Jan a Jaromír ŠVESTKA, ed., 2002. *Psychiatrie*. Praha: Tigis. ISBN 80-900130-1-5.
- IVANOVÁ, Kateřina a Robert KLOS, 2004. *Kapitoly z lékařské etiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0892-9.

IVANOVÁ, Kateřina, 2005. *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 80-7368-069-6.

JANÁČKOVÁ, Laura a Josef PAVLÁT, 2007. *Psychologické aspekty zdravotnické komunikace*. Brno: Masarykova Univerzita-Lékařská fakulta. ISBN 978-80-210-4230-8.

JANKOVSKÝ, Jiří, 2003. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-329-6.

JOBÁNKOVÁ, Marta, et al., 2003. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: NCONZO. ISBN 80-7013-390-2.

KASSIN, Saul M., 2007. *Psychologie*. Brno: Computer Press. ISBN 978-80-251-1716-3.

KELNAROVÁ Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ, 2009. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2831-5.

KOŘENEK, Josef, 2001. *Lékařská etika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0324-2.

KOŘENEK, Josef, 2004. *Lékařská etika*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Triton. ISBN 80-7254-538-8.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 978-80-247-2069-2.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.

KUTNOHORSKÁ, Jana, CICHÁ, Martina a Radoslav GOLDMANN, 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3843-7.

LINHARTOVÁ, Věra, 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1784-5.

MACH, Jan, 2006. *Medicína a právo*. Praha: C.H.Beck. ISBN 80-7179-810-X.

MARKOVÁ, Eva., VENGLÁŘOVÁ, Martina a Mira BABIÁKOVÁ, 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1151-6.

MATOCHOVÁ, Soňa, 2009. *Etika a právo v kontextu lékařské etiky*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-4757-0.

- MINIBERGEROVÁ, Lenka a Kateřina JIČÍNSKÁ, 2010. *Vybrané kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: NCONZO. ISBN 978-80-7013-513-6.
- MUNZAROVÁ, Marta, 2005. *Lékařský výzkum a etika*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0924-4.
- MÜLLEROVÁ, Lenka, 2007. *Zdravotnická psychologie*. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem. ISBN 978-80-7044-889-2.
- NAKONEČNÝ, Milan, 2011. *Psychologie: přehled základních oborů*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-443-8.
- PAVLOVSKÝ, Pavel, et al. 2001. *Soudní psychiatrie a psychologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0181-2.
- PEŇÁKOVÁ, Simona. *Aktuální výskyt agresivity pacientů ve zdravotnických zařízeních z pohledu zdravotníka*. Brno, 2011. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí bakalářské práce Alexandra Žourková.
- POLICAR, Radek, 2010. *Zdravotnická dokumentace*. Praha: Grada. ISBN 978-247-2358-7.
- PTÁČEK Radek a Petr BARTŮNĚK, 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3976-2.
- RABOCH, Jiří, et al. 2006. *Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče II. 2*: Praha: Infopharm. ISBN 80-239-8501-9.
- RABOCH, Jiří, DOUBEK, Pavel a Irena ZRZAVECKÁ, 2002. *Psychiatrie v medicíně a medicína v psychiatrii*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-162-9.
- RAHN, Ewald a Angela Mahnkopf, 2000. *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-964-0.
- SILLAMY, Norbert, 2001. *Psychologický slovník*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0249-1.
- SOVOVÁ, Olga, 2011. *Zdravotnická praxe a právo; praktická příručka*. Praha: Leges. ISBN 978-80-87212-72-1.
- Standardní ošetrovatelský postup, Uherskohradištská nemocnice a.s., 2010. *Péče o neklidného pacienta*.

STOLÍNOVÁ, Jitka a MACH, Jan, 2010. *Právní odpovědnost v medicíně*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-686-1.

SVOBODA, Mojmír., ČEŠKOVÁ, Eva a Hana KUČEROVÁ, 2006. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-154-9.

ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ, 2008. *Řízení rizik ve zdravotnickém zařízení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2616-8.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ, 2009. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-599-4.

ŠTECOVÁ, Monika. *Etika při ošetřování tzv. „obtížných klientů“*. Zlín, 2010. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí bakalářské práce Martina Cichá.

TRACHTOVÁ, Eva, 2001. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-324-8.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.

VEVERKOVÁ, Monika. *Rizikové faktory při práci ve zdravotnictví, Agresivní pacient*. Zlín 2009. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Dagmar Čižmárová.

VONDRÁČEK, Lubomír, 2005. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1198-2.

VYMĚTAL, Jan, 2003. *Lékařská psychologie*. 3. Vydání, v Portálu 1. Vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-740-X.

VYMĚTAL, Jan, 1999. *Lékařská psychologie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství. ISBN 80-86123-08-1.

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2007. *Psychologie pro zdravotnické obory*. Ostrava: Ostravská Univerzita-Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-247-4062-1.

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4062-1.

ZÁŠKODNÁ, Helena a Zdeněk MLČÁK, 2009. *Osobnostní aspekty prosocionálního chování a empatie*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-306-6.

Internetové zdroje:

ČESKO. VLÁDA. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Metodické opatření č. 8. ETICKÝ KODEX ZDRAVOTNICKÉHO PRACOVNÍKA NELEKÁŘKÝCH OBORŮ. In: Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky. 2004, roč. 2004, částka 7, s. 12, 13. Dostupný také z: http://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/vestnik_3646_1778_11.html.

DOHNALOVÁ, Hana. PROBLEMATIKA UŽÍVÁNÍ OMEZOVACÍCH PROSTŘEDKŮ VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH A V ÚSTAVECH POSKYTUJÍCÍCH SOCIÁLNÍ SLUŽBY. *MEDICÍNA PRO PRAXI* [online]. 2011, 2, [cit. 2011-12-13]. Dostupný z WWW: <<http://www.medicinapropraxi.cz/>>.

KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Agresivní pacient*. *Časopis Praktický lékař on-line* [on line]. 2005, 4, [cit. 2012-02-03]. Dostupný z WWW: <http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek/agresivni-pacient/>.

SZKANDEROVÁ, Michaela; JAROŠOVÁ, Darja. *Výskyt agresivity ve zdravotnických zařízeních*. *Časopis PROFESE on-line* [online]. 2008, 1, 1, [cit. 2011-12-13]. Dostupný z WWW: <<http://profeseonline.upol.cz/vyskyt-agresivity-ve-zdravotnickych-zarizenich/>>. ISSN 1803-4330.

VYBÍHALOVÁ, Lenka. *Agresivní pacient - výzkum*. *Sestra* [online]. 2010, 12, [cit. 2011-12-13]. Dostupný z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/agresivni-pacient-vyzkum-456624>>. ISSN 1214-7664.

ZACHAROVÁ, Eva. *Agresivní pacient v klinické praxi zdravotníků*. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2009, 10, [cit. 2011-12-13]. Dostupný z WWW: <http://www.internimedicina.cz/>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

aj.	a jiné
apod.	a podobně
tj.	to je
tzn.	to znamená
tzv.	takzvaně

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – Pohlaví

Graf 2 – Věk

Graf 3 – Dosažené vzdělání

Graf 4 – Charakteristika pracoviště

Graf 5 – Délka praxe

Graf 6 – Výskyt agresivního chování

Graf 7 – Příčina agresivního chování

Graf 8 – Druh agresivity

Graf 9 – Agresivní pacient

Graf 10 – Agresivita u zdravotníka

Graf 11 – Projevy u zdravotníků

Graf 12 – Pojem restriktivní metoda

Graf 13 – Popis restriktivní metody

Graf 14 – Použití omezení

Graf 15 – Druhy omezení

Graf 16 – Zápis do dokumentace

Graf 17 a) – Zapisující osoba

Graf 17 b) – Specifikace místa zápisu

Graf 18 – Použití etických kodexů

Graf 19 – Prioritní etický kodex

Graf 20 – Znalost právních norem

Graf 21 – Vážnost právní normy

Graf 22 – Cenná zkušenost

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Pohlaví

Tabulka 2 – Věk

Tabulka 3 – Dosažené vzdělání

Tabulka 4 – Charakteristika pracoviště

Tabulka 5 – Délka praxe

Tabulka 6 – Výskyt agresivního chování

Tabulka 7 – Příčina agresivního chování

Tabulka 8 – Druh agresivity

Tabulka 9 – Agresivní pacient

Tabulka 10 – Agresivita u zdravotníka

Tabulka 11 – Projevy u zdravotníků

Tabulka 12 – Pojem restriktivní metoda

Tabulka 13 – Popis restriktivní metody

Tabulka 14 – Použití omezení

Tabulka 15 – Druhy omezení

Tabulka 16 – Zápis do dokumentace

Tabulka 17 a) – Zapisující osoba

Tabulka 17 b) – Specifikace místa zápisu

Tabulka 18 – Použití etických kodexů

Tabulka 19 – Prioritní etický kodex

Tabulka 20 – Znalost právních norem

Tabulka 21 – Vážnost právní normy

Tabulka 22 – Cenná zkušenost

Tabulka 23 – Rozhovory

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I: Prevence agresivity

Příloha II: Obecné zásady používání restriktivních postupů

Příloha III: Produktivní chování zdravotníků k nemocným

Příloha IV: Neproduktivní chování zdravotníků k nemocným

Příloha V: Postup při zvládnání verbálního konfliktu

Příloha VI: Postup při zvládnání fyzického napadení

Příloha VII: Mezinárodní kodex pro zdravotní sestry zpracovaný ICN

Příloha VIII: Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů

Příloha IX: Kodex práv pacientů

Příloha X: Listina základních práv a svobod

Příloha XI: Úmluva o lidských právech a biomedicině

Příloha XII: Zákon č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu

Příloha XIII: Dotazník

Příloha XIV: Osnova rozhovoru s nelékařskými zdravotnickými pracovníky

Příloha XV: Rozhovory s nelékařskými zdravotnickými pracovníky

Příloha XVI: Standardní ošetrovatelský postup – Péče o neklidného pacienta – použití omezovacích prostředků

PŘÍLOHA I: PREVENCE AGRESIVITY

Prevence agresivity je velmi důležitá. Platí obecné ustanovení, že prevence je lepší než léčba.

Míru tolerance vůči agresivitě obecně určuje postoj společnosti. Diskutovanou oblastí je důležitost trestu. Ten je účinný jen v některých případech. Pokud se jedná o značně vystupňovaný druh agresivity, nemá trest větší význam. Důležitost trestu je obvykle posuzována subjektivně.

Dalším způsobem jak ovlivnit agresivitu a předejít jí je psychoterapie. Psychoterapeutické postupy jsou zaměřeny na porozumění projevů vlastního chování a prožívání. Psychoterapií lze dosáhnout a naučit se regulování agresivity.

Pokud projevy agresivity brání zařazení jedince do společnosti, používáme v prevenci socioterapie. Touto metodou můžeme jedince naučit, jak se v dané situaci chovat, na koho se může obrátit s řešením svých problémů. Pomocí socioterapie lze upravit sociální prostředí, ve kterém jedinec žije.

Spolu se socioterapií úzce souvisí již zmiňované prostředí. Prostředí, ve kterém se setkáváme s agresivitou častěji, jsou instituce jako například věznice, psychiatrické léčebny a výchovné ústavy. Vyvolávajícími faktory zvýšené agresivity v těchto institucích jsou působení většího množství lidí na malém prostoru, omezení soukromí, omezení pohybu, nečinnost a nuda. Pokud tyto faktory eliminujeme, snížíme tak procento agresivních reakcí.

Farmakologická léčba jako prevence agresivity je také možná, zvláště je-li zaměřená na redukci pohotovosti k agresivním projevům a používá se jako součást celkové psychiatrické léčby (Vágnerová, 2008).

Agresivnímu chování lze předejít jednáním, které má v sobě dostatečnou míru respektu a pozornosti. V rámci informovanosti se snažíme nabídnout možné alternativy řešení situace, umožnit spoluúčast na rozhodování, čímž snižujeme riziko konfliktních reakcí a vzrůstu agresivity (Bouček et al., 2006).

PŘÍLOHA II: OBECNÉ ZÁSADY POUŽÍVÁNÍ RESTRIKTIVNÍCH POSTUPŮ

Pro restriktivní postupy platí několik obecných zásad. Tyto zásady jsou shodné pro všechna zdravotnická i sociální zařízení a platí za všech okolností. Každé zdravotnické či sociální zařízení by mělo mít písemně zpracovány způsoby zvládnání neklidných nemocných. Omezovací prostředky by měly mít minimální využití. Pokud je restriktivní metoda použita, mělo by mít její použití větší přínos než rizika. Vždy mějme na paměti, že omezovacími prostředky zasahujeme do lidských práv a důstojnosti. Každý pacient, u kterého je použita restriktivní metoda nebo opatření, musí být s ohledem na svůj aktuální stav informován o důvodech, délce a povaze trvání opatření (Raboch et al., 2006).

Samotné rozhodnutí o aplikaci restriktivní metody je výhradně v kompetenci lékaře. Existují případy, kdy naléhavě potřebujeme použít omezovací prostředek bez rozhodnutí lékaře. V takových situacích je nutností co nejdříve lékaře informovat a dohodnout se na dalším případném postupu. Další obecnou zásadou je, že užitím restriktivního postupu u pacienta musí být stanovena maximální doba omezení. Po uplynutí této doby lékař opětovně posoudí stav pacienta. Nelékařský zdravotnický pracovník, který se stará o neklidného a agresivního pacienta, je zodpovědný za správné provedení vlastního omezení a zajištění komplexní ošetrovatelské péče. V takové situaci je nutné znovu přehodnotit potřeby nemocného a zařadit je do ošetrovatelského procesu.

Při použití omezovacích prostředků není důvod, aby pacientovi byly znemožněny návštěvy. Každá návštěva však musí být personálem dostatečně a včas informována o důvodech, které vedly k použití restriktivní metody. Musí být také schopna akceptovat daný omezovací prostředek. Nesmíme zapomenout na přístup personálu, který musí být k návštěvám obzvláště citlivý (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006).

Veškeré okolnosti, které souvisí s užitím restriktivních postupů, musí být přehledně, stručně a srozumitelně zdokumentovány. Zápisy v dokumentaci by měly být popisné a přesné.

„Každý zápis musí obsahovat datum, čas a podpis osoby, která zápis provedla“ (Raboch et al., 2006 s. 154).

Samotný zápis v dokumentaci obsahuje:

- aktuální stav pacienta, zдалipak byla již v minulosti použita restriktivní metoda a důvody, které vedly k použití omezovacího prostředku;
- přesný čas počátku omezení pacienta;
- indikace lékaře k ošetrovatelskému postupu po dobu užití omezovacího prostředku;
- přesný zápis o podávání ordinované medikace;
- průběžné zhodnocení stavu pacienta, popřípadě popsání důvodu pokračování nebo ukončení daného omezení;
- zápisy ošetrovatelských intervencí, jakými jsou hygiena, příjem potravy a tekutin, vyprazdňování aj.;
- návštěvy u pacienta, v některých případech přesné popsání reakcí pacienta na blízkou osobu;
- podrobný aktuální stav pacienta při ukončení omezení;
- podpis lékaře a nelékařského zdravotnického pracovníka, kteří byli odpovědni za omezení;
- údaj o tom, kdy a za jakých podmínek byl pacient o použití omezení informován (Raboch et al., 2006).

PŘÍLOHA III: PRODUKTIVNÍ CHOVÁNÍ ZDRAVOTNÍKŮ K NEMOCNÝM

Produktivní chování je kladné chování zdravotníků k nemocným. Pomocí psychologických prostředků přispívá k dosažení záměru léčby (Čadilová, 2011).

V rámci produktivního chování jsou stanovena pravidla, podle kterých by se měli zdravotníci řídit. Zde uvádím pravidla produktivního chování zdravotníků k nemocným.

Uvedeme-li nemocného do prostředí, daného léčebného zařízení, popíšeme mu neznámé věci a poučíme jej. To vše pomáhá k celkové orientaci v neznámém prostředí.

Usilujeme o redukci záporných emocí, kterými jsou úzkost, strach, stud a beznaděj, pomocí prostředků, které máme při práci k dispozici.

Sledujeme upozornění a varování, která mohou způsobit nedorozumění nebo konflikt s nemocným. Snažíme se tak vyhnout nepříjemnostem.

Uvědomíme si, že nemocný má potíže, na které nemusí být sám. Jako zdroj jistoty mu dodáme pocit podpory a pomoci.

Aktivně usilujeme o spolupráci, dodáváme odvalu, aktivizujeme nemocného.

Průběžně udržujeme oboustranný kontakt mezi zdravotníkem a nemocným.

Vytváříme optimistické prostředí, volíme vhodné chování se smyslem pro humor.

S trpělivostí a zájmem vyslechneme monolog nemocného.

Vždy oceníme a pochválíme snahu a úsilí nemocného.

Tato pravidla jsou předpokladem pro zajištění kvalitní ošetrovatelské péče a jsou brána jako předpoklad bezkonfliktních mezilidských vztahů (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011).

PŘÍLOHA IV: NEPRODUKTIVNÍ CHOVÁNÍ ZDRAVOTNÍKŮ K NEMOCNÝM

V praxi zdravotníka se vyskytují i určitá negativa, která ovlivňují práci s nemocným. Jedná se zpravidla o nežádoucí osobnostní rysy, nedostatek odborných znalostí, nevhodnou motivaci k práci, nestandardní mezilidské vztahy na pracovišti, ale také přetížení a únavu zdravotníků. Dochází k problémům v přístupu k nemocnému a chování zdravotníků se stává neproduktivním. Neproduktivní chování není ve většině případů ze stran personálu záměrné.

Příkladem neproduktivního chování jsou níže uvedené situace.

Sdělování nepravdivých nebo polopravdivých informací od zdravotníků. Tyto informace jsou sdělovány nepravdivě úmyslně, aby si zdravotníci usnadnili komunikaci a vyhnuli se tak nepříjemnému rozhovoru s nemocným.

Ze strany zdravotníků je cítit nepřátelství k nemocnému.

Neochota a nezájem o spolupráci s nemocným, je další situací neproduktivního chování zdravotníka.

Zdravotník by neměl pacienta opakovaně a nevhodně poučovat.

Nedostatečný projev uznání, snižování sebevědomí nemocného.

Zlomyslnost k nemocným, zábava na jejich účet, hanobení, strohé vyjadřování a odcizení se od nemocného (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011).

PŘÍLOHA V: POSTUP PŘI ZVLÁDÁNÍ VERBÁLNÍHO KONFLIKTU

Při komunikaci s agresivním pacientem můžeme využít následující postupy. Rozdělit je můžeme na vhodné, nevhodné a zakázané.

Vhodným postupem je obecně aktivní naslouchání.

- Chovat se vlídně, respektovat normy společenského chování. Vždy se chovat k pacientům s úctou a respektem.
- Zachovat klid při jednání s podrážděným pacientem (či jeho rodinou).
- Snažit se zjistit, o co pacientovi skutečně jde. Snažit se hledat reálné důvody pacientova hněvu.
- Pokusit se neodpovídat na agresi protiútokem, neboť může dojít k tzv. spirálovému posilování – agresivita vyvolá agresivitu.
- Používat pozitivní verbální formulace o pacientovi. (příklad – „Je vidět, že jste to neměl v životě jednoduché, ale zvládnul jste to. Věřím, že zvládnete i tento zá-krok“).
- Pozorně vyslechnout stížnost, zachovat akceptující postoj (akceptace neznamená souhlas se situací).
- Vyjádřit empatii a porozumění neverbálními i verbálními prostředky.
- Nehodnotit chování, neodsuzovat pacienta za jeho projevy.
- Pokud se stala chyba, omluvit se za ni pacientovi.
- Vyjádřit nesouhlas s chováním, nikoliv s pacientem.
- Projevit zájem o situaci pacienta, doplňujícími otázkami zjistit okolnosti celé situa-ce.
- Srozumitelně vyhodnotit situaci, sdělit závěr, přesvědčit se, že pacient porozuměl.
- Udržovat od neklidného pacienta bezpečnou vzdálenost a respektovat osobní pro-story (Venglářová a Mahrová, 2006).

Nevhodným postupem je protiútok.

- Vysvětlovat, kde se stala chyba, proč to nejde apod. (může to vyvolat pocit, že se vymlouváme).
- Samotný protiútok (kopírovat chování rozzlobeného jedince, křičet silně gestikulovat).
- Převádět vinu na někoho jiného, na zákony apod. (může to vyvolat pocit, že uhýbáme před zodpovědností).

Zakázaným postupem je zesměšnění či devalvace.

- Nikdy nenutit v této napjaté situaci k přiznání, že pacient nemá pravdu (Králová, 2005).

PŘÍLOHA VI: POSTUP PŘI ZVLÁDÁNÍ FYZICKÉHO NAPADENÍ

Základními principy odvrácení nebo zvládnutí napadení jsou:

- „Znalost rizik v konkrétním zdravotnickém zařízení. Vyplývají s uspořádání prostředí, z povahy zařízení (nízkoprahová zařízení, příjem urgentních stavů, problematická klientela). Personální vybavení, možnost přivolat posilu, přítomnost bezpečnostní služby.
- Sledování neverbálních a verbálních signálů. Schopnost včas vyhodnotit hrozící nebezpečí.
- Efektivní úprava prostředí. Dostatek prostoru pro komunikaci i pohyb. Přehledná místnost. Odstranění všeho, co může být použito k napadení. Klidné prostředí. Soukromí. Možnost volného odchodu nemocného. Signalizace pro případ ohrožení zdravotníka.
- Podpora zdravotníka po odeznění napadení. Po zvládnutí napadení je nutné věnovat pozornost napadeným zdravotníkům. Nezpracování traumatického zážitku vede k vyhoření, psychickým obtížím, změně zaměstnání.

Postup při fyzickém napadení:

Zaměřit se na sledování následujících projevů

- Zda pacient působí nervózně, zda je rozrušen.
- Výhružná nebo nápadná gestikulace.
- Podupávání často může značit kopnutí.
- Zda se pacient dívá upřeně do očí.
- Jestli pacient bouchá či kope do zařízení místnosti, práská dveřmi.
- Svírání pěstí, zda vědomě či nevědomě ukazuje zatnutou pěst.
- Jestli se objevuje agresivní úšklebek, napjatá tvář nebo nervózní pomrkávání.
- Zda začíná do protivníka strkat, chová se jinak než obvykle, intuice značí, že hrozí nebezpečí“ (Venglářová a Mahrová, 2006, s. 84 – 85).

Je nezbytné si uvědomit, že situace je nepříjemná pro všechny. Situaci lépe zvládá vyškolený tým. Vždy si z takové situace vzít poučení a nehledat vinu.

Můžeme při fyzickém napadení využít uklidňujících vlivů:

- Uvědomit si, že není potřeba dominovat. Pokud je přijata tato myšlenka, může dojít k výraznému zmírnění tenze mezi zdravotníkem a potencionálním agresorem.
- Pokud zdravotník nebo jiná osoba nechce jít do střetu s agresorem, je to znát a druhý si tohoto signálu všímá.
- Naopak touha po střetu stupňuje násilí. Je dobré si uvědomit, že pomalé tempo řeči může přijmout i pacient a dojít tak pomalu ke zklidnění psychomotorického tempa.
- Všímat si verbálních i neverbálních signálů blížící se agrese.
- Zklidněním situace docílíme, podaří-li se nám pacienta posadit. Pokud to rezolutně odmítá, nenutíme ho.
- Udržovat bezpečnou vzdálenost, alespoň na dosah od pacienta.
- Je vhodné zanechat ústupovou cestu sobě i pacientovi.
- I když se člověk choval či chová násilnicky, má své potřeby. Není našim úkolem zkoumat jeho motivy. V akutní situaci se snažit identifikovat, a pokud je to možné, i naplnit jeho lidské potřeby.
- Odvrátit pozornost jinam. Ve fázi, kdy je cítit napětí, je lepší odložit naléhavé téma.
- Nebát se žádat o pomoc.
- Situace je složitější, pokud je agresor ozbrojen (čímkoliv). Věnovat proto pozornost situacím, kdy může vstoupit člověk se zbraní.

Zde jsou tři nejčastější chyby v přístupu při fyzickém omezení:

- Reagování instinktivním způsobem (protiútokem).
- Potřeba získat navrch, zvítězit, provést úkon apod.
- Představa, že vše zvládne člověk sám (Venglářová a Mahrová, 2006).

PŘÍLOHA VII: MEZINÁRODNÍ KODEX PRO ZDRAVOTNÍ SESTRY ZPRACOVANÝ ICN

„Společnost ICN (International Council of Nurses – Mezinárodní rada sester) byla založena již v roce 1899. Mezinárodní etický kodex pro sestry byl poprvé přijat již v roce 1953. Byl několikrát revidován a znovu schvalován. Poslední revize byla provedena v roce 2000. Zde jsou popsány etická pravidla zdravotní péče právě z roku 2000.

Sestra je povinna převzít profesionální odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a zlepšování zdravotního stavu nemocných právě tak, jako za tišení bolesti. Potřeba zdravotní péče je všeobecná. Se zdravotní a ošetrovatelkou péčí jsou nerozlučně spjaty: respekt lidskému životu, důstojnost, lidská práva.

Zdravotní péči je potřeba poskytovat bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, věk, pohlaví, politické přesvědčení a sociální postavení.

Zdravotní sestra poskytuje péči jednotlivci, rodině a společnosti a spolupracuje přitom s reprezentanty jiných oborů.

Zdravotní sestra a spoluobčan

Zdravotní sestra má zodpovědnost za občany, kteří potřebují zdravotní péči. Při poskytování této péče respektuje sestra víru jednotlivce, jeho životní hodnoty a obyčejy a snaží se sjednat podmínky, které respektují individualitu.

Zdravotní sestra chrání informace o osobě pacienta, považuje je za důvěrné, svědomitě hodnotí, v jakém rozsahu a komu může tyto informace předat.

Zdravotní sestra a péče v praxi

Zdravotní sestra je zodpovědná za kvalitu poskytované péče a za neustálé obnovování svých odborných znalostí neustálým vzděláváním.

Zdravotní sestra se snaží udržet pečovatelský standard na co nejvyšší úrovni v každé situaci.

Zdravotní sestra hodnotí svou vlastní kvalifikaci i kvalifikaci jiných osob, pokud přejímá zodpovědnost za jistý úkol, a pokud jej předává jiným osobám. Ve své funkci jedná tak, aby její chování přispělo k dobré pověsti povolání.

Zdravotní sestra a společnost

Zdravotní sestra, podobně jako ostatní občané, podporuje požadavky obyvatelstva na zdravotní a sociální zabezpečení a je v této věci iniciativní.

Zdravotní sestra a spoluzaměstnanci

Zdravotní sestra je zodpovědná za realizaci spolupráce s ostatními zdravotníky všech profesních kategorií.

Podle nutnosti zasahuje tak, aby chránila jednotlivce, jestliže péče o něj je ohrožena chováním jiného zdravotníka či občana.

Zdravotní sestra a povolání

Zdravotní sestra je zodpovědná za realizaci vysokého standardu zdravotní a ošetrovatelské péče a za své vzdělání.

Současně pracuje na definování a kultivaci vnitřního obsahu zdravotní a ošetrovatelské péče.

V rámci odborové organizace zasahuje o stanovení přiměřeného platu a jeho vyplácení. Dbá na dodržování důstojných pracovních podmínek umožňujících realizaci zdravotní a ošetrovatelské péče“ (Kutnohorská, 2007, s. 111, 112).

PŘÍLOHA VIII: ETICKÝ KODEX ZDRAVOTNICKÉHO PRACOVNÍKA NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH OBORŮ

Použito z Věstníku Ministerstva zdravotnictví, vydáno v červenci roku 2004.

„Etické zásady zdravotnického pracovníka nelékařských oborů

Zdravotnický pracovník nelékařských oborů (dále jen „zdravotnický pracovník“) při své práci zachovává úctu k životu, respektuje lidská práva a důstojnost každého jednotlivce bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, národnost, víru, politické přesvědčení a sociální postavení.

Zdravotnický pracovník dbá na dodržování Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, na dodržování práv pacientů, tak jak jsou vyjádřena v Chartě práv pacientů a v Chartě práv hospitalizovaných dětí.

Zdravotnický pracovník je povinen přistupovat ke své práci s veškerou odbornou schopností, kterou má, s vědomím profesionální odpovědnosti za podporu zdraví, prevenci nemocí, za obnovu zdraví a zmírňování utrpení, za přispění ke klidnému umírání a důstojné smrti.

Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči jednotlivcům, rodinám, skupinám a spolupracuje s odborníky jiných oborů. Při poskytování zdravotní péče vždy nadřazuje zájmy těch, kterým poskytuje péči, nad zájmy své.

Zdravotnický pracovník je povinen chránit informace o těch, kterým poskytuje své služby, bez ohledu na způsob, jakým jsou tyto informace získávány, shromažďovány a uchovávány. Povinnou zdravotnickou dokumentaci vede pečlivě a pravdivě, chrání ji před zneužitím a znehodnocením.

Zdravotnický pracovník aktivně prohlubuje znalosti o právních předpisech platných pro jeho profesi a dodržuje je.

Zdravotnický pracovník nesmí podřizovat poskytování zdravotní péče komerčním zájmům subjektů, působících v oblasti zdravotnictví.

Zdravotnický pracovník a spoluobčané

Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče respektuje životní hodnoty občanů, jejich životní zvyky, duchovní potřeby a náboženské přesvědčení a snaží se vytvářet podmínky zohledňující individuální potřeby jednotlivců.

Zdravotnický pracovník v rozsahu své odbornosti a pravomocí poskytuje občanům informace, které jim pomáhají převzít spoluzodpovědnost za jejich zdravotní stav a případnou léčbu.

Zdravotnický pracovník považuje informace o pacientech za důvěrné a je si vědom povinnosti zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání.

Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče dbá v maximální možné míře o zajištění intimity.

Zdravotnický pracovník nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem (PRO).

Zdravotnický pracovník se snaží při poskytování zdravotní péče docílit vztahu založeného na důvěře, který ctí práva pacienta, reaguje na aktuální rozpoložení pacienta, současně jsou respektována práva a povinnosti zdravotnického pracovníka jako poskytovatele zdravotní péče.

Zdravotnický pracovník a praxe

Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči v rozsahu své odbornosti a pravomocí, s potřebnou mírou autoregulace a empatie.

Zdravotnický pracovník aktivně usiluje o vlastní odborný, osobní a intelektuální růst po celou dobu svého profesionálního života a své nové znalosti a dovednosti se snaží využít v praxi.

Zdravotnický pracovník usiluje o co nejvyšší kvalitu a úroveň poskytované zdravotní péče.

Zdravotnický pracovník poskytne nezbytně nutnou zdravotní péči i nad rámec svých pravomocí, pokud ji nemůže poskytnout způsobilý zdravotnický pracovník a pokud nebezpečí, které plyne z prodlení, je větší než možné nebezpečí plynoucí z nedostatečných znalostí a dovedností zdravotnického pracovníka.

Zdravotnický pracovník jedná a vystupuje tak, aby jeho chování přispělo k udržení prestiže a zvyšování společenského uznání zdravotnických povolání.

Zdravotnický pracovník při přebírání úkolu i při pověřování úkolem zodpovědně zvažuje kvalifikaci svou i ostatních zdravotnických pracovníků.

Zdravotnický pracovník a společnost

Zdravotnický pracovník působí na zdravotní uvědomění jednotlivců při poskytování zdravotní péče. Podle svých odborných schopností se podílí na podporování a šíření zásad zdravého života, zásad ochrany životního prostředí, objasňování problémů spojených s péčí o poškozené zdraví lidí.

Zdravotnický pracovník spolupracuje při těch aktivitách, které směřují ke zlepšení zdravotního a sociálního prostředí v životě lidí.

Zdravotnický pracovník a spolupracovníci

Zdravotnický pracovník spolupracuje v rámci mezioborového týmu s ostatními odborníky tak, aby byly splněny všechny cíle plánu komplexní zdravotní péče o pacienta.

Zdravotnický pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů i spolupracovníků jiných odborností.

Zdravotničtí pracovníci se navzájem podporují ve svých odborných rolích a aktivně rozvíjejí úctu k sobě i druhým.

Zdravotnický pracovník vystupuje, podle aktuální situace, jako ochránce pacienta, zejména pokud je péče o něho ohrožena nevhodným chováním nebo jednáním jiného zdravotníka či osoby.

Zdravotnický pracovník a profese

Zdravotnický pracovník je odpovědný za kvalitu jím poskytované zdravotní péče a za co nejvyšší odbornou úroveň svého vzdělávání.

Zdravotnický pracovník dbá na udržování a zvyšování prestiže své profese.

Zdravotnický pracovník se neustále snaží o rozvoj své profese, o rozvoj svého profesního zaměření a zvýšení své odborné úrovně“ (Česko. Vláda. Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2004, s. 12 – 13).

PŘÍLOHA IX: ETICKÝ KODEX PRÁV PACIENTŮ

Práva pacientů byla prohlášena Ministerstvem zdravotnictví České republiky za platná dnem 25. 2. 1992.

1. „Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou kvalifikovanými pracovníky s porozuměním.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuální) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zsvěčeně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů, nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, která se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má právo být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace, léčba jsou věcí důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, popřípadě tam převezen poté, co mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a in-

formace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách. Zdravotní zařízení, které má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejdříve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, v němž bude jeho lékař pokračovat, a dostane informace o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Vědomý písemný souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to i bez udání důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotnických důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musejí respektovat jeho přání, pokud nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnosti znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí tzv. nemocničním řádem. Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen“ (Kutnohorská, 2007, s. 139, 140).

PŘÍLOHA X: LISTINA ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD

„Normou nejvyšší právní závaznosti je Listina základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku České republiky.

U nás vstoupila v platnost dne 16. 12. 1992.

Z jejího znění jsou pro zdravotnictví důležité některé články:

Článek 1:

Lidé jsou svobodní a rovni v důstojnosti i v právech. Základní práva svobody jsou nezadatelné, nezczizitelné, nepromlčitelné a neporušitelné.

Článek 2:

Každý může činit, co není zákonem zakázáno, a nikdo nesmí být nucen činit, co zákon neukládá.

Článek 5:

Každý je způsobilý mít svá práva.

Článek 6:

Každý má právo na život. Lidský život je hoden ochrany již před narozením. Nikdo nesmí být zbaven života. Trest smrti se nepřipouští.

Článek 7:

Nikdo nesmí být mučen ani podroben krutému, nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestu.

Článek 10:

Každý má právo, aby byla zachována lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno.

Každý má právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a rodinného života.

Každý má právo na ochranu před neoprávněným shromažďováním, zveřejňováním nebo jiným zneužíváním údajů o své svobodě.

Článek 15:

Svoboda vědeckého bádání je zaručena.

Článek 31:

Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon“ (Ivanová a Klos, 2004, s. 143, 144).

PŘÍLOHA XI: ÚMLUVA O LIDSKÝCH PRÁVECH A BIOMEDICÍNĚ

„Plný název této úmluvy zní: *Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny.*

Naše země podepsala konvenci v roce 1998. V roce 2001 ji ratifikoval Parlament České republiky. V preambuli jsou připomenuty předchozí mezinárodní úmluvy: Všeobecná deklarace lidských práv (1948), Úmluva na ochranu lidských práv a základních svobod (1950). Na tyto úmluvy se v této úmluvě navazuje a zdůrazňuje, že je nutné si uvědomit pokrok ve vývoji biologie a medicíny, což přináší rizika.

Kapitola I: Obecná ustanovení

Článek 1: Účel a předmět

Strany této Úmluvy budou chránit důstojnost a svébytnost všech lidských bytostí a každému bez rozdílu zaručí úctu k integritě jeho bytosti a ostatní práva a základní svobody s ohledem na aplikaci biologie a medicíny.

Každá strana Úmluvy přijme do svého právního řádu opatření nezbytná pro zajištění účinnosti ustanovení této úmluvy.

Článek 2: Nadřazenost lidské bytosti

Zájmy a blaho lidské bytosti budou nadřazeny zájmům společnosti nebo vědy.

Článek 3: Rovná dostupnost zdravotní péče

Strany Úmluvy, majíce na zřeteli zdravotní potřeby a dostupné zdroje, učiní odpovídající opatření, aby v rámci své jurisdikce zajistily rovnou dostupnou zdravotní péči patřičné kvality.

Článek 4: Profesionální standardy

Jakýkoliv zákrok v oblasti péči o zdraví, včetně vědeckého výzkumu, je nutné provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy.

Kapitola II: Souhlas

Článek 5: Obecné pravidlo

Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví je možné provést pouze tehdy, že k němu dotyčná osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem řádně in-

formována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích. Dotyčná osoba může kdykoliv svobodně svůj souhlas odvolat.

Článek 6: Ochrana osob neschopných dát souhlas

1. Podle článků 17 a 20 uvedených níže může být proveden zákrok na osobě, která není schopná dát souhlas, pouze pokud je to k jejímu přímému prospěchu.
2. Jestliže nezletilá osoba není podle zákona způsobilá k udělení souhlasu se zákrokem, může být proveden bez svolení jejího zástupce, úřední osoby či jiné osoby nebo orgánu, které stanoví zákon. Názor nezletilé osoby bude zohledněn jako faktor, jehož závaznost narůstá úměrně s věkem a stupněm vyspělosti.
3. Pokud podle platného práva dospělá osoba není schopna dát souhlas se zákrokem z důvodu duševního postižení, nemoci nebo z podobných důvodů, lze zákrok provést pouze se souhlasem jejího zákonného zástupce nebo příslušného orgánu nebo osoby či instituce pověřených ze zákona. Dle možnosti se dotyčná osoba zúčastní udělení zástupného souhlasu.
4. Zákonný zástupce, příslušný orgán, osoba nebo instituce pověřená ze zákona podle výše uvedených odstavců 2 a 3 obdrží na základě stejných podmínek informace uvedené níže v článku 5.
5. Zástupný souhlas podle výše uvedených odstavců 2 a 3 lze kdykoliv odvolat, je-li to v nejvlastnějším zájmu dotyčné osoby.

Článek 7: Ochrana osob s duševní poruchou

V souladu s podmínkami stanovenými v zákoně na ochranu těchto osob včetně právní úpravy pro dohled, kontrolu a odvolání, může být osoba s vážnou duševní poruchou podrobena zákroku bez svého souhlasu, je-li zákrok zaměřen na léčbu její duševní poruchy pouze v případě, že by bez takové léčby se vši pravděpodobností došlo k závažnému poškození jejího zdraví.

Článek 8: Stav nouze vyžadující neodkladná řešení

Pokud v situacích nouze nelze získat příslušný souhlas, jakýkoliv nutný lékařský zákrok lze provést okamžitě, pokud je nezbytný pro prospěch zdraví dotyčné osoby.

Článek 9: Dříve vyslovená přání

Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta, týkající se lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku je ve stavu, kdy nemůže svá přání vyjádřit.

Kapitola III: Ochrana soukromí a právo na informace

Článek 10: Ochrana soukromí a právo na informace

Každý má právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o svém zdraví. Každý je oprávněn znát veškeré informace shromažďované o jeho zdravotním stavu. Nicméně přání každého nebyt informován je nutné respektovat. Pokud je to v zájmu pacienta, může ve výjimečných případech zákon omezit uplatnění práv podle odstavce 2).

Kapitola IV: Lidský genom

Článek 11: Zákaz diskriminace

Jakákoliv diskriminace osoby z důvodu jejího genetického dědictví je zakázána.

Článek 12: Prediktivní genetické vyšetření

Vyšetření, která předpovídají geneticky podmíněné nemoci, nebo slouží k určení nositele genu způsobujícího nemoc, nebo k odhalení genetické predispozice nebo náchylnosti k nemoci lze provést pouze pro zdravotní účely a v návaznosti na odpovídající genetické poradenství.

Článek 13: Zásahy do lidského genomu

Zásah směřující ke změně genomu lze provádět pouze pro preventivní, diagnostické nebo léčebné účely a to tehdy, pokud není jeho cílem jakákoliv změna genomu některého z potomků.

Článek 14: Zákaz volby pohlaví

Použití postupů lékařsky asistované reprodukce nebude dovoleno za účelem volby budoucího pohlaví dítěte, ledaže tak předejít vážné dědičné nemoci vázané na pohlaví.

Kapitola V: Vědecký výzkum

Článek 15: Obecné pravidlo

Vědecký výzkum v oblasti biologie a medicíny bude prováděn svobodně při respektování této Úmluvy a v souladu s dalšími právními předpisy, které slouží k ochraně lidské bytosti.

Článek 16: Ochrana osob účastnících se vědeckého výzkumu

Vědecký výzkum na člověku lze provádět pouze tehdy, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

- a) k výzkumu na člověku neexistuje žádná alternativa srovnatelného účinku,
- b) rizika výzkumu, kterým by mohla být vystavena dotyčná osoba, nejsou neúměrně vysoká vzhledem k možnému prospěchu z výzkumu,
- c) výzkumný projekt byl schválen příslušným orgánem po nezávislém posouzení jeho vědeckého přínosu včetně zhodnocení významu cíle výzkumu a multidisciplinárního posouzení jeho etické přijatelnosti,
- d) osoby účastnící se výzkumu byly informovány o svých právech a zárukách, které zákon stanoví na jejich ochranu,
- e) nezbytný souhlas podle článku 5 byl dán výslovně konkrétně a je zdokumentován. Takový souhlas lze kdykoliv odvolat.

Článek 17: Ochrana osob neschopných dát souhlas k výzkumu

1. U osoby neschopné dát souhlas podle článku 18 lze výzkum provádět pouze při splnění následujících podmínek:
 - a) jsou splněny podmínky stanovené v článku 16, pododstavcích a) až d),
 - b) je pravděpodobné, že výsledky výzkumu přinesou skutečný a přímý prospěch pro zdraví dotyčné osoby,
 - c) výzkum srovnatelného účinku nelze provádět na žádných jednotlivcích schopných dát souhlas,
 - d) nezbytná potvrzení souhlasu podle článku 6 byla dána konkrétně a písemně; zúčastněná osoba s tím neprojevuje nesouhlas.
2. Pokud výzkum nebude představovat přímý prospěch pro zdraví dotyčné osoby, lze takový výzkum povolit za podmínek uvedených v odstavci 1, pododstavcích a) až e) pouze výjimečně, při splnění podmínek stanovených zákonem na ochranu takové osoby a při splnění následujících podmínek:
 - a) Tento výzkum má za cíl cestou podstatného přispění vědeckého poznání zdravotního stavu, nemoci či poruchy dotyčného získat výsledky, které mohou při-

nést prospěch dotyčné osobě nebo jiným osobám ve stejné věkové kategorii, nebo postiženým stejnou nemocí nebo poruchou, nebo osobám ve stejném zdravotním stavu,

- b) Tento výzkum představuje pouze minimální riziko a minimální zátěž pro dotyčného jednotlivce.

Článek 18: Výzkum na plodech in vitro

Pokud zákon umožňuje provádět výzkum na plodech in vitro, musí být zákonem zajištěna odpovídající ochrana plodu. Vytváření lidských plodů pro výzkumné účely je zakázáno.

Kapitola VI: Odběr orgánu a tkáně z žijících dárců pro účely transplantace

Článek 19: Obecné pravidlo

1. Odběr orgánů nebo tkání od žijící osoby pro účely transplantace lze provádět výhradně v zájmu léčebného přínosu pro příjemce, a pouze, pokud není k dispozici žádný vhodný orgán nebo tkáň zemřelé osoby, nebo jiná alternativní metoda srovnatelného účinku.
2. Nezbytný souhlas podle článku 5 musí být vyjádřen výslovně a konkrétně buď písemnou formou, nebo příslušným úředním orgánem.

Článek 20: Ochrana osob neschopných dát souhlas s odebráním orgánu

- a) Odběr orgánu či tkáně nelze provést u osoby, která není schopna dát souhlas podle článku 5.
- b) Při splnění podmínek stanovených zákonem na ochranu těchto osob lze výjimečně povolit odběr obnovitelné tkáně u osoby, která není sama schopna dát souhlas, pokud jsou splněny následující podmínky:
 - ba) není k dispozici žádný kompatibilní dárcce, který je schopen dát souhlas,
 - bb) příjemcem je bratr nebo sestra dárce,
 - bc) darování musí představovat možnost záchrany života příjemce,
 - bd) souhlas podle odstavců 2 a 3 článku 6 byl dán konkrétně a písemně v souladu se zákonem a se souhlasem příslušného orgánu, uvažovaný dárcce s tím neprojevuje souhlas.

Kapitola VII: Zákaz finančního prospěchu a nakládání s částmi lidského těla

Článek 21: Zákaz finančního prospěchu

Lidské tělo a jeho části nesmějí být jako takové zdrojem finančního prospěchu.

Článek 22: Nakládání s odebranou částí lidského těla

Je-li v průběhu zákroku odebrána jakákoliv část lidského těla, může se uchovat a použít pro účely jiné, než pro ty, pro něž byla odebrána, pouze tehdy, pokud byly splněny náležitosti v souvislosti s poučením a souhlasem.

Kapitola VIII: Porušení ustanovení Úmluvy

Článek 23: Porušení práv a zásad

Strany Úmluvy zajistí bez zbytečného prodlení odpovídající právní ochranu tak, aby předešly nebo zamezily porušování práv a zásad stanovených touto Úmluvou.

Článek 24: Náhrada za způsobenou nepatřičnou újmu

Osoba, která utrpěla nepatřičnou újmu způsobenou zákrokem, má nárok na spravedlivou náhradu škody za podmínek a postupů stanovených zákonem.

Článek 25: Sankce

Strany této úmluvy zajistí odpovídající právní postih pro případy porušení ustanovení této Úmluvy.

Kapitola IX: Vztah této Úmluvy k ostatním právním úpravám

Článek 26: Omezení výkonu práv

1. Výkon práv a ochranných opatření obsažených v této Úmluvě nemůže být předmětem žádných omezení kromě těch, která stanoví zákon a která jsou nezbytná v demokratické společnosti v zájmu bezpečnosti veřejnosti, předcházení trestné činnosti, ochrany veřejného zdraví nebo ochrany práv a svobod jiných.
2. Omezení uvedená v předchozím odstavci se nesmějí týkat článků 11, 13, 14, 16, 17, 19, 20, 21.

Článek 27: Širší ochrana

Žádná ustanovení této Úmluvy nelze vykládat jako omezující nebo jinak ovlivňující strany Úmluvy při možnosti poskytnout větší právní ochranu při aplikaci biologie a medicíny než je stanoveno v této Úmluvě.

Kapitola X: Veřejná diskuze

Článek 28: Veřejná diskuze

Strany této Úmluvy zajistí, aby řešení základních otázek, které vyvstávají s rozvojem biologie a medicíny, proběhlo po řádné veřejné diskuzi, zejména co se týče jejich významných lékařských, společenských, ekonomických, etických a právních důsledků, a aby byla předmětem odpovídající odborné diskuze.

Kapitola XI: Výklad a dodržování Úmluvy

Článek 29: Výklad Úmluvy

Evropský soud pro lidská práva může bez přímého vztahu k jakémukoliv probíhajícímu soudnímu řízení vydat stanoviska k právním otázkám týkajícím se výkladu této Úmluvy, pokud o to požádají: vláda státu, který je stranou Úmluvy, poté kdy vyrozuměla ostatní strany Úmluvy;

Výbor (ustanovený podle článku 32) s členstvím omezeným pro zástupce stran této Úmluvy podle rozhodnutí přijatého dvoutřetinovou většinou odevzdaných hlasů.

Článek 30: Zprávy o aplikaci Úmluvy

Po obdržení žádosti od generálního tajemníka Rady Evropy podá každá smluvní strana vysvětlení o způsobu, kterým její vnitrostátní zákon zajišťuje účinné provádění ustanovení Úmluvy.

Následující kapitoly XII. – XIV., články 31 – 38 se věnují: Protokolům, které budou rozvíjet zásady této Úmluvy v dalších konkrétních oblastech, Dodatům k Úmluvě a Závěrečným ustanovením“ (Kutnohorská, 2007, s. 126 – 131).

PŘÍLOHA XII: ZÁKON Č. 20/1966 SB., O PÉČI A ZDRAVÍ LIDU

„Zákon o péči a zdraví lidu je nejvýznamnější právní normou v oblasti zdravotnictví. Zákon byl od revoluce v roce 1989 několikrát novelizován, aniž by se tím mnoho změnilo jeho znění odpovídajícímu době vzniku v 60. letech. Terminologie, kterou zákon v některých ustanoveních používá, je poplatná období rozvinutého socialismu.

V základních zásadách se objevuje, že péči společnosti o zdraví lidu musí odpovídat snaha každého jednotlivce žít zdravě, vyvarovat se vlivům škodlivě působících na zdraví a napomáhat dobrému vývoji zdraví svých spoluobčanů (článek II).

K hlavním předpokladům péče o zdraví patří stálý rozvoj vědy a techniky, proto musí věda v předstihu zajišťovat dostatek potřebných poznatků a uplatňovat je na všech úsecích národního hospodářství ovlivňujících zdraví lidu (článek III).

Péče o zdraví lidu se zaměřuje především k ochraně, upevňování a rozvíjení tělesného a duševního zdraví se zvláštním zřetelem k nové generaci a péči o zdraví pracujících (článek IV).

Zákon o péči o zdraví lidu také stanoví, že velká pozornost je věnována zdravotní výchově obyvatelstva, která se provádí v těsném sepětí s ostatní výchovnou činností (§13 zákona), případně v těsné spolupráci s rodinou, školou, hospodářskými organizacemi, ve znění novely i s občanskými sdruženími (§14 zákona).

Třetí část zákona nazvaná Zdravotnictví uvádí přehled subjektů poskytujících zdravotní péči, jimiž jsou zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob, poskytujících zdravotní péči v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, tj. *lege artis*. V tomto ustanovení nejsou uvedena zdravotnická zařízení krajů.

Významným ustanovením zákona je § 23 s názvem Poučení a souhlas nemocného. V odstavci 1 se uvádí, že zdravotnický pracovník je povinen poučit nemocného, popřípadě členy rodiny, popřípadě partnera o povaze onemocnění a o potřebných výkonech tak, aby se mohli stát aktivními spolupracovníky při poskytování léčebně preventivní péče. Podle § 23 odstavce 2 se provádějí vyšetřovací a léčebné výkony se souhlasem nemocného, nebo lze tento souhlas předpokládat. Odmítá-li nemocný přes náležité vysvětlení potřebnou péči, vyžádá si ošetřující lékař o tom písemné prohlášení (reverz). Dále je stanoveno, kdy je možné provádět léčebné a vyšetřovací výkony bez souhlasu nemocného:

- nemoci stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze stanovit povinné léčení;

- osoba jeví známky duševní poruchy nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí;
- jedná se o neodkladný výkon k záchraně života a zdraví a není možné vyžádat souhlas nemocného;
- jde-li o nosiče.

Ustanovení § 23 zákona bývá ztotožňováno s institutem tzv. informovaného souhlasu.

Podle § 24 zákona převzetí nemocného bez jeho písemného souhlasu do ústavní péče z důvodu stanovených zákonem musí zdravotnické zařízení oznámit do 24 hodin soudu, v jehož obvodu má sídlo.

Ustanovení § 26a zákona upravuje odnámání části lidského těla v souvislosti s léčebně preventivní péčí, lékařskou vědou, výzkumem a výukovými účely, odběr krve, tkání orgánů. Ve všech těchto případech se vyžaduje, aby pacientovi byly poskytnuty ošetřujícím lékařem informace a pacient vyslovil s odnětím prokazatelný písemný souhlas. Rovněž použití těla nebo části těla zemřelého pro lékařské účely je možné jen v případě prokazatelného písemného souhlasu pacienta, popřípadě osoby blízké, pokud svou vůli nevyslovil za svého života. Tato úprava je velice podrobná, což je v nesouladu se stručnou až lakonickou dikcí jiných ustanovení, takže zákon v tomto ohledu působí velmi nesourodě a nevyváženě.

Pokud jde o obsah zákona z hlediska ustanovení, která mají etický obsah, je za klíčová nutno považovat ustanovení § 55 zákona, který stanoví povinnost zdravotníků ve zdravotnictví. Zákon tedy nerozlišuje mezi lékaři a ostatním zdravotním personálem. Uvádí, že zdravotničtí pracovníci jsou povinni vykonávat zdravotnické povolání svědomitě, pečlivě, s hluboce lidským vztahem k občanům a vědomím odpovědností ke společnosti. Odstavec 2 téhož ustanovení konkretizuje tyto povinnosti, když mimo jiné stanoví, že zdravotničtí pracovníci jsou povinni zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu svého povolání, s výjimkou případů, kdy se skutečnost sděluje se souhlasem ošetřované osoby nebo byl pracovník této povinnosti zproštěn nadřízeným orgánem“ (Matochová, 2009, s. 111 – 113).

PŘÍLOHA XIII: DOTAZNÍK

DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Lenka Gubániová, jsem studentkou 3. ročníku Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, oboru Všeobecná sestra. Dostává se Vám do rukou dotazník, jehož výsledky budou použity ke zpracování mé bakalářské práce na téma Agresivní pacient ve zdravotnickém zařízení.

Chtěla bych Vás touto cestou oslovit a poprosit o vyplnění následujícího dotazníku. Ve své bakalářské práci se soustředím na použití omezovacích prostředků a ostatních metod využívaných u agresivních pacientů ve zdravotnickém zařízení.

Dotazník je zcela anonymní, proto Vás prosím o jeho pravdivé vyplnění. Zvolenou odpověď, která je Vám nejbližší prosím zakroužkujte. Pokud je v otázce použita možnost *jiné*, uveďte Váš názor, dle Vašeho nejlepšího uvážení. Uvedené informace budou použity výhradně pro mé studijní účely.

Předem Vám moc děkuji za spolupráci, trpělivost a Váš drahocenný čas.

Lenka Gubániová

1. Uveďte své pohlaví.

- a) Žena
- b) Muž

2. Jaký je Váš věk?

- a) 19 – 29
- b) 30 – 39
- c) 40 – 49
- d) 50 a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Střední odborné vzdělání – SZŠ
- b) Vyšší odborné vzdělání - VZŠ
- c) Vysokoškolské vzdělání
- d) Specializační vzdělání
- e) Jiné (uveďte).....

4. Uved'te prosím charakteristiku Vašeho pracoviště.

- a) Interní oddělení standardního typu
- b) Interní jednotka intenzivní péče
- c) Chirurgické oddělení standardního typu
- d) Chirurgická jednotka intenzivní péče

5. Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnickém zařízení?

- a) Méně než 1 rok
- b) 1 – 5 let
- c) 6 – 9 let
- d) 10 – 19 let
- e) 20 let a více

6. Setkal/a jste se již během Vaší klinické praxe s agresivním chováním u pacienta/klienta?

- a) Ano, velmi často
- b) Ano, často
- c) Ano, zřídka
- d) Ne

7. Jaká je podle Vás nejčastější příčina agresivního jednání pacienta? *Lze zakroužkovat i více odpovědí.*

- a) Pocit strachu a ohrožení
- b) Bezmoc
- c) Intenzivní bolest
- d) Snaha překonat úzkost, která pramení z dané situace
- e) Násilnost bez zřejmého důvodu
- f) Zesměšnění, ponížení
- g) Alkohol
- h) Toxikománie
- i) Psychiatrická diagnóza v anamnéze
- j) Organické stavy (epilepsie, akutní stavy zmatenosti, mozková afekce)
- k) Jiné (uved'te jaké).....

8. Pokud jste se s agresivním chováním u pacienta/klienta setkal/a, uveďte, o jaký druh agresivity se jednalo. *Lze zakroužkovat i více odpovědí.*

- a) Agresivita pouze verbální
- b) Agresivita pouze fyzická
- c) Agresivita verbální i fyzická
- d) Autoagresivita
- e) Jiné (uved'te jaké).....

9. Agresivní pacient je podle Vás... Lze zakroužkovat i více odpovědí.

- a) Jedinec s tendencí k násilnému způsobu reagování
- b) Jedinec s projevy verbální agrese (křik, jízlivost, nadávky...)
- c) Jedinec s projevy fyzického napadání lidí
- d) Jiný (uveďte, specifikujte).....

10. Setkal/a jste se již během své dosavadní klinické praxe s projevem agresivního chování u zdravotníka?

- a) Ano, velmi často
- b) Ano, často
- c) Ano, zřídka
- d) Ne

11. S jakým projevem agresivity jste se setkal/a u zdravotníka? Odpovídejte pouze tehdy, odpověděl/a-li jste v otázce 10 ANO. Lze zakroužkovat více odpovědí.

- a) Nešetrné ošetřování
- b) Verbální agrese k pacientovi/klientovi
- c) Bezdůvodné užití omezovacích prostředků
- d) Bezdůvodné užití medikace
- e) Jiné (uveďte, specifikujte).....

12. Dokázal/a byste stručně popsat pojem „restriktivní metoda“?

- a) Ano
- b) Ne

13. Mohl/a byste pojem restriktivní metoda stručně popsat, prosím? Odpovídejte pouze tehdy, odpověděl/a-li jste v otázce 12 ANO.

.....
.....

14. Používáte na Vašem oddělení nějaký z druhů omezovacích prostředků?

- a) Ano, velmi často
- b) Ano, často
- c) Ano, zřídka
- d) Ne

15. Jaký druh omezovacích prostředků používáte? Odpovídejte pouze tehdy, odpověď/a-li jste v otázce 14 ANO. Lze zakroužkovat více odpovědí.

- a) Omezení v lůžku (využití popruhů na horních, dolních končetinách, hrudníku nebo fixace hlavy)
- b) Terapeutická izolace (uzavření pacienta v samostatné místnosti k tomu určené)
- c) Omezení pacienta v síťovém lůžku
- d) Ochranný kabátek
- e) Manuální fixace (situace, kdy pacientovi brání v pohybu ošetřující personál a poté většinou následuje podání uklidňující medikace)
- f) Aplikace psychofarmak bez souhlasu nemocného
- g) Jiné (uveďte jaké).....

16. Při použití omezovacích prostředků využíváte zápis o použití zvolené metody do dokumentace pacienta? Odpovídejte pouze tehdy, odpověď/a-li jste v otázce 14 ANO.

- a) Ano
- b) Ne

17. Odpovídejte pouze tehdy, odpověď/a-li jste v otázce 16 ANO.

Upřesněte, prosím, kdo zápis do dokumentace pacienta provádí.

.....

Upřesněte, prosím, kde se zápis do dokumentace pacienta provádí. (do které části dokumentace pacienta)

.....

18. Etickými aspekty při použití omezovacích prostředků jsou etické kodexy. Řídíte se při aplikaci omezovacích prostředků některým z nich? Pokud omezovací prostředky nepoužíváte, řídili byste se některým z etických kodexů?

- a) Ano, velmi často
- b) Ano, často
- c) Ano, zřídka
- d) Ne

19. Který z etických kodexů je pro Vás prioritní při péči o agresivního pacienta?

- a) Etický kodex České lékařské komory
- b) Etický kodex zdravotní sestry
- c) Kodex práv pacientů
- d) Jiný (uveďte jaký).....

20. Omezením pacienta se zabývá také problematika práva. Znáte některé z uvedených právních norem týkající se omezovacích prostředků?

Lze zakroužkovat více odpovědí.

- a) Listina základních práv a svobod
- b) Úmluva o lidských právech a biomedicíně
- c) Zákon o péči zdraví a lidu
- d) Zákon o ochraně osobních údajů
- e) Zákon o přestupcích
- f) Trestní zákon
- g) Občanský zákoník

21. Víte, která z uvedených právních norem má v České republice nejvyšší vážnost při použití omezovacích prostředků?

- a) Listina základních práv a svobod
- b) Úmluva o lidských právech a biomedicíně
- c) Zákon o péči zdraví a lidu
- d) Zákon o ochraně osobních údajů
- e) Zákon o přestupcích
- f) Trestní zákon
- g) Občanský zákoník

22. Máte nějakou životní zkušenost s agresivním pacientem ve zdravotnickém zařízení, o kterou byste se rád/a podělil/a?

.....

.....

.....

.....

Moc Vám děkuji za spolupráci a Váš čas.

Lenka Gubániová

PŘÍLOHA XIV: OSNOVA ROZHOVORU S NELÉKAŘSKÝMI ZDRAVOTNICKÝMI PRACOVNÍKY

ROZHOVOR

Dobrý den,

jmenuji se Lenka Gubániová, jsem studentkou 3. ročníku Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, oboru Všeobecná sestra. Pokud máte chvíli čas, chtěla bych Vás oslovit a poprosit o krátký rozhovor ke zpracování mé bakalářské práce na téma Agresivní pacient ve zdravotnickém zařízení.

Bližší se ve své práci chci zaměřit na použití omezovacích prostředků a ostatních metod využívaných u agresivních pacientů/klientů ve zdravotnickém zařízení.

Rozhovor bude anonymní, proto bych Vás ráda poprosila o pravdivé informace. Informace z tohoto rozhovoru budou použity výhradně pro mé studijní účely.

Pokud tedy dovolíte, můžeme začít...

Na začátku bych se Vás ráda zeptala, na několik otázek týkající se vaší práce a klinické praxe.

1. Jaké je prosím, Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
2. Na jakém oddělení pracujete?
3. Jaká je délka vaší klinické praxe?

Děkuji, dále se zaměřím na otázky týkající se agresivity.

4. Setkal/a jste se někdy během Vaší klinické praxe s agresivním chováním pacienta/klienta?
5. Dokázal/a byste blíže specifikovat druh agresivity, se kterou jste se setkal/a?
6. Jak byste specifikoval/a agresivního pacienta? Kdo je agresivní pacient podle Vás?

7. Jaká příčina agresivity u pacientů? Co agresivitu u pacientů/klientů způsobuje? (pocit strachu a ohrožení, bezmoc, intenzivní bolest, snaha překonat úzkost, která pramení z dané situace, násilnost bez zřejmého důvodu, zesměšnění, ponižení, alkohol, toxikomanie, psychiatrická diagnóza v anamnéze, organické stavy – epilepsie, akutní stavy zmatenosti, mozková afekce)
8. A co u zdravotníků? Objevuje se agresivní chování i u zdravotníků? Jakým způsobem se agresivita projevila?
9. Víte, co znamená pojem restriktivní metoda?

Nyní, bych se zaměřila na několik otázek týkajících se omezovacích prostředků.

10. Používáte na Vašem oddělení nějaký z druhů omezovacích prostředků u agresivních pacientů/klientů? (omezení v lůžku – využití popruhů na horních, dolních končetinách, terapeutická izolace – uzavření pacienta v samostatné místnosti k tomuto určené, omezení v síťovém lůžku, ochranný kabátek, manuální fixace – situace, kdy pacientovi brání v pohybu ošetřující personál a poté většinou následuje podání uklidňující medicace, aplikace psychofarmak bez souhlasu pacienta)
11. Využíváte při použití omezovacích prostředků zápis do dokumentace?
12. Kdo do dokumentace použití zvolené metody zapisuje?
13. Máte k tomuto účelu připraven zvláštní formulář?

Etickými aspekty při použití omezovacích prostředků jsou etické kodexy. Řídíte se při aplikaci omezovacích prostředků některým z nich? Pokud omezovací prostředky nepoužíváte, řídili byste se některým z etických kodexů?

14. Jakému etickému kodexu byste dal/a přednost? (Etický kodex České lékařské komory, Etický kodex sestry, Kodex práv pacientů)
15. Omezením pacienta se zabývá také právní problematika. Znáte některé právní normy týkající se omezovacích prostředků? (Listina základních práv a svobod, Úmluva o lidských právech a biomedicíně, Zákon o péči a zdraví lidu, Zákon o ochraně osobních údajů, Zákon o přestupcích, Trestní zákon, Občanský zákoník)

Děkuji Vám mnohokrát za Váš čas a trpělivost. Přeji hezký zbytek dne, nashledanou.

PŘÍLOHA XV: ROZHOVORY S NELÉKAŘSKÝMI ZDRAVOTNICKÝMI PRACOVNÍKY

Rozhovor č. 1 – Respondent 1

Jaké je prosím, Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Studovala jsem, specializační studium instrumentářka operačních sálů. Nyní studuji ještě druhým rokem bakalářský obor všeobecná sestra v Pardubicích.

Na jakém oddělení pracujete?

Pracuji na chirurgické JIP, někdy zaskakujeme i na oddělení ARO.

Jaká je délka vaší klinické praxe?

(chvilí přemýšlí) 9 let.

Setkala jste se někdy během Vaší klinické praxe s agresivním chováním pacienta/klienta?

To ano, určitě. Na některých pracovištích dokonce velmi často. Nejčastěji asi na lékařské pohotovosti.

Dokázala byste blíže specifikovat druh agresivity, se kterou jste se setkala?

Pokud se jednalo o muže, spíše šlo o fyzickou agresi. Jde-li o ženy, ty jsou spíše verbálně agresivní. V tomto případě nezohledňuji pracoviště.

Jak byste specifikovala agresivního pacienta? Kdo je agresivní pacient podle Vás?

Agresivní pacient je každý jedinec, který je schopen zaútočit na druhého jedince, třeba člověka nebo personál. Většinou bez jakékoliv příčiny.

Jaká příčina agresivity u pacientů? Co agresivitu u pacientů/klientů způsobuje?

Domnívám se, že velkou roli hraje alkohol a stavy deliria. Pokud jsou to starší lidé, tak tam je to spíš psychická zmatenost.

A co u zdravotníků? Objevuje se agresivní chování i u zdravotníků?

To určitě. Podle mého názoru je spojená se syndromem vyhoření.

Jakým způsobem se agresivita projevila?

Nejčastěji asi verbální agresí.

Víte, co znamená pojem restriktivní metoda?

Je to asi metoda, která využívá jakékoliv omezovací prostředky.

Používáte na Vašem oddělení nějaký z druhů omezovacích prostředků u agresivních pacientů/klientů?

Ano, používáme většinou nožní a ruční kurty. Ty ruční častěji.

Využíváte při použití omezovacích prostředků zápis do dokumentace?
Zápis nikde do dokumentace neprovádíme.

Ani nevíte o tom, že byste měli někde na oddělení nebo v nemocnici pro takovýto účel zvláštní dokumentaci?

Na oddělení nic takového nepoužíváme a myslím si, že nic takového ani nemáme.

Etickými aspekty při použití omezovacích prostředků jsou etické kodexy. Řídíte se při aplikaci omezovacích prostředků některým z nich?

V momentě, kdy jedním s verbálně agresivním pacientem, tak spíše než etického kodexu využívám metod asertivní komunikace. Při jednání s fyzicky agresivním pacientem rozhodně taktéž nevyužívám etických kodexů. Snažím se spíše o co nejrychlejší racionalizaci stavu pacienta.

Omezením pacienta se zabývá také právní problematika. Znáte některé právní normy týkající se omezovacích prostředků?

Asi neznám, nebo si spíše nevzpomenu (smích).

Listina základních práv a svobod, Úmluva o lidských právech a biomedicině, Zákon o péči a zdraví lidu, Zákon o ochraně osobních údajů, Zákon o přestupcích, Trestní zákon, Občanský zákoník.

Tak doslovně je neznám, ale samozřejmě jsem o nich slyšela.

Děkuji moc za čas, za ochotu a statečnost.

Rozhovor č. 2 – Respondent 2

Jaké je prosím, Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Střední zdravotnická škola, ale všeobecná sestra, asistent nejsem (úsměv).

Na kterém oddělení pracujete?

Nyní na interní jednotce intenzivní péče, ale bohaté zkušenosti ohledně Vašeho tématu mám i z předchozího zaměstnání na psychiatrii.

Já bych se raději pro objektivitu svého průzkumu chtěla zaměřit na to oddělení interní.

Dobrá, zkusím to oddělit.

Jaká je délka Vaší klinické praxe?

Letos to bude krásných 10 let.

Asi určitě jste se setkal někdy během Vaší klinické praxe s agresivním chováním pacienta/klienta?

No v tomto se opravdu nemýlíte.

Dokázal byste blíže specifikovat druh agresivity, se kterou jste se setkal?

Tak to byla agresivita jak verbální, tak fyzická. Asi častěji s tou verbální.

Jak byste specifikoval agresivního pacienta? Kdo je agresivní pacient podle Vás?

Pacient, který mě z určitého důvodu napadá, útočí na mě, většinou je to zcela bezdůvodně.

Jaká příčina agresivity u pacientů? Co agresivitu u pacientů/klientů způsobuje?

Většinou se jedná o agresivitu vycházející z diagnózy pacienta, jako například úrazy hlavy a onemocnění CNS.

A co u zdravotníků? Objevuje se agresivní chování i u zdravotníků?

Určitě ano, ale pouze v případě terapie. To se promítá do mé praxe na psychiatrickém oddělení.

Víte, co znamená pojem restriktivní metoda?

S tímto pojmem jsem se setkal, ale nedokážu ho popsat ani vysvětlit.

Používáte na Vašem oddělení nějaký z druhů omezovacích prostředků u agresivních pacientů/klientů?

Ano, používám.

O jaký druh omezení jde nejčastěji?

Kurtovací popruhy všech druhů.

Využíváte při použití omezovacích prostředků zápis do dokumentace?
Samozřejmě na našem oddělení je toto povinnost.

Kdo do dokumentace zvolené metody zapisuje?
Vlastně já, pokud zvolím omezovací metodu, ale musím to konzultovat s lékařem.

Máte k tomuto účelu zvolen zvláštní formulář?
Ne, zapisujeme omezení do dekurzu s podpisem lékaře.

Etickými aspekty při použití omezovacích prostředků jsou etické kodexy. Řídíte se při aplikaci omezovacích prostředků některým z nich?
Ne, etický kodex mě určitě nenapadne, když kurtuji pacienta.

Omezením pacienta se zabývá také právní problematika. Znáte některé právní normy týkající se omezovacích prostředků?
Neznám (smích). Asi bych něco znát měl.

Děkuji moc za spolupráci a Váš čas.

Rozhovor č. 3 – Respondent 3

Jaké je prosím, Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Studovala jsem vyšší odbornou školu, všeobecnou sestru.

Na jakém oddělení pracujete?

No jak asi víte, pracuji na chirurgickém oddělení, určené pouze mužům.

Jaká je délka Vaší klinické praxe?

Pracuji celkem čtyři roky, od začátku pracuji tady na oddělení a líbí se mi tady.

Asi už víte, jakým směrem se bude ubírat náš rozhovor dále. Už jsem vám nastínila problematiku, o kterou se zajímám, a proto se Vás zeptám, jestli jste se již setkala během Vaší praxe zde na oddělení s agresivním chováním u pacienta?

No to víte, že ano, a ne jednou ono je chvíli klid a potom je to tady z ničeho nic jeden agresor vedle druhého.

Dokázala byste tedy blíže specifikovat druh agresivity, se kterou jste se setkala?

No agresivní lidé bývají často dementní starší páni, také pacienti s psychiatrickou diagnózou, se kterou již k nám přišli a mnohdy než se na to přijde, že bere pravidelně psychofarmaka, tak už je agresor v jednom kole. A potom samozřejmě a asi nejčastěji jsou to pacienti pod vlivem alkoholu. Takoví ti chroničtí alkoholici jsou nejhorší.

Jak byste tedy specifikovala agresivního pacienta? Kdo je agresivní pacient podle Vás?

No asi je to člověk, který slovně i fyzicky napadá zdravotnický personál, třeba pokřiky výhrůžky a tak.

Jaká je příčina agresivity u pacientů? Co agresivitu u pacientů způsobuje?

No tak, asi jak už jsem řekla zmatenost, alkohol a psychiatrické onemocnění. Určitě i další, ale tady tyto příčiny asi nejčastěji.

Tak to by asi bylo, co se týče samotné agresivity všechno, zeptám se teď na zdravotníky.

Objevuje se agresivní chování i u zdravotníků?

Ano, i s tím jsem se bohužel setkala.

Jakým způsobem se ta agresivita u zdravotníků objevila?

Tak určitě slovně. A viděla jsem už i jednoho zdravotníka co na agresivního pacienta vztáhl ruku ne moc, ale poplácání tam bylo. To už se mi moc nelíbilo, ale vypjatá situace na obou stranách.

Víte, co znamená pojem restriktivní metoda?

Užívání omezení u pacienta, nemýlím-li se. Setkala jsem se s tímto pojmem na praxi v psychiatrické léčebně, od té doby jsem to neslyšela, tak nevím, jestli je to správně.

Správně to samozřejmě je. Ted' bych se chtěla zeptat na pár otázek týkající se omezovacích prostředků. Používáte na Vašem oddělení nějaký z druhů omezovacích prostředků u agresivních pacientů?

Ano, používáme kurty na nohy a ruce a taky podáváme zklidňující medikaci. To ale až po ordinaci lékaře.

Využíváte při použití omezovacích prostředků zápis do dokumentace?

To ano. Píšeme to do hodnocení ošetrovatelské péče.

Kdo do dokumentace použítí zvolené metody zapisuje?

U nás sestra.

Nemáte tedy k tomuto účelu připraven zvláštní formulář?

Ne, nemáme.

Etickými aspekty při použití omezovacích prostředků jsou etické kodexy. Řídíte se při aplikaci omezovacích prostředků některým z nich?

Ano, řídím.

Který kodex je Vám nejbližší, kterým z kodexů se řídíte při použití omezovacích prostředků?

Asi to bude Etický kodex sester.

Ještě bych chtěla poslední otázkou trochu zabrousit do právní problematiky. Znáte některé normy, týkající se omezovacích prostředků?

(úsměv) asi neznám, mě tak hned nic nenapadá.

Pokusím se Vás trochu navést. Listina základních práv a svobod, Úmluva o lidských právech a biomedicíně, Zákon o péči a zdraví lidu, Zákon o ochraně osobních údajů, Trestní zákon nebo občanský zákoník.

Tak slyšela jsem myslím si, že by to mohla být ta Listina základních práv a svobod (smích).

Tak to by bylo všechno, já Vám moc děkuji, mějte se hezky a přeju Vám málo agresivity ve Vaší práci.

Rozhovor č. 4 – Respondent 4

Jaké je, prosím Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Jsem všeobecná sestra se specializací ARIP.

Na jakém oddělení pracujete?

Dříve jsme byli ARO, dnes máme status chirurgické JIP.

Jaká je délka Vaší klinické praxe?

(chvíli přemýšlí), pracuji 6 a půl roků.

Tak to by byly úvodní, dá se říct identifikační údaje, nyní bych se chtěla zeptat na pár otázek, které se týkají agresivity.

Setkala jste se někdy během vaší klinické praxe s agresivním chováním pacienta?

Tak za tu dobu určitě a nejen v práci, já si myslím, že agresivity je kolem nás všech všude až moc (úsměv). Od války po další válku.

Dokázala byste blíže specifikovat druh agresivity, se kterou jste se setkala?

Tak já přesně neznám druhy agresivit, ale někdo nadává, někdo kope, tak asi slovní a fyzická.

Jak byste specifikovala agresivního pacienta? Kdo je agresivní pacient podle Vás?

Je to člověk netečný, nepřizpůsobivý dané situaci, často ta agrese má spojení s nějakou nemocí. Třeba demence. Můj dědeček byl dementní a mnohdy strašně agresivní a přitom milý a hodný člověk, který dokud nebyl nemocen, nikdy na světě nikomu neublížil. Napomáhá také změna prostředí, zmatenost obecně. A u někoho samozřejmě alkohol.

Tím jste mě předběhla a ani se nemusíme zabývat otázkou příčinami agresivity. Pokud Vás, něco napadne ještě.

Ještě snad obecně lidská závist.

Děkuji za postřeh, vrátila bych se zpátky do zdravotnictví. Jak je to u zdravotníků? Objevuje se agresivní chování i u zdravotníků?

To také, jsou to taky jen lidé. Většinou psychického rázu, když jsou vyčerpaní, určitě v rámci syndromu vyhoření. Potom také pokud mají nějaké osobní či rodinné problémy.

Víte, co znamená pojem restriktivní metoda?

Tak to přesně vůbec nevím, ale alespoň Vám řeknu, co si myslím (smích). Je to něco jako profesionální přístup, sebeovládání, zásada. Nevím jak to jinak popsat.

A v rámci agresivního pacienta?

To bude asi zásada nebo spíš zásady, jak k němu přistupovat.

Vy se tak usmíváte. To bude asi špatně. Tak mi na konci alespoň řeknete, co to je.

Děkuji za Váš názor, nyní bych se zaměřila na několik otázek týkající se omezovacích prostředků. Používáte na vašem oddělení nějaký z druhů omezovacích prostředků u agresivních pacientů?

Tak objeví se situace, kdy je o nutné. Používáme kurty a potom podle lékaře většinou v kombinaci s psychofarmaky.

Využíváte při použití omezovacích prostředků zápis do dokumentace?

Tak na mém nynějším pracovišti vůbec, to jen pečlivá sestra, pokud si vzpomene a má kousek volného místa v sesterské dokumentaci, ve zhodnocení plánu péče, tak to tam napíše. Lékař se k tomu nějak nemá. Ale vím, že takto by se to nemělo, zrovna tato věc by měla být lépe ošetřena. Na mém předchozím pracovišti bylo nutné tuto informaci zapsat jak v sesterské dokumentaci, tak to bylo i povinností lékaře.

Žádný zvláštní formulář tedy k tomuto účelu nemáte?

Ne.

Trochu bych ještě chtěla zabrousit do oblasti etiky a práva. Etickými aspekty při použití omezovacích prostředků jsou etické kodexy. Řídíte se při aplikaci omezovacích prostředků některým z nich?

Možná, že se řídím, ale určitě nevědomě.

Jakému etickému kodexu byste dala přednost u práce s agresivním pacientem?

Asi žádnému, nechala bych to jako doposud, budu se řídit svým instinktem.

Tak a poslední otázka se bude týkat slibovaného práva. Znáte některé právní normy týkající se omezovacích prostředků?

Tak hned si nevzpomenu.

Trochu Vám tedy napovím. Listina základních práv a svobod, Úmluva o lidských právech a biomedicíně, Zákon o péči a zdraví lidu, Zákon o ochraně osobních údajů, Zákon o přešupcích, trestní zákon, Občanský zákoník.

O všech těchto zákonech jsem slyšela, celý obsah a detaily ale neznám.

Já vám moc děkuji, bylo od Vás milé, že jste si udělala čas, bylo to vyčerpávající a moc jste mi pomohla.

Rozhovor č. 5 – Respondent 5

Dobrý den. Tak asi bych tedy začala.

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Naposledy jsem studovala, až jsem dostudovala vyšší zdravotnickou školu, obor všeobecná sestra.

Na jakém oddělení pracujete?

Je to oddělení interní. Na interní jednotce intenzivní péče.

Jak dlouho už pracujete? Jaká je délka celé klinické praxe?

Už to bude letos v létě 13 let.

Tak mimo tady ty identifikační údaje se budu ptát na svá témata. Agresivitu a omezovací prostředky, etiku a právo.

(smích) Toho bude tolik?

Ne to ne. Slíbila jsem, že to dlouho trvat nebude.

Tak začneme s tou agresivitou.

Setkala jste se v průběhu své klinické praxe s agresivním chováním u pacienta?

Určitě ano.

Dokázala byste blíže specifikovat druh agresivity, se kterou jste se setkala?

No to je asi slovní ohrožení a napadání.

Jak byste blíže specifikovala agresivního pacienta? Kdo je agresivní pacient podle Vás?

Je to pacient, který slovně a fyzicky napadá ošetřovatelský personál, ohrožuje často sebe a své okolí. Projevuje se často křikem, nadávkami, vyhrožováním a sebepoškozováním.

Jaká je příčina agresivity u pacientů? Co agresivitu u pacientů způsobuje?

Oni jsou ti agresori často bezmocní. Většinou je něco bolí nebo jim něco vadí a nedokážou to nijak jinak vyjádřit. Určitě to může být i doznívající anestezie, takže vlivy léků. A samozřejmě alkohol a drogové závislosti.

A co u zdravotníků? Objevuje se agresivní chování i u zdravotníků?

Taky někdy, ale málo. Spíš je to dané ze strany pacienta.

Jakým způsobem se projevuje agresivita u zdravotníků?

Je to slovní zvýšení hlasu, odsekávání, nevhodně volená slova.

Víte, co znamená pojem restriktivní metoda?

Nevím, ale souvisí to nějak s používáním omezovacích prostředků, když se na to ptáte.

Nyní bych se zaměřila na několik otázek týkající se samotných omezovacích prostředků. Používáte na Vašem oddělení nějaký z druhů omezovacích prostředků u agresivních pacientů?

No popruhy na ruce a nohy. Ty používáme asi nejčastěji.

Využíváte při použití omezovacích prostředků zápis do dokumentace?

Ano, sestra tuto informaci zapisuje do sesterské dokumentace.

Máte k tomuto účelu připraven zvláštní formulář?

Nemáme.

Etickými aspekty při použití omezovacích prostředků jsou etické kodexy. Řídíte se při aplikaci omezovacích prostředků některým z nich?

Ano. Asi ano.

Jakému etickému kodexu dáváte přednost při aplikaci omezovacích prostředků?

Je to Kodex práv pacientů a Etický kodex sestry.

Znáte některé právní normy týkající se omezovacích prostředků?

Nějaké jsou, řekla bych občanský zákoník.

Děkuji Vám mnohokrát za Váš čas a trpělivost. Přeji hezký zbytek dne.

PŘÍLOHA XVI: STANDARDNÍ OŠETŘOVATELSKÝ POSTUP – PÉČE O NEKLIDNÉHO PACIENTA – POUŽITÍ OMEZOVACÍCH PROSTŘEDKŮ

PÉČE O NEKLIDNÉHO PACIENTA – POUŽITÍ OMEZOVACÍCH PROSTŘEDKŮ (OMEZENÍ V LŮŽKU)

Skupina, o kterou se pečuje: ambulantní a hospitalizovaní pacienti

Místo použití: Nemocnice Milosrdných bratří v Brně

Zpracovala: Lenka Gubániová

Ověřila: Skupina pro kvalitu ošetrovatelské péče

Schválila: Náměstkyně ošetrovatelské péče – Mgr. Alena Kernová

Definice:

Neklidný nebo agresivní pacient: je pacient, který ohrožuje sebe a své okolí. Projevují se u něj známky agrese nebo agresivity z důvodu zranění, onemocnění nebo je agresivní chování spojeno s pobytem nebo návštěvou ve zdravotnickém zařízení.

Agresivita: je definována jako sklon k útočnému jednání nebo k násilnému způsobu reagování.

Psychomotorický neklid: je původním znakem různých onemocnění, projevuje se v různých formách a různé intenzitě. K řešení vzniklé situace je vždy nutný individuální přístup.

Omezovací prostředky: Omezovacími prostředky se rozumí terapeutická a preventivní opatření omezující volný pohyb a jednání pacienta. Jejich použití podléhá stanoveným pravidlům.

Ošetrovatelské cíle:

- Ochránit pacienta před sebou samým a zajištění jeho bezpečnosti v zařízeních poskytující ošetrovatelskou péči.
- Prevence pádu.
- Minimalizovat ohrožení zdravotního stavu pacienta při neklidu
- Zajistit odpovídajícího vyšetření a ošetření pacienta, zajištění terapie.

- Ochránit ostatní pacienty, ochránit personál zařízení a ochránit majetek.
- Minimalizovat možné poškození pacienta při použití omezovacích prostředků.
- Informovat a edukovat pacienta, personál, průvodce či zákonného zástupce pacienta.

Kompetence personálu:

- Lékař, který výkon indikuje
- Nelékařští zdravotničtí pracovníci v rozsahu činností a kompetencí stanovených vyhláškou 55/2011 Sb.

Pomůcky:

- Zábrany k lůžku.
- Popruhy na horní a dolní končetiny, fixační pásy, fixační dlahy.

Ošetřovatelský postup:

Před výkonem:

- Připravit si potřebné pomůcky.
- Snažit se ponechat pacientovi při neklidu nebo agresivitě dostatečný prostor.
- Odstranit z jeho bezprostřední blízkosti předměty, které by mohl použít k napadení druhých osob nebo by se jimi mohl zranit.
- Sledovat stále jeho chování (verbální i nonverbální projevy).
- Informovat pacienta o potřebě a nutnosti zajištění bezpečnosti proti pádu a sebepoškození.
- Pokud je to nutné, zajistit si pomoc dostatečného počtu zdravotnických nebo jiných pracovníků.

Při výkonu:

- Rozhodnutí o způsobu omezení je výhradně v kompetenci lékaře a je krajní možností řešení situace.
- Snažit se nezůstávat s agresivním pacientem o samotě, nikdy se k němu neotáčet zády a dbát na možnost opustit místnost.

- Dodržovat zásady komunikace s agresivním pacientem (mluvit na něj jménem, snažit se mluvit pomalu a klidně, snažit se navázat s ním slovní kontakt a tento kontakt udržovat, jednat s klidem s jistotou, sledovat neustále nonverbální projevy komunikace).
- Snažit se vysvětlit a informovat pacienta srozumitelnou formou, vysvětlit důvody jeho omezení, délku omezení a popsat mu další postup.
- Naplánovat a aplikovat omezovací prostředky s dostatečným množstvím zdravotnického personálu.
- Před přistoupením k omezení pacienta v lůžku pomocí popruhů (kurtů), odstranit z pacientových končetin hodinky a náramky, nikdy nepřikládat manžety přímo na kůži pacienta, snížit riziko porušení integrity kůže na minimum.
- Provést kontrolu, že požadovaná část těla je znehybněna, ne však tak pevně, aby přerušila krevní oběh pacienta nebo došlo k dekompresi nervových kmenů v kterékoliv části těla.
- Pravidelně po 2 hodinách zajistit uvolnění omezovacích prostředků na nezbytně nutnou dobu.
- Zajistit během omezení pacientovi komplexní ošetrovatelskou péči s vyhodnocením a přehodnocením jeho potřeb v ošetrovatelském procesu.
- Sledovat u pacienta pravidelně stav vědomí, fyziologické funkce, stav dýchacích cest, psychomotorické projevy, barvu a celistvost kůže v místě fixace.
- Komunikovat s pacientem dle jeho stavu a v pravidelných intervalech hodnotit neklid a agresivitu.
- Jakmile pomine důvod k použití omezovacích prostředků, okamžitě ukončit jejich použití, odstranit je z lůžka a znovu kontrolovat celkový stav pacienta.

Po výkonu:

- Po odstranění omezovacích prostředků znovu vysvětlit pacientovi důvody tohoto postupu a prospěšnost pro jeho samotného.
- Zkontrolovat bio-psycho-sociální potřeby pacienta.
- Provést úpravu pacienta a lůžka.

Úklid pomůcek:

- Likvidace jednorázových pomůcek dle platných předpisů o odpadech.
- Ostatní pomůcky dekontaminovat, mechanicky očistit a dezinfikovat.
- Úklid pomůcek na místo tomu určené.
- Provést hygienickou dezinfekci rukou.

Upozornění:

- Všechny omezovací prostředky, které jsou používány k omezení pacienta ve volném pohybu, lze použít pouze na základě písemné ordinace lékaře v dokumentaci. Omezení a fixace má vždy přechodný charakter a musí být zrušeno okamžitě, jakmile pominou důvody, pro které bylo omezení ordinováno.
- U osob zbavených způsobilosti k právním výkonům a pacientů mladších 18 let vyžaduje písemný souhlas s užitím omezovacích prostředků v nezbytných případech zákonný zástupce podpisem o souhlasu s přijetím do zařízení.

Provedení zápisu do dokumentace:

Samotný zápis v dokumentaci obsahuje:

- Aktuální stav pacienta, zdalipak byla již v minulosti použita restriktivní metoda a důvody, které vedly k použití omezovacího prostředku.
- Přesný čas počátku omezení pacienta.
- Indikace lékaře k ošetřovatelskému postupu po dobu užití omezovacího prostředku.
- Přesný zápis o podávání ordinované medikace.
- Průběžné zhodnocení stavu pacienta, popřípadě popsání důvodu pokračování nebo ukončení daného omezení.
- Zápisy ošetřovatelských intervencí, jakými jsou hygiena, příjem potravy a tekutin, vyprazdňování aj.
- Návštěvy u pacienta, v některých případech přesné popsání reakcí pacienta na blízkou osobu.
- Podrobný aktuální stav pacienta při ukončení omezení.

- Podpis lékaře a nelékařského zdravotnického pracovníka, kteří byli odpovědni za omezení.
- Údaj o tom, kdy a za jakých podmínek byl pacient o použití omezení informován.