Agresivní pacient a zdravotníci, teorie, možnosti, řešení

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Zdeněk Šigut, PhD., MPH
Vypracovala: Bc. Pavlína Prosecká

Brno 2012
Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Agresivní pacient a zdravotníci, teorie, možnosti, řešení“ zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této diplomové práce.

Elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné.

V Brně 4. 8. 2012

Pavlína Prosecká
Poděkování

Děkuji panu PhDr. Mgr. Zdeňkovi Šigutovi, PhD., MPH za užitečnou metodickou pomoc, cenné rady a připomínky, vstřícnost, čas a ochotu, kterou mi poskytl při zpracování mé diplomové práce.

Pavlína Prosecká
Obsah

Úvod.................................................................................................................................6
Teoretická část ....................................................................................................................8
1. Agresivita – obecná část ..............................................................................................8
   1.1 Typy agresivity........................................................................................................8
2. Patofyziologie .................................................................................................................10
   2.1 Agresivita afektivní versus predatorní .................................................................10
   2.2 Pochody v organismu ............................................................................................10
   2.3 Scénáře stresové reakce ......................................................................................11
3. Příčiny agresivity ........................................................................................................12
   3.1 Psychiatrická onemocnění .....................................................................................12
   3.2 Vliv prostředí ..........................................................................................................13
   3.3 Vliv výchovy ...........................................................................................................13
   3.4 Vliv multimedií na agresivitu ...............................................................................14
   3.5 Počítačové hry .......................................................................................................15
4. Agresivita ve zdravotnictví ..........................................................................................16
   4.1 Příčiny agresivity ve zdravotnictví ........................................................................16
   4.2 Rizikové faktory pro vznik agresivního chování ................................................17
   4.3 Cyklus napadení ....................................................................................................17
5. Zvládání agresivního pacienta ....................................................................................19
   5.1 Verbální techniky ...................................................................................................19
   5.2 Zásady jednání s agresivním pacientem ...............................................................19
   5.3 Imobilizace pacienta ............................................................................................20
   5.4 Farmakologická sedace .......................................................................................21
      5.4.1 Benzodiazepiny ..............................................................................................22
      5.4.2 Neuroleptika ....................................................................................................22
6. Právní aspekty ..............................................................................................................23
   6.1 Omezování a zbavení osobní svobody ....................................................................23
6.2 Provádění vyšetřovacích a léčebných postupů bez souhlasu pacienta ..........24
6.3 Novelizace ........................................................................................................24
7. Prevence vzniku agresivity ........................................................................25
Praktická část ........................................................................................................26
8. Cíle práce ..........................................................................................................26
   8.1 Metodika ....................................................................................................27
   8.2 Realizace průzkumného šetření ................................................................27
   8.3 Charakteristika zkoumaného souboru .......................................................28
   8.4 Výsledky průzkumu a jejich analýza ..........................................................28
      8.4.1 Analýza konkrétních odpovědí v dotazníku ........................................29
      8.4.2 Další analýzy vyplývající z dotazníku ....................................................42
Závěr .....................................................................................................................46
Resumé ..................................................................................................................50
Anotace ..................................................................................................................51
Seznam literatury ..................................................................................................52
Seznam zkratek .....................................................................................................55
Seznam grafů ........................................................................................................56
Úvod


Agresivní reakce se může vyjádřit v různých formách od verbální až po fyzické napadení. V médiích jsou často ukazovány případy napadení zdravotníka, často již při prvním kontaktu v sanitě. Práce bude v jedné rovině popisovat současnou situaci všeobecně ve společnosti, v druhé rovině popsat důvody, které vedou ke stresu a následně pak k možné agresivitě, je v současné civilizované společnosti velké množství. Oproti dobu minulé se člověk dovedl doslova útočit na obyvatele společnosti a vytvářet obtíže. Měla by být založena na základě informací z televizí, internetu a velké množství periodik. Současně narůstá i množství informací, které musí civilizovaný člověk zpracovat v praxi. Takové množství informací logicky vede ke chronickému stresu.

Problematicou emočně labilních lidí se podrobně zabývá ve svých publikacích F. Koukolík. Oznámuje je termínem deprivanti. Deprivanti (od slova deprivare z latiny zprostit) jsou lidé, kteří z biologických, psychologických nebo sociokulturních důvodů nedosáhli lidské normality či o ni přišli. Ve vztahu k normalitě jsou to lidé v různém stupni a rozsahu „nepovedení“ nebo „zmrzačení“, nikoli nemocní. Postižení je výraznější v citové a hodnotové oblasti než v oblasti intelektuální (Koukolík, 1996, s. 43). V důsledku populární exploze takových jedinců jsou častější sociopatologické jevy jako násilí, bezdomovectví, sebevraždy apod. Jde o důsledek kombinace vlastností typických pro deprivanty. Nejhorší je kombinace impulzivity, útočnosti, neschopnosti včítit se a neschopnosti předvídat následky. (Koukolík, 1996, s. 201-202)


Popisná část je doplněna o vlastní výzkum formou dotazníku pro lékaře a pro střední zdravotnický personál, který je v první linii kontaktu s pacientem. Ze zhodnoceného dotazníku by mělo vyplýhnout, zda je tento personál dostatečně proškolen v této problematice, případně zda by se ohebně na závažnost problematiky
neměla být tato problematika více akcentována ve vzdělávání zdravotníků, ať již ve středoškolském studiu, či ve formě dodatečných kurzů.

Důvodem výběru tématu je závažnost problematiky a předpoklad nedostatečného zvládání agresivních pacientů. Počet kontaktů s agresivními pacienty bude do budoucní spíše přibývat a zvládání těchto situací by mělo patřit k základnímu profesnímu vybavení zdravotníka. Ve zdravotnictví se často setkáváme se situacemi, které jsou velmi vypjaté. Většina stavů, které ohrožují život, již dnes neprobíhá doma, ale ve zdravotnickém zařízení.


Relativně často jsou rozlišovací schopnosti pacienta a rodiny sníženy stresem, alkoholem či medikací, mnohdy je cítit onemocnění ovlivňuje funkce mozku. Reakce bývají již z těchto důvodů neadekvátní a přemrštěné. V mé práci bych se ráda věnovala agresivitě jako takové a speciálně pak agresivitě ve zdravotnickém zařízení.
Teoretická část

1. Agresivita – obecná část


Zatímco agresi považujeme za fyziologickou odpověď, která směřuje k přežití organizmu v přírodě, násilné chování je patologická agresi, jejímž smyslem je záměrně někoho fyzicky poškodit. Agitovanost je stav, při kterém dominuje špatně organizovaná psychomotorická aktivita, vycházející z fyzické nebo duševní nepohody. (Vevera, 2011, s. 69-71)

Již mnoho generací se vedou spory o to, jestli je agresivita čistě lidskou vlastností a lidstvo jako takové je proto špatné. Další spor pak je v tom, jestli agresivita vychází z genetické danosti nebo jestli je působena výchovou. Z pozorování zvířat můžeme oba tyto vlivy relativizovat. V konkrétní oblasti se u zvířat často nacházejí jedinci agresivní, až vyložení pacifisté a to jestli jsou více či méně agresivní nezávisí na genetice, jako na zdrojích. V oblastech s omezenými zdroji je agresivita faktorem limitujícím přežití. V oblastech s dostatkiem zdrojů je nadbytečná. V živočišné říši jsou typické zdroje, o které probíhá boj: zásoby potravin, úkryt, prostor pro sexuální projevy a místo pro kladení vajec či výchovu mláďat. (Wilson, 1993, s. 98-118)

1.1 Typy agresivity

Mezi zvířaty je možné rozlišit dva odlišné typy agresivního chování. Afektivní agrese je spojena s emotivními projevy, zvuky a je často spojena s bojem o zdroje či pohlavního partnera. Málokdy vede k usmrcení protivníka. Naopak takzvaná predatorní agresi je spojena s lovem a probíhá tedy mezi příslušníky různých druhů. Cílem je získání potravin a jeho efektivní získání bez výrazných zevních projevů. (Koukolík, 2002, s. 314-321)

nepoužitelnost bojovníků z takového kmene. K velkému překvapení právě tito muži snadno podléhali válečnému opojení a zabíjení. (Wilson, 1993, s. 98-118)

Etolog Konrád Lorenz a nakonec i Erich Fromm hovořili o instinktu agresivity a na základě těchto tvrzení je lidstvo stavěno do velmi špatného obrazu. Nicméně ve srovnání s jinými živočišnými druhy je lidstvo spíše někde v pozadí. Prakticky na denním pořádku jsou mravenčí bitvy, kde se berou i poražení jedinci z cizího mraveniště do otroctví.

Agresivita není vždy stejná a dá se rozdělit do několika forem:

- ochrana a dobití teritoria,
- prosazování dominantního postavení v rámci organizované skupiny,
- sexuální agresivita,
- projevy nepřátelství, kterými se končí odstavení mláďat,
- agrese proti kořisti,
- ochranné protiútoky proti dravcům,
- disciplinární agrese k upevnění pravidel společnosti.
(Wilson, 1993, s. 98-118)


2. Patofyziologie

Agresivita nemá nějaké konkrétní mozkové centrum, které je odpovědné za spouštění agresivního jednání. Existují však funkční okruhy v mozu, které mohou spouštět či třumit agresivitu. Mezi tyto patří orbitofrontální kůra oboustranně, septum, hipokampus, amygdala, caput nuclei caudati, talamus, ventromediální a zadní hypotalamické jádro, segmentum středního mozu, Varolův most, přední část a nucleus Fastigii mozečku. U prefrontální kůry se naopak předpokládá tlumivý vliv.

Tato skutečnost je dobře známá všem pečujícím o pacienty s takovými poškozeními mozku. Tito pacienti, kteří mají poškození lokalizované do frontálních oblastí mozku, se označují jako „odbrzdění“, často mají sklon k agresivitě, sprostým slovům, emoční labilitě. Jsou popsány klinické případy s komplexní změnou osobností po úrazu či při nádorech mozku. (Koukolík, 2002, s. 314-321)

2.1 Agresivita afektivní versus predatorní

Existují jisté koreláty aktivace mozkových částí, které byly zjištěny u psychiatrických onemocnění při vyšetřování moderními zobrazovacími metodami. Mezi takové metody patří například SPECT vyšetření, které je možné zacílit na metabolismus radioaktivní látky. Užívá se sledování metabolismu glukózy, které je pro mozek stěžejní metabolitem. Část mozku, která je aktivní, musí zvýšit metabolismus glukózy, a tedy se u této metody více zobrazuje. Zajímavý rozdíl v zobrazení metabolismu glukózy je mezi vrahy tzv. predatorními a afektivními.

Afektivní vrah vraždí v rámci emocí, kdy ztrácí schopnost kontrolovat svoje chování. Oproti tomu predatorní vrah vraždí bez emocí s chladnou hlavou. Na rozdíl od vraha afektivního nemívá predatorní vrah většinou výčitky svědomí. Byla provedena studie na 41 vrazech, kteří byli rozděleni na případy afektivní a predatorní. Podle očekávání afektivní vrahovi mívají nižší aktivitu glukózy v prefrontálních korových oblastech a dále vyšší míru aktivity naopak v oblasti pravostranné amygdaly, talamu, hippocampu a nižší poměr aktivity mezi pravostrannými korovými a podkorovými oblastmi. (Koukolík, 2002, s. 314-321)

2.2 Pochody v organismu

Agresivita vzniká v organismu jako reakce na stresovou situaci. Organismus tedy vyhodnotí nějakou situaci jako život ohrožující a spustí stereotypní regulační mechanismy, které mají organismus připravit na boj o život. Dochází k centralizaci oběhu, jsou tedy krví zásobovány preferenčně pouze ty orgány, které jsou pro přežití důležité – srdece, mozek, kosterní svalovina a nadledvinky jako endokrinní orgán produkující hormony stresu. Hormony jako adrenalin, noradrenalin a kortikoidní hormony připravují vnitřní prostředí. Mobilizují zásoby glukózy pro okamžitou
spotřebu. Zásoby v organismu směřují k výrobě glukózy, tj. ke glukoneogenezi. Reakce organismu se zrychluji, narůstá tepová frekvence a roste minutový srdeční výdej. (Schreiber, 2004, s. 85-92)

2.3 Scénáře stresové reakce

Stresovou situaci organismus řeší prakticky pouze třemi scénáři:

- **útok** s cílem přežít,
- **útěk** je vcelku jasná reakce, jak se dostat mimo nebezpečí. Útok může mít primitivní agresivní formu či formu ritualizovanou,
- **reakce mrtvého brouka** je reakcí, kdy organismus nenachází řešení a snaží se přečkat situaci tím, že nebude reagovat. Snaží se předstírat, že se v daném místě vlastně ani nenachází.


Agresivitu lze rozdělit na několik stupňů dle intenzity:

- **agrese vůlí potlačená** - lze pozorovat projevy jako napětí, neklid, svírání pěstí, kousání se do rtů nebo záškuby lícního svalstva,
- **agrese verbální** - pacient buď postupuje přímo (nadává, spílá, vyhrožuje, ponížuje, ironizuje) nebo nepřímo (psaní stížností, telefonáty),
- **agrese fyzická, která může být zaměřena**
  - **vůči věcem**, např. boucháním do dveří, bušením do zdí, ničením šatů apod.,
  - **vůči lidem.** Ta je pak nejzávažnějším stupněm a může mnohdy skončit i zraněním.
3. Příčiny agresivity

Agresivita může být nadměrná, aniž by vyplynula ze situace. Jsou nepochybně lidé s nižším prahem ke spuštění agresivního chování.

Příčiny nadměrné agresivity můžeme rozdělit na tři základní příčiny:

- dědičnost,
- poškození mozků onemocněním (nádor, zánět, úraz, intoxikace akutní i chronické),
- naučené chování (vliv výchovy v rodině, ve škole, v kultuře, násilí ve filmech, v počítačových hrách, společenské klima).

(Koukolík, 2002, s. 314-321)


3.1 Psychiatrická onemocnění

Některá onemocnění jsou spojena s častějšími projevy agresivity, než je běžné u zdravé populace. Epizodické poruchy kontroly chování se objevují prakticky u většiny psychiatrických onemocnění. Útočné chování je v těchto případech vysoce emocně nabité a následně se objevují pocitů lítosti. Porucha chování je odlišnou patologií, která je charakterizována opakovaným porušováním základních práv jiných osob či běžných sociálních norem. Tato porušování mají typickou formu:

- agrese vůči lidem či zvířatům (rvačky, krutost, krádeže, sexuální agresivita),
- níčení majetku s cílem způsobit vážnou škodu (zakládání požárů),
- podvádění, krádeže, lhání s cílem vyhnout se závazku nebo s cílem získat nějakou výhodu,
- v dětském věku porušování pravidel chování (utíkání z domova, záškoláctví). (Koukolík, 2002, s. 314-321)
**Antisociální porucha osobnosti** je typická neúctou k právům ostatních. Jsou pro ní typická tato jednání:

- činy vedoucí k uvěznění,
- systematické lhaní a podvádění,
- manipulování lidmi k vlastnímu prospěchu,
- opakované fyzické útoky,
- soustavnou nezodpovědností, která vede k neschopnosti systematicky pracovat a neschopnosti dostát finančním závazkům,
- nepřítomnost výčitek svědomí. (Koukolík, 2002, s. 314-321)

Současná psychiatrie je dnes poměrně úspěšná, co se týká hlavních psychiatrických onemocnění s možnými projevy agresivity, jako je maniodepresivita či schizofrenie. Na rozdíl od těchto úspěchů u poruch osobnosti farmakoterapie selhává.

### 3.2 Vliv prostředí

Vliv prostředí formuje projevy agresivity v převažující míře. V prvé řadě se pochopitelně na formování jedince projeví vliv rodičů. Ale již nitroděložně může matka ovlivnit budoucí sklon k agresivitě. Je-li matka kuřáčka a kouří více než 20 cigaret za den, má dítě 1,4 - 2,5x vyšší pravděpodobnost vzniku antisociální poruchy. Dále výrazně zvyšuje pravděpodobnost budoucího násilného chování kombinace faktorů:

- perinatální poškození,
- odmítnutí či nepřijetí dítěte matkou,
- nedobrá socioekonomická situace rodiny.

Z výše uvedených faktorů je jasné, že s tím, jak se zlepšuje péče o nedonošené děti, tím narůstá počet dětí, které by dříve perinatální poškození nepřežily. Tyto děti pak mají vyšší pravděpodobnost násilného chování. (Koukolík, 2002, s. 314-321)

### 3.3 Vliv výchovy

Výrazně narůstá i množství dětí, které označuje J. Prekopová jako malí tyrani. Tyto děti působí svým rodičům nemalé potíže a často se stávají nezvladatelnými. Přitom většinou nepohání či zvíře nedostatečné socioekonomické problémy. Spíše naopak jde o děti vychované zhužtu v nadbytku a o děti až přehnaně opečovávané. Dítě v těchto případech přebírá velení a vynucuje si pozornost různými způsoby. Jedna z teorií předpokládá, že vinním je přehnané liberální výchova. Smazává se dominantní postavení rodiče a tím i jistá hierarchie, která dále zatknutí v rodině. Nezřídka pak vymezují pozornost přechází až v agresivitu. Překvapivě tato situace nemá žádnou souvislost s inteligencí dítěte – může jít o autistu nebo o malého genia. (Prekopová, 2009, s. 33-34)
3.4 Vliv multimedií na agresivitu

Multimédia se stala součástí prostředí, které nás formuje. Velká část populace dokonce stráví více času sledováním multimedií než kontaktem s přírodou. Bohužel u některých mladistvých či předškoláků multimedia a hlavně televize nahrazuje komunikaci s rodiči a stává se tak hlavním zdrojem informací a životních postojů do budoucího života. Kupodivu dětské pořady, alespoň v USA obsahují znázorňování násilí dokonce častěji než pořady pro dospělé. Oproti 8-12 epizodám za hodinu u pořadů pro dospělé je to u dětských pořadů 25-50 epizod za hodinu. Většinou tyto pořady zobrazující násilí glorifikují původce násilí, navíc je často hlavní postavou. (Dietz, 1991, s. 8)

Násilí je pak často zobrazováno bez dalších následků, bez bolestí, bez konsekwencí pro obětiny a jejich příbuzné. Násilné řešení problémů je výrazně častější než dohoda mezi protagonisty. Americké děti než dokončí základní školu odhadení spatří asi 8 tisíc vražd a 100 tisíc epizod násilí a zhruba 2x tolik, než dokončí dvacátý rok života (Donnerstein, 1996, s. 219). Metaanalýzy studií, zabývajících se sledováním dětí v kontrolovaných podmínkách, došly k jednoznačnému závěru, že jsou souvislosti mezi sledováním násilí ve filmech a jejich následným násilným či agresivním chováním. Kohorta osmiiletých dětí v USA byla sledována po 22 let. Mezi sledovanými dětmi byla skupina chlapců, kteří preferovali sledování násilí v televizních pořadech již v osmi letech. Tito chlapci pak byli 2x častěji uvězněni pro násilné činy provedené do 30-ti let věku. Již slabší byla souvislost se sledováním násilí v 18 letech a následným násilným chováním. Z této studie je možno usuzovat, že děti kolem 8. roku věku jsou více citlivé vůči násilí v televizi. (Huesmann, 1986, s. 125)

V kontrolovaném pokusu byly děti ve 3. a 4. třídě základní školy v USA podrobeny cílené redukci sledování televize, videokazet a videoher. V porovnání s kontrolní skupinou došlo k poklesu sledované agresivity a i verbálních agresivních projevů. (Robinson, 2001, s. 17)

Násilí v televizí vede k několika efektům:

- zvýšená tendence chovat se agresivně k druhým,
- zvýšení obav z násilí a toho, že se divák může stát v reálném životě obětí násilí. V důsledku toho se pak může jedinec chovat zvýšeně sebeobronně,
- roste otupělost a desenzibilizace vůči násilí,
- dítě se může ztotožňovat s televizním násilníkem a může přehrávat filmové scénáře,
- divák může nadále vyhledávat více a více násilné pořady.
3.5 Počítačové hry

Novým fenoménem v prostředí multimedií jsou počítačové hry, které také formují vývoj dítěte a mohou být ventilem. Obecné mínění považuje počítačové hry za faktor, který přispívá k agresivnímu jednání. Situace však není tak jednoznačná ani ani studie, zabývající se tímto nejsou jednoznačně.


Mezi hráči jsou rozdilny v preferencích typu her, existují strategové, hráči simulátorů, bojovníci a jiní. Hry poskytují různé požadavky lidské psychice nebo jinak řečeno bonusy. Mohou nás těmito hry učit a dokázat si, jak dobré se osvojí, naučit se ovládat třeba helikoptéru. Nebo jde o zážitky, kdy hráč může být na chvíli kouzelníkem, elfem nebo lupičem. Při hře logických her si tříbí logické myšlení. Některé motivy tedy jistě nejsou zavrženíhodné a nejde vždy o to zlikvidovat jen co nejvíce nepřátel.

4. Agresivita ve zdravotnictví

Až 50% pracovníků ve zdravotnictví jsou oběťmi násilí někdy v průběhu jejich zdravotnické kariéry. (Schulte, 1998, s.439)

Studie 2008 v USA se zaměřila na nemocniční pohotovosti, tedy emergency, které jsou nyní často stejně koncipovány i u nás. Celkem 3500 lékařů za dobu 5 let v celkem 65 zdravotnických zařízeních ohlásili 3461 fyzických napadení. Běžně byly do zdravotnického zařízení nošeny nože a střelné zbraně. (Kansagra, 2008, s. 1268) Podobná čísla stran počtu fyzických napadení byla zjištěna v pracích z Turecka (Boz, 2006, s. 364) a Austrálie u pracovníků z pohotovostí. (Crilly, 2004, s. 67) V USA situace dospěla až k zavedení detektorů kovu a v jedné pohotovosti v městské aglomeraci bylo denně zabaveno v průměru 5.4 zbraní za den. (Ordog, 1995, s. 109)

4.1 Příčiny agresivity ve zdravotnictví

Jako příčiny agresivity na pohotovostech byly nejčastěji identifikovány intoxikace ať již alkoholem, či omamnými látkami nebo na druhou stranu abstinenční příznaky při závislostech na těchto látkách. Další rizikovou skupinou jsou psychiatričtí pacienti, typicky sem patří pacienti s schizofrenií, pacienti s poruchami osobnosti, pacienti v manické fázi bipolární poruchy, pacienti s demenci, pacienti s delirantním stavem a pacienti v akutní psychóze.

Zdravotníci jsou na základě průzkumů z mnoha zemí všeobecně nedostatečně schopní čelit agresivnímu jednání. Jsou po této stránce nedostatečně edukováni a nedostatečně chráněni. Ve většině nemocnic není bezpečnostní služba k dispozici 24 hodin.

Zdravotníci by měli být schopni rozpoznat známky potenciální agresivity:

- provocativní vystupování,
- vzteklé chování,
- hlasitá agresivní řeč,
- napětí v postoji,
- sevřené ruce,
- časté změny pozice těla, popocházení,
- agresivní jednání, mlácení do zdi, házení věci.

(Rice, 1991, s. 13)
4.2 Rizikové faktory pro vznik agresivního chování

Příčiny vzniku agresivity je nutné hledat na obou stranách a to jak u pacientů, tak u zdravotníků.

Všeobecnými příčinami, které vedou k agresivitě u pacientů jsou především:

- vysoká hladina stresu,
- vliv alkoholu nebo drog,
- násilné jednání v minulosti nebo dokonce soudem uložený trest pro násilí,
- přítomnost duševní choroby,
- přítomnost jiné nemoci, která by mohla vést ke ztrátě kontroly,
- pocit ohrožení vlastní osoby,
- nereálné představy a požadavky,
- pocit bezmoci.

U zdravotníků jde většinou o sekundární problém, kdy neznalost problematiky vede k eskalaci konfliktu. Důležité jsou i vlivy prostředí pracoviště jako:

- osamocení na pracovišti,
- ostatní spolupracovníci nevědí, kde se zdravotník nachází,
- nemá možnost spuštění poplachu,
- nemá možnost útěku,
- strach z pacienta, se kterým se již v minulosti setkal,
- neznalost zásad jednání s agresivním pacientem,
- neznalost cyklu napadení. (Peňáková, 2011, s. 16)

4.3 Cyklus napadení

Při standardním průběhu agrese můžeme mluvit o jakémsi cyklu napadení, kdy rozeznáváme čtyři fáze:

- spouštěcí - odklon od obvyklého jednání,
- eskalační - jedinec již přestává reagovat na racionální argumenty,
- krizová - jedinec ztrácí nad sebou zcela kontrolu,
- uklídnění - návrat k základní formě chování, kdy se může projevit depresí, litostí nebo pláčem.
Zdravotník by měl mít na paměti, že optimum je nedopustit přechod ze spouštčí fáze do fáze eskalační. (Honzák, 2005, s. 195)

Ve fázi eskalační by takový potenciální agresor měl být izolován od ostatních pacientů, aby k další eskalaci napětí nedocházelo. Častou přičinou napětí je čekání. Zdravotníci mnohdy trvají na pořádek pacientů. Bezodkladné ošetření takového pacienta však mnohdy samo o sobě vede k poklesu napětí a předchází eskalaci konfliktu. Přednostná vyšetření potenciálně agresivního pacienta by mělo být základem prevence agresivity v zdravotnickém zařízení.

Z praktického hlediska je důležité pro zdravotníka rozoznávat signály blížícího se násilí. Pak je možné reagovat již na tyto signály a nenechat situaci dospět do fáze eskalační, kdy již agresor špatně reaguje na racionální argumenty.

**Varovné signály předpovídající bezprostředně hrozící násilí:**

- **Fyzické signály** – přehnaná motorická aktivita, rozrušení, nepokoje, přecházení sem a tam, svalové napětí, rigidní postoje, eretické pohyby, výhrůžná gesta a postoje, zlost, lapání po dechu, agrese vůči předmětům – bouchání do stolu, stěn, vůči sobě – tlučení hlavou.
- **Signály z nálady** – slovní výhrůžky, stížnosti, požadavky, odmítání komunikovat, hlasitý, naléhavý projev.
- **Signály z myšlení a vnímání** – neschopnost koncentrace a vnímání informací, nejasný a zmatený myšlenkový proces, bizarní, paranoidní, perzekuční a náznaky myšlenky a bludy, akutní halucinace – obvykle auditivní, někdy i vizuální myšlenky s násilnou tématickou, zmatenost a dezorientace.
- **Signály z vnímání hranic** – pocit narušovaní jeho osobního prostoru anebo soukromí, trvalé narušování osobního prostoru druhých osob, např. nadbytečné přiblížování se, naléhání na okamžité uskutečnění i nereálného požadavku.
- **Signály z kontextu a minulosti pacienta** – anamnéza násilných epizod, aktuální zprávy od ošetřovatelů, ostatních pacientů a pacienta samotného, o zlostných pocitech a nevyhověných požadavcích, akutní požití zakázaných létek a alkoholu, nízká frustrační tolerance a jiné maladaptivní strategie zvládání.
- **Signály z terapeutického procesu** – narušení terapeutického vztahu, odmítání spolupráce, nedostatek povzbuzování, obvykle zhoršující se psychický stav, selhání dosud úspěšných a předem dohodnutých strategií, např. techniky zklidnění, odloučení. (Zelman, 2006, s. 185–190)
5. Zvládání agresivního pacienta

U agresivního pacienta jsou možné různé přístupy:
- verbální techniky,
- imobilizace pacienta,
- farmakologická sedace.

5.1 Verbální techniky


Některé techniky, které jsou využívány při jednání s nespokojenými zákazníky je také možno použít. Je možno použít techniku „3F“ (z angličtiny feel, felt, found):
- chápu, jak se v této situaci cítíte. (nepoužíváme častou větu „Já vím, jak se cítíte.“, protože toto evokuje odpověď: „Vy vůbec nevím, jak se cítím.“),
- sám bych se v této situaci cítil stejně,
- myslím, že najdeme způsob, jak tuto situaci vyřešit.

Další technikou je „ano“ technika:
- ano, tak rychle jak …,
- ano, ale nejdříve musíme udělat …,
- absolutně chápu, proč chcete toto, ale ze své zkušenosti vím, že jsou lepší způsoby, jak tohoto dosáhnout. (Morgan, 2012)

5.2 Zásady jednání s agresivním pacientem

Při jednání s agresivním pacientem dodržujeme tyto zásady jednání:
- nikdy nebýt sám s pacientem v uzavřené místnosti bez možnosti přivolat pomoc,
- lékař sedí vždy blíže ke dveřím s možností úniku,
- respektujieme neverbální signály (např. ústup, otočení hlavy…),
- respektujeme osobní prostor (např. u pacientů s paranoidními bludy typicky větší za sebou),
- snažíme se jednat vsedě,
- odstraníme z dosahu pacienta nebezpečné předměty (těžítka, příbor apod.),
- neotáčíme se k pacientovi zády,
- dodržujeme bezpečnou vzdálenost – delší než délka natažené paže,
- hovoříme klidným hlasem (intoikovaný pacient může vnímat spíše neverbální složky komunikace),
- slovní sdělení by mělo být maximálně jednoduché, srozumitelné a jednoznačné,
- nevyvracíme přímo poruchy myšlení a vnímání,
- nekomentujeme pacientovy hodnotící soudy (větu „Všichni mě štve.“ nekomentujeme, ale snažíme se porozumět důvodu),
- citlivá prezentace převahy (někdy postačí pouhá přítomnost dalšího personálu),
- nenutíme pacienta k zásadním rozhodnutím, poskytnout čas na rozmyšlení,
- při vystupňování neklidu ukončíme hovor,
- pokud chování má charakter trestné činnosti a/nebo s sebou nese značné riziko, odejdeme na bezpečnější místo a snažíme se získat čas (např. případ musíte konzultovat, zatelefonovat atd.), kontaktujeme policii,
- pokud má pacient zbraň, je lepší žádat ho, aby ji odevzdal personálu. (Vevera J, 2011, s. 69-71)


### 5.3 Imobilizace pacienta

Imobilizace pacienta pomocí popruhů nebo kurtů je velice kontroverzní téma. Vzbuzuje v ochráncích lidských práv odmitavé reakce. Nicméně v medicíně jsou bohužel situace, kdy se bez těchto „středověkých metod“ neobejde. Právě s ohledem na kontroverzní reakce je nutné postupovat striktně podle pravidel a použití kurtačů
dobre zdokumentovat a odůvodnit. Pokud je pacient agresivní, je nutné ke kurtaci přistoupit v okamžiku, kdy není účinné slovní zklidnění a hrozí eskalace konfliktu do fyzického napadení. Typicky jsou kurty naloženy, pokud pacient ohrožuje sebe nebo své okolí.

Existují v podstatě tři kategorie pacientů, kde je nutná kurtace:

- **organické onemocnění**, kde je kurtace nutná k dalšímu došetření,
- **psychóza**, kdy kurtač umožňuje následné podání zklidňujícího neuroleptika,
- **poruchy osobnosti**, kdy jsou verbální techniky zcela neúčinné. (Rice, 1991, s. 13)

Kurtace by měla mít jasná pravidla, nejlépe zakotvená v protokolech instituce. Postup by měl být rutinní a známý zdravotníkům stejně jako pravidla kardiopulmonální resuscitace (Petit, 2005, s. 701). Důležitý je tým, který bude zvládat agresivního pacienta. Musí se skládat z minimálně pěti osob, jedna osoba by měla být vůdcem osobností a rozdávat povely. Takový člověk by měl mít s kurtačí zkušenosti. Vedoucí týmu mluví s pacientem a vysvětluje další postup a důvody k aplikaci kurů. Jakmile je jednou rozhodnuto o nasazení kurů, je nutné je nasadit, o tomto se s pacientem nesmlouvá. Pokud je agresivním pacientem žena, měla by být i žena v týmu nasazujícím kurty, aby se předešlo podezření ze sexuálního podtekstu. Kurtovaný pacient by měl být pravidelně kontrolován. Kurtovy pacienty by měly být pravidelně upravovány, aby se předešlo komplikacím souvisejícím s ischémii končetin či s otlaky.

### 5.4 Farmakologická sedace

Často je agresivitu nutné tlumit farmakologicky, aby se zabránilo poranění jak zdravotnického personálu, tak i agresora jako takového. Ideální farmakum pro takové účely je farmakum s rychlým nástupem účinku, který funguje nezávisle na způsobu podání. Látku, která vyžaduje striktně intravenózní podání budeme u pacienta s psychomotorickým neklidem podávat problematicky.

Máme k dispozici v podstatě tři skupiny léčiv:

- benzodiazepiny ,
- první generace antipsychotik,
- druhá generace antipsychotik (tzv. atypická antipsychotika).

Doporučený postup při volbě farmakologické sedace (zklidnění):

- u velmi agresivních pacientů podáváme benzodiazepiny nebo antipsychotika první generace, nebo jejich vzájemné kombinace,
- u pacientů agitovaných v důsledku užití drog nebo naopak v důsledku abstinenčních příznaků podáváme benzodiazepiny,
u pacientů s nejasným důvodem agitovanosti podáváme benzodiazepiny, ale antipsychotika první generace jsou také možností volby,

pro agitované pacienty se známým psychiatrickým onemocněním preferujeme první generaci antipsychotik,

u agitovaných pacientů s demencí ve vyšším věku preferujeme atypická antipsychotika. (Vevera 2011, s.69-71, Fauman, 2000, s.2040)

5.4.1 Benzodiazepiny


V dvojitě slepé a randomizované studii u akutně agitovaných pacientů na pohotovosti byl benzodiazepin midazolam stejně účinný jako antipsychotikum droperidol. (Charren, 1994, s. 631) Mezi typické reprezentanty benzodiazepinů patří midazolam nebo diazepram s možností podání i.v. i p.o. Dalším představitelem jsou perorálně podávaná farmaka alprazolam, oxazepam či bronazepam.

5.4.2 Neuroleptika

- První generace antipsychotik (neuroleptik) – typická antipsychotika

Po jejich podání převažuje anxiolytické působení a účinek snižující excitaci. Dále je přítomen efekt distancující, tj. nežádoucí jevy jsou vnímány bez intenzivních emocí. Sedativní složka účinku je slabě vyjádřená. Antipsychotické působení se dostavuje až po dlouhodobějším podávání.

Z nežádoucích účinků jsou nejdůležitější dyskinézy (mimovolní pohyby), které se mohou objevit již po krátkodobém působení neuroleptik, jako je např. haloperidol. Typickými zástupci skupiny pro akutní podání je haloperidol a droperidol (Lüllmann, 2004, s. 371-395)

- Druhá generace antipsychotik (neuroleptik) – atypická antipsychotika

Jde o novější skupinu léčiv s menším množstvím nežádoucích účinků. Působí méně dyskinéz. Tiaprid se stal hlavním lékem ke tlumení agitovanosti a zmatenosti ve stáří. Taktéž v léčbě delirii je první volbou terapi je tiapridem a při nedostatečném efektu podáváme melperon a někdy k intenzivnějšímu počátku terapie můžeme podat i jednorázově i.v. haloperidol. (Jiráček, 2012, s. 72-75)
6. Právní aspekty

Četné případy napadení zdravotníků, které navíc jsou často prezentovány v masmediích v hlavních zprávách, spustily debatu, zda by zdravotník neměl mít status veřejného činitele stejně jako policisté. Institut veřejného činitele je v právním řádu mnoha zemí včetně České republiky zakotven, aby chránil občana a jeho svobodu. Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon, ve znění pozdější v § 89 odst. 9 stanoví, že veřejným činitelem je pracovník orgánu samosprávy, pokud se podílí na plnění úkolů společnosti a státu a používá přítom právomoci, která mu byla v rámci odpovědnosti za plnění těchto úkolů svěřena. Pokud tyto osoby zneužijí svého práva a je to kvalifikováno jako přečin nebo trestný čin, hrozí mu až dvojnásobná sazba (míra trestu), než u ostatních osob. Veřejní činitele jsou napadáni díky své exponovanosti častěji než běžná populace. Bohužel výše trestu nemůže zabránit agresi. Navíc ve zdravotnictví se často setkáváme s osobami se sníženou rozpoznávací schopností. Výše trestu jim tedy bude zcela jedno a navíc soud bude k této skutečnosti pravděpodobně přihlížet. Institut veřejného činitele je tedy dosti sporná ochrana. Naopak, mohlo by se stát, že zdravotník bude postižen dvojnásobnou výši trestu, pokud jej pacient zažaluje například pro nepřiměřenou obranu. (Peňáková, 2011, s. 24)

6.1 Omezování a zbavení osobní svobody

Omezování a zbavení osobní svobody je trestný čin, jehož podstata spočívá v tom, že někdo jinému bez oprávnění brání užívat osobní svobodu. Zbavení osobní svobody pak spočívá v trvalém nebo alespoň dlouhodoběm omezení osobní svobody, které se blíží uvěznění. (Stolínová, 1998, s. 50-52)

Je nutné si uvědomit, že omezení osobní svobody je i takové rozhodnutí, které vede k omezení svobody rozhodovat. Respektive jde o situaci, kdy zdravotník rozhoduje bez pacienta, či při jeho snížené rozhodovací schopnosti. Zde podle znaleckých rozhodnutí je pacient schopen rozhodovat o odmítnutí péče při akutním infarktu myokardu, nikoliv však již při mozkové komoci (otřesu mozku). Při jednání s agresivním pacientem může snadno dojít k mozkové komoci a poté jsou snadno zpochybňitelná jeho rozhodnutí, tedy jak souhlas, tak nesouhlas se zdravotními výkonky. Rozhodnutí zdravotníka tedy nemá oporu v dohodě s pacientem a je nutné vše dobře dokumentovat.
6.2 Provádění vyšetřovacích a léčebných postupů bez souhlasu pacienta

Bez souhlasu pacienta lze provádět vyšetřovací a léčebné úkony:

- jde-li o nemoci stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení,
- jestliže osoba, jevící známky duševní choroby nebo intoxikace, ohrožuje sebe nebo své okolí,
- není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde-li o neodkladné výkony, nutné k záchraně života nebo zdraví. (Höschl, 1996, s. 309)

6.3 Novelizace

7. Prevence vzniku agresivity


Tento příklad dle mého svědčí pro nutnost konkrétních opatření a jejich aplikaci do rizikových oblastí ve zdravotnictví. Takovými oblastmi místa prvního kontaktu s pacientem – RZP, urgentní příjmy, emergency, psychiatrická oddělení či léčebny.

Výzkumem agresivity se zabývá Ústav pro ošetřovatelský výzkum Charité při lékařské fakultě v Berlíně a překvapivě jsou potenciálními místy agrese spíše akutní příjmy a standardní oddělení. Jejich personál by měl být plně proškolen a ve zdravotnickém zařízení by měly být vytvořeny rutinní standardy s postupy jednání s agresivním pacientem.

Důležitou součástí opatření je vznik týmů pro zvládání agresivního pacienta a rychlé přečíslení pacienta, tedy možnost rychlého přivolání bezpečnostní služby. Tento předpoklad není v našich českých nemocnicích realizován. Situace je ponechána na odpovědnosti konkrétního zdravotníka. Tento si pak musí poradit, jak umí. Většinou musí improvizovat, což je úplný opak toho co by bylo vhodné. To znamená, vhodné je postupovat podle konkrétních doporučení a rutinním způsobem s možností využití týmu, specializovaného na zvládání agresivního pacienta.
Praktická část

8. Cíle práce


Cíl 1: Zmapovat výskyt agresivity a její četnost ve vazbě na typ provozu.

- Hypotéza 1: Předpokládám, že polovina zdravotníků se setká s agresivitou.
- Hypotéza 2: Předpokládám, že třetina zdravotníků se za svoji praxi setká s fyzickou agresí.
- Hypotéza 3: Předpokládám, že více než 50% kontaktů s agresivními pacienty probíhá při ambulantním vyšetření.

Cíl 2: Srovnat četnost a závažnost kontaktů s agresivními pacienty mezi sestrami a lékaři.

- Hypotéza 4: Předpokládám, že sestry jsou v častějším kontaktu s pacientem a jsou tedy i častěji v kontaktu s agresivním pacientem.
- Hypotéza 5: Předpokládám, že sestry jsou v častějším kontaktu s pacientem a jsou tedy i častěji v kontaktu s nejzávažnější formou agresivity, tj. fyzickou agresivitou.

Cíl 3: Posoudit informovanost zdravotníků a jejich proškolenost.

- Hypotéza 6: Předpokládám, že více než 90% zdravotníků je proškleno v problematice jednání s agresivními pacienty.
- Hypotéza 7: Předpokládám, že více než 90% zdravotníků používá přiměřených metod ke zvládání konfliktů s agresorem.
8.1 Metodika

Vzhledem k povaze zkoumané problematiky byla zvolena kvantitativní metoda dotazování. Základní podmínkou pro shromáždění informací k danému tématu této diplomové práce byl anonymní dotazník. (viz. Příloha 1)

Dotazník byl vytvořen konkrétně pro tuto práci a obsahoval 13 otázek. Po vstupním vysvětlení účelu dotazníku byly první údaje věnovány demografickým údajům, jako je pohlaví a dále délka praxe ve zdravotnictví. Délka praxe se mi její k danému problému jako daleko validnější údaj než kalendářní věk. Důležitým údajem je, zda respondentem byla zdravotní sestra či lékař. Lze očekávat, že frekvence kontaktů s agresorem bude jiná u lékaře a jiná u zdravotní sestry. Další dotazy jsou pak věnovány specializaci a typu zařízení, ve kterém zdravotník pracuje. Dotazník se skládá ze 13 položek a obsahuje:

- Uzavřené otázky číslo: 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 12 (celkem 8).
- Polozavřené otázky číslo: 7, 10, 11 (celkem 3).
- Otevřené otázky číslo: 5, 13 (celkem 2).

8.2 Realizace průzkumného šetření

Na základě povolení byla provedena ve Fakultní nemocnici U sv. Anny v Brně dotazníková akce a současně byly dotazníky rozdány i na Poliklinice Starý Lískovec, s. r. o v Brně. Zde byly dotazníky rozdány se souhlasem lékařů konkrétních ambulancí. Ještě před vlastním průzkumným šetřením jsem provedla primární šetření. První dotazník jsem předložila 3 zdravotníkům, kteří splňovali charakteristiky cílové skupiny dotazovaných a na základě jejich připomínkování jsem upravila otázky 10 a 11. Otázku číslo 10 jsem rozšířila o více možností odpovědí a otázku číslo 11 jsem přeformulovala, neboť ji nebylo respondenty dobře porozumělo. Za účelem průzkumného šetření bylo vyhotoveno 134 dotazníků. Ve Fakultní nemocnici U sv. Anny v Brně bylo rozdáno 95 dotazníků a vrácono 77 kusů, to znamená 81,05% návratnost. Na Poliklinice Starý Lískovec, s. r. o v Brně bylo distribuováno 39 dotazníků a vráceno 34 kusů, to je 87,18% návratnost. Nižší procento návratnosti dotazníků z Fakultní nemocnice U sv. Anny v Brně je dle mého názoru dán větším dosobněním prostředí fakultní nemocnice. Z celkového počtu 134 dotazníků bylo vráceno 111 kusů. Celková návratnost tedy činí 82,84%. Co se týká celkového počtu dotazníků, převažují množstvím dotazníky z FN u sv. Anny v Brně, které tvoří cca 2/3 z celkového počtu. (viz. Graf č. 1)
Pokud je mi známo, tak nebyl žádný překryv mezi poliklinikou a fakultní nemocnicí. Žádný respondent tedy neodpovídal dvakrát.

8.3 Charakteristika zkoumaného souboru

Dotazníky byly rozdány zdravotním sestrám a lékařům jak na poliklinice, tak ve fakultní nemocnici. Byli zastoupeni jak zdravotníci pracující na standardních odděleních, tak na ambulancích a odděleních JIP. Největší zastoupení měli ve fakultní nemocnici zdravotníci základních oborů tj. interny a chirurgie. Na poliklinice zastoupení odpovídá přítomnosti jednotlivých oborů.

8.4 Výsledky průzkumu a jejich analýza

V této části mé diplomové práce jsou uvedeny rozbory jednotlivých otázek v dotazníku, které byly od dotazovaných sester a lékařů získány. Výsledky průzkumu byly hodnoceny jak v absolutní, tak relativní četnosti a výsledky pak byly pro názornost prezentovány v koláčovém grafu. Pouze zastoupení oborů a odpovědi na konkrétní přístupy k pacientovi byly pro názornost znázorněny grafem sloupcovým.
8.4.1 Analýza konkrétních odpovědí v dotazníku

1. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?
   a) méně než 5 let
   b) 5-10 let
   c) 10-20 let
   d) více než 20 let

Graf č. 2 Rozdělení respondentů podle praxe

2. Jste:
   a) žena
   b) muž

**Graf č. 3 Rozdělení podle pohlaví**

- 25% mužů
- 75% žen

Autor: vlastní zpracování

Mezi respondenty převažují ženy 75% (viz. Graf č. 3). To je s ohledem na převažující podíl žen - zdravotních sester mezi středním zdravotním personálem logické. Proporcionalita žen a mužů mezi lékaři je již vyvážená.
3. **Pracujete jako:**
   a) lékař/ lékařka
   b) zdravotní sestra

**Graf č. 4 Pracovní pozice respondentů**

Mezi respondenty lehce převažují zdravotní sestry. Odpovídalo 60% sester oproti 40% lékařů (viz. Graf č. 4). V praxi jsou však také sestry v daleko těsnějším kontaktu s pacientem, počtem je mezi zdravotníky také více sester než lékařů.
4. Jaký je typ Vašeho pracoviště?
   a) standardní lůžkové oddělení
   b) JIP či ARO oddělení
   c) nemocniční ambulance
   d) privátní ambulance

Graf č. 5 Typ pracoviště

Autor: vlastní zpracování

Jsou zastoupeny různé zdravotnické provozy běžného typu. Mírně převažuje zastoupení lůžkových oddělení 53% versus 47% ambulantních provozů (viz. Graf č. 5). Frekvence výskytu různých typů provozů odráží i různou problematiku v souvislosti s četností a intenzitou agrese vůči zdravotníkům.
5. Uveďte prosím obor:

Graf č. 6 Zastoupení podle oborů

Převažujícím oborem v mém sledování byla pracoviště interní medicíny a druhé v pořadí pak chirurgická pracoviště. Tedy největší zastoupení mají dva nejdůležitější obory a převažují zde nemocniční pracoviště. Dále pak jsou zastoupeny další menší odbornosti s menší četností, reprezentující ambulantní pracoviště. (viz. Graf č. 6)
6. Jak často se setkáváte s projevy agresivity?
   a) Nikdy jsem se nesetkal/a
   b) Zřídka (několikrát do roka)
   c) Několikrát do měsíce
   d) Několikrát do týdne

Graf č. 7 Četnost kontaktu zdravotníků s agresí

Odpovědi respondentů potvrzují hypotézu, že kontakt s agresivním pacientem je častý a že většina zdravotníků se s agresivním pacientem setká několikrát do roka. Někteří pak i několikrát do týdne. Cca 13% respondentů je tedy několikrát do týdne v kontaktu s agresory. Pro takové provozy pak mají smysl větší bezpečnostní opatření a zároveň větší proškolení personálu. Odpověď, že nebyl v kontaktu s agresivitou, nezatrhnul ani jeden zdravotník. (viz. Graf č. 7)
7. S čím nejčastěji dle vašeho názoru konflikty s pacientem souvisí?
   a) Se zdravotním stavem pacienta
   b) S organizací zdravotní péče (čekání v ambulanci apod.)
   c) S nedostatečným respektem vůči zdravotníkům
   d) S chováním zdravotníků
   e) Jiné

Graf č. 8 Příčiny konfliktů

8. Jste dle vašeho názoru dostatečně edukován v postupech jak jednat s agresivním pacientem?

a) Ano
b) Ne
c) Nevím

Graf č. 9 Posouzení erudovanosti

Přes 60% zdravotníků se cítí erudovaných v jednání s agresivním pacientem. Pouze čtvrtina se necítí erudována. Společně s respondenty, kteří nejsou schopni posoudit, jestli jsou dosti erudováni, je však již třetina zdravotníků, kteří se necítí v této problematice jistě (viz. Graf č. 9). Třetina zdravotníků, kteří si nejsou jisti je jistě hodně. A to s ohledem na četnost a závažnost těchto situací. Pokud bychom to srovnali s běžnou zdravotní péčí, jistě by v nás nebudilo důvěru zdravotnické zařízení, kde by si třetina zdravotníků s naším onemocněním nevěděla rady.
9. S jakou nejhorší formou agresivity jste se zatím setkal/a?
   a) Fyzický útok s výsledným poraněním zdravotníka
   b) Fyzický útok bez poranění
   c) Fyzická agrese vůči věcem
   d) Slovní agresivita

Graf č. 10 Formy agresivity ve zdravotnictví

Tento graf je asi největším překvapením dotazníku. 55% respondentů má zkušenost s fyzickým napadením a následným poraněním. Dalších 26% bylo napadeno, avšak vyvázlo ze situace bez poranění. Souhrnně tedy přes 80% zdravotníků má zkušenost s fyzickým napadením (viz. Graf č. 10). Takovou frekvenci nejzávažnější formy agresivity nebylo možné očekávat. I když většina poranění bude patrně drobných, nelze výsledky z toho plynoucí bagatelizovat. I když drobná poranění nebudou v popředí zájmu tisku, jde nepochybně o indikátor závažnosti situace. Nezvládnutá agrese může vyústit i v život ohrožující poranění.
10. V případě agresivity ze strany pacienta (můžete označit více možností):
   a) Mám možnost úniku při napadení pacientem
   b) Mám na svém pracovišti v dosahu pacienta předměty použitelné jako zbraň
   c) Mám možnost si přivolat pomoc
   d) Jiné (prosím uveďte)

**Graf č. 11 Konflikt s pacientem**

Ve scénářích řešení konfliktu s agresivním pacientem převažuje racionální úvaha, že zdravotník tu není součástí represivních složek státu. Většina zdravotníků tedy volí možnost úniku a možnost přivolat si pomoc. Přesto zhruba u 6 % zdravotníků jsou na pracovišti v dosahu pacienta předměty použitelné jako zbraň. 16% zdravotníků se musí spolehnout sama na sebe. (viz. Graf č. 11)
11. Jaké postupy máte k dispozici k pacifikaci pacienta?
   a) Povolání dalších osob mimo ambulanci ke zvládnutí pacienta
   b) Pomůcky k imobilizaci
   c) Farmakoterapie
   d) Jiné

Graf č. 12 Přístupy k pacifikaci pacienta

Pokud je nutné přistoupit k pacifikaci pacienta, volí většina zdravotníků možnost přivolat tým, který situaci zvládne 54%. Dále pak pomůcky k imobilizaci 25% a na dalším místě farmakoterapii 14% (viz. Graf č. 12). Tento postup je ve shodě s literárními doporučeními. I když médii proběhla vášnivá diskuze, je na prvním místě imobilizace, která mohla vede ke zklidnění pacienta. Farmakoterapie je většinou volena s ohledem na další okolnosti, případně s ohledem na psychiatrický stav pacienta.
12. Byl/a jste někdy proškolen/a v jednání s agresivním pacientem?
   a) Ano
   b) Ne

Graf č. 13 Proškolenost zdravotníků

Naprostá většina zdravotníků nebyla nikdy proškolena v jednání s agresivním pacientem 85% (viz. Graf č. 13). S ohledem na fakt, že se tito zdravotníci ve více než 80% potkávají s nejhorší formou agresivity, je zvýšení proškolenosti nepochybně snadno řešitelný dluh. Takové školení by mělo být ve zdravotnictví stejnou samozřejmostí jako školení o bezpečnosti práce.
13. Jaké postupy jsou dle vašeho názoru vhodné ve slovní komunikaci s agresivním pacientem (například manifestace síly, či naopak, souhlas se všemi požadavky agresora)? Prosím doplňte.

Graf č. 14 Nejčastější přístupy zdravotníků k agresi

Autor: vlastní zpracování

8.4.2 Další analýzy vyplývající z dotazníku

Analýza nejzávažnějších forem agrese dle místa kontaktu

Graf č. 15 Formy agrese dle pracoviště

Jako místo nejčastějšího kontaktu s agresivním pacientem vychází kardiologická JIP a standardní oddělení na kardiologii ve FN u sv. Anny. Výsledek je pro mne překvapením. Daleko pravděpodobnějším místem, z mého pohledu, byla chirurgická oddělení, kde musí pacient čelit bolesti po operačních zákrocích. Lze jen spekulovat o důvodech. Možným vysvětlením je, že na kardiologii leží pacienti s ohrožením cirkulace krevního oběhu a tedy i zhoršením prokrvení mozku. Toto zhoršení prokrvení by teoreticky mohlo vést ke zmatenosti a agresivním projevům.
S ohledem na daleko těsnější kontakt s pacientem bylo možno předpokládat daleko častější kontakt s fyzickou agresivitou. Vyrovnaná četnost kontaktu s fyzickou agresivitou 56% u sester versus 44% u lékařů je spíše překvapením. (viz. Graf č. 16)
I vezmeme-li v úvahu mírně vyšší zastoupení sester v průzkumu, je výsledek shodný s očekáváním. Sestry jsou v daleko četnějším kontaktu s pacienty a frekvence kontaktu s agresivitou je tedy četnější. (viz. Graf č. 17)
Z analýzy vychází jako zhruba stejně četný kontakt s agresivním pacientem na jednotkách intenzivní péče a na standardních odděleních FN u sv. Anny. Daleko častěji jsou pak na těchto pracovištích vystavené agresivnímu chování zdravotní sestry. (viz. Graf č. 18)
Závěr

Agresivita je běžnou součástí lidského života, avšak ve vazbě na narůstající civilizovanost našeho života přece jen kontakt s ní není tak častý. Spíše se setkáváme s ritualizovanými formami agresivity ve formě sportovních zápasů či ve formě filmů. V životě člověka, žijícího v civilizaci západoevropského typu není příliš kontaktů s agresivitou. Z toho vyplývá jistá nezkušenost, nepřipravenost na řešení situací související s agresí. Situací, kdy se i v západní civilizaci můžeme setkat s jinými situacemi vedoucími k agresivitě není mnoho. Možná i proto narůstá obliba adrenalinových sportů a vyhledávání extrémních zážitků. Mezi situace, kdy dochází k ohrožení života, patří i nemoc. Díky systému zdravotní péče alespoň v České republice není běžná populace příliš konfrontována s vážnými nemocemi.

Většina stavů ohrožujících život se odehrává za zavřenými branami nemocnic. Zkušenost s bezprostředním ohrožením života byla dříve běžnou zkušeností lovce či sběrače. Nyní takový kontakt se smrti chybí a na takovou situaci dnes není civilizovaný člověk připraven. Reakce tedy bývají často neadekvátní a přehnané. Smrt prostě přestala být běžnou součástí života a kontakt s ní vede k abnormálním reakcím.


Zdá se však, že pacienti, kteří mají zhoršení oběhu, mají i zhoršení prokrvení mozků. Mají tedy zhoršené rozpoznávací schopnosti a i bezprostřední reakce jsou méně tlumené.

Na kardiologické JIP se často k podpoře oběhu používají katecholaminy. Tedy látky, které jsou fyziologicky mediátory stresu a aktivace organisme. Mohou tedy vést k větším pohotovostem organismu k agresivnímu jednání. Oproti chirurgickým oborům jsou interní pacienti vyššího věku. Jde o to, že řada operačních postupů již pro pacienty ve vyšším věku není vhodná a řeší se tedy konzervativně a medikamentózně. Mezi pacienty vyššího věku je pochopitelně větší frekvence kognitivních poruch a demence. Takový pacient je schopen přiměřeně fungovat ve známém prostředí. V prostředí neznámém pak dochází k zmatenosti. Navíc k neklidu vede množství vstupů: cévní vstup, močový kátr, vstup do tepenného systému k invazivnímu měření krevního tlaku, monitorace ekg (sledování ekg), monitorace saturace, monitorace TK neinvazivně (s frekvenčními kompresemi paže), vstup pro kontrapulsaci. Toto vše limituje pohyb pacienta a vede k neklidu i mladého člověka bez kognitivní deterioration. U starého člověka s kognitivní potíží, pak, vede množství vstupů k vytrhání se všech vstupů a vynadání sestře a lékaři a případně k slovní či fyzické agresi.

Budeme-li hodnotit vstupní cíle a hypotézy tak, jak byly formulovány před rozdáním dotazníků, tak cíle se dle mého názoru povedlo splnit. Některé hypotézy se ukázaly jako správné, některé byly podhodnoceny.

Cíl 1: Zmapovat výskyt agresivity a její četnost ve vazbě na typ provozu.

Agresivita byla ve formě dotazníků zmapována v širokém spektru klinických oborů. Dotazníky byly rozdány jak zdravotním sestrám, tak lékařům. Přednostně byly zastoupeny obory s bezprostředním kontaktem s pacientem.

- **Hypotéza 1:** Polovina zdravotníků se setká s agresivitou.
  Předpoklad byl výrazně podhodnocen. V dotazníkách nebyl zastoupen ani jeden zdravotník, který by se s nějakou formou agresivity nesetkal. Převažovala frekvence kontaktů s agresivním chováním několikrát za rok.

- **Hypotéza 2:** Třetina zdravotníků se setká za život s fyzickou agresí. 55% respondentů má zkušenost s fyzickým napadením a následným poraněním. Dalších 26 % bylo napadeno, avšak vyvázlo ze situace bez poranění. Souhrnně tedy přes 80 % zdravotníků má zkušenost s fyzickým napadením. Opět oproti předpokladu je frekvence kontaktů s fyzickou agresivitou výrazně četnější.

- **Hypotéza 3:** Více než 50 % kontaktů s agresivními pacienty probíhá na ambulancích.
Cíl 2: Srovnat četnost a závažnost kontaktů s agresivními pacienty mezi sestrami a lékaři.

Zastoupení sester a lékařů v dotaznicích bylo poměrně vyrovnané. Odpovídalo 60% sester oproti 40% lékařů. Tedy je možné si vytvořit jistý obraz a srovnání mezi oběma skupinami.

- **Hypotéza 4**: Sestry jsou v častějším kontaktu s pacientem, jsou tedy i častěji v kontaktu s agresivním pacientem.
  Předpoklad častějšího kontaktu byl u sester naplněn. Sestry jsou v daleko četnějším kontaktu s pacienty a frekvence kontaktu s agresivitou je tedy četnější.

- **Hypotéza 5**: Sestry jsou v častějším kontaktu s pacientem, jsou tedy i častěji v kontaktu s nejzávažnější formou agresivity, tj. fyzickou agresivitou.
  Předpoklad nebyl naplněn, ačkoliv jsou sestry častěji v kontaktu s agresivními pacienty. Kontakt s fyzickou agresivitou je co do frekvence stejný jak u zdravotních sester, tak u lékařů. Možným vysvětlením je, že při takto závažné formě agresivity sestry vždy volají i lékaře.

Cíl 3: Posoudit informovanost zdravotníků a jejich proškolenost.

- **Hypotéza 6**: více než 90% zdravotníků je proškleno v problematice jednání s agresivními pacienty.
  Předpoklad nebyl splněn, proškolenost udává pouze 15% zdravotníků.

- **Hypotéza 7**: více než 90% zdravotníků používá přiměřených metod ke zvládání konfliktů s agresorem.
  Předpoklad nebyl splněn, protože řada zdravotníků by volila z možných postupů buďto úplný souhlas se všemi požadavky agresora nebo na druhé straně by několik zdravotníků volilo manifestaci síly. Ani jednu z těchto zcela protichůdných metod nelze akceptovat jako správně řešení situace. Procentuálně cca 26% zdravotníků by v průzkumu volilo tyto nevhodné scénáře.
  Z výsledků vyplývajících z dotazníkové akce vyplývá, že edukace v problematice agresivity je mezi zdravotníky stále nedostatečná a pravidelná školení by tento stav mohla zlepšit. Mohlo by jít o analogii školení o bezpečnosti práce.
  Jako pracoviště s největším rizikem byla dle dotazníku identifikována jednotka intenzivní péče na kardiologii. Obecně je však patrné nutné brát jednotky intenzivní péče všeobecně jako pracoviště s vyšším rizikem.
  Přes vysoká rizika v kontaktu s agresivním pacientem je v dosahu pacienta často předmět použitelný jako zbraň.
Podstatným faktem je, že zdravotník by se neměl snažit zvládat situaci sám a měl by se snažit přivolat pomoc. Rozhodně není úkolem zdravotníka snažit se přemoci agresora. Zdravotník nepatří k represivním orgánům státní moci. Projevy násilí budou jinak hodnoceny u policisty a jinak u zdravotní sestry či lékaře. Zdravotník by tedy neměl váhat s povoláním buďto ostrahy či přímo policie.

Všechny postupy vedoucí k zvládání agresivního pacienta by měly být zaznamenány ve zdravotní dokumentaci. Pokud nejde o pacienta, ale o příbuzného, je jeho zvládnutí v pravomoci policie.

Z vrácených dotazníků je jasné, že závažnost problematiky je všeobecně podceněna. I když situace v České republice nedosahuje takových rozměrů jako v USA, kde jsou běžné při vstupu do nemocnic odebrány zbraně. Je vhodné na tuto problematiku zaměřit pozornost, zvláště pak v managementu nemocnic. Spíše než plošná opatření je vhodné zvýšit opatrnost a volat poučenou ostrahu k rizikovým pacientům jako jsou toxikomani, sociálně nepřizpůsobiví, pacienti v ebrietě. Také není vhodné nechat zdravotnický personál přečíslet množstvím rizikových příbuzných, jak je u některých etnik zvykem. Pro tyto situace by měla být vytvořena vnitrenemocniční pravidla.

Typickým pacientem, u kterého je možné předpokládat neadekvátní chování, jsou bezdomovci s četnými zdravotními potížemi. Jsou tedy častými návštěvníky zdravotních zařízení.

Prostředí fakultní nemocnice se jeví jako výrazně rizikovější než provoz privatní polikliniky. Nicméně na poliklinice prakticky chybí možnost povolat ostrahu.
Resumé

Agresivita ve zdravotnictví je závažnějším problémem, než je všeobecně vnímáno. Nelze očekávat snižování frekvence ani závažnosti agresivity. Řada problémů, které nejsou jednoznačně zdravotní, ale spíše sociální, je institucionalizováno do zdravotních zařízení (podehlazení bezdomovci, stárnoucí a nemohoucí populace apod.). Je potřeba zdravotníky a zdravotnická zařízení připravit na zvládání takových situací, které již potenciálně mohou vyústit v konflikt. Zdravotník nemá čelit agresoru sám, ale má si rychle povolat pomoc, nejlépe zavedeným mechanismem. Pravidelná školení o řešení situací s agresivním pacientem by měla být samozřejmostí. Ve větších nemocnicích je ke zvážení vytvoření týmu specializovaného na takové situace. V mojí diplomové práci se prokázalo, že četnost, s jakou se zdravotník setkává s agresivním jednáním, je neobyčejně vysoká. Naopak formální proškolení v této problematice většinou chybí. Bude nezbytné se tomuto problému dále věnovat a to ve smyslu minimalizace škod na obou stranách, tedy jak na straně pacienta, tak na straně zdravotníka. Je důležité, aby vše probíhalo v pořádku i po formální stránce, tj. v souladu s platnnými právními předpisy.

Aggression in healthcare is a more serious problem than it is generally perceived. We can not expect to reduce the frequency or severity of aggression. Many problems that are not clearly health related, but rather on the social spectrum, are concentrated on in health facilities (homeless with hypothermia, infirmed and aging population, etc.). We need medical professionals and healthcare facilities to be prepared for coping with situations that can potentially result in conflict. Health professionals should not have to face the aggressor himself, but should quickly summon help, as best routine procedure in hospitals. Regular training on dealing with situations with aggressive patients should be instituted in every medical facility. Creating a specialized team for such situations should be considered in larger hospitals. In my thesis I show that the frequency with which a paramedic encounters aggressive behavior is extremely high. Conversely, formal training in this area is mostly absent. It is necessary to emphasize the issue of aggression to minimize the damage on both sides, i.e. on the side of the patient and of the health care professionals. It is important to keep every medical procedure in accordance with applicable laws and regulations especially in the case of aggressive patients.
Anotace


Klíčová slova: Agresivita, násilí, nemoc, nemocnice, pacient, lékař, zdravotní sestra.

Despite our wishes, aggression is a part of our lives. Due to the success of modern civilization, a man in our geographical area is not commonly confronted with life-threatening diseases in their daily life. Such situations are concentrated in hospitals and the patient is then going totally unprepared for this situation. The result is often inadequate response, sometimes leading to aggression. The aim of this work was to evaluate the frequency and the severity of aggression in healthcare facilities. The particular method of evaluation chosen was a 13-item questionnaire (open ended as well as closed questions) that was completed by healthcare professionals in a teaching hospital and private clinic. The questionnaire was given to them during the March 2012. The high frequency of encounters with aggression was surprising. There were no healthcare professionals who didn’t deal with aggression and 55% of them experienced physical aggression and sustained some kind of injury. The highest-risk environment was in intensive care units and standard units of the cardiology clinic of the University Hospital Brno (Brno, Czech Republic). Nurses are much more susceptible to aggression than doctor due to closer contact with patients.

Key words: Aggressivity, violence, disease, hospital, patient, doctor, nurse.
Seznam literatury


BOHÁČEK, P. Agresivní chování vůči zdravotnickému personálu. Sestra, 2008, roč. 18, č. 1, 33 s. ISSN 1210-0404.


CRILLY, J., CHABOYER, W., CREEDY, D. Violence towards emergency department nurses by patients. Accident and Emergency Nursing. 2004, 12, 67s. ISSN 0965-2302.


HUESMANN, L. R. *Psychological processes promoting the relation between exposure to media violence and aggressive behavior by the viewer.* Journal of Social Issues. 1986, 42, 125 s. ISSN 1540-4560.


JIRÁK, R. *Léčba psychických poruch ve stáří.* Postgraduální medicína. 2012, 1, 72-75 s. ISSN 1212-4184.


PEŇÁKOVÁ, S. *Aktuální výskyt agresivity u pacientů ve zdravotnických zařízeních z pohledu zdravotníka.* Bakalářská práce, Brno: Masarykova univerzita, 2011, 16 a 24 s.


VEVERA, J., ČERNÝ, M. Zvládání agitovanosti a násilného chování. Psychiatrie pro praxi. 2011, 12, 69-71 s. ISSN 1213-0508.


ZELMAN, M., HOLLÝ, K, BRAČOKOVÁ H. Zvládanie akútneho psychomotorického nekľudu a agresivity pacienta. Psychiatria pro praxi. 2006, 4, 185–190 s. ISSN 1213-0508.

ZIMRING, F. E. New York proti zločinu. Scientific american. 2011, s. 59-63. ISSN 1213-7723.
**Seznam zkratek**

apod. – a podobně  

atd. – a tak dále  

ARO – anestezioologicko-resuscitační oddělení  

cca – cirka  

FN U sv. Anny – Fakultní nemocnice U Svaté Anny v Brně  

i. v. – intravenózně (do žíly)  

JIP – jednotka intenzivní péče  

např. – například  

ORL – otorinolaryngologické oddělení (ušní, nosní, krční)  

p. o. – per os (ústy)  

RZP – rychlá záchranná pomoc  

SPECT – Single photon emission computed tomography (tomografická scintigrafie)  

tj. – to je  

TK – krevní tlak  

tzv. – takzvaný  

USA – United States Of America (Spojené státy americké)
Seznam grafů

Graf 1: Počet vrácených dotazníků
Graf 2: Rozdělení respondentů podle délky praxe
Graf 3: Rozdělení respondentů podle pohlaví
Graf 4: Pracovní pozice respondentů
Graf 5: Typ pracoviště
Graf 6: Zastoupení podle oborů
Graf 7: Četnost výskytu agresivního chování
Graf 8: Příčiny konfliktů
Graf 9: Erudovanost v jednání s agresivním pacientem
Graf 10: Formy agresivity
Graf 11: Konflikt a agresivním pacientem
Graf 12: Zvolené postupy s cílem pacifikovat pacienta
Graf 13: Proškolenost
Graf 14: Nejčastější odpovědi
Graf 15: Analýza nejzávažnějších forem agrese dle místa kontaktu
Graf 16: Fyzická agresivita vůči zdravotníkům
Graf 17: Kontakt s agresivním pacientem několikrát do měsíce
Graf 18: Kontakt s agresivním pacientem několikrát do měsíce ve FN U sv. Anny v Brně
Příloha č. 1: Dotazník

Dotazník k diplomové práci na téma

Agresivní pacient a zdravotníci, teorie, možnosti, řešení

Vážená paní doktorko, pane doktore, vážené zdravotní sestry,

do rukou se Vám dostává dotazník k diplomové práci, ve které se zabývám agresivitou
ve zdravotnictví, četností kontaktů zdravotníků s agresivitou a způsoby reakcí
na agresivního pacienta.

Dovolují si Vás požádat o pravdivé vyplnění tohoto dotazníku, který je pro mne
zdrojem informací, důležitých k vypracování mé práce. Dotazník je anonymní a údaje,
které poskytnete, budou použity pouze pro účely tohoto průzkumu. Vámi vybranou
odpověď prosím zakroužkujte, pokud není uvedeno jinak.

Děkuji Vám za čas a ochotu, které jste věnovali vyplnění tohoto dotazníku.

Bc. Pavlína Prosecká

1. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?
   a) méně než 5 let
   b) 5-10 let 
   c) 10-20 let
   d) více než 20 let

2. Jste:
   a) žena
   b) muž

3. Pracujete jako:
   a) lékař/ lékařka
   b) zdravotní sestra
4. Jaký je typ Vašeho pracoviště?
   a) standardní lůžkové oddělení
   b) JIP či ARO oddělení
   c) nemocniční ambulance
   d) privátní ambulance

5. Uveďte prosím obor.
   .........................................................

6. Jak často se s projevy agresivity pacientů setkáváte?
   a) nikdy jsem se nesetkal/a
   b) řidče (několikrát do roku)
   c) několikrát do měsíce
   d) několikrát do týdne

7. S čím nejčastěji dle vašeho názoru konflikty s pacienty souvisí?
   a) se zdravotním stavem pacienta
   b) s organizací zdravotní péče (čekání v ambulanci apod)
   c) s nedostatečným respektem vůči zdravotníkům
   d) s chováním zdravotníků
   e) jiné (prosím uveďte).................................

8. Jste dle vašeho názoru dostatečně edukován/a v postupech jak jednat
   s agresivním pacientem?
   a) ano
   b) ne
   c) nevím

9. S jakou nejhorší formou agresivity jste se zatím setkal/a?
   a) fyzický útok s výsledným poraněním zdravotníka
   b) fyzický útok bez poranění
   c) fyzická agrese vůči věcem
   d) slovní agresivita
10. V případě agresivity ze strany pacienta: (můžete označit více možností)
   a) mám možnost úniku při napadení pacientem
   b) mám na svém pracovišti v dosahu pacienta předměty použitelné jako zbraň
   c) mám možnost si přivolat pomoc
   d) musím se spolehnout jen na sebe
   e) jiné (prosím uveďte)…………………………………………

11. Jaké postupy máte k dispozici k pacifikaci pacienta?
   a) povolání dalších osob mimo ambulanci ke zvládnutí pacienta
   b) pomůcky k imobilizaci
   c) farmakoterapie
   d) jiné (prosím uveďte)…………………………………………

12. Byl jste někdy proškolen v jednání s agresivním pacientem?
   a) ano
   b) ne

13. Jaké postupy jsou dle vašeho názoru vhodné ve slovní komunikaci
    s agresivním pacientem (například manifestace síly, či naopak, souhlas se
    všemi požadavky agresora)? Prosím doplňte.

…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………