

Zvládání stresových situací s agresivním pacientem na JIP a standardním oddělení

Mgr. Veronika Prčíková

Bakalářská práce 2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Mgr. Veronika Prčíková**

Osobní číslo: **H13688**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Zvládání stresových situací s agresivním pacientem na JIP
a standardním oddělení**

Zásady pro vypracování:

Studium literatury pro danou bakalářskou práci.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti agresivity pacientů a stresu zdravotnického personálu.

Příprava metodiky kvalitativního šetření.

Výběr respondentů.

Příprava, realizace a zhodnocení rozhovorů.

Prezentace výsledků kvalitativního šetření.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BERAN, Jiří. Lékařská psychologie v praxi. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 140 s. ISBN 978-80-247-1125-6.

HALES, Robert E, Stuart C YUDOFKY a Glen O GABBARD. Essentials of psychiatry. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, c2011, xvi, 790 s. ISBN 978-1-58562-933-6.

HŘEBÍČKOVÁ, Martina, Petr MACEK a Ivo ČERMÁK. Agrese, identita, osobnost. Vyd. 1. Brno: Psychologický ústav Akademie věd ČR, 2003, 315 s. ISBN 80-86620-06-9.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 119 s. ISBN 978-80-247-3149-0.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. Etika a komunikace v medicíně. Praha: Grada, 2011, 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Zuzana Smolková
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

22. ledna 2016

Termín odevzdání bakalářské práce:

20. května 2016

Ve Zlíně dne 22. ledna 2016


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

L.S.


Mgr. Zlatica Dorková, 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 obhajoby¹⁾;
- 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. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ 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 § 60³⁾ 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 12. 7. 2016

..... 

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

²⁾ Vysoká škola nevydělčně 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 nahlášení 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). *Odprá-ří 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 výdělků 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 přihlížejne k výši výdělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Práce se zabývá tématem agresivních pacientů ve zdravotnictví a zvládání těchto situací zdravotnickým personálem.

V teoretické části jsou přiblíženy pojmy, jako agresivní pacient, agrese, stresové situace a zvládání stresových situací. Zabýváme se zde také ošetrovatelskou péčí o agresivního pacienta.

Pro praktickou část jsme vytvořili otázky a poté jsme je použili v rozhovorech. Tyto byly prováděny se všeobecnými sestrami, které pracují na standardním oddělení a JIP. Výsledky jsou zaznamenány ve výsledcích a úkolech práce. Cílem šetření bylo zjistit, jak sestry zvládají tyto nepříjemné situace a jak se s nimi vyrovnávají.

Pro praxi byl vytvořen materiál, jak správně jednat s pacienty, kteří jsou verbálně nebo fyzicky agresivní a jaké zásady dodržovat při práci s nimi.

Klíčová slova: agresivní pacient, agrese, stres, stresové situace, ošetrovatelská péče

ABSTRACT

This thesis is inquiring into problem treatment with aggressive patient in health care and it describes how the medical staffs are able to manage with this problem.

In theoretical section were explained terms as aggressive patient, aggression, stressful situation and managing with stressful situations. We are looking into nursing care for aggressive patient.

We had make questions for practical section, which we had use in interviews with nursing staff. We had been asking nurses, who works in standard section and ICU. Results are taken down in outcomes of thesis and thesis assignments. We were trying to figure out how nurses are able to deal with this uncomfortable situations and how they become reconciled to it.

We had created material with information, how nurses have to deal with patient, who is verbally or physical aggressive in the right way.

Keywords: aggressive patient, aggression, stress, stressful situations, nursing care

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 AGRESE A AGRESIVITA.....	12
1.1 TYPY AGRESE.....	12
1.2 PATOFYZIOLOGIE	14
1.2.1 Varianty agresivního chování.....	14
1.2.2 Vlastní vnímání agresivního chování.....	16
1.3 NEKLIDNÝ A AGRESIVNÍ PACIENT.....	16
1.4 DELIRUJÍCÍ PACIENT	18
2 AGRESIVNÍ PACIENT VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	20
2.1 SPOUŠTĚČE AGRESIVNÍHO CHOVÁNÍ.....	20
2.2 KOMUNIKACE S AGRESIVNÍM PACIENTEM	22
2.2.1 Komunikace s verbálně agresivním pacientem:	22
2.2.2 Komunikace s fyzicky agresivním pacientem	23
2.3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O AGRESIVNÍHO PACIENTA.....	24
2.3.1 Ošetřovatelský postup.....	27
2.4 STRES ZDRAVOTNICKÉHO PERSONÁLU	29
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	33
3 FORMULACE PROBLÉMU	34
3.1 CÍLE PRÁCE.....	34
3.1.1 Úkoly.....	35
3.2 METODY SBĚRU DAT	35
3.3 VÝBĚR RESPONDENTŮ.....	36
3.3.1 Popis respondentů.....	36
4 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ	41
4.1 CÍLE.....	42
4.2 ÚKOLY.....	50
5 DISKUZE	53
ZÁVĚR	58
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	59
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	61
SEZNAM GRAFŮ.....	62
SEZNAM TABULEK	63
SEZNAM PŘÍLOH	64

ÚVOD

Všude ve světě, v televizních pořadech, v novinách se dozvídáme o různých formách násilí. Pokud je ho moc a opakuje se, přestanou ho lidé vnímat, jako něco špatného a zvyknou si na tento způsob nestandardního jednání.

S napadením se setkává zdravotnický personál nejen v nemocnicích a ošetrovatelských zařízeních, ale i v ambulancích. Většinou se jedná o verbální napadení. Tyto problémy jsou stále častější a jejich počet se zvyšuje, personál se s takovými situacemi musí nějakým způsobem vyrovnat. Násilí a agrese ve zdravotnictví jsou často probíranou a medializovanou problematikou. Zdravotničtí pracovníci se musí uchýlovat k používání omezovacích a restriktivních prostředků, často jsou také používány léky na zklidnění pacienta.

Z výše uvedených důvodů jsme si zvolili toto téma. V naší práci se chceme zabývat tím, jak je násilí a napadení v nemocnicích časté, jak se agrese nejvíce projevuje. Zajímá nás, jak se personál vyrovnává s takto vyhocenými situacemi a jaké možnosti jsou zaměstnancům nabízeny pro následné zotavení se po negativním zážitku v práci.

Téma práce je pro mě zajímavé a líbí se mi, protože pracuji na oddělení, kde jsem se během své praxe několikrát setkala s agresivními pacienty. Dostali jsme se do situací, kde jsme byli nuceni použít některé omezovací prostředky. Tyto jsme potřebovali k zajištění bezpečnosti jak samotného pacienta, tak i ostatních a v neposlední řadě i pro nás, zdravotnický personál. Jestliže se pacient stane plně odkázaný na ošetrovatelské péči, mění se struktura jeho potřeb, přístup k němu a péče o něj, což je fyzicky i psychicky náročné a problematické, nejen pro samotného pacienta, ale i pro ošetřující personál, který se s těmito situacemi musí nějak vyrovnat a zachovat profesionalitu, což mnohdy není vůbec lehké. A protože jsem se v těchto situacích často ocitla, vím, že je pro všechny velmi těžké, aby vše probíhalo v rámci standardů, empatického cítění, jednání a zacházení s lidmi.

Pro naši práci jsme se rozhodli vytvořit otázky a uskutečnit rozhovory, na toto citlivé téma, s personálem pracujícím na jednotce intenzivní péče a standardním oddělení. Chceme také porovnat odlišné přístupy v péči na různých odděleních a zjistit, jak se pracovníci po těchto negativních zážitcích cítí a jestli je to ovlivňuje v péči a přístupu k pacientovi.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 AGRESE A AGRESIVITA

Každý člověk má sklony k agresivnímu chování a jednání. Jako u všech vlastností nejsou tyto dispozice k agresi stejně silné. Rozdíly najdeme v historii i sociokulturní tradici. Rozdíly také najdeme právě v rámci jedné populace, kde hraje roli například náboženské vyznání, pohlaví, věk, rasa a zvyklosti člověka (Vágnerová 2002, str. 266).

„Agresivní jednání nelze hodnotit jen negativně. V extrémní normě se projevuje porušováním sociálních norem a omezováním či poškozováním jiných lidí, ale existují i přijatelné formy. Pozitivní, socializovaná varianta, která respektuje dané sociální normy, se nazývá asertivita. Je to schopnost prosazení a realizace potřebných, nebo dokonce velice žádoucích cílů.“ (Vágnerová 2002, str. 266-267)

Agrese je vystupňovaný neklid člověka, který se projevuje hněvem, vztekem a pocity nenávisť. Agrese může být mířena na jinou osobu, předmět nebo na sebe samu (Petr a Marková 2014, str. 17).

„Zatímco agresi považujeme za fyziologickou odpověď, která směřuje k přežití organismu v přírodě, násilné chování je patologická agrese, jejímž smyslem je záměrně někoho fyzicky poškodit.“ (Vevera a Černý 2011, str. 69)

1.1 Typy agrese

Typy agrese lze dělit mnoha různými způsoby, podle různých kritérií. V této podkapitole bychom se na některé z nich chtěli zaměřit.

Pokud začneme úplně od primitivní agrese, jedná se o agresi, která se vyskytuje mezi zvířaty. Patří sem dva typy. Prvním typem je **afektivní agrese**, která je spojena s emotivními projevy, zvuky. Často je spojena s bojem o potravu, o sexuálního partnera. Afektivní agrese zřídka končí usmrcením protivníka. Druhým typem je **agrese predatorní**, která je spojena s lovem kořisti a probíhá mezi různými živočišnými druhy. Cílem je získání a usmrcení kořisti, bez výrazných zevních projevů (Koukolík, 2012, str. 314-321).

Sklony k agresivnímu chování se mohou zvyšovat rozvojem učení, to znamená, že agresivita není závislá pouze na dědičnosti, ale i na vlivu prostředí. Uvádí se, že lidská agresivita je projev potenciálu, který se může učením zvyšovat. K tomu dochází již v rodině **pozitivním posilováním** agrese, kdy dítě zjišťuje, že si tímto chováním něco získalo a nebylo po-

trestáno. Další typ, který vzniká již v rodině je, **učení nápodobou**. Dítě dělá to, co vidí u ostatních, hlavně těch, kteří jsou pro něj důležití. Jak je zde zřejmé, velmi důležitou roli hrají v posilování agresivního chování rodiče a rodina dítěte, společně s jejich hodnotami a stylem výchovy. Další významnou roli hraje práce každého jedince. Jsou obory, kterým je agresivní chování bližší, někdy i v práci žádané. Tyto povolání si pak vybírají jedinci, kterým vyhovuje, protože mají k agresivnímu chování větší dispozici.

Agresivní chování dělíme dle několika možností. Zvířecí agresivitu můžeme rozdělit na osm skupin, a to: cílená na predátory, defenzivní, navozená strachem, predatorní, agrese mezi samci, mateřská agrese při obraně mláďat, agrese vázaná na sexuální chování, teritoriální, navozená šokem (Koukolík, 2006, str. 244).

Násilné chování:

1. doprovází epizodickou poruchu kontroly chování
2. charakteristicky se vyskytuje při antisociální poruše chování dospělých a poruše chování dětí a mladistvých
3. vzácně je součástí obsedantně - nutkavé poruchy chování

Epizodická porucha kontroly chování (episodic discomfort) se většinou projevuje nečekaně a impulsivně. Je velmi vázaná na emotivní naladění člověka a agrese je emočně nabitá, tím se liší od chladné agrese antisociální osobnosti. Může se projevit suicidálním jednáním, napadením blízké osoby, dítěte nebo osoby neznáme. Tato agrese může být též směřována na zvíře nebo majetek. Setkáváme se s ní v průběhu všech psychiatrických poruch a onemocnění. Po této epizodické poruše nastává doba výčitek svědomí. Epizodickou poruchu mohou vyvolat různé návykové látky.

Porucha chování v dětství a dospívání (conduct disorder) lze ji charakterizovat opakovaným porušování pravidel a sociálních norem, které se projevuje třemi a více znaky během uplynulých dvanácti měsíců, přičemž se alespoň jeden znak objevuje během šesti uplynulých měsíců. Patří sem agrese vůči lidem nebo zvířatům (zastrašování, ohrožování, nucení jiných k nechtěným aktivitám), ničení cizího majetku zakládáním požárů, podvádění nebo krádeže (vloupání do cizího objektu), časté lhaní, vážné porušování pravidel chování (pozdní návraty domů, noci mimo domov ve věku méně než 13 let, útěky z domova, záško-láctví), (Koukolík, 2000, str. 231-232).

1.2 Patofyziologie

Pokusy dokazují, že v mozku zvířat, ale i člověka, existují četné oblasti, které ovlivňují agresivitu. Tyto systémy ji dokážou jak vyvolat, tak i tlumit. Mezi tyto části mozku patří: orbitofrontální kůra oboustranně, septum, hipokampus, amygdala, caput nc. caudati, talamus, ventromediální a zadní hypotalamické jádro, tegmentum středního mozku, Varolův most, přední části a nc. fastigii mozečku (Intrator a kol., 1997 in Koukolík, 2000, str. 234).

Pokud dojde k poškození frontální části mozku, tyto lidé se chovají „odbržděně“, jejich chování může být až antisociální. Často trpí změnami nálad, výbuchy obtížně tlumitelného útočného chování, které začíná slovními urážkami, nadávkami a může končit až násilným chováním. Takto postižení lidé trpí větším poškozením kognitivních funkcí a mají častěji poškozenou levou hemisféru. Čím blíže je poškozené ložisko pólu temporálního laloku, tím vzrůstá pravděpodobnost agresivního a útočného chování (Koukolík, 2000, str. 234-235).

1.2.1 Varianty agresivního chování

K agresivnímu chování se mohou uchýlovat lidé, kteří jsou delší dobu nespokojeni, nedochází k plnému uspokojení jejich potřeb. Tendence k agresivnímu chování se úměrně zvyšuje s mírou nespokojení potřeb člověka, může se jednat o celkové nespokojení, nebo také o silné nespokojení potřeb v jedné určité oblasti. Agresivní chování potom může fungovat jako prostředek v odreagování se, když už člověk ve svém snažení nebyl úspěšný. Kdy k pocitu neúspěchu dojde nelze přesně určit, každý člověk má míru tolerance k zátěži (neúspěchu) individuální. Jestliže je člověk v nějaké oblasti frustrovaný, přímo úměrně stoupá riziko vzniku agresivního chování. Nemusí se jednat pouze o frustraci, ale také o jiné zátěžové situace, kdy nebývá některá z potřeb uspokojena. Pohotovost k agresivnímu chování stoupá při přesycení či nedostatku, ztrátě či ohrožení.

Během života se vytváří rovnováha mezi potřebou sociálních kontaktů a bezpečí. Pocit bezpečí může být narušený **nadměrnou sociální stimulací**. K takovýmto situacím dochází hlavně v malých skupinkách, kdy není možnost úniku ze situace (např. vojenská služba, internáty). V takové skupině se až extrémně snižuje prahová hladina tolerance na podněty, které mohou spustit agresivní jednání (Vágnerová, 1999, str. 269).

Dalším faktorem, který ovlivňuje agresivní chování je **omezení osobního teritoria**. To může být vymezeno jak prostorově, tak i časově. Prostorově se jedná o místo, pokoj, skříň, zásuvku, která patří jednomu člověku. Časově, tedy dobou, kterou jedinec tráví sám, dělá si, co chce, chce si „zalézt“ a nebýt nikým rušen. Osobní teritorium má více podob, patří sem i sžití se s jinými lidmi. Člověk rozlišuje dva typy lidí. Ty blízké, své přátele, na které reaguje pozitivně a ty cizí, na které je, v lepším případě, jeho reakce neutrální. Člověk má obecně **sklon nedůvěřovat** odlišnosti, různosti a tak reaguje na tuto neznámost zvýšenou pohotovostí k agresivnímu jednání – mířeno proti „cizím“.

Mezi častý a tolerovaný projev agrese patří **agrese užitá v sebeobraně**. Opět dochází k situaci, kdy se jedinec cítí nějakým způsobem ohrožený, má strach o své potřeby, které mohou být v dané situaci omezené. Většinou tak dochází ke konfliktu, kdy si jedinec myslí (nemusí to tak být), že je v právu. Následkem ohrožení proto zaujímá obranný, agresivní postoj ke svému okolí (nepříteli). Někdy k tomu dochází i bez ověření si, jestli jim chce do-tyčný vůbec nějak ublížit. Nutkání hledat v zátěžové situaci viníka a potrestat ho, je historický dávný obranný mechanismus. Jestliže je situace komplikovaná a příliš abstraktní, jde situaci zjednodušit a najít si odlišného jedince, skupinu, na které se agrese zaměří. Tímto způsobem vznikly nacionalismus a rasismus. Velmi podobný typ agrese je **agrese z pomsty**. V tomto případě se nejedná o agresi, která by vznikala kvůli pocitu nebezpečí a ohrožení. K tomuto typu agrese dochází až po poškození jedince, tudíž pomsta již nemůže tuto skutečnost změnit. Může ale změnit pocity poškozeného, jeho sebeúctu, sebevědomí, protože vzniklou křivdu odčiní alespoň symbolicky. Může se stát, že prohřešek jedince vrhá špatné světlo na jeho rodinu, potomky, příslušníky rodu, rasy nebo národa.

Agrese může fungovat i jako **nástroj kompenzace**, jako zdroj náhradního uspokojení, sebe-realizace, citové akceptace a jiné. Může fungovat jako náhražka za produktivní činnost. Takto jdou vysvětlit činnosti, které jedinci zdánlivě nic nepřinášejí (např. vandalismus, nemotivované násilí na cizích lidech). Člověk cítí potřebu po sobě něco zanechat, jestliže se mu to nedaří obecně přijatelným způsobem, může se stát, že sklouzne k nepřijatelným způsobům a jedinec reaguje negativně. Mstí se světu a svému okolí, že nedostal lepší příležitost.

Někdy je náročné k takovému uspokojení dojít sám a proto se člověk ztotožňuje s jiným člověkem, nebo skupinou osob, která má potřebou moc. Člověk chápe úspěchy dané skupiny i jako svůj úspěch a naopak neúspěch nese velmi těžko. Na tomto principu vznikají na-

příklad konflikty mezi sportovními fanoušky a zástupci politických stran (Vágnerová, 1999, str. 270-271).

1.2.2 Vlastní vnímání agresivního chování

Člověk je většinou schopen své chování ovládat a proto může vlastní sklony k agresivitě potlačovat a mírnit. To je ale vázáno na přijetí určitých norem a ochotou se jimi řídit. Agresivní chování a schopnost sebeovládání může být oslabena např. nahromaděným stresem a zátěží vnějších vlivů, somatickou poruchou, organickým postižením mozku, návykovými látkami. Dojde k selhání v oblasti autoregulace a člověk jedná tak, jak by normálně nejednal, nebo by se mu takové jednání nelíbilo. Jedná v rozporu s vlastními zásadami. Po takovém jednání se snaží své chování uspokojivě ospravedlnit, vysvětlit sám sobě a svému okolí, proč tak jednal. Potřebuje si uchovat pozitivní sebehodnocení a vyhnout se výčtkám svědomí. Správně by mělo být jejich chování odsouzeno a viník by měl být potrestán. Pokud sám sebe ospravedlňuje je jisté, že v sobě nežádoucí chování jen fixuje, své přestupky začne tolerovat a nemá potřebu změny. Způsobů omluvy vlastního nežádoucího chování je mnoho. Nejčastěji jde o racionalizaci, kdy člověk podává vlastní čin tak, aby jej mohl morálně ospravedlnit (Vágnerová, 1999, str. 272).

1.3 Neklidný a agresivní pacient

S neklidným pacientem se v nemocničním prostředí setkává personál velmi často. V této kapitole bychom chtěli podrobně rozebrat, jak vypadá agresivní pacient a jaká je možnost léčby.

Akutní neklid a agitovanost

„Agitovanost je bezcílná psychomotorická aktivita vycházející z psychického a fyzického neklidu.“ Mezi dominantní projevy neklidu patří hlavně motorický neklid, zvýšená reaktivita na zevní nebo vnitřní stimuly, podrážděnost, nepřiléhavost a často verbální zmatenost a fyzická aktivita. Agitovanost se může často vystupňovat do agrese, verbální a fyzické, vůči lidem, věcem nebo sám sobě. Mezi oběti násilí nejčastěji patří členové rodiny, zdravotníci, ošetřující personál a ostatní pacienti.

Akutní neklid, agresivita a násilí jsou nespecifickým behaviorálním syndromem a mohou být nespecifickým a doprovodným příznakem jiných psychiatrických onemocnění, jako jsou

schizofrenie, bipolární poruchy, demence a další. Častým doprovodným a komplikujícím faktorem psychotické agitovanosti je časté, opakované zneužívání drog, alkoholu a jiných omamných látek. Tyto látky jsou známy tím, že zvyšují riziko agresivního jednání (Volavka, 1995, in Herman, Praško, Seifertová, 2007, str. 198). Další rizikové faktory jsou komorbiditní porucha, nezaměstnanost, nespolupráce s terapií, špatné užívání léků, nevhodné prostředí, paranoia, bludy a halucinace. Agitovanost a agresivní chování se mohou projevit také jako součást symptomatických duševních poruch, u celé řady somatických onemocnění. U starších osob je zmatenost a agrese typický příznak u infekčních onemocnění nebo také u dehydratace (Herman, Praško, Seifertová, 2007, str. 198).

Zvládnutí akutního neklidu a agitovanosti

Akutní projevy neklidu a agitovanosti patří ve zdravotnickém zařízení mezi mimořádné situace, nehledě na etiologii. Léčba musí být komplexní a zahrnuje jak farmakologickou, tak i nefarmakologickou léčbu. Pacient v akutní fázi s léčbou nesouhlasí, je negativistický a tak musí léčba probíhat i přes jeho nesouhlas. Kromě nesouhlasu pacienta komplikuje situaci fakt, že je nutné jednat rychle. K dispozici jsou pouze omezené možnosti psychiatrického a somatického vyšetření, lékař často nemá k dispozici ani základní anamnestické údaje. Před zahájením terapie je vhodné získat alespoň základní informace o fyziologických funkcích (TK, TF, DF, saturace) a provést vizuální vyšetření k vyloučení nebo potvrzení zranění.

Intervence u agresivního pacienta bychom mohli rozdělit na **nefarmakologické** a **farmakologické intervence**. V prvním případě je velmi důležité zajistit bezpečí pro agresivního pacienta, spolupacienty a v neposlední řadě pro personál. Z okolí pacienta odstraníme předměty, kterými by mohl pacient ublížit sobě, nebo někomu jinému. Snažíme se navázat oční kontakt, na pacienta mluvíme tiše, klidně, nikdy se neotáčíme k pacientovi zády. Personál musí být připraven oční kontakt přerušit, pokud bude pacientovi nepříjemný. Pokud pacient nespolupracuje, je nutné získat dostatečnou převahu a fyzickou kontrolu nad neklidným pacientem. V nejnútnejších případech lze aplikovat dostatečné omezení pohybu na lůžku nebo izolaci. V případě použití restriktivních pomůcek (kurtů) je nutné u pacienta pravidelně monitorovat základní funkce. Tyto pomůcky používáme, až pokud méně restriktivní pomůcky selžou. Toto omezení trvá přibližně 2 – 4 hodiny. Je nezbytné vše podrobně monitorovat a zaznamenávat. Kontraindikací izolace může být vážný zdravotní stav. Při kontrole psychotické agitovanosti je zpravidla nutné použít farmakologickou terapii, nejvhodnější je

použít perorální podání léků, ale často nezbyvá nic jiného než použít jinou parenterální terapii, jako je intramuskulární nebo intravenózní podání farmaka. V těchto případech bývá nástup léku v porovnání s perorálním podáním rychlejší. Volba konkrétního léku závisí nejen na pacientově anamnéze, ale také na detekci primárního somatického onemocnění, jinak budeme léčit pacienta s poraněním nebo intoxikací a možným nástupem abstinčních příznaků (Herman, Praško, Seifertová, 2007, str. 198 - 199).

1.4 Delirující pacient

Delirium je klinický syndrom, který se projevuje nespecifickou dysfunkcí mozku. Projevuje se řadou psychických a behaviorálních příznaků, u kterých není zcela známa etiologie. Delirium může vzniknout u každého těžkého somatického onemocnění a je nejčastější psychickou komplikací na oddělení a jednotkách intenzivní péče. Jedná se o přechodný stav s kolísavou intenzitou, vždy jde o závažný stav, ohrožující pacienta na životě. Mezi hlavní rizikové faktory, kdy vzniká delirium, jsou: vyšší věk, dehydratace, postižení a poškození mozku, včetně demence, poruchy zraku, sluchu, chronická somatická onemocnění, delirium nebo závislosti v anamnéze, imobilita, spánková deprivace a bolest. Čím vyšší je zranitelnost pacienta, tím nižší noxa stačí ke spuštění deliria. Delirium vzniká jako nespecifická reakce na různé noxy či jejich kombinace somatického a intoxikačního charakteru (v 80 – 95 %), ale mohou se uplatnit i jiné psychosomatické stresory. Častý vliv na vznik deliria je užívání velkého množství léků (polypragmázie), to je typické pro starší pacienty (Herman, Praško, Seifertová, 2007, str. 204 - 205).

Delirium se obvykle rozvíjí během 24 – 72 hodin, ale může vznikat již dříve s neurčitými prodromálními příznaky. Často je delirium vázáno na denní dobu, přes den jsou pacienti většinou lucidní a delirium se rozvíjí až v noci. Začátky deliria se projevují nesoustředěností, poruchou pozornosti, pacient je úzkostný s mírným tělesným neklidem (třesem). Další stádium nastává ve chvíli, kdy přestává být pacient orientovaný časem, místem, později i osobou. Častá je dezorientace v prostoru. Rozvíjí se poruchy myšlení, děsivé živé sny, až noční můry, dochází k narušení souvislosti myšlení, a tím se zhoršuje komunikace s pacientem. Řeč bývá nesouvislá, dysartrická, odpovědi na otázky jsou nepřiléhavé. Po deliriu trpí pacient amnézií, především krátkodobá paměť je narušená. Přes den je pacient spavý, večer se naopak stav zhoršuje. Existují dva typy deliria a to **hyperaktivní**, kdy jsou pacienti agitováni, mají časté poruchy vnímání. O tomto typu pacientů se na odděleních ví, protože vyžadují

zvýšený dohled a delirium bývá dobře odhaleno. Druhým typem je delirium **hypoaktivní**, kdy jsou pacienti spíše spaví, je u nich patrné celkové zpomalení a úroveň bdělosti. Tito pacienti nevyžadují zvýšený dohled a dochází tak k tomu, že delirium není diagnostikováno a následně léčeno. A protože není vše úplně stoprocentní, známe ještě **smíšenou formu**, kdy se střídají fáze hypoaktivity a hyperaktivity. Tato forma deliria je v praxi nejčastější (Petr a Marková, 2014, str. 195). Léčba deliria je multifaktoriální, podílí se na ní více lékařů – specialistů (internista, intenzivista, neurolog, psychiatr, atd.), zároveň se do léčby musí být zapojen celé ošetrovatelský tým a příbuzní nemocného (Herman, Praško, Seifertová, 2007, str. 205 - 212). Důležité je v první řadě odstranit příčinu, která delirium způsobuje (dehydratace, malnutrice, medikace, vliv prostředí, delirium jako abstinenční příznak, apod.). Během deliria podáváme léky, které tlumí jako příznaky – antipsychotika (Petr a Marková, 2014, str. 195).

Léčba deliria zahrnuje sedm základních aspektů dle Seifertové, Praška, 2007:

1. preventivní strategie
2. eliminace, korekce vyvolávající příčiny
3. péče o tělesný stav
4. úprava environmentálních podmínek
5. symptomatická a podpůrná léčba
6. psychoterapie, edukace pacienta a rodiny
7. zajištění péče po proběhnutém deliriu

2 AGRESIVNÍ PACIENT VE ZDRAVOTNICTVÍ

Násilí, které se objevuje v nemocnicích, v ambulancích a psychiatrických zařízeních stále vzrůstá a množí se útoky na zdravotníky. Nejčastějšími oběťmi jsou starší lékaři nebo mladé sestry, na které si pacienti dovolí.

K agresivnímu chování patří celá řada různých projevů, ty jsou často spojeny s pocitem ohrožení pacienta. Ten může vycházet z reality nebo může být jen zdánlivý. Bohužel se stává, že pocit ohrožení vzniká kvůli nevhodnému chování zdravotnického personálu, včetně lékařů (Herman, Praško, Seifertová, 2007, str. 26).

Jak je uvedeno výše, zdravotnický personál se stále častěji setkává s agresivním pacientem, proto musí rozeznat, u kterých pacientů toto chování hrozí, při jakých situacích a jak se správně zachovat. Hlavním úkolem sestry (nebo lékaře) je toto hrozící chování identifikovat a následně vhodným způsobem tomuto chování předcházet, pozastavit jeho rozvoj a zajistit bezpečnost pro pacienta a jeho okolí (Petr a Marková, 2014, str. 172).

2.1 Spouštěče agresivního chování

Důležité je si uvědomit, že na pacienta s agresivním chováním musejí být alespoň dvě osoby. Často je to spojené s příjmem nebo překladem pacienta na oddělení. Záleží na tom, jak se setra k pacientovi postaví a jak se k němu chová. Pokud dokáže sestra své chování včas přizpůsobit pacientovi a jeho potřebám, dokáže tím výrazně snížit riziko konfliktu (Petr a Marková, 2014, str. 172).

Zvyšující faktory a nejčastější spouštěče při vstupu pacienta na oddělení:

- Při příchodu do zařízení se pacient obtížně orientuje, chybí vhodné značení budov a ordinací.
- Dlouhé čekací doby v čekárně, špatná organizace, opakované dotazy a opakovaná vyšetření.
- nedostatek informací, personál se pacientovi nepředstaví, nemá jmenovky
- Pacient neví, co se bude dít, nemá dostatek času a pochopení ze strany personálu na zpracování podaných informací.

- Pacient má strach, cítí se bezmocný, ponížený, zesměšněný. K tomu se váže neprofesionální přístup personálu – rutinní přístup, nevhodné poznámky, absence empatie, nervozita a stres.
- Neumožnění kontaktu s příbuznými (např. zákaz telefonování na JIP, zákaz návštěv v chřipkovém období).
- Podávání zkreslených informací – po změření tlaku krve nepodá lékař nebo sestra hodnoty tlaku, pacienta odbude slovy „že je to dobré“.
- Špatná interpretace skutečnosti, např. vlivem drog, alkoholu, psychické nemoci.
- Porucha osobnosti, kdy se pacient chová násilně bez zřejmého důvodu.
- Očekávání ocenění agresivního chování - ukázat se před partou, druhými lidmi, kteří takové chování oceňují.

Důležité je sledovat neverbální projevy u potencionálně agresivního pacienta. Neverbální projevy pacienta jsou významným komunikačním kanálem. Hodnota informací, které lze dobrým pozorováním pacienta, je nenahraditelná. Sestra by měla zvládat a registrovat mimoslovní signály pacienta a umět je vyhodnotit. Často jsou tyto signály předzvěstí agrese (Petr a Marková, 2014, str. 173).

Mezi významné neverbální projevy patří:

- výrazná gestikulace – výhružná a jinak nápadná gesta
- pohyby nohou – náznaky kopnutí, podupávání
- oční kontakt – upřený pohled do očí, nápadné těkání očima, vyhýbání se očnímu kontaktu
- vzdálenost – nedodržování „bezpečné zóny“, narušování osobního prostoru druhého člověka
- bouchání, práskání dveřmi, svírání pěstí
- výraz ve tváři, nápadné zrudnutí nebo zblednutí, zatínání zubů, záškuby v obličejí
- nervózní přecházení tam a zpět

Existuje celá řada neverbálních projevů agrese, pokud je k nim sestra (nebo jakýkoliv člověk) citlivý, může riziko vzniku agrese včas předpokládat, odhalit, přizpůsobit své chování, a tak zamezit jeho vzniku (Marková a kol, 2006 in Petr a Marková, 2014, str. 173).

2.2 Komunikace s agresivním pacientem

Komunikace s psychicky labilním až agresivním pacientem je pro zdravotníky velmi stresující a nepříjemná záležitost. Při zvládnutí takovéto problémové situace si musí zdravotnický personál zachovat „chladnou hlavu“ a dodržovat určité zásady a pravidla. Tomuto chování říkáme profesionální jednání. Setkání se zdravotníkem se člověk učí už od dětství a v průběhu celého života. Je důležité, aby si zdravotník uvědomil, že musí své komunikační schopnosti a znalosti volit individuálně k pacientovi – závisí na věku, pohlaví, diagnóze atp.

Ne každý pacient je schopen zvládnout stresové situace ve zdravotnictví, zvláště když je mu sdělena nepříznivá diagnóza, málo nadějná prognóza, omezené možnosti léčby, jestliže prožívá silnou bolest (Zacharová, 2009, str. 471).

Při komunikaci s agresivním pacientem je vhodné zachovávat určitá pravidla v chování i v komunikaci. Tato pravidla pomohou zdravotnickému personálu zvládnout nepříjemné situace. Je možné rozdělit komunikaci na dva typy, a to s pacientem, který je „pouze“ verbálně agresivní a s pacientem, který je agresivní i fyzicky.

2.2.1 Komunikace s verbálně agresivním pacientem:

Neverbálně:

- vyhýbáme se dlouhému a upřenému pohledu do očí, pohled by měl být chápavý, klidný
- chování je klidné a vlídné
- udržujeme bezpečnou vzdálenost, máme únikovou cestu v případě potřeby, je zde možnost i pro únik pacienta
- polohou těla dáváme najevo klid, rozvahu, hlídáme si řeč postavení těla
- neděláme prudké pohyby, nesaňme na pacienta

Verbálně:

- dodržujeme normy a zásady správného chování
- konstatujeme, že je pacient rozčilený, jak to působí na nás a okolí
- snažíme se zjistit, co pacienta tak rozzlobilo a hledáme reálnou příčinu jeho hněvu
- projevujeme zájem o jeho situaci a vzniklý problém, vyslechneme si nemocného, projevíme pochopení nad jeho rozčilením
- pokud má pacient pravdu, přijmeme kritiku
- pokud mu vadí něco na naší osobě, ptáme se na další problémy, aby uvedl přesnější a konkrétnější detaily, abychom si ujasnili, co přesně mu vadí
- souhlasíme s každou pravdou, kterou pacient vyřkne, souhlasíme s argumenty, na kterých by mohlo něco být, pacient dále ztrácí energii na další argumenty a pomalu se uklidňuje
- pokud nelze jeho požadavky splnit, snažíme se mu vysvětlit naše stanovisko, vysvětlujeme proč „to“ nejde, popřípadě se snažíme najít a nabídnout kompromis
- snažíme se celou situaci shrnout a ukázat, že jsme vše pochopili, následně pacientovi sdělíme svůj postoj ke vzniklé situaci (Praško, Seifertová, 2007, str. 25-26)

2.2.2 Komunikace s fyzicky agresivním pacientem**Neverbálně**

- dbáme na vlastní bezpečí – bezpečnostní signální systém
- předměty, které by mohly být použity k násilí, musí být mimo dosah pacienta
- v pokoji nejsme s pacientem nikdy sami, zajistíme dostatek personálu - minimálně dva lidé, tým, zvládnou situaci lépe než jeden člověk
- nezavíráme se s pacientem v místnosti, musíme mít vždy únikovou cestu, udržujeme bezpečnou vzdálenost
- k pacientovi se přibližujeme ze směru, který ho neohrožuje a není pro něj překvapivý
- neděláme žádné náhlé, rychlé, trhané pohyby

- jsme z pacientova dosahu, když jej oslovujeme
- pokud se nám podaří pacienta posadit, pomůže to zklidnění celé situace, pokud nechce, nenutíme ho
- za úspěch považujeme i to, že pacient změnil fyzickou agresi a na verbální
- svým postavením těla se snažíme pacienta uvést do pohody, sedíme opřením, ale vzpřímeně – naznačujeme tak zájem, bez jakékoliv hrozby

Verbálně

- pacientovi představíme sebe i ostatní
- snažíme se být empatictí k pacientovým potřebám a emocím, naznačíme, že chápeme, co pacient vyjadřuje (často je agrese spojená se strachem)
- necháme pacienta zakouřit si, nebo zatelefonovat i v prostorách, kde je to nevhodné (např. sesterna), může tím dojít ke zklidnění situace
- vyzveme pacienta, aby se posadil
- nejdeme s pacientem do konfrontace, abychom ho zbytečně nepopudili
- v takovýchto chvílích nám nejde o vítězství, ale o zvládnutí situace, aby nedošlo k ublížení personálu, ani pacientovi
- volíme klidný tón, nejdeme do protiútoků, snažíme se pacienta uklidnit
- když máme zjevnou převahu, snažíme se vše zvládnout verbálně, bez násilného jednání
- přivoláme si pomoc, představa, že vše zvládneme sami, je riskantní, pokud nestačí zdravotnický personál, voláme na pomoc policii (Praško, Seifertová, 2007, str. 27)

2.3 Ošetřovatelská péče o agresivního pacienta

Zdravotní sestry na lůžkových odděleních a v psychiatrických léčebnách se s neklidným nebo agresivním pacientem setkávají celkem často, možná dokonce pravidelně. Tito pacienti nemají dostatečný náhled na své chování a svou nemoc. S personálem nespolupracují, odmítají léčbu a pomoc zdravotnického personálu. Sestry se během své praxe mohou setkat s různými projevy neklidu a agrese.

Důležité je, aby zdravotnický personál vzniku nepříjemných situací, s jakkoli agresivním pacientem, předcházel. Sestra musí být empatická a vědět, jak se k pacientům chovat. Také by měla umět číst z řeči těla, výrazů obličeje, aby dokázala předvídat situaci. Jak je již psáno v kapitole výše, první, o co se musí sestra (zdravotnický pracovník) pokusit, je snažit se s pacientem domluvit, komunikovat, snažit se mu celou situaci objasnit, problém vysvětlit, najít řešení.

Pokud již je pacient nějakým způsobem agresivní, je vhodné, aby sestra nebyla s pacientem sama, pokud by došlo k vyhocení situace, měl by být personál v početní převaze (Petr a Marková, 2014, str. 171 – 173).

„Fyzické omezení - omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotní péče. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, rozlišujeme následující druhy omezení“ (Petr a Marková, 2014, str. 173):

- zadržení pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými poskytovatelem
- omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty
- umístění pacienta v síťovém lůžku
- umístění pacienta v místnosti určené k nebezpečnému pohybu
- ochranný kabátek nebo vesta, omezující v pohybu horních končetin pacienta
- psychofarmaka
- kombinace prostředků výše uvedených

Většina konfliktů vzniká při prvním kontaktu sestry s pacientem, který je do zdravotnického zařízení přivezen proti své vůli. Sestra by se v takové situaci měla chovat profesionálně a sebejistě. Měla by se pacientovi představit, podat mu ruku. Tato situace už může předvídat další spolupráci s pacientem. Pokud pacient tento rituál odmítne, sestra musí zachovat profesionalitu a chovat se k pacientovi dál, jako by se nic nestalo. Pacient se tak může zachovat např. kvůli tomu, že má strach, je nervózní, nechtěl být hospitalizován, cítí vnitřní napětí. Je to určitý signál, že další spolupráce a komunikace s pacientem mohou být komplikované.

Pokud neklid pacienta trvá, může lékař rozhodnout o podání medikace. Dáváme přednost perorálnímu podání před parenterální. Lékař by měl pacientovi vysvětlit, jak se lék jmenuje a proč je mu podáván. Pacient tak má větší důvěru.

V péči o nemocného hraje roli také celková atmosféra na oddělení. Pokud je atmosféra přátelská, uvolněná, nedochází ke konfliktům i mezi personálem, pacient se cítí dobře a prospívá to jeho celkovému stavu. Kromě pacientů, příjemné prostředí v práci prospívá také personálu (Petr a Marková, 2014, str. 174-175).

Mezi nejčastější zdroje konfliktů mezi personálem a pacientem patří (Marková 2006, in Petr a Marková, 2014, str. 175):

- dotazy na propuštění, možnost opuštění oddělení
- nesouhlas a odmítnutí medikace
- nesouhlas s naplánovaným vyšetřením
- nedostatek informací
- neoblíbené ošetrovatelské intervence (např. hygiena, odběr krve, nepříjemná příprava na vyšetření)
- čekání bez vysvětlení, omluvy
- zamezení přístupu k cigaretám, alkoholu
- nedostatek soukromí, konflikty s jinými pacienty

Péče o neklidného pacienta je pro personál náročná, personál si často připadá v ohrožení a má strach, co se bude dít. Je důležité, aby sestry byly na tyto situace připravené a byly v této oblasti vzdělávány. Existují oddělení, kde se s těmito stavy personál setkává častěji, a tak je na vše připraven a je zde i dostatek personálu. Mezi takové oddělení patří psychiatrické léčebny, záchytové služby aj. Problém nastává v případě, kdy tyto stavy nejsou nějak časté a stává se tak jen zřídka. Personál v tomto případě nemá dostatečné zkušenosti, a ani počty personálu nejsou dostačující, a tak nemohou poskytnout dostatečnou péči pacientovi a vznikají problémy.

Cílem ošetrovatelské postupu s neklidným/agresivním pacientem je ochrana pacienta před sebou samým, v ošetrovatelském zařízení, ve kterém je hospitalizovaný a kde mu poskytují ošetrovatelskou péči. Personál dodržuje postup před prevencí pádu a tím možné komplikace

pobytu v nemocnici, zajištění dostatečné péče, vyšetření pacienta a zabezpečení terapie. Ochrana ostatních pacientů, veškerého personálu, ale i majetku oddělení nebo ostatních pacientů. Informovanost a edukace pacienta, personálu poskytující péči. V neposlední řadě je důležité stanovit odpovědnost personálu poskytující péči a stanovení pravidel pro používání omezovacích prostředků na oddělení. Pokud jsou tyto prostředky použity, musí se s nimi zacházet tak, aby nedošlo k poškození pacienta (Česká asociace sester, 2008).

„Kompetentní osoby k používání omezovacích prostředků jsou lékaři a nelékařští zdravotničtí pracovníci v rozsahu činností a kompetencí stanovených vyhláškou č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.“ (Česká asociace sester, 2008)

2.3.1 Ošetřovatelský postup

V této kapitole se zaměříme na ošetřovatelský postup, který by měl zdravotnický personál, nejen všeobecné sestry, dodržovat při práci s agresorem. Jedná se o to, jak se správně chovat a počínat si během výstupu agresivního pacienta, kdy s ním musí personál komunikovat, manipulovat, ošetřovat, popř. znehybnit, aby nedošlo ke zranění pacienta nebo ostatních.

Tuto kapitolu zařazujeme, protože je důležité, aby znal ošetřující personál správné postupy a věděl, čeho se vyvarovat během práce s agresorem. Samozřejmě nejvhodnější postup je ten, kdy k rozvinutí nevhodného chování vůbec nedojde.

Ošetřovatelský postup a povinnosti **před výkonem:**

- připravíme si veškeré pomůcky, včetně ochranných, pro personál
- ponecháme neklidnému pacientovi dostatek prostoru
- odstraníme z dosahu pacienta nebezpečné předměty, a předměty, kterými by mohl ublížit sobě nebo svému okolí
- sledujeme pacientovo chování, popřípadě změny v něm
- snažíme se zajistit bezpečí pro všechny pacienty, personál a majetek nemocnice (oddělení)
- zajistíme si dostatečný počet zdravotnického nebo jiného personálu (PČR...)

- zvolíme vhodný způsob nebo pomůcky ke zklidnění pacienta

Ošetrovatelský postup a povinnosti **při výkonu:**

- rozhodnout o způsobu omezení pacienta je pouze v kompetenci lékaře a je krajní řešení situace
- nezůstáváme s agresivním pacientem o samotě, neotáčíme se k němu zády a myslíme na únikovou cestu
- oslovujeme pacienta jménem, mluvíme klidně, snažíme se navázat a udržet slovní kontakt
- jednáme s klidem a jistotou, dáváme pozor na pacientovi neverbální projevy
- nereagujeme na pacientovu agresi vlastní agresivitou, nenecháme se zmanipulovat do role pacientova protivníka
- vysvětlíme pacientovi srozumitelnou formou důvody omezení, délku omezení pacienta a následující postup
- naplánujeme akci a vše koordinujeme (nejvhodnější počet je, jeden pracovník na jednu končetinu plus jeden pracovník, který vše řídí a aplikuje léky nebo omezovací prostředky)
- snažíme se pacientovi sundat hodinky, náramky aj. před připnutím kurtů
- kurty zapínáme šetrně, snažíme se zamezit zranění pacienta
- zajistíme pacientovi komplexní ošetrovatelskou péči - během použití omezovacích prostředků
 - sledujeme stav vědomí, fyziologické funkce, dýchání, psychomotorické projevy, stav a celistvost kůže, zbarvení kůže fixovaných končetin
 - zajišťujeme pacientovi hydrataci, výživu, osobní hygienu, prevenci proleženin, vyprazdňování
 - komunikujeme a edukujeme pacienta

Ošetřovatelský postup a povinnosti **po výkonu:**

- po sejmutí omezovacích prostředků vysvětlujeme pacientovi, proč došlo k jejich použití
- upravíme pacientovi lůžko, upravíme pacienta
- zkontrolujeme psychické a fyzické potřeby pacienta, zkontrolujeme stav kůže pacienta, popřípadě vzniklé poškození zaznamenáme

Během používání omezovacích prostředků vše zaznamenáváme do dokumentace. Zaznamenáváme, od kdy je pacient kurtován, jaké léky jsou mu aplikovány, kdy je omezení zrušeno. Zapisujeme fyziologické funkce, stav vědomí pacienta. Pokud dojde k nějakému poškození pacienta, je nutné vypsát mimořádnou událost.

Všechny omezovací prostředky je možné použít pouze po písemné ordinaci lékaře. Pokud není lékař přítomen, tak po telefonické domluvě, kdy se zápis provede neprodleně. Omezení je přechodný stav, který je zrušen, jakmile dojde k odeznění příznaků, kvůli kterým byl pacient fixován. Pacient zůstává fixován pouze na dobu nezbytně nutnou (Česká asociace sester, 2008).

2.4 Stres zdravotnického personálu

Zdravotnický personál prožívá v pracovním procesu velmi často stresové situace, je na něj kladen velký nárok od vedení, přes pacienty až po rodinné příslušníky. Pacienti jsou různí, méně či více inteligentní, motivovaní k vyléčení, různě vzdělaní a tak je potřeba s nimi různě komunikovat a odlišně se k nim chovat. Doby, kdy pacienti věřili svým ošetřujícím lékařům, jsou pryč, pacienti mají více informací z internetu, televize, rádií nebo z vlastních negativních zkušeností, a tak jsou často k lékařům nedůvěřiví (Irmiš, 2014, str. 19 – 25).

Stres je z anglického slova a znamená zátěž. Existuje mnoho definic stresu. První, kdo se stresem zabýval, byl americký fyziolog Hans Selye. Od té doby bylo napsáno spoustu dalších publikací na toto téma. V učebnicích psychologie jsou popisovány dva druhy stresu – **distres** a **eustres**. Distres je negativně prožívaný stres, způsobený prožíváním negativních emocí, naopak eustres je stres prožívaný pozitivně, způsobený prožíváním pozitivních emocí.

Stres probíhá ve **třech fázích**. První fáze je varovná, druhá fáze je fáze rezistence a poslední, třetí fáze, je fáze vyčerpání. Pokud ani po třetí stresové fázi nedojde ke změně (pracoviště, oddělení, pozice...) může dojít až k **syndromu vyhoření**. U každého tyto fáze mohou trvat jinak dlouhou dobu a mít jiné projevy (Sestra, 2010).

Existuje spousta projevů a příznaků stresu. Vzniklo několik seznamů, které se pokouší příznaky stresu shrnout, sepsat a zaznamenat. Nakonec Světová zdravotnická organizace po dohodě sestavila seznam, co je pro stres příznačné. Příznaky stresu působí na celý organismus, dají se rozdělit na fyziologické, psychologické a behaviorální. Stres se dá popsat jako negativní emocionální zážitek. Záleží na zátěži, které musí člověk čelit a jak se k ní postaví. Podle míry nerovnováhy mezi prostředím a jedincem se dají rozdělit na běžnou zátěž, se kterou se člověk bez problému vyrovná. Jsou to běžné denní činnosti. Další je zvýšená zátěž, kdy musí jedinec řešit nové, neobvyklé situace. Je ale schopen je bez problémů a větší zátěže překonat. Hraniční zátěž se dá definovat jako opakování náročných situací, které jedinec zvládá s vypětím sil při nevyváženosti některých psychických a fyzických sil. Pokud netrvá zátěž dlouho dobu, často dochází k normalizaci. Nejhorší se jedinec vyrovnává s extrémní zátěží, kdy je situace extrémně těžká, člověk na ni nedokáže adekvátně reagovat a situaci podléhá (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, str. 53 – 55).

Mezi behaviorální příznaky stresu řadíme: nerozhodnost, nesoustředěnost, nepozornost, problémy se spánkem, usínáním, změny ve vztahu k potravě (zvýšený nebo snížený příjem stravy), neustálé naříkání, odkládání práce, snížené množství práce, snížená kvalita práce, zvýšené množství vykouřených cigaret, zvýšený příjem alkoholu (nejen u alkoholiků), zvýšený příjem drog.

Mezi psychologické příznaky stresu patří: prudké změny a výkyvy nálad, zvýšená podrážděnost, úzkost, pocity únavy, nespokojenost se svým vzhledem, zdravotním stavem, snění, omezování kontaktu s lidmi.

Mezi fyziologické změny při stresu řadíme: palpitace, bolesti hlavy, ztuhlost krční a bederní páteře (spojená s bolestivostí), bolesti a pocity svírání na hrudi, nechutenství, plynatost, křeče v břiše (často i s průjmy), nucení na močení, ztráta sexuální apetence, impotence, změny v menstruačním cyklu, vyrážka, migrény (Křivohlavý, 2010, str. 22 – 24).

Při častém zažívání stresu může docházet k negativním vlivům na organismus dle Křivohlavého, 2010:

- kardiovaskulární systém – hypertenze, koronární choroby
- gastrointestinální systém – návaly, zvracení, gastroduodenální vředy, syndrom dráždivého střeva
- imunitní systém – snížení imunity, letargie, únavnost
- genitouretrální systém – časté nucení na močení, orgasmické dysfunkce, impotence
- svalový systém – bolesti v zádech, v oblasti hrudníku, bolesti hlavy
- dýchání – dechová nedostatečnost, hyperventilace, astma

Pokud se chceme se stresem vyrovnat, je důležité provádět určité aktivity, které nám pomohou se stresu zbavit nebo jej alespoň snížit. Cíle mohou být různé, může jít o to, snížit hladinu toho, co nás zatěžuje, zachovat si emocionální klid, duševní pohodu, zachovat si tvář a pozitivní obraz sebe sama.

Strategie, které je možné použít při zvládnání stresu dle Křivohlavého, 2010:

- plánovat řešení a hledání daného problému
- uklidňování rozrušených emocí
- utkat se s těžkou, nepříjemnou situací
- distancovat se od stresové situace
- hledat pozitivní stránky na nastalé situaci
- hledat sociální oporu (rodina, přátelé...)
- přijmout osobní zodpovědnost
- snažit se vyhnout stresové situaci

Kromě těchto strategií, existuje velmi konkrétní jednání, které nám pomohou stres zvládat, odpočinout si od něj, vypnout. Patří sem různé techniky relaxace, imaginace, meditace a biofeedback (metoda biologické zpětné vazby). Každý člověk si sám volí, jaký způsob zvolí, co je mu nejbližší. Mezi relaxační metody mohou patřit např. procházka, cvičení (velmi ob-

líbená v dnešní době je jóga), kresba, poslouchání hudby, čas strávený s rodinou, přáteli a mnoho dalších (Křivohlavý, 2010, str. 27 – 39).

Zdravotník je celoživotně vystaven značnému stresu. Je to způsobeno prací, kterou vykonává, z obavy, zda je postup správný, zda pacientovi pomůže a v neposlední řadě jej stresují administrativní faktory, které musí zdravotník vypsát, vyplnit, zaznamenat. Nevládá-li zdravotník stres z práce korigovat, dochází ke změnám psychologickým, fyziologickým a behaviorálním, které jsou uvedeny výše. V těchto případech mluvíme o tzv. **burnout syndromu** (syndrom vyhoření). Zdravotník je schopen sám sobě burnout syndrom diagnostikovat a léčit. Nedojde-li k nápravě pomocí relaxačních technik, je vhodné vyhledat pomoc odborníka (Beran, 2010, str. 128 – 130).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 FORMULACE PROBLÉMU

V naší práci se budeme zabývat aktuální problematikou pacientů s agresivním chováním a zvládání těchto situací ošetřujícím personálem. Jelikož v současnosti tyto problémy v nemocnicích a jiných ošetrovatelských zařízeních přibývají, vzrůstají i obavy personálu o jeho zdraví a bezpečí.

V naší práci jde hlavně o to pochopit a poznat, jak zdravotníci tyto náročné a opakující se problémy zvládají a jak se s nimi vyrovnávají, zda si připadají v bezpečí a jak tyto těžké situace řeší.

3.1 Cíle práce

Cílem práce, je proniknout hlouběji do problematiky zvládání stresových situací s agresivním pacientem. Chtěli bychom zjistit, jak se personál v takových situacích chová, jak se později se stresem vyrovnává. Další, co nás zajímá je, jak dokáže sestra s pacientem komunikovat, jestli si dostatečně zachová profesionální přístup během agrese i po jejím odeznění.

Dílním cílem práce a jejím úkolem je formulovat doporučení, jak v takových situacích profesionálně postupovat a jak se poté s těmito skutečnostmi vyrovnat.

Cíl 1: Zjistit, jaký převažuje projev agrese a jaký je nejčastější způsob zklidnění pacienta.

Cíl 2: Zjistit, jakým způsobem zvládají sestry na JIP a standardním oddělení situace s agresivním pacientem.

Cíl 3: Zjistit, jestli je personál schopen zachovat profesionální přístup k agresivnímu pacientovi i po uklidnění situace a jaké má zdravotník pocity v těchto náročných situacích.

3.1.1 Úkoly

Dle cílů práce jsme si stanovili úkoly, kterými se budeme v rámci práce zabývat:

1. **úkol:** Sestavit si vhodné otázky do rozhovoru se sestrami. Vybrat vhodný vzorek respondentů.
2. **úkol:** Provést rozhovory s vybraným vzorkem všeobecných sester, které mají dostatek zkušeností a pracují v nemocnici. Dozvědět se, jak zvládají stresové situace s agresivním pacientem. Srovnat, zda je rozdíl mezi chováním a jednáním sester na JIP a na standardním oddělení. Zjistit, jestli by respondenti rádi využili možnosti navštívit a promluvit si s profesionálem – psychoterapeutem, psychologem, psychiatrem. Pokud by odpověděli kladně, dotázat se, zda tuto možnost, ze strany zaměstnavatele, mají.
3. **úkol:** Sestavit doporučení, jak se správně v takových situacích chovat, jak s pacientem jednat. Tento materiál bude poskytnut vrchní sestře v papírové i elektronické podobě s možností rozeslání po dalších odděleních v nemocnici.

3.2 Metody sběru dat

Pro naši práci jsme si zvolili **kvalitativní rámec práce**. Jako metodu sběru dat jsme vybrali rozhovor. Rozhovor patří mezi nejčastější metody sběru dat v kvalitativním výzkumu. Zvolili jsme jej i my, protože při něm dochází k přímé konfrontaci mezi tazatelem a dotazovaným. Můžeme zde tedy vidět reakce a emoce dotazovaného. Popřípadě je možné otázky vysvětlit, přiblížit, nebo přeformulovat. Sledujeme i neverbální projevy dotazovaného.

Rozhovorem získáme spoustu informací, které jdou do hloubky. Rozhodli jsme se pro rozhovor strukturovaný, který má pevně postavené otázky, které klademe respondentům ve stejném pořadí i znění (Hlad'o, 2010, str. 40 – 45).

Jako metodu výzkumu jsme si vybrali **fenomenologický výzkum**. V práci se snažíme pochopit, jak zdravotní sestry vnímají stresové situace spojené s agresivním pacientem. Využíáme tzv. fenomenologický rozhovor, kde nám jedinec popisuje určitou situaci až zpětně, s časovým odstupem (Hlad'o, 2010, str. 85).

Kvalitativní výzkum se dá rozdělit do mnoha podskupin. My bychom jej mohli zařadit do podskupiny „studium sociální skupin“. Zde se podle Hendla (2005) zkoumají malé skupiny nebo větší difuzní skupiny. Studie tohoto typu se snaží popsat vztahy a komunikaci v určité skupině.

3.3 Výběr respondentů

U kvalitativního výzkumu není možné použít náhodný vzorek respondentů. Je důležité, aby měli respondenti určité vlastnosti. V našem případě je to místo zaměstnání, léta praxe a dosažené vzdělání. V našem výzkumu jsme respondenty vybírali podle specifických vlastností. Při výběru jednotlivých respondentů je podstatné koho, co, kdy a kde budeme zkoumat, uvádí Švaříček a Šedřová, 2014. Cílem našeho výzkumu není udělat ucelené a centralizované závěry pro celou populaci.

Naše rozhovory jsme prováděli v krajské nemocnici, s dostatkem personálu pro naši práci. Bylo důležité zvolit si vhodný vzorek respondentů. Vybírali jsme si všeobecné sestry, které pracují v nemocnici na standardním oddělení a na oddělení intenzivní péče. Důležitá pro nás byla délka praxe, alespoň dva roky, aby měli dotazované sestry dostatek zkušeností s agresivním chováním u pacientů. Nakonec jsme si zvolili deset vhodných respondentů, pět ze standardního oddělení a pět z jednotky intenzivní péče. Jak je psáno výše, minimální délka praxe byla požadována dva roky, nejdelší praxi měl respondent ze standardního oddělení, a to jedenáct let.

3.3.1 Popis respondentů

Respondent 1

- žena
- všeobecná sestra, bez titulu
- vzdělání - střední zdravotnická škola
- praxe - 11 let, standardní oddělení interní kliniky

Respondent 2:

- žena
- všeobecná sestra, titul: DiS.
- vzdělání - střední zdravotnická škola, vyšší odborná škola.
- praxe - 2,5 roku, standardním oddělení a momentálně mateřská dovolená

Respondent 3:

- žena
- všeobecná sestra, titul: Bc.
- vzdělání - střední zdravotnická škola, vysoká škola
- praxe - 8 let, standardní oddělení

Respondent 4:

- žena
- všeobecná sestra, titul: Bc.
- vzdělání - gymnázium, vysoká škola
- praxe - 3 roky, standardní oddělení

Respondent 5:

- žena
- všeobecná sestra, bez titulu
- vzdělání - střední zdravotnická škola
- praxe - 9 let, standardní oddělení, momentálně mateřská dovolená

Respondent 6:

- žena
- všeobecná sestra, titul: DiS., studuje Bc.
- vzdělání - střední zdravotnická škola, vyšší odborná škola, nyní vysoká škola
- praxe - 6 let, standardním oddělení, koronární jednotka, nyní asi 1 měsíc ARO

Respondent 7:

- muž
- zdravotnický záchranář, titul: DiS.
- vzdělání - střední zdravotnická škola, vyšší odborná škola
- praxe – 3 roky, koronární jednotka

Respondent 8:

- žena
- všeobecná sestra, titul: Mgr.
- vzdělání – střední zdravotnická škola, vysoká škola
- praxe – 5 let, metabolická jednotka intenzivní péče

Respondent 9:

- žena
- všeobecná sestra, titul: Bc.
- vzdělání – střední zdravotnická škola, vysoká škola
- praxe – 4 roky, standardní oddělení, metabolická jednotka intenzivní péče

Respondent 10:

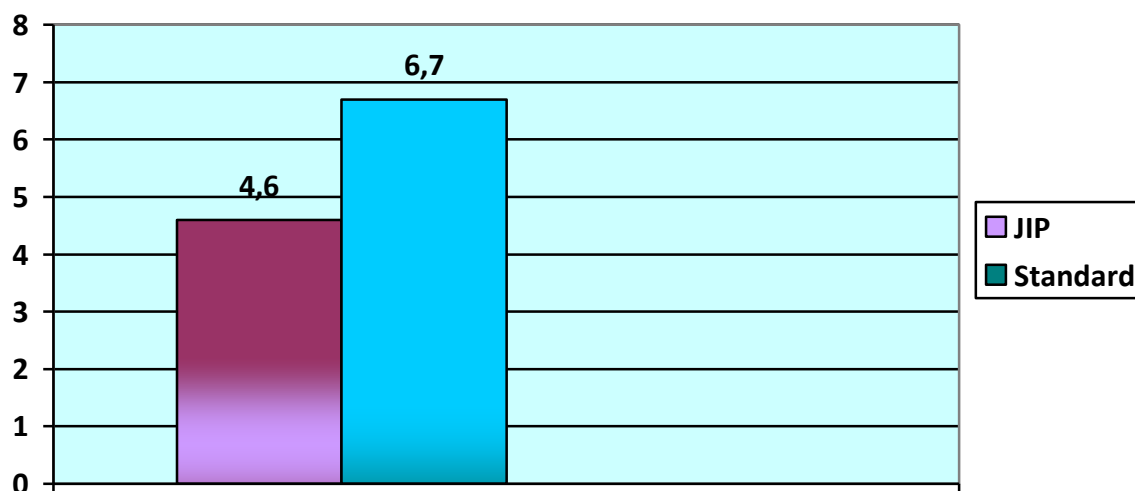
- žena
- všeobecná sestra, titul: DiS.
- vzdělání - střední zdravotnická škola, vyšší odborná škola
praxe – 5 let, koronární jednotka

Aby data a rozhovory nebyly zkresleny nebo nedošlo k neobjektivnosti, rozhovory vedl a zaznamenával pouze jeden dotazovatel se stejnými požadavky na otázky a odpovědi. Během zpracování výsledků jsme poupravili vulgarismy, které se občas v rozhovorech vyskytly.

Jak je vidět výše, našich rozhovorů s respondenty požádanými na rozhovor se vyskytuje jeden muž, další muž byl taktéž požádán o rozhovor, kdy se jednalo o rozhovory zkušební,

zkoušeli jsme vhodnost položených otázek. Velká většina respondentů jsou ženy a to i ty, které byly taktéž požádány o rozhovor v rámci zkušebního zkoumání.

Graf 1: Průměrná délka praxe na oddělení



V kapitole popis respondentů, je zřejmé, že z desíti respondentů má devět respondentů střední zdravotnickou školu, jeden z dotazovaných má vystudované gymnázium. Jen dva své vzdělání ukončili pouze maturitním vysvědčením a nepokračovali dále ve studiu. Čtyři respondenti mají dokončenou vyšší odbornou školu a čtyři mají ukončené vzdělání na vysoké škole. Jedna z dotazovaných má vystudovanou vyšší odbornou školu, momentálně v rámci kombinovaného studia navštěvuje vysokou školu. Jeden respondent nemá vzdělání jako všeobecná sestra, ale jako zdravotnický záchranář.

Tabulka 1: Dosažené vzdělání respondentů

	SZŠ	VOŠ	VŠ	Gymnázium
1.	/			
2.	/	/		
3.	/		/	
4.			/	/
5.	/			
6.	/	/	/	
7.	/	/		
8.	/		/	
9.	/		/	
10.	/	/		

V rozhovoru je také položena otázka, jaká je maximální obsazenost na oddělení a kolik personálu je v rámci směny přítomných. Jedná se nám o to, zjistit o kolik pacientů se sestra stará, jak moc jich má na starosti.

Rozhovory jsme dělali na standardním oddělení interního typu, jednalo se o dlouhé oddělení, kde je 13 pokojů, z toho 2 jsou jednolůžkové, zbytek 3 lůžkové. Při plném obsazení je zde 35 pacientů, pokud je nezbytně nutné mohou být použity i 4 přistýlky, v tomto případě je na oddělení 39 obsazených lůžek. Toto není úplně časté, na oddělení je průměrně 30 pacientů. Na denní směně jsou 3 sestry, to znamená, že každá sestra má na starost asi 10 pacientů. Na noční směně jsou na etáži 2 sestry a tak mají na starosti průměrně 15 pacientů.

Dále jsme výzkum prováděli na jednotkách intenzivní péče, a to: Koronární jednotka intenzivní péče (KJ) a Metabolická jednotka intenzivní péče (JIP). Na KJ pracuje dle momentálního počtu personálu průměrně 5 sester na denní směně a 4 sestry na směně noční, při dostatečném personálním obsazení je na oddělení i 6 sester. Plný stav na KJ je 12 lůžek, momentálně, protože jsou omezené počty personálu, jsou 2 lůžka uzavřena. To znamená, že při plné obsazenosti má přes den sestra dva pacienty, na noční směně jsou to 2 – 3 pacienti. Na metabolické JIP není personální krize tak velká a nemusejí se uzavírat lůžka. Na denní i noční směně jsou 4 sestry. Maximální obsazenost je 8 lůžek. Z toho vyplývá, že každá sestra má na starost 2 pacienty.

V rozhovorech je zřetelně poznat, že na jednotkách intenzivní péče, je práce s pacienty jiná a velmi odborná. Na otázku, jak často se setkáváte s agresivním pacientem, odpověděli respondenti z intenzivní péče, že se s nimi setkávají velmi často. Pokud bychom odpovědi zprůměrovali, jednalo by se o každou druhou směnu, kde se alespoň jeden takový pacient objeví.

4 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ

V následující kapitole zpracujeme výše zmíněné úkoly a cíle. Budeme se zabývat získanými daty a rozhovory. Některé rozhovory nebudou interpretovány doslovně, budeme vynechávat vulgarismy a nespisovné výrazy.

Pro přehlednost zde uvádíme seznam otázek v rozhovoru:

1. Jaké je Vaše dosavadní pracoviště?
2. Jaká je délka Vaší praxe?
3. Kolik personálu je na denní a noční směně?
4. Jaká je maximální obsazenost oddělení, na kterém pracujete?
5. Setkáváte se na Vašem pracovišti s agresivním pacientem?
6. Jak se agrese u pacientů nejčastěji projevuje?
7. Jaký volíte postup při práci s agresivním pacientem - používáte nějaké omezující a tlumící prostředky, nebo volíte raději domluvu?
8. Můžete říct, jaký postup je pro Vás nejsympatičtější, který nejradši použijete?
9. Jaké máte pocity během záchvatu agrese?
10. Jak tyto situace zvládáte, jaké jsou Vaše pocity po takovém výstupu pacienta?
11. Hraje u Vás roli, kdo je pacient a proč je pacient agresivní?
12. Soucítíte s pacientem, snažíte se do něj vcítit, cítíte lítost nebo naopak agresi, zlost, apatii?
13. Pociťujete strach při práci a komunikaci s agresivním pacientem, cítíte se v ohrožení v takové situaci?
14. Jak s agresivním pacientem komunikujete?
15. Zachováte si v takovém případě profesionalitu, nebo s tím máte problém?
16. Vysvětlujete pacientovi co se děje a kde je?
17. Jak reagujete, když Vám agresor nadává a tyká Vám?
18. Po odeznění agrese komunikujete s pacientem normálně, máte snahu, nebo je Vám pacient „ukradený“?
19. Snažíte se práci s agresivním pacientem vyhnout, posíláte za takovýmto pacientem kolegyně/kolegy, chodíte k takovému pacientovi ve větším počtu?
20. Mluvíte o takových situacích s kolegyněmi, partnery, rodinou?

21. Uvítal/a byste možnost promluvit si s odborníkem po takovéto „extrémní“ situaci a umožňuje Vám ji zaměstnavatel?

4.1 Cíle

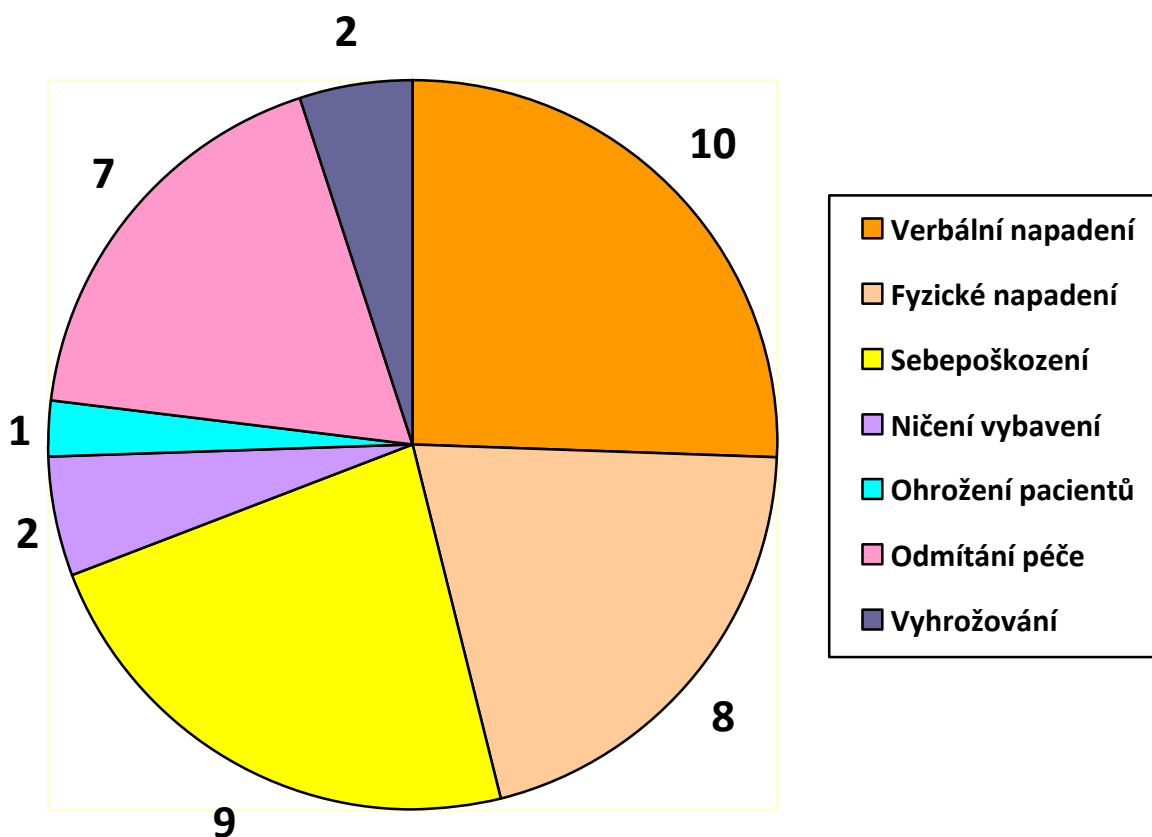
Cíl 1: Zjistit, jaký převažuje projev agrese a jaký je nejčastější způsob zklidnění pacienta.

V prvním cíli zjišťujeme, v jaké nejčastější podobě se pacienti projevují, výsledek je zpracován do tabulky a do grafu pro lepší přehlednost. Budou použity všechny odpovědi od našich respondentů. Zde jsme vyhodnocovali otázku č. 6 v rozhovoru.

Tabulka 2: Nejčastější projevy agrese

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
Verbální napadení	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Fyzické napadení	/		/		/	/	/	/	/	/
Sebepoškození	/	/	/	/	/	/	/		/	/
Ničení vybavení							/		/	
Ohrožení pacientů					/					
Odmítání péče	/	/	/	/	/	/		/		
Vyhrožování							/			/

V **tabulce 2** je zobrazeno, jak dotázaní odpovídali na otázku, jaké jsou nejčastější projevy agrese u pacientů. Jak je vidět, všichni respondenti odpověděli verbální napadení. Fyzické napadení také označili téměř všichni, jako velmi časté. Sebepoškozením, které je ve velké míře zahrnuto, je myšleno vytrhávání si invazivních vstupů, svodů EKG, atp. Pro lepší přehlednost je níže zpravován také graf nejčastějších projevů.

Graf 2: Nejčastější projevy agrese

V **grafu 2** je velmi přehledně vidět, které projevy jsou jak zastoupeny. Je dobře, že např. ohrožení jiných pacientů je málo časté, stejně tak, jako ničení nemocničního vybavení. Když se toto občas stane, většinou jsou takové stavy na JIP, jsou potom škody na vybavení značné. Nejčastější je verbální napadení, které je mířené na ošetřující personál. Jedná se o vulgarity, nesmyslné poznámky apod., k tomu se váže i fyzické napadení, kdy se pacienti ohání rukama, kopou, snaží se odcházet z oddělení.

Cíl 2: Zjistit, jakým způsobem zvládají sestry na JIP a standardním oddělení situace s agresivním pacientem.

V druhém cíli se pokoušíme zjistit, jaký způsob zklidnění pacienta sestry používají. Jestli raději volí pouze domluvu, nebo jestli je pro ně pohodlnější a příjemnější volit restriktivní

pomůcky k zajištění pacienta a bezpečí pro něj i ostatní. O co se pokouší jako první a jaký volí další postup.

Na otázky 7. a 8. v rozhovoru odpovídali respondenti většinou podobně, je dobře, že se všichni snaží postupovat dle správných etických, morálních standardů a kodexů. Všichni zodpověděli, že první se snaží s agresivním pacientem nějak domluvit. Na tomto se shodlo všech deset respondentů, ale také všichni dodávají - domluva je sice krásná věc, ale většinou se jedná o zbytečné pokusy a stejně jsou nuceni použít restriktivní opatření.

Postup, který je volen, je ten, že se snaží s pacientem domluvit, pokud nereagují na domluvu, tak je informován lékař a ten dál volí restriktivní opatření, přistupuje se ke kombinaci kurtace horních končetin a léků na ztlumení. Pokud toho nestačí, tak se kurtují i dolní končetiny a trup.

Na otázku, který způsob je nejoblíbenější většina odpověděla, že domluva a pak následně kurtace horních končetin. Na toto se používají dvoje typy kurtů – „příjemnější“ na suchý zip a potom pevnější kožené nebo magnetické – ty jsou voleny při těžších stavech agrese. Často je k tomu voleno i přidržení těla pomocí prostěradla přes trup.

Zde uvádíme vybrané odpovědi respondentů:

Jaký volíte postup při práci s agresivním pacientem - používáte nějaké omezující a tlumící prostředky, nebo volíte raději domluvu? Můžete říct, jaký postup je pro Vás nejsympatičtější, který nejradši použijete?

Respondent 1: *„No jak, utlumí se a přiváže. Aha, ty to chce podrobněj, však to znáš (smích). Takže při prvním projevu agrese se snažím pacientovi domluvit, pokud to nezabírá a pacient nechce spolupracovat, přivolá se lékař, se kterým situaci probereme. On se jde na pacienta podívat a nařídí další postup. Bud' teda tlumící léky, popřípadě nařídí kurtaci. někdy napíšou psychiatrické konzilium. Jaký postup – no, domluva většinou nepomáhá. Přivázat ho taky nepřivážeš, protože bude hulákat, musíš ho první utlumit a pak přivázat, aby neutekl nebo si neublížil.“*

Respondent 3: *„První se snažíme s pacientem domluvit, ale ve většině případů to není možné. Přistupujeme tedy k použití omezujících prostředků a tlumících léků dle ordinace lékaře. U každého takového pacienta je samozřejmě veden záznam o imobilizaci. Žádný s*

omezujících postupů se mi nelíbí. Omezující a tlumící prostředky jsou použity na základě ordinace lékaře.“

Respondent 4: *„První co udělám, informuji lékaře. A podle toho, co lékař naordinuje - buďto nějaké tlumící léky nebo se dají kurty, když už to ohrožuje personál. Domluva většinou nezabírá, ale snažíme se. Třikrát a dost!“*

Respondent 6: *„Snažím se začínat domluvou, popřípadě vysvětlením, s odezvou na tuto metodu jsem se setkala jen velmi málo, ve většině případů, když nechci, používám omezující prostředky a pokud je to neúnosné, domluví se s lékařem na nějakém tlumícím prostředku. Z hlediska pracovního, profesionálního, etického a morálního samozřejmě domluva a vždycky se snažím vydržet co nejdéle, ale jsem jen člověk a mám jen jedny nervy a někdy to bohužel nejde jinak, než pacienta ihned přikurtovat, nebo hned „uspat“.“*

Respondent 7: *„Nejprve se mu snažíme domluvit, potom dle stavu kurtace, popřípadě Midazolam, Apaurin, Haloperidol, Tiapridal, Tisercin, Zyprexa... Je s tím docela sranda a někdy tomu říkám – Jarní mix (smích).“*

Respondent 8: *„Dle ordinace lékaře je možné použít omezující prostředky formou kurtace, myslím tím ruce, případně i nohy, magnetické kurty, zajištění pomocí prostěradel či kožených popruhů. Farmakologické prostředky se používají také dle ordinace lékaře. Bolusově či kontinuálně, dle stavu pacienta. Velmi často je podáván Midazolam, bolusově Apaurin. K „nasyčení“ pacienta se také používá Tiapridal. To vše, ale až po pokusu o slovní domluvu, která je, ale málo kdy účinná. Někdy je nutné zavolat si na pomoc ochranku nebo policii. Určitě v první řadě domluva. Pokud je nemožná a neúčinná, volím kurtaci rukou. Záleží na celkovém stavu a schopnosti pacienta ublížit sobě a ostatním.“*

Respondent 9: *„Pokud na ně neplatí domluva, tak používáme kurty na suchý zip, pokud je to extrémně agresivní pacient, tak používáme magnetické kurty, ale i k nim je ještě mnohdy zapotřebí použít na znehybnění popruh třeba z prostěradla. Dále se jim zajistí nová PŽK, většinou si ji totiž vytrhnou a pak se jim dává na začátek nějaký bolus, buď Apaurinu nebo Midazolamu a pak kontinuálně Midazolam do zklidnění a dle stavu se pak postupně snižuje dávka. Samozřejmě je nejlepší, když se po domluvě zklidní a není potřeba kurtovat. Nebo když se u alkoholiků nasadí včas Diazepam tablety při prvních známkách deliria. Ale lékaři dost často podceňují naše obavy, přijdou se na pacienta podívat, ten má před ním respekt,*

protože je to lékař a zklidní se. Ale jak zas odejde, tak je opět neklidný a chce odcházet a my si s ním musíme poradit.“

Pokud bychom měli sestavit žebříček, co je pro sestry nejpříjemnější postup, bylo by to:

1. domluva pacientovi
2. kurtace horních končetin
3. ztlumení léky
4. kurtace dolních končetin a trupu

Vše je samozřejmě až po domluvě a ordinaci lékaře. Pokud dojde k aplikaci restriktivních pomůcek, vše je řádně zaznamenáno do dokumentace a příslušných formulářů.

Cíl 3: Zjistit, jestli je personál schopen zachovat profesionální přístup k agresivnímu pacientovi i po uklidnění situace a jaké má zdravotník pocity v těchto náročných situacích.

Tento cíl je velice rozsáhlý a dalo by se o něm hovořit a psát dlouhou dobu. Chtěli bychom zde poukázat na nejčastější pocity zdravotnického personálu. Na to, jak jsou schopni ovládat své emoce a profesionálně zvládat svou práci a jestli má chování pacienta vliv na další komunikaci s ním. Je náročné hodnotit profesionální chování personálu od nich samotný, mohlo by se stát, že dostaneme zkreslené informace vnímání sebe sama. Může se stát, že v očích kolegy nebudou jednotlivé přístupy brány stejným měřítkem. Nad touto otázkou se většina respondentů zasmála, ale poté začali všichni přemýšlet, jak by vlastně měli odpovědět. Někteří se první ostýchali mluvit otevřeně, ale když byli uklidněni, že nikde nebudou figurovat jejich jména, více se otevřeli. Zde jsme vyhodnocovali z otázek č. 9 – 15 a také otázka č. 18.

Pro představu přidáváme citace od vybraných respondentů:

Soucítíte s pacientem, snažíte se do něj vcítit, cítíte lítost nebo naopak agresi, zlost, apatii?

Respondent 1: *„Jak kdy, nevím. Je tam víc podtříd, podle čeho se orientuji. Jak kdy, někdy ano. Asi podle toho, jakou mám sama náladu. Asi záleží na tom, v jaké jsem psychickém rozpoložení. Když jsem sama v pohodě, zvládám takové situace lépe.“*

Respondent 4: *„Nejdřív se do nich snažím vcítit, jsem milá, pak naštvaná až zlostná, když to pokračuje. Hmm, apatická ani ne, podle pravdy – ano, jsem apatická a ignoruju je (smích).“*

Respondent 7: *„Jsem namíchnutý. Ber to tak, že bys byla agresivní pacient a já použil vše, co jsem ti řekl předtím. Jednou jsem zkoušel agresivního pacienta ignorovat, ale než mi stačil říct své pocity, zemřel. Jinak komunikuju s klidem, slovně a záleží na stavu... Nelze tyto stavy sumarizovat. Neříká se, že je každý bio-psycho-sociální individuum?“*

Respondent 8: *„Určitě s pacientem soucítím. Někteří za to vážně nemohou. Ale jakmile je u nás pacient se stejným problémem hospitalizován několikrát – alkoholismus, delirium s ním spojené či intoxikace – drogy, alkohol, člověk chvílemi cítí i zlost nebo naopak apatii.“*

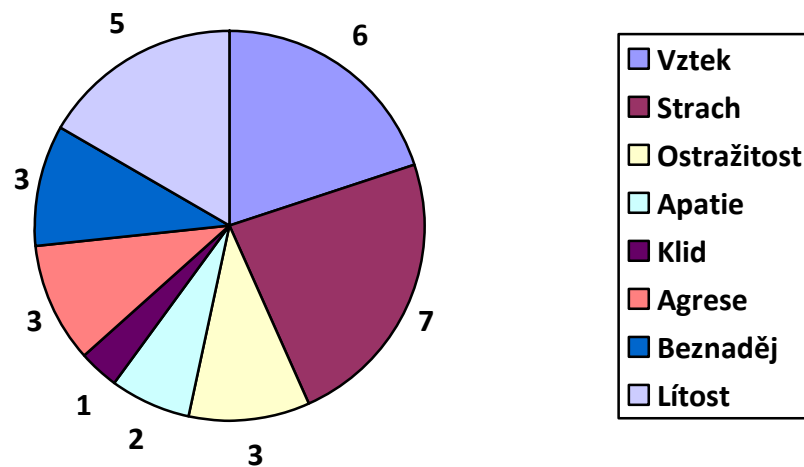
Respondent 10: *„Pokud je to člověk, jak už jsem říkala na předchozí otázku, který je nemocný, tak se snažím vcítit, ale po celé směně je to už jen apatie a vztek. Pokud je to alkoholik nebo feťák, tak soucit nepocituju vůbec, nemám je ráda a myslím, že si ho kolikrát ani nezaslouží.“*

Tabulka 3: Nejčastější pocity při jednání s agresivním pacientem

	vztek	strach	ostražitost	apatie	klid	agresi	beznaděj	lítost
1.	/			/				
2.	/	/					/	/
3.	/	/					/	/
4.		/		/				
5.	/		/			/		
6.	/	/				/	/	/
7.					/	/		
8.		/	/					/
9.		/	/					
10.	/	/						/

V tabulce 3 uvádíme nejčastěji zmiňované pocity během práce s agresivním pacientem. V této otázce je nejvíc vidět rozdíl mezi sestrami – ženami a muži. Kde respondent číslo 7 (muž) uvádí, že je klidný, nerozčiluje se a situace zvládá s přehledem.

Graf 3: Nejčastější pocity při jednání s agresivním pacientem



V **grafu 3** jsou barevně znázorněny pocity personálu při práci s agresivním pacientem. Je vidět, protože se jedná ve většině o ženy, že mají strach a to nejen o sebe, ale i o samotného agresora a samozřejmě i ostatní pacienty.

Dále nás zajímalo, jestli hraje u sester roli, o jakého pacienta se jedná, jestli ke všem přistupují se stejným měřítkem. Tady se nám potvrdilo, co jsme si mysleli, a u většiny hraje velkou roli, o jakého pacienta se jedná, jestli je to stará „babička“ s demencí, která za to nemůže, nebo jestli se jedná o „známou firmu“, která je pravidelně přijímaná s deliriem a intoxikací. **Ano, hraje to roli.**, odpovědělo z deseti dotazovaných – osm respondentů.

Ne, nehraje., odpovědělo z deseti – dva respondenti.

U 80% ošetrovatelského personálu hraje roli, o koho se při péči jedná, pouze 20 -ti % je to jedno. Protože hodně takových případů jsou právě alkoholici a toxikomani, nemají sestry lehké s nimi pracovat a tím se také odvíjí jejich výše zmíněné pocity.

Po odeznění agresivního chování zachovává personál profesionální chování a komunikuje normálně, bez výčitek, ignorace pacienta. Pouze jeden respondent s tímto měl problém a nechtěl s agresorem komunikovat ani po odeznění, hlavně pokud se jedná o problémovou skupinu pacientů, kteří se na odděleních opakují stále dokola.

Když jsme se v otázce 16 ptali na komunikaci s pacientem, jestli personál opakuje, co se s pacientem děje, kde je a jestli mu danou situaci vysvětluje, byli odpovědi docela podobné. Personál se snaží vysvětlit, co se děje, ale jak uvádí, je to podle nich zbytečné. Pacienti jsou v takových stavech, že personál nevnímají nebo mu nevěří. Někdy mají halucinace a nedokážou posoudit, co je realita a co ne. Dle uvedených odpovědí, mají všichni dost práce, navíc je to pro ně psychicky vyčerpávající a po určité době to vzdají a přestanou se snažit.

Pro představu uvádím odpovědi respondentů, které nás zaujaly:

Vysvětlujete pacientovi co se děje a kde je?

Respondent 1: „Samozřejmě. Ano, pořád dokolečka, pokud to ale nepřestává, tak se na to pak vyprdu. A pak jdu domů, našťestí.“ (smích)

Respondent 2: „Ano, opakovaně vysvětluji, kdo jsem, kde se nachází, proč... Jak kolovrátek, je to strašně únavné.“

Respondent 3: „Ano, neustále. Pořád dokola. Když už mi dojdou nervy, tak s tím přestanu a nesnažím se. Prostě tam jdu, udělám, co musím, případné nadávky mu odkývám a zas odcházím.“

Respondent 4: „Jo, ze začátku jo, ale když zjistím, že je úplně mimo, tak zjistím, že to nemá cenu a přestanu. Nic se nemá přehánět, ne?“ (smích)

Respondent 5: „Každému pacientovi pokud je zmatený, dezorientovaný či agresivní se snažíme vysvětlit, kde se nachází a proč. Taky pokud se s nama moc nerve, vysvětlujeme, co děláme a ať nemá strach a tak.“

Respondent 6: „Ano, ve většině případů ano, ale mrhat svým drahocenným časem a vysvětlovat to nějakému opilému alkoholikovi, to vážně ne.“ (úsměv)

Respondent 7: „Stokrát dokola a stokrát bez efektu. Marná snaha s některými individui.“

Respondent 8: „Je důležité mu vysvětlit, co a jak. Často to však bývá zbytečné, i když někdy dává najevo porozumění, po chvíli se stává opak a jsme zas na začátku.“

Respondent 9: „Ano, několikrát. Ale je to strašně vyčerpávající.“

Respondent 10: „Ano zpočátku, ale po celodenním zápase s pacientem, poté již ne.“

4.2 Úkoly

1. úkol: Sestavit si vhodné otázky do rozhovoru se sestrami. Vybrat vhodný vzorek respondentů.

Sestavili jsme seznam několika otázek, ty jsme potom vyzkoušeli na zkušebních rozhovorech a dle odpovědí a otázek na které jsme se doptávali, jsme otázky poupravili ke konečné verzi, která je vložena v přílohách práce (Příloha 1). Rozhovor se skládá z 21 otázek, pokud některé odpovědi nebyly úplně jasné, tak jsme se dotazovaných ptali dále, aby odpověď rozvedl nebo upřesnil.

Respondenty na rozhovor jsme vybírali ze zaměstnanců v nemocnici. Zvolili jsme si počet 10 respondentů, z toho 5, pracujících na JIP a 5 pracujících na standardním oddělení. Všechny dotazované jsem znala ze svého zaměstnání, a také proto jsme si je vybrali. Myslíme si, že když se s respondenty známe, tak budou odpovídat mnohem otevřeněji,

než kdyby se jednalo o úplně cizí lidi. Minimální délka praxe byla určená alespoň dva roky, aby měli dostatek zkušeností. Zkušební rozhovory jsme prováděli tři a na respondenty byly kladeny stejné požadavky, jako na respondenty uváděné v naší práci.

2. úkol: Provést rozhovory s vybraným vzorkem všeobecných sester, které mají dostatek zkušeností a pracující v nemocnici. Dozvědět se, jak zvládají stresové situace s agresivním pacientem. Srovnat, zda je rozdíl mezi chováním a jednáním sester na JIP a na standardním oddělení. Zjistit, jestli by respondenti rádi využili možnosti navštívit a promluvit si s profesionálem – psychoterapeutem, psychologem, psychiatrem. Pokud by odpověděli kladně, dotázat se, zda tuto možnost, ze strany zaměstnavatele, mají.

Rozhovory, které jsme se sestrami prováděli, trvali průměrně asi 30 minut. S respondenty jsme se vždy sešli po pracovní době, s některými během pracovní doby a prováděli rozhovory. Ty byly nahrávány na diktafon (mobilní telefon). Následně byly zpracovány do písemné podoby, aby se s nimi lépe pracovalo.

Z rozhovorů, které byly pořízeny, vyplývá, že dotazované sestry zvládají situace s agresivními pacienty dobře. Jak je vidět výše, mají sestry přiměřený strach, což je v takových situacích normální, s pacientem jich komunikuje vždy víc, aby byl personál v převaze. Na JIP jsou situace náročnější a pacienti jsou hůře zvládnutelní, ale na rozdíl od standardního oddělení je personálu na pacienta víc. Mají lepší techniku, lépe na pacienta vidí, pokud se něco děje a také lékaře mají dříve k ruce, pokud takové chvíle nastanou ve službě. Pokud jsou situace nebezpečné a agresor je nevládnutelný, je volána nemocniční ochranka, nebo dokonce Policie ČR – to odpovídaly pouze sestry na JIP. Rozdíly v chování nejsou nějak výrazné, většina respondentů pociťuje vztek, hlavně když se jedná o opakované hospitalizace po požití návykových látek. Pokud se jedná o zmatené staré lidi, kteří za to nemohou, cítí respondenti spíše lítost. Řekli bychom ale, že sestry na JIP přece jen zvládají ty situace lépe. Mají na starost méně pacientů, ti jsou uloženi na lůžku, nechodí po chodbě atp., jako je tomu na standardním oddělení. Zde nám dokonce několik respondentů odpovědělo, že je práce s agresivním pacientem obtěžuje, je jim nepříjemná.

Na otázku v rozhovoru, jestli by sestry využily možnost promluvit si s profesionálem (psychoterapeut, psycholog, psychiatr) z desíti odpověděli jednoznačně NE, pouze dva respondenti. Přijde jim to zbytečné. Dokonce použily věty typu: „Pokud bych se měla pokaždé hroutit, tak to nemůžu dělat. Musíš se nad to povznést. Nezatěžovat se tím.“ Nebo také: „Na to mám kolegy. S nimi to můžu probrat v příjemnějším prostředí, než někde v ordinaci s psychologem.“

Jednoznačné ANO, odpověděli dva dotazovaní, s tím, že by to byla zajímavá zkušenost. Ne, že by tuto možnost potřebovali, dodávají také, že ale ne vždy jde rad odborníků v praxi využít. Zbytek sester, se kterými byly rozhovory prováděny by tuto možnost uvítaly pouze, pokud by došlo k nějakému většímu fyzickému ublížení na jejich osobu. Jinak taky radši zvolí variantu povídání s kolegy. Další věc je, že zaměstnavatel takovou možnost vůbec nenabízí. Pouze ve zkušebním rozhovoru jeden respondent odpověděl, že by bylo dobré, kdyby zaměstnavatel umožnil takovou příležitost formou školení, jak s agresivním pacientem jednat.

3. úkol: Sestavit doporučení, jak se správně v takových situacích chovat, jak s pacientem jednat. Tento materiál bude poskytnut vrchní sestře v papírové i elektronické podobě s možností rozeslání po dalších odděleních v nemocnici.

Jako výstup pro praxi z naší práce jsme se rozhodli vytvořit doporučení, jak se k agresivním pacientům chovat, jaké dodržovat zásady. Toto doporučení bude umístěno v přílohách. Bude formou letáku, který se bude moct vyvěsit na oddělení.

5 DISKUZE

V této kapitole bych ráda shrnula a zhodnotila výsledky naší práce. V první řadě bylo důležité sehnat vhodnou a kvalitní literaturu zabývající se problematikou agresivního pacienta a agrese ve zdravotnictví. Literatury jsem našla mnoho, ale problém byl, že se velmi často opakovala jedna starší kniha, která byla přepsaná více autory a doplněná jejich myšlenkami. Ale jinak se dá sehnat této literatury dostatek, jak v české, tak v zahraniční literatuře. Podobně na tom byla i literatura zabývající se problémem stresu a syndromu vyhoření u zdravotnického personálu. Literatura byla kvalitní. Velmi se mi líbily knihy z nakladatelství Grada, od nich jsem dostala písemný souhlas s možností použít jejich literaturu.

Důležitou roli hrál výběr respondentů k rozhovoru. Ti byli pečlivě vybíraní, aby neměli nepříjemný pocit z docela intimních otázek na „tělo“ a toho tématu. Snažili jsme se vybrat všeobecné sestry s minimální délkou praxe dva roky. Z deseti respondentů bylo devět žen. Podařilo se nám udělat rozhovor i s mužem, který souhlasil, u něj byl jen rozdíl v tom, že má vystudovaného zdravotnického záchranáře. Respondenti všichni s rozhovorem předem souhlasili a povolili interpretovat jejich myšlenky a slova. Výběr respondentů nebyl těžký, už na začátku jsem měla vytipované zdravotníky s dostatkem zkušeností. Jak už je zmíněno výše prvních pět respondentů je ze standardního oddělení a dalších pět je ze dvou JIP - koronární a metabolická. Před těmito oficiálními rozhovory jsem prováděla ještě rozhovory zkušební, byly provedeny čtyři, zde se mi povedlo promluvit si také s mužem, který ve zdravotnictví je čím dál více.

Pro naši práci jsme si zvolili kvalitativní rámec, a to fenomenologický výzkum. Přesněji fenomenologický rozhovor, díky kterému jsme byli v přímé konfrontaci s dotazovanými. Mohli jsme sledovat jejich výraz tváře, reakce, smích. Když nebyla nějaká otázka dostatečně pochopena, mohli jsme ji lépe vysvětlit, trochu jinak položit a přeformulovat. A naopak, pokud nám nebyla jasná odpověď, mohli jsme poprosit o vysvětlení. Rozhovorem jsme získali spoustu informací, které šly do hloubky problému.

Jako plus vnímám, že se všemi znám osobně a proto respondenti neměli problém svěřit se i s těmi méně příjemnými zážitky nebo i s odpověďmi, které nejsou v rámci naší profese úplně vhodné a nedovolili by si je říct cizímu člověku, ke kterému nemají takovou důvěru.

V rozhovorech jsou patrné rozdíly mezi odpověďmi sester – žen a mužů. Sestry situace sice zvládají, ale dle odpovědí je to pro mnohé velký stres, mají strach o sebe, pacienta i o ostatní. Agresori jsou velmi často intoxikovaní muži, kteří mají nad sestrami – ženami větší fyzickou převahu, nemají k nim takový respekt jako k mužům. Na JIP je výhoda většího množství personálu, na rozdíl od standardu. Když mi na otázky ohledně zvládnání těchto situací odpovídal zdravotník – muž, tak říkal, že situace zvládá s klidem, není z toho ve stresu, také uváděl, že z něj mají pacienti větší respekt, než ze svých kolegyň. Některé bych dokonce řekla, že tyto situace baví, že jim zpestří pracovní rutinu. Pokud dojde k velkému ohrožení a personál už na to sám nestačí, je přivolána nemocniční ochranka a Policie ČR. Ti jsou také kontaktováni, pokud pacient opustí oddělení. Když pomoc nedorazí včas, sestry se s pacientem neperou a prostě „nechají otevřené dveře a ať jde“, jak uvádí jedna z dotazovaných sester.

Další věc, na co jsem se v rozhovorech ptala, jak personál reaguje, pokud jim pacient nadává, tyká atd. Tady je opět vidět rozdíl i mezi tím, o jakou diagnózu se jedná. Když jde o staršího člověka např. s demencí, je ošetřující personál mnohem shovívavější, stále opakuje, co se děje, kde se pacient nachází a proč. Pacientovi netyká, má k němu úctu a taky cítí lítost. Líbila se mi odpověď: „To je jak s malým dítětem, pořád musíš opakovat dokola.“ Pokud jde např. o alkoholika, nemají sestry zájem a potřebu neustále opakovat. Jak odpověděla jedna respondentka: „Třikrát a dost.“ Potom už velká část personálu ztrácí trpělivost. Sestry se stále snaží udržet si odstup, agresorovi vykají, zachovávají profesionalitu. Muž naopak v této situaci odpověděl, že „mu“ řekne svůj názor. Velmi mě překvapil názor jedné z dotazovaných sester, která řekla, že někdy tito pacienti reagují mnohem lépe na to, když jim personál také tyká, lépe na to slyší.

Cíl 1: Zjistit, jaký převažuje projev agrese a jaký je nejčastější způsob zklidnění pacienta.

Zde bychom chtěli zhodnotit, jaký převažuje typ agresivního chování u pacientů. Jak jsme předpokládali a také jak je uvedeno v mnoha podobných pracích, jako je např. diplomová práce *Agresivní pacient ve zdravotnictví*, kde se soustředovali hlavně na použití restriktivních metod ve zdravotnictví, jedná se o agresivitu slovní. V této práci používali metodu jak dotazníků, tak rozhovorů, ve výsledcích uvádí, že nejčastěji je agresivita verbální, společně

s fyzickou. Pacienti velmi často vulgárně napadají personál, nadávají jim, jsou sprostí. Dle rozhovorů vyplývá, že se každý s dotazujícími setkal s tímto typem chování, které je časté snad v každém zdravotnickém zařízení. Nemusí se vždy jednat o intoxikované nebo zmatené pacienty, ale i o nespokojené, kterým se nelíbí nabízená a poskytovaná péče.

Dalším častým typem je fyzické napadení. Z rozhovorů vyplývá, že nejde o mířený útok na personál, ale spíše se pacient brání a ohání, při práci a manipulaci s ním, často kopou kolem sebe, mávají a ohání se rukama, někteří koušou, plivou po personálu – to má pak člověk strach, aby se něčím nenakazil. Dotazovaným se nestalo, že by na ně někdo zaútočil, chtěl je napadnout a ublížit jim. Spíš se stává, že začnou ničit zařízení kolem sebe, tyto situace jsou početnější na JIPkách, než na standardním oddělení. Při těchto stavech, kdy je pacient verbálně a fyzicky agresivní dochází také k sebepoškození. Pacienti si v těchto stavech snaží vytrhnout veškeré vstupy a nedochází jim, že si tím mohou sami ublížit.

Nejjednodušší a pro pacienta také nejlepší je ústní domluva, kdy pacient pochopí, co se s ním děje a proč tomu tak je. Jak je vidět, tento způsob uklidnění pacienta je ve většině případů neúčinný. Personál, i když se velmi snaží opakovat co se děje a kde se nachází má pouze omezené možnosti a jak uvádí jedna respondentka „jedny nervy“, že při této náročné práci jsou nuceni neklidného pacienta ztlumit nebo přikurtovat. Jsem ráda, že nikomu z dotazovaných toto počínání není příjemné a všichni by ocenili, kdyby se dalo vše vyřešit domluvou. Řekla bych, že personál na JIP má s pacienty v těchto případech mnohem větší trpělivost a snaží se s pacientem domluvit. Mají o něm větší přehled a nemusí mít takový strach, že by třeba opustil oddělení, jako se může na standardu stát. Já osobně nerada používám tlumicí prostředky, protože může dojít k předávkování pacienta a s tím pak není žádná domluva a stává se z něj člověk, který není schopen se o sebe postarat.

Cíl 2: Zjistit, jakým způsobem zvládají sestry na JIP a standardním oddělení situace s agresivním pacientem.

Tady bych chtěla zmínit, je, jak se sestry vyrovnávají s těmito situacemi, jestli mají nějaké následky po negativním zážitku s pacientem. Žádný s dotazovaných neodpověděl, že by nezvládal tuto práci a byl z negativních situací nešťastný, popř. kvůli tomu špatně spal. Jak řekla jedna kolegyně: „V tomto jsem nad věcí, to musíš mít uspořádané věci v hlavě. Z toho nemůžeš být špatná. Pokud jsi, tak jsi psychicky labilní a nemůžeš takovou práci vůbec dělat. Musíš si to trochu uspořádat, nemůžeš se z toho skládat, když ti někdo nadává. To by

ses musela složit při každé příležitosti.“ Konfrontaci s pacientem se většina z dotazovaných nevyhýbá, spíše k němu chodí ve větším počtu, kdyby se něco stalo, aby byl někdo po ruce, nebo posloužil jako svědek události. Pouze dva respondenti uvedli, že pokud by mohli, tak se práci vyhnou, pošlu tam buď svého kolegu – muže nebo poprosí někoho, komu pacient nevadí. Pokud by se měly sestry někomu svěřovat, tak raději než za odborníkem se svěří někomu z rodiny – partner, manžel, přítelkyně, rodiče. Před dětmi (pokud mají) si ovšem dávají pozor a o práci nemluví.

Cíl 3: Zjistit, jestli je personál schopen zachovat profesionální přístup k agresivnímu pacientovi i po uklidnění situace a jaké má zdravotník pocity v těchto náročných situacích.

Řekla bych, že mnohem větší profesionalitu, i ze svého pohledu, zachovávají sestry na JIP, je tam méně pacientů a více personálu, situace lépe zvládají. Přijde mi, že sestry ze standardního oddělení jsou v takových situacích výbušnější a vystresovanější, mají na starosti více pacientů, je jich na oddělení méně. Je náročnější pacienta „uhlídat“ na oddělení. Personál pracující na standardním oddělení je více ve stresu z nastalé situace, a pokud ji s lékařem nezvládne, stejně jej musí přeložit na JIP. A je to pro všechny práce navíc. Tím ale rozhodně nechci tvrdit, že sestry na standardním oddělení tyto chvíle nezvládají, také se snaží zachovat si profesionalitu, s pacientem komunikují normálně. Při náročnějších směnách dozí k tomu, že sestry agresivní a zmatené pacienty prostě ignorují, taky se mi to někdy stává. Teď bych chtěla poukázat na to, co odpověděl respondent 7, že jednou agresivního pacienta ignoroval a ten zemřel. Myslím, že by se měli všichni zdravotničtí pracovníci nad takovou situací zamyslet, protože by se to mohlo stát i jim. Sama jsem z toho byla překvapená a uvědomila jsem si, že bychom neměli všechny házet „do jednoho pytle“. Když agrese odezní, tak nemá velká část personálu pracovat a komunikovat normálně. I zde jsou ale výjimky, pokud se jedná o pacienta, který pro stejné problémy hospitalizován opakovaně (intoxikace, delirium), tak sestřám dochází trpělivost, některé jsou dokonce z těchto pacientů „znechucené“, jak uvedly v rozhovoru. Kontakt se snaží omezit na minimum, dělají pouze nezbytně nutné věci a plní ordinace lékaře.

Ještě bych zde chtěla věnovat pár slov otázce číslo 16, jestli jsou sestry schopné a ochotné pacientům dokola vysvětlovat, co se děje. Zde jsem se setkala trochu se zklamáním, sestry

sice pacientů vysvětlují, co se děje a kde jsou, ale většina to bere jako nutnou povinnost. Přišlo mi z odpovědí a poznámek, že jim to přijde zbytečné, obtěžuje je, neustále opakovat věci dokola. Pouze z respondentky 5 jsem cítila, že se ke všemu staví jinak, že to nebere jako nutné zlo, ale má opravdu snahu pacienta uklidnit. Mě samotnou takové situace velmi vyčerpávají a neustálé opakování mě obtěžuje. Po jisté době se člověk prostě přestane ovládat a svou snahu vzdá.

Po směně odcházejí sestry s čistou hlavou, protože stres vyvolaný z chování agresivních pacientů a ze samotné práce nechávají za dveřmi oddělení. Nejsou z toho vyvedené z míry, prostě už si ta to zvykly.

Z rozhovorů také vyplynulo, že sestry, které mají delší praxi, zvládají směny s agresivním pacientem lépe, na rozdíl od těch mladších. Nezabírají si tak nadávky od agresorů, berou to už jako „rutinu“, i když to taky není v pořádku, značí to něco o syndromu vyhoření. Sestry s menší praxí jsou v těchto situacích v šoku, neví, jak se chovat, nechají si spoustu věcí líbit.

ZÁVĚR

Bakalářská práce na téma Zvládnutí stresových situací a agresivním pacientem na standardním oddělení a JIP je určitě zajímavé a aktuální v oboru ošetrovatelství.

V teoretické části jsou shrnuty pojmy na téma agrese, agresivní pacient, stres při vykonávání ošetrovatelské péče. Je zde podrobně rozebrána ošetrovatelská péče o agresivního pacienta, způsoby, jak s ním zacházet, jednat a komunikovat.

V praktické části jsou zpracovány rozhovory s deseti respondenty, vyhodnoceny cíle a provedeny úkoly. Každý z respondentů má nějakou osobní zkušenost s agresivním pacientem, protože je to v nemocnicích velmi častý jev. Mnohdy se nemusí jednat ani o dementiho nebo intoxikovaného pacienta, ale o pacienta, který si představuje, že je v hotelu. Nejčastějším projevem agrese je verbální napadení ošetrovatelského personálu. Pacienti křičí, jsou vulgární. Velmi časté je také fyzické napadení, kdy pacienti máchají horními končetinami, kopou. U toho také dochází k sebepoškození, a to tak, že si vytrhávají veškeré invazivní vstupy, EKG svody apod.

Sestry musí být při takové práci ostražitě, mají strach, ale jsou zodpovědné a ví, že se o pacienta musí postarat co nejlépe. Pokud je přítomen muž, je péče jednodušší, neboť muž má před agresivním pacientem větší respekt.

Personál nemá potřebu promluvit si s odborníkem. Nemyslí si, že by mu to nějak pomohlo. S odborníkem by si personál promluvil jedině v situacích, ve kterých by došlo k velkému fyzickému ublížení. V ostatních případech si o tom raději promluví s kolegy a svými blízkými.

Jsem velice ráda, že jsme si zvolili toto téma, protože jak jsem se zmínila v úvodu své práce, jedná se o aktuální problém v nemocnicích, ambulancích a jiných zdravotnických zařízeních. Sama mám bohaté zkušenosti s agresivními pacienty a jsem ráda, že v „tom“ nejsem sama, ale že můžu říct, že zdravotníci drží spolu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Agrese, identita, osobnost, 2003. Vyd. 1. Brno: Psychologický ústav Akademie věd ČR. ISBN 8086620069.

BAŠTECKÁ, Bohumila a Jan MACH, 2015. *Klinická psychologie*. Vydání první. Praha: Portál. ISBN 9788026206170.

BERAN, Jiří, 2010. *Lékařská psychologie v praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 9788024711256.

Česká asociace sester [online], 2008, poslední aktualizace: 1. 6. 2010. Praha: Česká asociace sester [cit: 2016-03-26]. Dostupné z: http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2008_0002_revize_1.pdf

GUBÁNIOVÁ, Lenka, 2012. *Agresivní pacient ve zdravotnickém zařízení*. Zlín. Diplomová práce.

HALES, Robert E, Stuart C YUDOFKY a Glen O GABBARD, c2011. *Essentials of psychiatry*. 3rd ed. Arlington, VA: American Psychiatric Pub. ISBN 9781585629336.

HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 80-736-7040-2.

HLAŘO, Petr, 2011. *Úvod do pedagogického výzkumu pro učitele středních škol* [online]. Brno : Mendelova univerzita v Brně. 134 s [cit: 20016-04-16]. ISBN 978-80-7375-544-7. Dostupné z: <http://www.vychova-vzdelavani.cz/pedagogickyvyzkum.pdf>

IRMIŠ, Felix, c2014. *Stres mezi lékařem, pacientem a zdravou osobou: příklady, příčiny, psychosomatika, etika*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 9788074921308.

Konziliární psychiatrie, c2007. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ. ISBN 9788090370890.

KOUKOLÍK, František, 2012. *Lidský mozek: [funkční systémy, norma a poruchy]*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-771-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2010. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 9788024731490.

NEŠPOR, Karel, 2007. *Návykové chování a závislost: [současné poznatky a perspektivy léčby]*. Vyd. 3., aktualiz. Praha: Portál. ISBN 9788073672676.

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ, 2014. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 9788024742366.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, c2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 9788024739762.

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN: 978-80-262-0644-6.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2002. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 8071786780.

VEVERA, Jan a Martin ČERNÝ, 2011. Zvládání agitovanosti a násilného chování. *Psychiatrie pro praxi* [online]. **12**(2), 69-71 [cit: 20016-03-20]. ISSN 1213-0508. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/psy/2011/02/06.pdf>

ZACHAROVÁ, Eva, 2009. *Agresivní pacient v klinické praxi zdravotníků* [online]. 11(10), s. 471 [cit: 20016-03-20]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/10/09.pdf>

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Vyd. 1. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 9788024720685.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

JIP Jednotka intenzivní péče

KJ Koronární jednotka

SŠ Střední škola

VŠ Vysoká škola

VOŠ Vyšší odborná škola

Atp. A tak podobně

Atd. A tak dále

Apod. A podobně

Např. Například

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Průměrná délka praxe na oddělení.....	39
Graf 2: Nejčastější projevy agrese	43
Graf 3: Nejčastější pocity při jednání s agresivním pacientem.....	48

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Dosažené vzdělání respondentů.....	39
Tabulka 2: Nejčastější projevy agrese	42
Tabulka 3: Nejčastější pocity při jednání s agresivním pacientem.....	48

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Otázky pro rozhovor

Příloha 2: Jak správně zvládat verbální konflikt

Příloha 3: Jak správně zvládat fyzický konflikt

Příloha 4: Email – Grada

Příloha 5: Záznam o imobilizaci pacienta

PŘÍLOHA 1: OTÁZKY PRO ROZHOVOR

Dobrý den,

jmenuji se Veronika Prčíková a jsem studentkou 3. ročníku kombinovaného studia Všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Chtěla bych Vás požádat o rozhovor na téma Zvládání stresových situací s agresivním pacientem na standardním oddělení a JIP. Položím Vám 21 otázek, rozhovor nám zabere asi 30 minut.

Chtěla bych Vás poprosit o pravdivé a otevřené odpovědi. Rozhovor je anonymní a Vaše jména, ani pracoviště nebudou nikde uveřejněna. Předem Vám děkuji za Váš čas.

1. Jaké je Vaše dosavadní pracoviště?
2. Jaká je délka Vaší praxe?
3. Kolik personálu je na denní a noční směně?
4. Jaká je maximální obsazenost oddělení, na kterém pracujete?
5. Setkáváte se na Vašem pracovišti s agresivním pacientem?
6. Jak se agrese u pacientů nejčastěji projevuje?
7. Jaký volíte postup při práci s agresivním pacientem - používáte nějaké omezující a tlumící prostředky, nebo volíte raději domluvu?
8. Můžete říct, jaký postup je pro Vás nejsympatičtější, který nejradši použijete?
9. Jaké máte pocity během záchvatu agrese?
10. Jak tyto situace zvládáte, jaké jsou Vaše pocity po takovém výstupu pacienta?
11. Hraje u Vás roli, kdo je pacient a proč je pacient agresivní?
12. Soucítíte s pacientem, snažíte se do něj vcítit, cítíte lítost nebo naopak agresi, zlost, apatii?
13. Pociťujete strach při práci a komunikaci s agresivním pacientem, cítíte se v ohrožení v takové situaci?
14. Jak s agresivním pacientem komunikujete?
15. Zachováte si v takovém případě profesionalitu nebo s tím máte problém?
16. Vysvětlujete pacientovi co se děje a kde je?
17. Jak reagujete, když Vám agresor nadává a tyká Vám?
18. Po odeznění agrese komunikujete s pacientem normálně, máte snahu, nebo je Vám pacient „ukradený“?

19. Snažíte se práci s agresivním pacientem vyhnout, posíláte za takovýmto pacientem kolegyně/kolegy, chodíte k takovému pacientovi ve větším počtu?
20. Mluvíte o takových situacích s kolegyněmi, partnery, rodinou?
21. Uvítal/a byste možnost promluvit si s odborníkem po takovéto „extrémní“ situaci a umožňuje Vám ji zaměstnavatel?

PŘÍLOHA 2: JAK SPRÁVNĚ ZVLÁDAT VERBÁLNÍ KONFLIKT

Zde uvádíme zásady, které je vhodné dodržovat při verbálním konfliktu s pacientem. Najdete zde také, co je v takové komunikaci nevhodné a co je zakázané. **Ve všech případech je nejlepší prevence, aby k agresivnímu chování a konfliktu vůbec nedocházelo.**

Vhodné zásady:

- *Chovat se vlídně, s úctou, respektovat normy společenského chování.*
- *Aktivně naslouchat pacientovi, jeho problémům, tomu, co ho trápí.*
- *Udržovat přiměřený oční kontakt s pacientem, stát v dostatečné vzdálenosti od pacienta, dodržovat osobní prostor (svůj, i pacienta).*
- *Snažit se hledat reálný problém a řešet jej. Snažit se najít kompromis v komunikaci a řešení pacientova problému.*
- *Pokusit se nereagovat na agresi agresí. Situace by mohla vygradovat a vystupňovat se pacientovo chování, např. z verbální agrese na fyzickou.*
- *Používat pozitivní verbální větné spojení (Věřím, že to zvládnete....)*
- *Akceptovat pacientův problém, snažit se pacienta pochopit.*
- *Vyjádřit empatii s pacientem.*
- *Nehodnotit pacientovo chování a jeho projevy.*
- *Vyjádřit nesouhlas s pacientovým chováním, ale nesnižovat jeho problém.*
- *Vyhodnotit situaci a sdělit závěr s možným řešením.*
- *Zvolit vhodný tón a intonaci v hlase, postoj těla.*
- *Nedělat rozmáchlá a velká gesta.*

Nevhodné zásady:

- *Vysvětlovat proč to nejde, že je chyba někde jinde. Svádět vinu na systém, házet vinu na jinou osobu.*

Zakázaný přístup:

- *Nutit pacienta do přiznání, že je vše jeho chyba, nutit ho k přiznání, že nemá pravdu.*

PŘÍLOHA 3: JAK SPRÁVNĚ ZVLÁDAT FYZICKÝ KONFLIKT

Zde uvádíme zásady, jak se vhodně chovat, pokud verbální konflikt přeroste ve fyzické napadení. Jak už je psané výše, nejlepší je prevence.

Vhodný přístup:

- *Je dobré znát prostředí, jaká rizika kde hrozí, jak je prostor uspořádán.*
- *Dodržovat bezpečnou vzdálenost od pacienta.*
- *Neotáčet se k pacientovi zády.*
- *Mít stále možnost únikové cesty.*
- *Nezavírat se s pacientem v místnosti.*
- *Být u pacienta ve větším počtu personálu, kvůli potřebě znehybnění pacienta.*
- *Sledovat neverbální a verbální signály pacienta. Snažit se je správně vyhodnotit.*
- *Odstranit z dosahu pacienta předměty, které by mohl použít k útoku.*
- *Nezírat upřeně na pacienta, nepopuzovat ho svým postojem a gestikulací.*
- *Nezvyšovat na pacienta hlas.*
- *Snažit se pacienta posadit, pokud se moc brání, nenutíme ho.*
- *Odvrátit pozornost jinam, pokud je to možné, změnit téma.*
- *Pokud použijeme restriktivní pomůcky, je vhodné, aby byl na každou končetinu jeden zdravotník a další, který by akci řídil, připevňoval kurty a aplikoval tlumící léky.*

Nevhodný přístup a nejčastější chyby:

- *Reagovat protiútokem (často intuitivní).*
- *Potřeba mít na vrch, zvítězit nad pacientem.*
- *Představa, že člověk zvládne vše sám.*

PŘÍLOHA 4: EMAIL – GRADA

Dotaz:

Dobrý den paní magistro,

mám dotaz a zároveň prosbu, jsem studentkou oboru Všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati Zlín a píšu bakalářskou práci na téma Zvládání stresových situací s agresivním pacientem na standardním oddělení a JIP a ráda bych použila některé z Vašich publikací. Jedná se o knihy:

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, c2011. Etika a komunikace v medicíně. Praha: Gra-da. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 9788024739762.

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ, 2014. Ošetrovatelství v psychiatrii. 1. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 9788024742366.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2010. Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu. 1. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 9788024731490.

BERAN, Jirí, 2010. Lékařská psychologie v praxi. Vyd. 1. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 9788024711256.

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007. Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. Vyd. 1. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 9788024720685.

Zdvořile Vás tedy žádám o svolení k použití této literatury. Vše bude samozřejmě řádně ocitováno. Děkuji.

S pozdravem, Veronika Prčíková.

Odpověď:

Dobrý den, slečno Prčíková,

samozřejmě, souhlasím za předpokladu, že budete vše citovat podle platných norem.

S pozdravem

Mgr. Vlasta Wirthová

vedoucí odborná redaktorka zdravotnické redakce
pro nelékařské zdravotnické obory

PŘÍLOHA 5: ZÁZNAM O IMOBILIZACE PACIENTA

IDENTIFIKAČNÍ ŠTÍTEK PACIENTA		ZÁZNAM O IMOBILIZACI PACIENTA				ODDĚLENÍ		
ZAČÁTEK IMOBILIZACE:	DATAUM:	<input type="checkbox"/> neklid	<input type="checkbox"/> dezorientace	<input type="checkbox"/> agrese	KONEC IMOBILIZACE	DATAUM:	HODINA:	
DŮVOD IMOBILIZACE:	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	důvod:		<input type="checkbox"/> prevence sebepoškození	<input type="checkbox"/> prevence ohrožení personálu/pacientů		
KLIENT INFORMOVÁN:	<input type="checkbox"/> ano	důvod:						
SOUHLAS PACIENTA:	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	důvod:					
IMOBILIZACE:	<input type="checkbox"/> mechanická:		<input type="checkbox"/> farmakologická (dále viz dekurz nebo resuscitační záznam)					
ČAS	ZPŮSOB	PRAVIDELNÁ KONTROLA STAVU PACIENTA, ADAPTACE NA IMOBILIZACI, PŘERUŠENÍ OMEZENÍ					JMÉNO, PODPIS	
6,00	<input type="checkbox"/> ruce	<input type="checkbox"/> nohy	<input type="checkbox"/> změny barvy kůže	<input type="checkbox"/> otoky rukou	<input type="checkbox"/> zhořšení	<input type="checkbox"/> imobilizace pokračuje		
	<input type="checkbox"/> jiné:	<input type="checkbox"/> ruce	<input type="checkbox"/> stranulační rýhy	<input type="checkbox"/> otoky nohou	<input type="checkbox"/> psychického stavu	<input type="checkbox"/> imobilizace ukončena		
8,00	<input type="checkbox"/> ruce	<input type="checkbox"/> nohy	<input type="checkbox"/> změny barvy kůže	<input type="checkbox"/> otoky rukou	<input type="checkbox"/> zhořšení	<input type="checkbox"/> imobilizace pokračuje		
	<input type="checkbox"/> jiné:	<input type="checkbox"/> ruce	<input type="checkbox"/> stranulační rýhy	<input type="checkbox"/> otoky nohou	<input type="checkbox"/> psychického stavu	<input type="checkbox"/> imobilizace ukončena		
10,00	<input type="checkbox"/> ruce	<input type="checkbox"/> nohy	<input type="checkbox"/> změny barvy kůže	<input type="checkbox"/> otoky rukou	<input type="checkbox"/> zhořšení	<input type="checkbox"/> imobilizace pokračuje		
	<input type="checkbox"/> jiné:	<input type="checkbox"/> ruce	<input type="checkbox"/> stranulační rýhy	<input type="checkbox"/> otoky nohou	<input type="checkbox"/> psychického stavu	<input type="checkbox"/> imobilizace ukončena		
12,00	<input type="checkbox"/> ruce	<input type="checkbox"/> nohy	<input type="checkbox"/> změny barvy kůže	<input type="checkbox"/> otoky rukou	<input type="checkbox"/> zhořšení	<input type="checkbox"/> imobilizace pokračuje		
	<input type="checkbox"/> jiné:	<input type="checkbox"/> ruce	<input type="checkbox"/> stranulační rýhy	<input type="checkbox"/> otoky nohou	<input type="checkbox"/> psychického stavu	<input type="checkbox"/> imobilizace ukončena		
14,00	<input type="checkbox"/> ruce	<input type="checkbox"/> nohy	<input type="checkbox"/> změny barvy kůže	<input type="checkbox"/> otoky rukou	<input type="checkbox"/> zhořšení	<input type="checkbox"/> imobilizace pokračuje		
	<input type="checkbox"/> jiné:	<input type="checkbox"/> ruce	<input type="checkbox"/> stranulační rýhy	<input type="checkbox"/> otoky nohou	<input type="checkbox"/> psychického stavu	<input type="checkbox"/> imobilizace ukončena		
16,00	<input type="checkbox"/> ruce	<input type="checkbox"/> nohy	<input type="checkbox"/> změny barvy kůže	<input type="checkbox"/> otoky rukou	<input type="checkbox"/> zhořšení	<input type="checkbox"/> imobilizace pokračuje		
	<input type="checkbox"/> jiné:	<input type="checkbox"/> ruce	<input type="checkbox"/> stranulační rýhy	<input type="checkbox"/> otoky nohou	<input type="checkbox"/> psychického stavu	<input type="checkbox"/> imobilizace ukončena		
18,00	<input type="checkbox"/> ruce	<input type="checkbox"/> nohy	<input type="checkbox"/> změny barvy kůže	<input type="checkbox"/> otoky rukou	<input type="checkbox"/> zhořšení	<input type="checkbox"/> imobilizace pokračuje		
	<input type="checkbox"/> jiné:	<input type="checkbox"/> ruce	<input type="checkbox"/> stranulační rýhy	<input type="checkbox"/> otoky nohou	<input type="checkbox"/> psychického stavu	<input type="checkbox"/> imobilizace ukončena		
20,00	<input type="checkbox"/> ruce	<input type="checkbox"/> nohy	<input type="checkbox"/> změny barvy kůže	<input type="checkbox"/> otoky rukou	<input type="checkbox"/> zhořšení	<input type="checkbox"/> imobilizace pokračuje		
	<input type="checkbox"/> jiné:	<input type="checkbox"/> ruce	<input type="checkbox"/> stranulační rýhy	<input type="checkbox"/> otoky nohou	<input type="checkbox"/> psychického stavu	<input type="checkbox"/> imobilizace ukončena		
22,00	<input type="checkbox"/> ruce	<input type="checkbox"/> nohy	<input type="checkbox"/> změny barvy kůže	<input type="checkbox"/> otoky rukou	<input type="checkbox"/> zhořšení	<input type="checkbox"/> imobilizace pokračuje		
	<input type="checkbox"/> jiné:	<input type="checkbox"/> ruce	<input type="checkbox"/> stranulační rýhy	<input type="checkbox"/> otoky nohou	<input type="checkbox"/> psychického stavu	<input type="checkbox"/> imobilizace ukončena		
24,00	<input type="checkbox"/> ruce	<input type="checkbox"/> nohy	<input type="checkbox"/> změny barvy kůže	<input type="checkbox"/> otoky rukou	<input type="checkbox"/> zhořšení	<input type="checkbox"/> imobilizace pokračuje		
	<input type="checkbox"/> jiné:	<input type="checkbox"/> ruce	<input type="checkbox"/> stranulační rýhy	<input type="checkbox"/> otoky nohou	<input type="checkbox"/> psychického stavu	<input type="checkbox"/> imobilizace ukončena		
2,00	<input type="checkbox"/> ruce	<input type="checkbox"/> nohy	<input type="checkbox"/> změny barvy kůže	<input type="checkbox"/> otoky rukou	<input type="checkbox"/> zhořšení	<input type="checkbox"/> imobilizace pokračuje		
	<input type="checkbox"/> jiné:	<input type="checkbox"/> ruce	<input type="checkbox"/> stranulační rýhy	<input type="checkbox"/> otoky nohou	<input type="checkbox"/> psychického stavu	<input type="checkbox"/> imobilizace ukončena		
4,00	<input type="checkbox"/> ruce	<input type="checkbox"/> nohy	<input type="checkbox"/> změny barvy kůže	<input type="checkbox"/> otoky rukou	<input type="checkbox"/> zhořšení	<input type="checkbox"/> imobilizace pokračuje		
	<input type="checkbox"/> jiné:	<input type="checkbox"/> ruce	<input type="checkbox"/> stranulační rýhy	<input type="checkbox"/> otoky nohou	<input type="checkbox"/> psychického stavu	<input type="checkbox"/> imobilizace ukončena		

Podrobný popis reakce pacienta na imobilizaci popište v ošetřovatelské dokumentaci. Indikace imobilizace lékařem a rozpis farmakoterapie je podrobně popsán v dekurzu, rovněž rozhodnutí o jejím ukončení.