

Rizika práce sester při poskytování ošetrovatelské péče agresivnímu klientovi

Ivana Krahulcová

Bakalářská práce
2009



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetrovatelství
akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Ivana KRAHULCOVÁ**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Rizika práce sester při poskytování ošetrovatelské péče agresivnímu klientovi.**

Zásady pro vypracování:

Teoretická část:

Vymezení pojmu rizikový faktor, agresivita pacienta, typy agresivního chování.

Praktická část:

Stanovení cílů a hypotéz, vytvoření dotazníku.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, A., BABIAKOVÁ, M. Psychiatrická ošetrovatelská péče. 1.vydání. Praha: Grada Publisching, a.s., 2006. ISBN 80-247-1151-6.

POSPÍŠIL, M. Zlost, hněv, rozčilení, aneb jak ze slepé uličky krizové komunikace s dospělými i dětmi. 1. vydání. Plzeň, 1999. ISBN 80-238-4579-9.

SMEJKAL, V., RAIS, K. Řízení rizik. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2003. ISBN 80-247-0198-7.

ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M., Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních. Praha, Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2616-8.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Gabriela Gajzlerová

Ústav ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce:

5. února 2009

Termín odevzdání bakalářské práce:

5. června 2009

Ve Zlíně dne 5. února 2009



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan

L.S.

doc. MUDr. Jaroslav Slaný, CSc.
ředitel ústavu

ABSTRAKT

Téma mé bakalářské práce je „Rizika práce sester při poskytování ošetrovatelské péče agresivnímu klientovi“. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou.

Teoretická část je rozdělena na dvě kapitoly. V první kapitole se zabývám pojmy riziko, riziková práce, mimořádná událost. V druhé kapitole se zabývám agresí. Rozpracovávám příčiny agrese, typy agrese, jak přistupovat k agresivním pacientům a v neposlední řadě právní problematice.

V praktické části jsou zobrazeny cíle a hypotézy. Je zde vyhodnocen dotazník, který byl určen pro všeobecné sestry a byl rozdělán ve třech zdravotnických zařízeních. Výsledky jsou zobrazeny v grafech a popsány.

Klíčová slova: Riziko, riziková práce, agrese, agresivita, násilí, mimořádná událost.

ABSTRACT

The topic of my dissertation is „High-risk work of nurses while they care for aggressive patient“. My dissertation is divided into two parts, the theoretical part and the practical part.

The theoretical part is divided into two chapters. In the first one I described words like danger, high-risk work, incident. And in the second one I spoke about aggression. I worked out the causes and kinds of aggression, the approach to aggressive patients and last but not least the law problems.

The purposes and hypothesis are represented in the practical part. I analysed the questionnaire. This questionnaire was meant for nurses and I distributed it into three medical institutions. The results are represented in graphes and they are described too.

Keywords: Danger, high-risk work, aggression, violence, incident.

Tímto bych chtěla poděkovat paní Mgr. Gabriele Gajzlerové za cenné rady a připomínky, které pomohly vytvořit konečnou podobu bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všem zúčastněným zdravotnickým zařízením a jejím zaměstnancům, kteří se podíleli na dotazníkovém šetření.

„Vztek a nenávisť jsou jako rybářský háček. Je velice důležité se ujistit, že jsme se na něj nechytili.“

(Dalajláma)

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením Mgr. Gabriely Gajzlerové a s použitím pramenů uvedených v seznamu literatury.

Ve Zlíně dne

.....

Ivana Krahulcová

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 RIZIKO	11
1.1 PREVENCE RIZIK	11
1.2 ŘÍZENÍ RIZIK	12
1.3 MANAŽER RIZIK	12
1.4 RIZIKOVÁ PRÁCE	13
1.5 RIZIKOVÝ FAKTOR	13
1.6 MIMOŘÁDNÁ UDÁLOST.....	14
1.6.1 Hlášení mimořádných událostí.....	14
1.6.2 Dokumentace mimořádných událostí nebo incidentů	15
2 AGRESE	17
2.1 POJMY	17
2.2 TEORIE AGRESE	18
2.3 STUPNĚ AGRESE	18
2.3.1 Hostilita	18
2.3.2 Verbální agrese	18
2.3.3 Brachiální agrese	19
2.4 TYPY AGRESE	19
2.4.1 Ideologická agrese	19
2.4.2 Predátorní agrese	19
2.4.3 Impulzivní agrese	19
2.4.4 Afektivní agrese	20
2.4.5 Pseudoorganická agrese	20
2.4.6 Organická agrese	20
2.5 VZNIK AGRESE	20
2.6 PŘÍČINY VZNIKU AGRESE.....	21
2.6.1 Alkohol.....	21
2.6.2 Léky.....	22
2.6.3 Drogy.....	22
2.6.4 Osobnostní porucha.....	22
2.6.5 Organické stavy	22
2.6.6 Pod vlivem bolesti a frustrace, stresu, úzkosti	23
2.6.7 Fyzikální vlivy.....	23

2.7	RIZIKOVÉ FAKTORY	23
2.8	VAROVNÉ SIGNÁLY AGRESIVNÍHO PACIENTA.....	24
2.9	POSUZOVACÍ KRITÉRIA AGRESE	26
2.10	PŘÍSTUP K AGRESIVNÍMU KLIENTOVI	26
2.10.1	Psychologický přístup	26
2.10.2	Farmakologická terapie	28
2.10.3	Omezovací prostředky.....	29
2.11	PREVENCE AGRESIVNÍCH STAVŮ.....	30
2.12	PRÁVNÍ ASPEKTY	30
II	PRAKTICKÁ ČÁST	32
3	METODIKA PRÁCE.....	33
3.1	CÍLE A HYPOTÉZY	33
3.2	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU.....	33
3.3	METODA VÝZKUMU	34
3.3.1	Formy položek v dotazníku.....	34
3.4	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	35
3.5	ORGANIZACE ŠETŘENÍ	35
4	VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	37
4.1	DOTAZNÍK	37
4.2	FREKVENCE ZRANĚNÍ NA ODDĚLENÍ	69
4.3	TYP ZRANĚNÍ NA ODDĚLENÍ.....	71
4.4	ZÁVĚR PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	72
5	DISKUZE	74
6	ZÁVĚR.....	76
7	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	77
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	82
	SEZNAM GRAFŮ	83
	SEZNAM TABULEK.....	84
	SEZNAM PŘÍLOH.....	85

ÚVOD

V 50. a 60. letech byl lékař brán jak Bůh, sestra jako anděl. V současné době již tomu tak není. Důkazem je více násilí ve zdravotnictví. Zdravotníci se dostávají do přímého kontaktu s pacienty, kteří jsou v nesnázích, ve fyzické a psychické nepohodě a s pocitem bezmoci. Existují studie, jejichž autoři zjistili, že se v tomto oboru odehrává čtyřikrát více násilí, než u jiných profesí. Někteří lidé jsou násilí vystaveni častěji z podstaty své profese jako policisté, vojsko, zaměstnanci bezpečnostních agentur. Tyto složky jsou speciálně vycvičené v boji a taktice, zatímco zdravotnický personál si musí poradit sám. Institut veřejného činitele ochránit zdravotnické profesionály před agresí nemůže. Naopak, mohlo by se stát, že by se zaměstnanec poskytující zdravotní péči mohl dostat do situace, kdy bude žalován svým pacientem například za nepřiměřenou obranu.

Nejvíce jsou medializovány případy z napadení posádek zdravotnické záchranné služby, neznamená to však, že záchranná služba je nejvíce frekventovaná, co se týče agresivních pacientů. Zásahy záchranářů se dějí ve vypjatých situacích a na veřejnosti. Zatímco stovky pacientů slovně nebo fyzicky napadají pracovníky zdravotnických služeb často beze svědků. Tomuto kontaktu se však nelze vyhnout. To ale neznamená, že bychom měli k agresí a její příčině jen nečinně přihlížet.

Výskyt násilí na pracovišti vede k okamžitému narušení mezilidských vztahů, organizace práce a celkového pracovního prostředí. Negativní důsledky násilí mají také značný dopad na poskytování zdravotnických služeb, který může dojít až ke zhoršení kvality poskytované péče pro veřejnost a celkovým zvýšením nákladů na zdravotnictví.

Zdravotníci často nemohou sami rozhodovat o tempu své práce, o pořadí a době prováděných úkonů, musí často přijímat okamžitá rozhodnutí. Taková práce je značně stresující, což v průběhu doby může vést k rostoucímu sklonu k násilnému chování i ze strany zdravotníků.

Násilí na pracovišti je příčinou fyzické a psychické bolesti pro oběť i svědky, se zvýšeným rizikem pro jejich celkovou pohodu. Utrpení a ponížení plynoucí u násilí obvykle vede k nedostatku motivace, ztrátě sebedůvěry a snížení sebevědomí.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 RIZIKO

Riziko je historický výraz, pocházející údajně ze 17. století, kdy se objevil v souvislosti s lodní plavbou. Výraz „risico“ pochází z italštiny a označoval úskalí, kterému se museli plavci vyhnout. Následně se tím vyjadřovalo „vystavení nepříznivým okolnostem“. [14]

Z neznámějších definic rizika můžeme citovat [17]:

„Pravděpodobnost či možnost vzniku ztráty, obecně nezdaru.“

„Odchýlení skutečných od očekávaných výsledků.“

„Očekávaná hodnota škody.“

„Událost, která může negativně ovlivnit zdravotnické zařízení – má určitou pravděpodobnost a důsledky.“

Pojem riziko je úzce spojen s úsilím globálního zdravotnictví zajistit bezpečnost léčebné a ošetrovatelské péče. Abychom mohli „něco“ označit jako riziko, musí to mít pravděpodobnost vyšší než 0%. Jestliže má něco nulovou pravděpodobnost nebo stoprocentní pravděpodobnost, pak se nejedná o riziko.

Hazard, na rozdíl od rizika, je výrazné podcenění rizika a záměrné nerespektování směrnic nebo standardů. [17]

1.1 Prevence rizik

Zaměstnavatel je povinen zajistit bezpečnost a ochranu zdraví zaměstnanců při práci s ohledem na rizika možného ohrožení jejich života a zdraví, která se týkají výkonu práce.

Zaměstnavatel je povinen vytvářet bezpečné a zdravé neohrožující pracovní prostředí a pracovní podmínky, vhodnou organizaci bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a přijímat opatření k předcházení rizikům.

Prevenčí rizik se rozumí všechna opatření vyplývající z právních a ostatních předpisů k zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a z opatření zaměstnavatele, která mají za cíl předcházet rizikům, odstraňovat je nebo minimalizovat působení neodstranitelných rizik.

Zaměstnavatel je povinen soustavně vyhledávat nebezpečné činitele a procesy pracovního prostředí a pracovních podmínek, zajišťovat jejich příčiny a zdroje. Není-li možné rizika

odstranit, je zaměstnavatel povinen je vyhodnotit a přijmout opatření k omezení jejich působení tak, aby ohrožení bezpečnosti a zdraví zaměstnanců bylo minimalizováno. O vyhledávání a vyhodnocování rizik vede zaměstnavatel dokumentaci. [51]

1.2 Řízení rizik

Řízení rizik je proces, během kterého se manažer rizik snaží cíleně zamezit ohrožení zdraví pacientů, majetku nebo pověsti zdravotnického zařízení následkem existujících nebo potenciálních rizik. Navrhuje taková řešení, která pomohou zdravotnickému zařízení eliminovat nebo radikálně snížit účinek nežádoucích vlivů. [17]

Řízení rizik má tyto cíle: [17]

- implementace efektivního procesu hlášení a prevence mimořádných událostí,
- implementace fungujícího procesu hlášení a prevence nozokomiálních infekcí,
- zavedení systému kvalitní řízené dokumentace,
- zavedení procesu efektivního hlášení a řešení stížností (pacientů / zaměstnanců),
- zavedení efektivního systému prevence pochybení zdravotníků,
- zavedení registru aktuálních rizik,
- prevence soudních sporů,
- zavedení systému prevence kriminality,
- zavedení systémů auditů, které se zaměřují na bezpečnost procesů a prostředí (areálu, budov).

1.3 Manažer rizik

Manažer rizik řídí složitý proces, jehož cílem je kontrola a prevence celého spektra rizik ve zdravotnickém zařízení, které by mohly mít za následek poškození zdraví pacientů, zaměstnanců nebo návštěv a poškození majetku nebo pověsti zdravotnického zařízení. Manažer rizik nemusí být osobně odpovědný za žádná rizika jako taková. Nese ale odpovědnost

za to, že ve zdravotnickém zařízení všichni zaměstnanci akutně vnímají skutečná i potenciální rizika a snaží se je systematicky minimalizovat. Manažer rizik motivuje zaměstnance k bezpečnější práci, poskytování bezpečnější léčebné a ošetrovatelské péče a vede je k osobní odpovědnosti za výsledky tohoto úsilí. Manažer koordinuje aktivity spojené s výskytem mimořádných událostí, nozokomiálních infekcí, kriminality, incidentů či pochybení a organizuje edukační semináře, týkající se prevence nežádoucích událostí. Manažer/manažerka mimořádných událostí je jednotlivec pověřený řešením mimořádných událostí ve zdravotnickém zařízení, nejčastěji šéf lékařského sboru. [17]

1.4 Riziková práce

Riziková práce je definována jako práce, při níž je nebezpečí vzniku nemoci z povolání nebo jiné nemoci související s prací. [39]

1.5 Rizikový faktor

Rizikový faktor je charakteristika pracovního prostředí, která obvykle svými vlastnostmi může poškozovat zdraví zaměstnanců. Tyto rizikové faktory pracovního prostředí, kterých je 13, jsou vymezeny ve vyhlášce ministerstva zdravotnictví 432/2003 Sb. (viz příloha XVII) Jedná se o prach, chemické látky, hluk, vibrace, neionizující záření včetně elektromagnetického pole, ionizující záření, fyzickou zátěž, pracovní polohu, teplo, chlad, psychickou zátěž, zrakovou zátěž, biologické činitele. Tyto rizikové faktory se člení na mechanické, fyzikální, biologické a nepříznivé mikroklimatické podmínky. Rizikové faktory však nezahrnují vše, co se na pracovišti vyskytuje. Ve Vyhlášce 432/2003 Sb. je uveden také rizikový faktor „psychická zátěž“, který však obsahuje jen některé hygienou definované zátěže jako je noční práce apod. Ale např. psychická zátěž z práce s onkologickými, starými pacienty nebo zátěž personálu při operacích není obsahem uvedeného rizikového faktoru. [49]

Agresivní jednání pacienta samo o sobě není ani riziko ani rizikový faktor, ale zranění způsobené pacientem je riziko a stres vzniklý při agresivním jednání by byl součástí psychické zátěže, ale nikoliv ve smyslu výše uvedeného hygienického předpisu. (viz příloha II)

1.6 Mimořádná událost

Mimořádná událost je událost, během které došlo k pochybení při výkonu péče o pacienta nebo procedury, kdy lékařská nebo ošetrovatelská intervence neproběhla podle plánu, platných směrnic nebo ošetrovatelských standardů. Podle výsledků závažnosti lze mimořádnou událost rozdělit do dvou základních kategorií. [16, 41]

- Incident/mimořádná událost, která neohrožuje život pacientů, návštěv nebo zaměstnanců a která se neslučuje s rutinní praxí nebo s předpisy zdravotnického zařízení. Incident může být zapříčiněn nehodou nebo okolnostmi, které mají za následek zranění, poškození majetku nebo ohrožení pověsti zdravotnického zařízení. Může být také zapříčiněn pacientem, přímo nebo nepřímo zaměstnancem nebo jinou osobou. Do této skupiny patří také nedodržování směrnic a předpisů zdravotnického zařízení. [16]
- Závažný incident/mimořádná událost ohrožuje život pacienta, návštěvníka nebo zaměstnance, neslučuje se s rutinní praxí a předpisy zdravotnického zařízení. Mají za následek vážnou újmu na zdraví nebo smrt postižené osoby. Tento druh incidentů často končí soudním řízením, případně kriminálním vyšetřováním. [16]

Incidenty/mimořádné události zahrnují: chyby ve strategii léčby, medikační chyby, pády, poranění způsobená požárem, neopatrné nebo nebezpečné chování zaměstnanců nebo pacientů, selhání přístrojové techniky, ztrátu nebo poškození nemocničního majetku nebo majetku pacientů. [15]

Klasifikace mimořádných událostí: [15, 16]

1. Žádné následky.
2. Žádné následky, ale charakter incidentu vyžaduje monitorování (pád s úderem do hlavy).
3. Nežádoucí klinický nález vyžadující léčbu, která je úspěšná.
4. Komplikace nebo smrt.

1.6.1 Hlášení mimořádných událostí

Každý zaměstnanec, který je svědkem nebo který je účastníkem mimořádné události, je povinen tuto událost okamžitě nahlásit staniční nebo vrchní sestře. Vrchní sestra nebo jiný

nadřízený pracovník rozhodne, je-li třeba s událostí seznámit další osoby jako jsou: ošetřující lékař, primář oddělení, pacient, člen rodiny, manažer mimořádných událostí, právní oddělení, ostatní instituce dle zákonů a potřeby (např. policie). [14, 15]

1.6.2 Dokumentace mimořádných událostí nebo incidentů

Je třeba si uvědomit, že účelem dokumentace incidentu/mimořádné události je vždy zkvalitnění léčebné a ošetrovatelské péče, zajištění nápravy stávajících problémů a bezpečného prostředí. V moderním ošetrovatelství je hlášení mimořádných událostí podporováno, někde dokonce i odměňováno. Hlášení je považováno jako výukový prvek. [20]

Povinností zaměstnance je zapisovat objektivní fakta, nepoužívat příslovce a přívlastky, nepoužívat frázi nebo pojmů, neuvádět úvahy nebo spekulace o možných příčinách nebo vinících, být konkrétním s ohledem na čas a detaily události, podepsat formulář a zapsat datum a čas, kdy k incidentu došlo. [21]

Vyplněný formulář je předán manažeru mimořádných událostí v uzavřené obálce.

Formulář mimořádné události musí obsahovat minimálně následující údaje:

(viz příloha IX)

1. Identifikaci poškozeného (pacienta, zaměstnance, návštěvníka) a jeho osobní data.
2. Charakter události, rozsah a charakter škod, poranění.
3. Popis události, údaje založené na faktech.
4. Jméno svědka, jeho bydliště (nebo zaměstnancovo identifikační číslo a podpis).
5. Informaci o tom, zda a kdy byl o mimořádné události informován lékař.
6. Záznam o poskytnutí lékařské pomoci (někdy také popis reakce poškozeného na ni).
7. Návrh nápravných opatření a harmonogram jejich zavedení a kontroly.
8. Závěr šetření.
9. Připomínky.

Dokument není součástí chorobopisu pacienta. Originál je uschován u vrchní sestry a kopie uložena u manažera rizik. Je-li poškozen pacient, je třeba v jeho chorobopise srozumitelně

a specificky dokumentovat k čemu došlo, reakci pacienta na poskytnutou péči a veškerá konverzace s rodinou poškozeného nebo pacientem samotným. [17]

Výzkumy prokázaly, že ve vyspělých zemích je ve zdravotnických institucích identifikováno pouze 5-30% všech mimořádných událostí. V České republice systém hlášení pochybení takřka neexistuje. Důvody jsou především z nepochopení a nejasné definice mimořádné události, strach z potrestání, obavy z možného soudního postihu, obavy nahlásit incident, ve kterém vystupuje lékař, o falešnou hrdost, nedostatek času na papírování a nepochopení, jak může být efektivní hlášení mimořádné události. V moderním ošetřovatelství hlášení mimořádných událostí představuje důležitý výukový prvek, důležitou zpětnou vazbu. Proto se v ekonomicky vyspělých zemích hlášení těchto událostí podporuje, někde dokonce odměňuje. [48]

2 AGRESE

2.1 Pojmy

Neklid je stav zvýšené pohybové aktivity, která přechází od mírných forem (zvýšená gestikulace, přešlapování, podupávání) až po výrazný celkový neklid, kdy jedinec bezcílně pobíhá a aktivně zasahuje do okolí. Je přítomna přecitlivělost ke stimulům, vysoká iritabilita. Vzniká v důsledku psychické nepohody. [7, 37, 32]

Agitovanost je velký neklid, nepřiměřená, bezcílná verbální nebo motorická aktivita, která způsobuje pacientovi a jeho okolí velké těžkosti. Dominuje špatně organizovaná a neúčelná psychomotorická aktivita vycházející z fyzické nebo duševní nepohody. [47, 32]

Násilné chování neboli **violence** je použití síly vůči lidem nebo předmětům spojené často s nepřátelským afektem. Snížená kontrola impulsivního chování vlivem neuropsychiatrického deficitu. Podle Hodgkinsona M. se v největším počtu útoků na personál dopustí pacienti mladší třiceti let nebo starší sedmdesáti let. [26, 47, 11, 42] Násilí na pracovišti ohrožuje poskytování efektivní péče pro pacienty. [29]

Agrese patří do přirozeného repertoáru chování. V psychologickém smyslu představuje velmi složitou problematiku, která zahrnuje širokou škálu jevů. Člověk může například agresivně myslet, komunikovat, fantazírovat a snít a samozřejmě agresivně konat. Agrese je jednorázové a krátkodobé vybití vnitřního napětí násilným chováním s cílem ublížit druhé osobě nebo jejímu majetku nebo snížením určité hodnoty. Tedy i nadávka, beztaktnost, požadování nepřiměřeného odškodnění, také odmítnutí záchrany člověka, nebo úmyslné zanedbání péče. Často je doprovázena afektem hněvu, vzteku a pocity nenávisti. [3, 36, 40, 10, 11]

Agresivita je navyklý způsob chování s tendencí reagovat dlouhodobě útočným zaměřením. [3, 11]

Agresor je charakterizován jako ten, kdo provádí agresi. V mnoho publikacích se setkáváme s termínem násilník. [9, 37]

2.2 Teorie agrese

Freudova teorie

Psychoanalytik Sigmund Freud ke konci svého života tvrdil, že lidé čerpají ze dvou základních zdrojů energie, kterými jsou libido (životodárné o rozkoš usilující) a thanatos (destruktivní instinkt smrti). Ve Freudově teorii se pud agrese pokládá za základní a souvisí s pudem smrti. Obvykle je zaměřena na ničení okolí, ale může se obrátit i sám proti sobě. [36]

Lorenzova teorie

Lorenz zastává názor, že agrese je důsledkem vrozených, genetických faktorů, které vyvolávají automatické nepřátelské reakce namířené proti druhým. U Lorenze je systém teorie agresivity založen na množství energie, která se v jednotlivci hromadí, dokud nedojde ke spuštění. [36]

Buss a Loew

Vyvrací Lorenzovu teorii. Z experimentů obou vědců vyplývá, že opakovaná agresivita může naopak agresivitu ještě více stupňovat. Je možné mluvit o hladu po násilí, potřebě násilí. [36]

2.3 Stupně agrese

Nejčastěji v literatuře [7, 36, 31] popisována ve třech stupních:

2.3.1 Hostilita

Hostilita je nepřátelský postoj, pacient nám dává zřetelně najevo své antipatie. Nepřátelské ladění může být namířené vůči světu nebo sobě. Často vyvolána žárlivostí, závistí nebo duševní poruchou. Hostilní člověk se chová nepřátelsky, i když ho nikdo neprovokuje. Hostilita je spojena s řadou zdravotních rizik. [43] Lze posuzovat psychologickými testy a škálami, nižší stupeň agrese.

2.3.2 Verbální agrese

Verbální agrese je druhý stupeň agrese. Můžeme ji rozdělit na přímou, nepřímou, ideatorní, pasivní. Častěji se verbální agresivita vyskytuje u žen.

- a) Přímá agrese znamená, že pacient sestru uráží, nadává jí.
- b) Psaní dopisů či telefonáty řadíme mezi nepřímou agresi.
- c) Pokud se jedná pouze o představy, že pacient někomu vynadá a ventiluje navenek, jedná se o agresi ideatorní.
- d) Pasivní agrese znamená reakci např. nesplnění určité povinnosti, pacient přestane mluvit, přestane odpovídat, tváří se uraženě, odvrací pohled, třeba i na pozdrav.

2.3.3 Brachiální agrese

Brachiální agrese je třetím nejzávažnějším stupněm agrese. Jedná se o agresi fyzickou, která může být zaměřena na živé tvory (člověk uhodí, kope, rve vlasy, škrábe) nebo věci (rozbití věcí, bouchání věcmi, dveřmi).

Dále můžeme agresi rozdělit na autoagresi a heteroagresi. Autoagrese je závažná forma násilí zaměřená na sebe. Jde o sebepoškozování, které může mít lehčí projevy, jimiž si pacient ubližuje, jako např. škrábání, trhání vlasů až k závažnému poškozování těla, jako úder hlavou o zeď, řezání, pálení. Extrémní formou autoagrese je sebevražda. [52, 19] Heteroagrese je zaměřená na jiné osoby. Extrémní formou je vražda. [19]

2.4 Typy agrese

2.4.1 Ideologická agrese

Ideologická agrese je např. řádění fotbalových fanoušků, hmotný zisk není zpravidla motivací. [35]

2.4.2 Predátorní agrese

Např. profesionální vrahové (za účelem obživy), obsahuje v sobě pomstychtivost, příjemné pocity z ubližování. Násilí je předem naplánováno. Predátorní agresi působí většinou psychiatričtí pacienti. [9, 36, 40]

2.4.3 Impulzivní agrese

Agrese vzniká bez plánování, bez hmotného zisku. Motivována pouze pudy, instinkty, v podvědomí. [35] Častý druh agrese u diagnózy demence. Může se agresivně projevo-

vat vůči svým blízkým i personálu, kteří mu věnují péči. Za vztekem je třeba vidět způsob, jak se vypořádat s pocity zmatenosti a úzkosti, než cílenou snahu někomu ublížit. [9, 10]

2.4.4 Afektivní agrese

Afektivní agrese vzniká u snadno vyprovokovatelných osob. Je provázena hlasovými projevy, útokem, nebo obrannými postoji. [9]

2.4.5 Pseudoorganická agrese

Pojí se se špatným socioekonomickým stavem. Typickými jsou strach, rozrušenost, zmatenost, tělesná a emoční labilita. Tento druh agrese bývá spojován s bezdomovci. [40, 9]

2.4.6 Organická agrese

Agrese přičítána mozkové nebo systémové nemoci, kterou lze diagnostikovat samostatně. Akutní stavy zmatenosti, mozková afekce, epilepsie, chronický etilismus. Neschopnost kontrolovat své jednání, sklon k impulzivitě. [48] Porucha soudnosti, ztráta sebekontroly, společenského odstupu, sebeovládání, úbytek sociálních schopností, sociální obratnosti a přizpůsobivosti. Snížení vlastního náhledu na vlastní poruchy chování. Neadekvátní projevy vzteku, často nezvladatelné projevy agrese. Není porušena paměť ani schopnost učení. [38]

2.5 Vznik agrese

Spouštěcí i inhibiční oblasti jsou součástí rozsáhlé, nedokonale známé neuronální sítě. [5] Limbický systém mozku patří k vývojově starším mozkovým strukturám, které byly vyvinuty již u prvotních savců a jsou přítomny u všech lidí. Limbický systém je spojen se všemi oddíly mozku, mezi jinými i s mozečkem, který nekontroluje pouze provádění pohybů, ale podílí se i na přiměřeném provedení duševních i řečových aktivit. [36]

V limbickém systému jsou mandlová jádra (amygdala), která jsou sídlem původní, primitivní agrese. Morfologicky je amygdala uložena v hloubi spánkového laloku pod mozkovou kůrou. [12] Amygdala je zodpovědná za vznik a uvolnění agresivního chování. Agrese

samotné amygdaly je prudká, intenzivní, neuvážená, neplánovaná. Po destrukci amygdaly se lidé stávají extrémně nespolečenští. [36]

Hypothalamus leží pod třetí mozkovou komorou. Při dráždění laterálních jader hypothalamu dochází ke zvýšené emocionalitě. [36]

Hippocampus je obloučkový závit ve spodní části mozku, úzce spojen s limbickým systémem. Spolu s amygdalou se hippocampus podílí na tvorbě pozornosti, paměti, učení a produkci emocí. Při elektrické oblasti této oblasti byly pozorovány pocity úzkosti. [36]

Jádra před třetí komorou (nuclei septi) mají spoje ke všem oblastem hippocampu a k mandlovým jádrům. Redukují extrémní emocionalitu. Po jejich elektrické stimulaci dochází k inhibici agresivního chování a zamezení výbuchu vzteku. [12] Obráceně, zničení těchto jader vede k dramatickému zvýšení agresivního chování a výbuchu vzteku. Nuclei septi jsou jinak laděna u mužů a jinak u žen. U mužů převládá vliv amygdaly, který se projevuje větší agresivitou a družností. U žen se projevuje větší vliv nuclei septi. Ženy jsou v průměru méně agresivní. [36]

Za to, že jsou muži agresivnější než ženy, může i mužský pohlavní hormon testosteron. Agresivita žen roste po menopauze, kdy jejich organismus začne v důsledku pokleslé tvorby estrogenů více produkovat mužské pohlavní hormony. [36]

Chemické látky, které přenášejí informace, se jmenují neurotransmitery a neuropeptidy. Mezi transmitery řadíme dopamin, noradrenalin, adrenalin, acetylcholin, serotonin. Defektu v produkci těchto látek vede k agresivnímu chování. [5]

2.6 Příčiny vzniku agrese

Agrese nevzniká vlivem jednoho podnětu či faktoru, ale jedná se většinou o kombinaci vlivů.

2.6.1 Alkohol

Agrese pod vlivem alkoholu je velmi častá. Vztah množství alkoholu na agresi je nelineární, záleží kdy a kde se alkohol pije, na psychickém stavu pacienta, tolerance alkoholu, hmotnosti pacienta. U schizofreniků, epileptiků stačí jen malé množství alkoholu. Agrese může vzniknout při intoxikaci nebo pak v delirium. [13, 30]

2.6.2 Léky

U polymorbidních pacientů musíme vyloučit stavy navozené medikací. Analgetika, anticholinergika, kortikoidy, antiparkinsonika a antibakteriální léky, kardiaka a jiné mohou vést k předávkování a tím k navození agrese. [13, 7]

2.6.3 Drogy

Pod vlivem drog vzniká agrese přímo při intoxikaci nebo abstinčním syndromu. Agrese zde může hrát i roli jako prostředek k získání drog. Řadíme zde i boje mezi dealery. [1, 7]

2.6.4 Osobnostní porucha

Poruchy osobnosti jsou variantou nebo extrémem charakterových rysů, které se významně odchyľují od rysů patrných u většiny lidí. Lidé trpící touto poruchou nevidí problém u sebe, ale u druhých lidí. Agrese vzniká, pokud se naruší jejich vzorec chování. Agrese nemusí být verbální nebo brachiální, ale často je pasivní. Časté jsou vulgární nadávky a výhrůžky na spolupacienty. Agrese u osobnostní poruchy vzniká často v psychóze (paranoidní psychóza, přechodná psychotická porucha, mánie), pod vlivem halucinací a bludů. Agrese je traumatizující především pro příbuzné, kteří se o pacienty starají. [13, 26, 30, 1, 7]

2.6.5 Organické stavy

Mezi organické stavy, u kterých se může projevit agrese vlivem diagnózy, řadíme akutní stavy zmatenosti, epilepsie, mozkové afekce, traumata hlavy, cefalea, tumor CNS, chronický etilismus, některé infekce (např. pneumonie, tyfus, neuroinfekce), metabolické a endokrinní choroby (např. urémie, dehydratace, jaterní selhání, hypoglykémie, iontová dysbalance), hormonální disharmonie (poporodní agrese). Nádory mozku často vedou ke změnám osobnosti, člověk může být neklidný až agresivní nebo naopak apatický. Vzácný je výskyt agrese u epilepsie. Jestliže je agrese příznakem záchvatu, neměl by být pacient omezován. Agresi lze potvrdit na EEG. [13, 26, 30, 1, 7]

2.6.6 Pod vlivem bolesti a frustrace, stresu, úzkosti

Za příčinou agrese může být příliš dlouhá čekací doba v čekárně, strach pacienta z operace, hospitalizace. Obtížná orientace ve zdravotnickém zařízení (problém s označením budov a ordinací), hluk, špatná organizace práce, nedostatek informací, neprofesionální přístup, neumožnění kontaktu s blízkými, neznámé prostředí, sdělení závažného onemocnění. [26]

Úzkostný pacient může v tíživé situaci zareagovat agresí. Extrémní formou úzkostné agrese je raptus. Navenek se projeví jako ničivá, silná agrese. Mezi další příčiny vzniku agrese do této kategorie patří úmrtí blízké osoby. Může se jednat o slovní agresi zaměřenou na lékaře, sestru. Zde je důležité si uvědomit, že agrese není zaměřena na pracovníka, nýbrž na osud - „osud není po ruce, ale personál ano“. [30]

2.6.7 Fyzikální vlivy

Hlučné prostředí, suché horko ve městech, dusno, horké letní noci, přeplněné prostory (prostředky městské hromadné dopravy, disko kluby), doprava jsou taky příčiny ke vzniku agresivních projevů. [36]

2.7 Rizikové faktory

Mezi rizikové faktory vyvolávající agresi patří:

- mužské pohlaví (vliv testosteronu) [4]
- vážnější postižení intelektu [4]
- porušení soběstačnosti, omezující pravidla, ztráta soukromí a intimity, nedostatek aktivit, změna sociální role [4]
- osoby z nižších sociálních skupin a nižším vzděláním [4]
- špatný tělesný stav, chronická bolest [19]
- odměňování násilných projevů [4]
- agrese příbuzných přenášená na pacienta [19]
- poporodní stavy (hormonální disbalance) [4]
- neúnosné situace jako je krize, násilí, trauma [19]

- agresivní chování v anamnéze, nedobrovolné hospitalizace v anamnéze, vyšší počet rehospitalizací [19]
- nejistota, nespokojenost s nemocniční péčí [19]
- spojení se subkulturou s tendencí k násilí [2]
- zneužívání alkoholu a jiných látek bez ohledu na diagnózu [2]
- floridní symptomatologie schizofrenie nebo mánie (bludy a halucinace jsou zaměřeny na konkrétní osobu, pacient je zaujat násilím, je agitován, rozrušen, hostilní a podezřívavý) [2]
- malá spolupráce na léčbě, antisociální, explozivní, impulzivní osobnostní rysy [2]
- konflikt mezi zaměstnanci může být také podklad pro agresi pacienta [2]

2.8 Varovné signály agresivního pacienta:

Neverbální projevy agresivního pacienta:

- agitovanost, rozrušení, neklid a přecházení [4]
- svalové tenze, rigidní postoj [6]
- výhružná gesta a postoje [9]
- lapání po dechu, agresivita vůči předmětům – bouchání do stolu, stěn a vůči sobě – tlučení hlavou, svírání pěstí, práskání dveřmi [36]
- oční kontakt (upřený pohled do očí) [2]
- vzdálenost (nedodržování společenského odstupu) [31]
- výraz ve tváři (agresivní úšklebky, zrudnutí vzteky, zblednutí, pomrkávání, záškluby, které dříve nebyly) [7]

Signály z nálady: [2]

- podrážděná, naštvaná, zlostná, povznesená, elevovaná, labilní nálada

Signály z řeči: [2]

- slovní výhružky
- stížnosti, požadavky, odmítnutí komunikace

- hlasitý a naléhavý projev

Signály z myšlení a vnímání: [2]

- neschopnost koncentrace a vnímání informací
- nejasný a zmatený myšlenkový proces
- bizarní, paranoidní, perzekuční, násilné myšlenky a bludy
- akutní halucinace, někdy i vizuální
- myšlenky s násilnými tématy
- zmatenost, dezorientace
- myšlenky typu: svět se změnil, lidé v okolí se změnili, něco se děje, nedokážu se soustředit na vlastní myšlenky, jasně vidím či slyším věci, které ostatní popírají, násilím mě odvezli z domova, nic jsem neudělal a jsem tu zavřený

Signály z vnímání osobního prostoru [2]

- pocit narušování jeho osobního prostoru/hranic nebo soukromí
- trvalé narušování osobního prostoru druhých osob, např. nadbytečné přibližování
- naléhání na okamžité splnění nereálného požadavku

Signály z kontextu a z minulosti pacienta: [2]

- dřívější násilné epizody
- aktuální zprávy od pečovatелů, ostatních pacientů a pacienta samotného o zlostných pocitech a nevyhověných požadavcích
- akutní požití zakázaných látek a alkoholu
- nízká frustrační tolerance a jiné maladaptivní strategie zvládnání

Signály z terapeutického procesu: [2]

- narušení terapeutického vztahu
- odmítání spolupráce, nedostatek povzbuzování
- obvykle zhoršující se psychický stav

- selhání dosud úspěšných a předem dohodnutých strategií, například techniky zklidnění, odloučení, uklidňujících, konejšivých a podpůrných technik

2.9 Posuzovací kritéria agrese:

Posuzovací otázky, které si může lékař či sestra položit při přijetí pacienta na zhodnocení rizika vzniku agrese. Čím více bude odpovědí na otázky ano, tím více můžeme očekávat vznik agrese u pacienta.

Diagnostická hlediska: [2]

- Trpí duševním onemocněním?
- Jde o akutní příznaky onemocnění?
- Má souběžné onemocnění jako je závislost na drogách/alkoholu nebo poruchu osobnosti např. antisociální, hraniční, sadistickou?
- Trpí vývojovým nebo získaným mentálním poškozením, poškozením mozku?

Predispozice a údaje z anamnézy: [28, 2]

- Má v anamnéze zaznamenány násilné incidenty?
- Existují nějaké závažné vlivy z dětství a rodinné historie?
- Trpí chronickým vztekem, hostilitou, zlostí, nízkou tolerancí k frustraci, má sadistickou orientaci?
- Má v anamnéze zaznamenanou událost, při níž u něj došlo ke ztrátě kontroly nad vlastním chováním?
- Je impulzivní?

2.10 Přístup k agresivnímu klientovi

2.10.1 Psychologický přístup

1. Nejdříve se snažíme s pacientem hovořit o jeho problému, nepolemizujeme s ním, hovoříme tichým hlasem. Vyjádření empatie (hmm, aha..., rozumím vám, chápu..., parafrázování – pokud jsem dobře rozuměla, rozhněvala jste se...). Akceptovat pa-

- cienta. Mnoho nemluvit, raději více naslouchat. Vyslechnutí neznamená souhlas. Nekřičet, nepoužívat vulgární výrazy (agresivita zesiluje agresivitu). [19, 4, 22, 42]
2. Vyhýbáme se situaci, kdy jsme s pacientem sami v uzavřené místnosti. Někdy postačí přizvání dalšího, především mužského zdravotnického personálu. Je zajímavé, že pět sester si nezjedná takovou převahu jako tři muži. Udržovat si volnou únikovou cestu (přístup ke dveřím). [19, 40, 46]
 3. Ruce máme volné a pacientovi se díváme do očí, abychom vystihli jeho úmysl, ale vyhýbáme se dlouhému očnímu kontaktu. Dlouhý oční kontakt může pacienta vyprovokovat, je bezpečnější spíše očima těkat. [4, 8, 22]
 4. Agresivních pacientů se nedotýkáme, udržujeme bezpečnou vzdálenost (délka paže), neobracíme se k nim zády. Nemocného máme po ruce, kterou ovládáme. [4]
 5. Oslovujeme klienta jménem. [4, 32, 7]
 6. Vysvětlujeme co a proč děláme. Nikdy nelžeme. [19]
 7. Postupujeme klidně a bez afektu. Kontrolujeme vlastní neverbální projevy, vyvarujeme se prudkých gest a pohybů. Pomalé tempo řeči. Je ověřeno, že pacient postupně přejímá tempo naší řeči a se zklidněním řeči dojde k celkovému zpomalení psychomotorického tempa. [19, 26, 46, 44]
 8. Nenarušujeme jeho osobní prostor. [8]
 9. Nestavíme se mu do cesty. [4, 26, 44]
 10. Z okolí odstraníme předměty, které by mohly být použity jako zbraň. [8, 22]
 11. Odstranit z dosahu pacienta nebezpečné předměty. Nečekat, co pacient udělá. Zvýšená pozornost při aplikaci injekcí na píchnutí jehlou. [4, 32]
 12. Pokud možno posaďte se vy i pacient. Pro pacienta to bude známka, že ho nehodláte ohrožovat. Ale buďte připraveni vyskočit. [22, 36]
 13. Při řešení sestra dbá zejména na bezpečí pacienta, na bezpečí ostatních pacientů, bezpečí personálu. [25, 26, 46]
 14. Sestra má právo na sebeobranu, která ale musí být adekvátní agresivitě nemocného. Nepoužíváme bolestivé hmaty a manévry. [4, 36, 44, 7]
 15. Zprávy, které pro něj mohou být nepříjemné, snáze přijme od lékaře než sestry. [42]

16. Při pasivní agresi je vhodné popsat, co vidíme, co si myslíme a hlavně cítíme (např. pane cítím se velmi špatně, jsem v rozpacích, je mi smutno, je mi to líto.) [8]
17. V neposlední řadě bývá řešením pasivní agresivity humor, pokud se podaří, že je humor neironický a zaměřený spíše proti problémům, může pasivní agresi rychle neutralizovat. [25, 40, 46]
18. V neřešitelných případech zavolat policii. [4, 26]

Čtyři prvky (podle Reitha), které obvykle chybí v péči o násilné pacienty: [2]

Agrese u pacienta bývá málo dokumentovaná, chybí podrobný a přesný záznam údajů do dokumentace pacienta. Mezioborová komunikace často chybí, nejsou volány konziliární služby. Reith postrádá vyslechnutí a zhodnocení všech členů zdravotnického personálu. A v neposlední řadě chybí vyslechnutí blízkých osob. Příbuzní nebo pečovatelé mohou zdravotnický personál informovat o stavu pacienta před hospitalizací.

2.10.2 Farmakologická terapie

Podání medikamentů zkrátí dobu neklidu a eventuálního fyzického omezení. Cílem je zvládnutí akutního neklidu, agresivního chování, zmírnění rizika sebepoškození. Očekáváme rychlý nástup účinku, navození mírné sedace. Po zklidnění pacienta máme prostor pro stanovení diagnózy a dalších terapeutických postupů jako je vyloučení či potvrzení organické příčiny neklidu po provedených vyšetření. [36]

Preferujeme podání per os, při nespolupráci pacienta se neobejdeme bez parenterálního podání psychofarmak, intramuskulárně, intravenózně. Volba psychofarmak závisí podle aktuální symptomatiky. Při psychotickém neklidu tělesně zdravého jedince jsou lékem volby neuroleptika (Haloperidol, Tiapra, Buronil). [47] Těžká volba psychofarmak nastává u pacientů s podezřením na intoxikaci, kde jsou v podstatě všechna psychofarmaka kontraindikována. Pokud nepostačí jen fyzické omezení, je lékem volby ke zvládnutí neklidu Haloperidol, který je méně sedativní. Zásadou podání psychofarmak je nekombinovat více než dva preparáty. [25] Benzodiazepiny u geriatrických pacientů zvyšují agresivní chování. U déletrvajících psychotického neklidu, kde se pacient ohrožuje na životě, je možno aplikovat elektrokonvulzivní terapii. [35]

2.10.3 Omezovací prostředky

Použití omezovacích prostředků je zásahem do osobní svobody, soukromí osoby a do svobody pohybu. Omezovací prostředky jsou používány již od 14. století (první zmínka se objevuje v zakládající listině nemocnice sv. Trojice v Salisbury). Podle manuálů, publikovaných pro potřeby justice, bylo legální fyzické omezení pacienta i v domácím prostředí. V dodatku z roku 1581 se tvrdí: „Každý člověk může svého duševně nemocného příbuzného uvěznit v domě, uvázat jej a bít jej pruty, a to aniž by porušil zákon.“ Psychotropní medikace byla objevená až v 50. letech 20. století. [1]

Použití omezovacích prostředků v České republice není ošetřeno zákonem. Pouze u pacientů v psychiatrických zařízeních bylo ve Věstníku ministerstva zdravotnictví č. 1/2005 vydáno Metodické opatření Ministerstva zdravotnictví k používání omezovacích prostředků u pacientů v psychiatrických zařízeních České republiky. [45]

Omezit pacienta pomocí manuální restrikce je přípustné, pokud lze předejít bezprostřednímu ohrožení pacienta a dalších osob a všechny ostatní způsoby zvládnutí pacienta se ukázaly jako neúčinné. Umožnit aplikaci nedobrovolné medikace, která je klinicky i právně ospravedlnitelná. [2, 25]

Názory na používání omezovacích prostředků nejsou v zemích Evropské unie sjednoceny. Například ve Velké Británii považují za neetická síťová lůžka.

Omezovacími prostředky se rozumí pobyt na uzavřeném oddělení, umístění v ochranném (síťovém lůžku), izolační místnost, omezení pohybu pacienta (ochranné pásy, kurty), ochranné prostředky (svěrací kazajky), připoutání k lůžku a jinému prostředku (kočárek, křeslo, nosítka), parenterální podání psychofarmak nebo manuální omezení, tzn. pacientovi v pohybu brání ošetřovatel. Omezovací prostředky lze použít výjimečně a to pouze v případě, kdy pacient ohrožuje svým jednáním sebe nebo své okolí. V žádném případě se nepoužívají omezovací prostředky z výchovných indikací. [7, 2, 18]

V České republice se od používání síťových lůžek upouští. Nejsou vhodná pro agresivní pacienty, ale řada psychiatrů zastává názor, že pro gerontopsychiatrické pacienty, u kterých by navýšení medikace nebo znehybnění jinou metodou mohlo vést k somatickým komplikacím, by byla lůžka vhodná. [25]

Fyzické omezení má trvat co nejkratší dobu. Nejde o úpravu chování, ale o eliminaci rizika pro život a zdraví. Používá se co nejmírnější a nejvhodnější omezovací prostředek. [2, 44]

Manuál pro používání restriktivního opatření viz příloha VI, příloha XII, příloha XI.

2.11 Prevence agresivních stavů

Poskytnou prostor pacientovi k vyjádření svých pocitů. Snažíme se verbálně, s empatickým přístupem zvládnou situaci. [32]

Dostatek klidu a odpočinku. Pravidelný denní režim (u dementních). Všítat si změn chování pacienta, které mohou signalizovat blížící se agresivní reakci. Vyhybat se přeceňování, ale i podceňování schopností nemocného. Vyvarovat se komunikaci na příkazy. [36]

Je třeba zaznamenat všechny zvláštnosti prožívání o nemoci do ošetřovatelské dokumentace, informovat o nich lékaře. [46]

Důraznější kontrola pacientů během noční směny. Odstranění věci v interiéru (např. obrazy), které mohou zvýšit agresi. Pokud jsou si sestry vědomy toho, že pacient má psychické problémy, měly by se mu snažit přidělit pokoj co nejbližší sesterského pokoje. Není vhodné umístit úzkostného pacienta s úzkostným pacientem. Vhodné je uvažovat o samotce. [28, 40]

2.12 Právní aspekty

V České republice nejsou dosud jasně zákonem vymezena práva a povinnosti zdravotnických pracovníků vůči agresivnímu klientovi. Na vrcholu pyramidy závazných předpisů z oblasti zdravotnictví stojí dokument obecnějšího významu, a to Úmluva o lidských právech a biomedicíně. Cílem této úmluvy je zajistit každému člověku nedotknutelnost jeho práv a základních svobod a zajistit mu důstojnost a svébytnost, aniž by tím byl znemožněn další pokrok ve vědě a výzkumu. Význam Úmluvy spočívá také v tom, že práva v ní obsažená se vztahují k občanům (zejména pokud se z nich stanou pacienti) a rovněž v tom, že má přednost před platnými zákony, ale má i přínos pro výklad některých sporných ustanovení zákona č. 20/1966 Sb., O péči o zdraví lidu. V naší zemi má tento zákon zatím nejvýznamnější normu zdravotnického práva. Je třeba taky zmínit podzákoné normy. Jedná se zejména o Etický kodex České lékařské komory, Kodex pro zdravotní sestry (viz příloha XIV) a Kodex práv pacientů (viz příloha XV), které podrobně vymezují práva a povinnosti zdravotníků i pacientů. Jedná se ale o normy v rovině etické a tedy doporučující povahy, které nemají sílu zákona a nejsou pod zákonnými sankcemi vynutitelné. Dohled nad jejich

dodržováním je svěřen samosprávným profesním organizacím, v případě zdravotních sester např. České asociaci sester, v případě lékařů České lékařské komoře.

Z hlediska právních aspektů násilí na pracovišti přichází v úvahu v rovině pracovního práva právně řešit především ty formy násilí a obtěžování na pracovištích, kterého se dopouští jednak zaměstnavatelé ve vztahu ke svým zaměstnancům a jednak zaměstnanci mezi sebou navzájem. V případě závažných útoků, kdy je ohrožen i život zdravotníka, je možné postupovat tak, že na pacienta je podáno trestní oznámení (může jej podat napadený zdravotník nebo i nemocnice jako zaměstnavatel). Lze uvažovat o trestném činu ublížení na zdraví (§ 221-224 trestního zákona). Pokud je útok méně závažný je třeba řešit citlivě, jak se zdravotníky, tak s pacienty. Utrpí-li sestra v důsledku útoku pacienta úraz, jedná se o úraz pracovní, který je odškodněn dle zákoníku práce. V takovém případě náleží zaměstnanci, který utrpěl pracovní úraz, náhrada škody, a to podle závažnosti úrazu. Náhrada škody se poskytuje ve formě náhrady: za ztrátu na výdělků, bolesti a ztížení společenského uplatnění, účelně vynaložené náklady spojené s léčením a věcné škody. [26]

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 METODIKA PRÁCE

3.1 Cíle a hypotézy

Cíl 1. :

Zjistit, s jakým typem agrese se všeobecné sestry / všeobecní ošetřovatelé nejčastěji setkávají.

Hypotéza 1: Zdravotnický personál se nejčastěji setkává se slovním typem agrese.

Hypotéza 2: Nejčastějším typem slovní agrese jsou výhrůžky a vulgární nadávky.

Cíl 2. :

Zjistit jak všeobecné sestry / všeobecní ošetřovatelé reagují na agresi.

Hypotéza 3: Většina zdravotnických pracovníků ví, jak reagovat na agresora.

Hypotéza 4: Většina zdravotnických pracovníků byla podnětem pro agresora.

Cíl 3. :

Zjistit, zda všeobecné sestry / všeobecní ošetřovatelé ohlašují mimořádnou událost – setkání s agresivním pacientem.

Hypotéza 5: Minimální počet zdravotnických pracovníků ohlašuje mimořádnou událost.

Hypotéza 6: Většina zdravotnických pracovníků neví, že má ohlašovat mimořádnou událost.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Do zkoumaného vzorku byli zařazeni všeobecné sestry/všeobecní ošetřovatelé ze tří zdravotnických zařízení. Jednalo se o Krajskou nemocnici Tomáše Bati, a. s. ve Zlíně, Kroměřížskou nemocnici, a. s. a Psychiatrickou léčebnu v Kroměříži. Celkem bylo rozdáno 110 dotazníků. Vrátilo se 87 (80%) vyplněných dotazníků.

Do Krajské nemocnice Tomáše Bati, a. s. bylo rozdáno 40 dotazníků na oddělení neurologie a jednotku intenzivní péče chirurgických oborů. Tato oddělení jsem vybrala záměrně,

protože jsem předpokládala, že se zde vyskytuje agrese. Vybrala jsem jen dvě oddělení v KNTB, protože nemocnice již byla zahlcena dotazníky a mám zkušenosti z praxe, že návratnost z oddělení, kde již dotazníky byly rozdány, by nebyla moc vysoká. Návratnost vyplněných dotazníků byla 29 kusů. Z těchto 29 respondentů bylo 100% žen.

Do Kroměřížské nemocnice bylo rozdáno celkem 50 dotazníků na oddělení neurologie, chirurgie, intenzivní péče, anesteziologicko resuscitační, interní a záchrannou stanici. Návratnost vyplněných dotazníků byla 43 kusů. Za tuto 86% návratnost jsem vděčná především hlavní sestře, která mi pomohla dotazníky rozdat. Z těchto 43 respondentů bylo 41 žen a 2 muži.

Do Psychiatrické léčebny v Kroměříži bylo rozdáno 20 dotazníků. Vyplněných dotazníků se vrátilo 16 (80%). Z těchto 16 respondentů bylo 5 mužů a 11 žen.

3.3 Metoda výzkumu

Ke zpracování bakalářské práce byla použita metoda dotazníku. Výhodou dotazníků je zjištění velkého množství informací od cílové skupiny v krátkém časovém intervalu. Nevýhodou je v obtížnosti získání respondentů. Použitý dotazník (viz příloha I) je rozdělen na čtyři části. První část dotazníku obsahuje představení výzkumníka, seznámení s tématem a účelem dotazníku, o instrukcích k vyplnění, zajištění anonymity a poděkování. Druhá část slouží k získání informací o respondentovi. Třetí část dotazníku, hlavní část, obsahuje 16 položek, které slouží k ověření stanovených hypotéz. Poslední, čtvrtá část, obsahuje doplňující otázku, kterou mohl respondent obohatit bakalářskou práci o svůj příběh z praxe.

3.3.1 Formy položek v dotazníku

- Uzavřené, dichotomické – zde patří otázka II., III., č. 15.
- Uzavřené, dichotomické, filtrační – zde patří otázka č.10, 11, 13, 14.
- Uzavřené, polytomické – zde patří otázka č. 8.
- Polozavřené, polytomické – zde patří otázka IV., č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 12.
- Otevřené – otázka I., č. 16, 17.

3.4 Zpracování získaných dat

Získaná data byla uspořádána do pracovních tabulek četností. Dle podskupin byly sečteny četnosti a relativní četnosti, následně vytvořeny sumární tabulky četnosti a grafy. Pro výpočet a konstrukce byl využit Microsoft Excel. Pro konstrukci grafu č. 28 a grafu č. 36 byl využit program Statgraphics.

Absolutní četnost v tabulce udává počet respondentů, kteří odpovídali v položce stejnou odpovědí z nabídnutých možností.

Relativní četnost (%) poskytuje informace o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu.

3.5 Organizace šetření

Při psaní teoretické části jsem kontaktovala pana Ing. Kopečného, který je svazový inspektor BOZP pro Jihomoravský, část Zlínského kraje a kraj Vysočina, který mi poskytl informace o pojmech riziková práce, rizikový faktor, riziko (viz příloha II). Kontaktovala jsem i paní PhDr. Janu Veselou, která má k dispozici brožuru o agresivních projevech vůči sestram na zdravotnických pracovištích, bohužel se mi nepodařilo s paní doktorkou spojit. Jako další k problematice rizika, rizikové práce, rizikový faktor jsem kontaktovala pana Nášela, který pracuje v KNTB, a. s, jako školitel BOZP. Pan Nášel mi poskytl informace týkající se proškolení pracovníků, poskytl mi materiály týkající se vyhodnocení rizik možného ohrožení života a zdraví zaměstnanců při výkonu práce v KNTB, a. s. (viz příloha X) a seznámil mě s platným zákonem o zařazování prací do kategorií 432/2003 Sb. (viz příloha XVII)

Další část výzkumného šetření byl dotazník, který byl určený pro všeobecné sestry / všeobecné ošetřovatele. Před provedením dotazníkového šetření byly sestaveny jednotlivé položky v dotazníku, které se vztahují k cílům a hypotézám, následovalo seřazení jednotlivých položek a schválení vedoucí práce. Po konzultaci s vedoucí práce byly jednotlivé položky upraveny a celkem bylo vytvořeno a rozdáno 110 dotazníků. Před rozdělením dotazníků předcházela domluva a písemný souhlas s hlavní sestrou z nemocnice v Kroměříži, s paní náměstkyní pro ošetřovatelskou péči z nemocnice ve Zlíně a s hlavním ošetřovatelem Psychiatrické léčebny Kroměříž. Dotazníkové šetření probíhalo v jednotlivých zařízeních v jiném časovém intervalu. V Kroměřížské nemocnici a. s., probíhalo od 15.4.2009 do

29.4.2009. V Krajské nemocnici Tomáše Bati, a. s., probíhalo dotazníkové šetření od 20.4.2009 do 30.4.2009. V Psychiatrické léčebně Kroměříž byly dotazníky rozdány 29.4.2009 a sesbírány byly 7.5.2009.

Při získávání písemného souhlasu od hlavních sester a hlavního ošetřovatele proběhl taky ústní rozhovor o problematice standardů péče o neklidného pacienta a standardů o omezovacích prostředcích. Hlavní sestra Nemocnice Kroměříž, a. s., Marie Christovová, mi poskytla platný standard o omezovacích prostředcích (viz příloha VI). Taky mi umožnila nahlédnout do provozního řádu záchytné stanice. Paní náměstkyně pro ošetřovatelskou péči Krajské nemocnice Tomáše Bati, Bc. Marie Hejtmánková, mi poskytla manuály Péče o neklidné (viz příloha VII), Mechanické omezení pacienta za hospitalizace (viz příloha VIII) a taky formulář Zápis o mimořádné události (viz příloha IX). Hlavní ošetřovatel Psychiatrické léčebny Kroměříž, Petr Mlčák, mi slíbil poskytnout manuály platné pro psychiatrickou léčebnu Péče o neklidné, omezovací prostředky. Bohužel mi materiály neposlal.

Dále jsem kontaktovala právní oddělení KNTB, a. s. Pan JUDr. Uherek mi pomohl s právní problematikou při setkání s agresivním pacientem. (viz příloha III)

A jako poslední jsem kontaktovala tiskovou mluvčí zlínské Policie ČR por. Ing. Janu Bartíkovou, kterou jsem požádala o statistiku výjezdů Policie ČR k agresivním pacientům. (viz příloha IV).

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

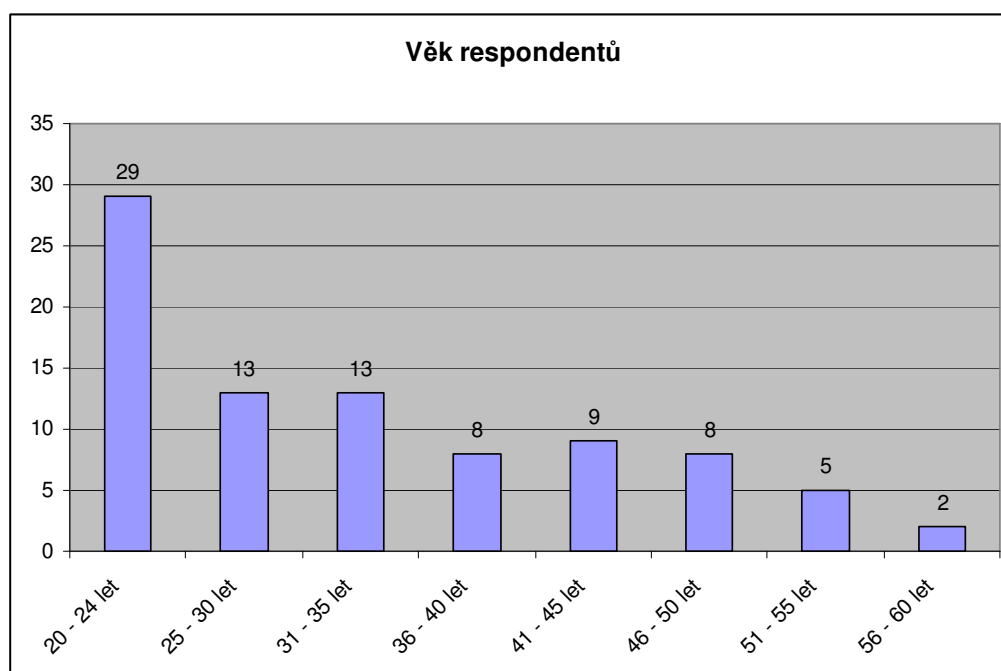
4.1 Dotazník

Otázka I

Váš věk:

Tabulka č. 1 Věk respondenta

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
20 - 24 let	29	33
25 - 30 let	13	15
31 - 35 let	13	15
36 - 40 let	8	9
41 - 45 let	9	10
46 - 50 let	8	9
51 - 55 let	5	6
56 - 60 let	2	2
Celkem	87	100



Graf č. 1 Věk respondenta

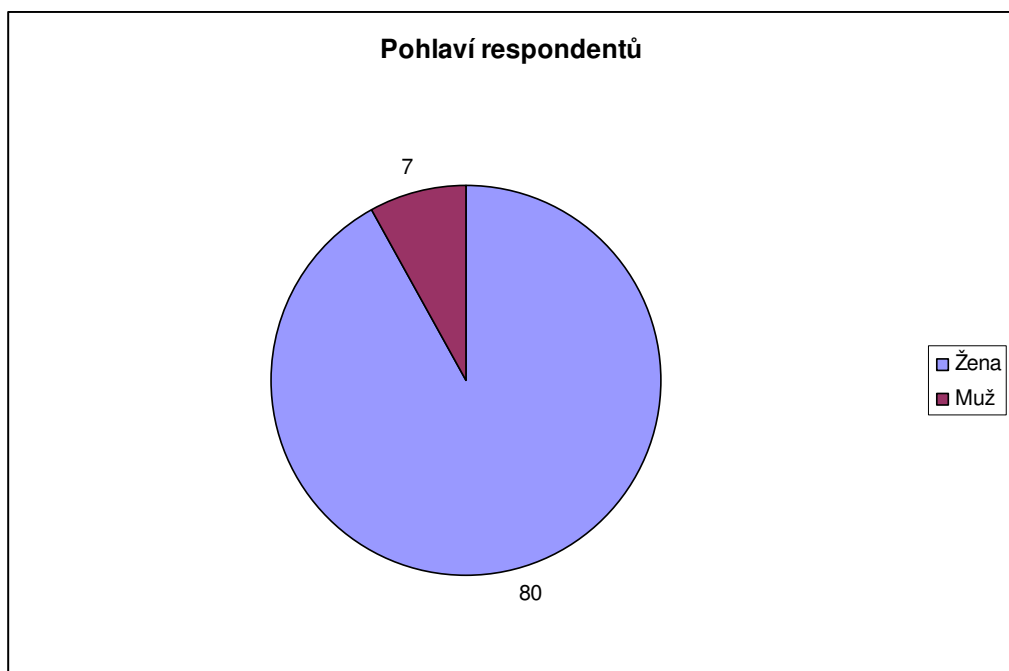
Otázka I. patří do informací o respondentovi. Pro přehlednost jsem zařadila respondenty do věkových kategorií. Z grafu č. 1 je patrné, že nejvíce všeobecných sester/všeobecných ošetřovatelů patří do kategorie 20 - 24 let (33% respondentů). Zajímavostí je, že do kategorie 20 - 24 let patří nejvíce všeobecných sester z KNTB, a. s.

Otázka II.

Pohlaví

Tabulka č. 2 Pohlaví respondenta

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Žena	80	92
Muž	7	8
Celkem	87	100



Graf č. 2 Pohlaví respondenta

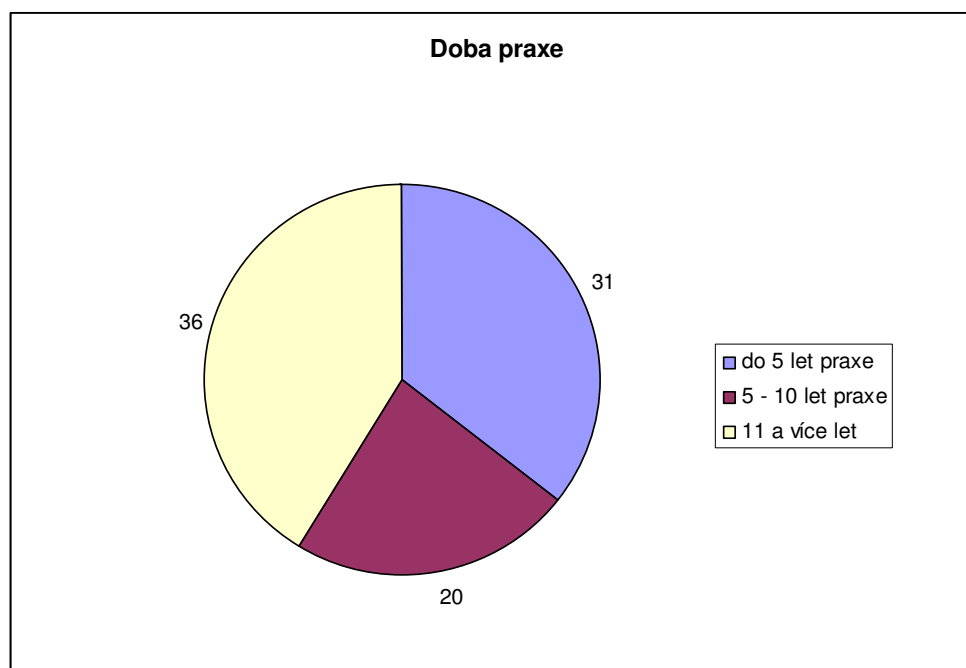
Když se řekne zdravotní sestra, snad všichni si vybaví ženu. Je to především povolání, kde pracují ženy, ale pár světlých výjimek se najde. V našem výzkumném vzorku pracují muži, kterých je 8 %, především v psychiatrické léčebně, na záchytné stanici a JIP.

Otázka III.

Jako všeobecná sestra/všeobecný ošetrovatel pracujete v praxi:

Tabulka č. 3 Délka praxe

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Do 5 let praxe	31	36
5 - 10 let praxe	20	23
11 a více let	36	41
Celkem	87	100



Graf č. 3 Délka praxe

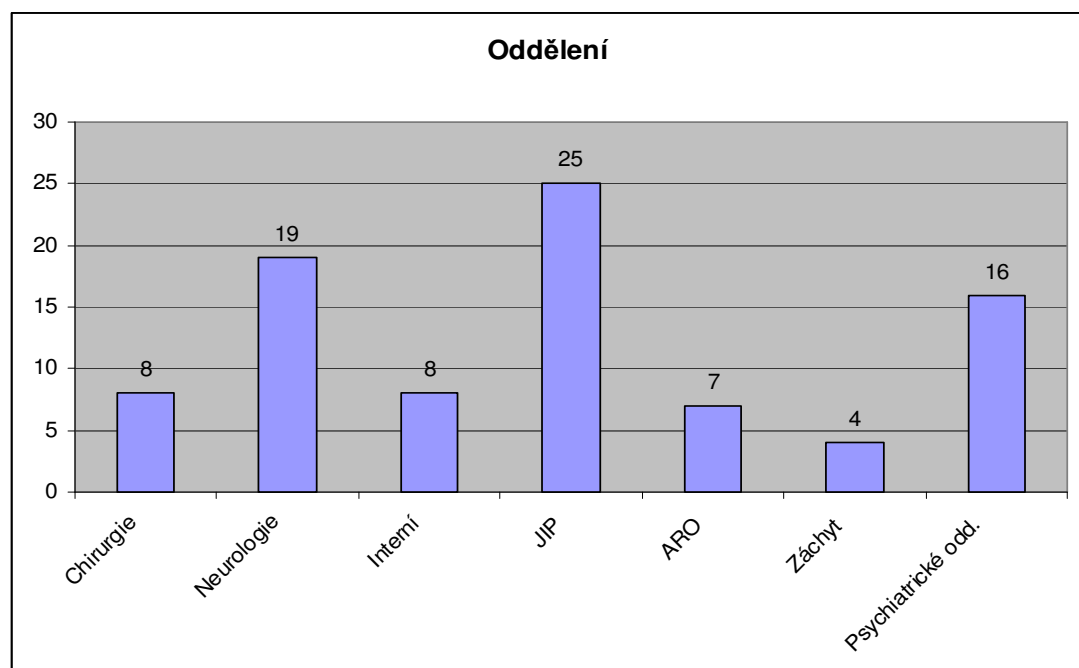
Předpokládala jsem, že nejvíce bude sester „mladších“, proto jsem respondenty zařadila jen do tří kategorií.

Otázka IV.

Na jakém oddělení pracujete?

Tabulka č. 4 Pracoviště

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Chirurgie	8	9
Neurologie	19	22
Interní	8	9
JIP	25	29
ARO	7	8
Záchytná stanice	4	5
Psychiatrické odd.	16	18
Celkem	87	100



Graf č. 4 Pracoviště

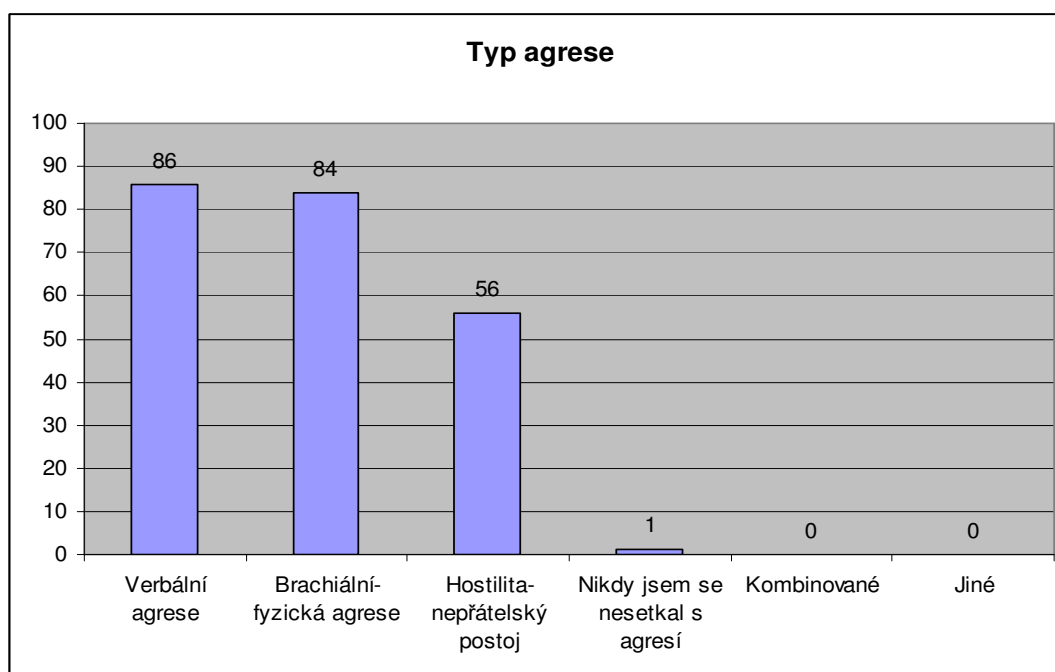
Výběr oddělení nebyl náhodný. Snažila jsem se vybrat oddělení, u kterých jsem předpokládala, že se zde vyskytuje agrese.

Otázka č. 1

S jakým typem agrese se nejčastěji setkáváte nebo jste se někdy setkali ve své praxi?

Tabulka č. 5 Typ agrese

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Verbální agrese	86	38
Brachiální-fyzická agrese	84	37
Hostilita-nepřátelský postoj	56	25
Nikdy jsem se nesetkal s agresí	1	0
Kombinované	0	0
Jiné	0	0
Celkem	227	100



Graf č. 5 Typ agrese

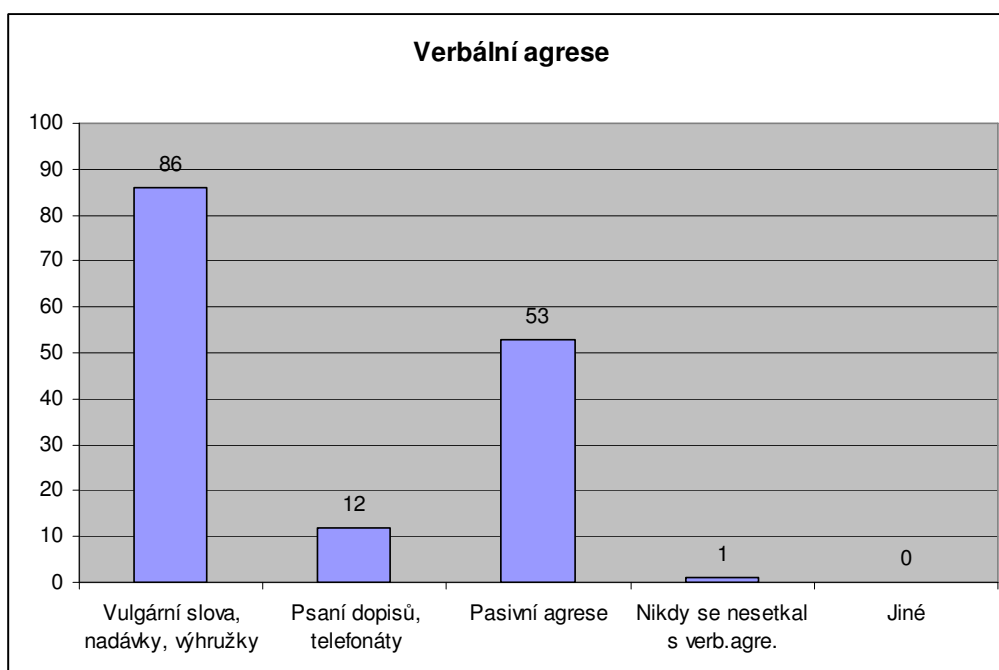
Respondenti měli možnost volit více odpovědí. Podle grafu je patrné, že na první příčce je agrese verbální (86 respondentů, tj. 38%) a těsně za ní agrese brachiální (84 respondentů, tj. 37%). S nepřátelským postojem se setkala méně respondentů, ale také je to více než polovina dotázaných (56 respondentů, tj. 25%). 1 respondent se nesetkal s agresí vůbec. Odpovědi potvrdily častý výskyt agrese v praxi zdravotnických pracovníků.

Otázka č. 2

Označte verbální agrese, se kterými jste se setkali u pacienta:

Tabulka č. 6 Verbální agrese

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vulgární slova, nadávky, výhrůžky	86	57
Psaní dopisů, telefonáty	12	8
Pasivní agrese	53	35
Nikdy se neseťkal s verb. agresí	1	1
Jiné	0	0
Celkem	152	100



Graf č. 6 Verbální agrese

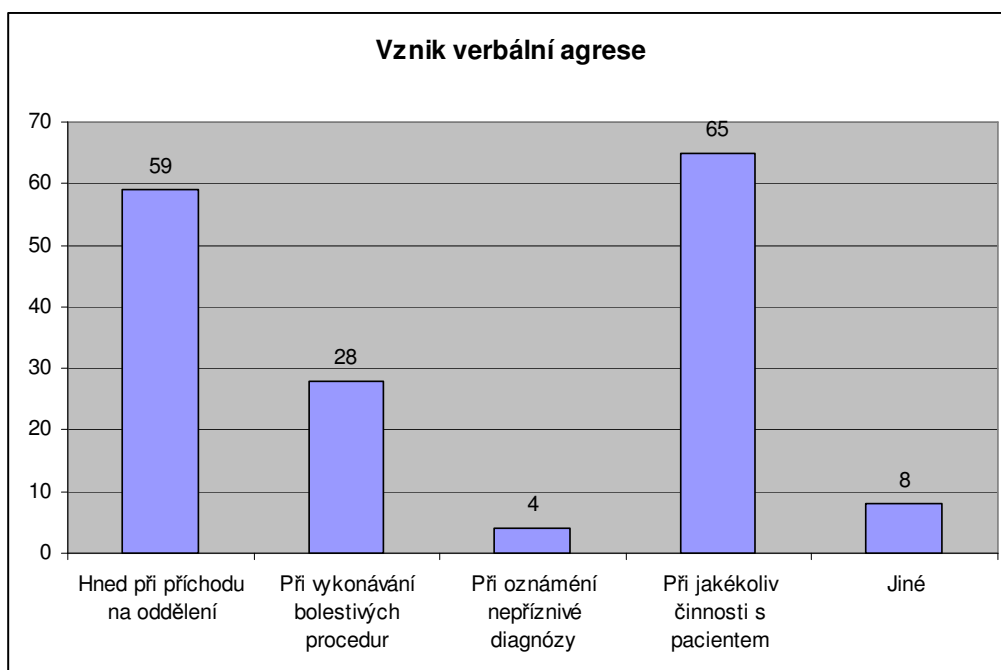
Nejčastější verbální agresí u pacienta jsou vulgární slova, nadávky a výhrůžky (odpověď označili všichni respondenti kromě jednoho). Z celkového počtu odpovědí je zástupnost 57%. Nadávky, slovní potyčky, výhrůžky je nejjednodušší způsob jak použít agresi. Klient nepotřebuje fyzickou sílu, jen silný hlas a důvod proč nadávat. A jak se říká, že důvod se vždy najde, tak snad proto je tenhle typ agrese nejčastější. Na druhé pozici je pasivní agrese. Tenhle typ je taky jednoduchý pro klienta. Jednoduše se zdravotníky přestane komunikovat, nepozdraví, začne dělat naschvály. Ve své krátké praxi jsem pasivní agresi viděla nejčastěji u geriatrických pacientů. Na třetím místě v téhle otázce je psaní dopisů, telefonáty, odpovědělo 12 respondentů. S verbální agresí se nikdy neseťkal 1 respondent.

Otázka č. 3

Pokud jste se setkali s verbální agresí, při jaké situaci začal být pacient agresivní?

Tabulka č. 7 Vznik verbální agrese

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Hned při příchodu na oddělení	59	36
Při vykonávání bolestivých procedur	28	17
Při oznámení nepříznivé diagnózy	4	2
Při jakékoliv činnosti s pacientem	65	40
Jiné	8	5
Celkem	164	100



Graf č. 7 Vznik verbální agrese

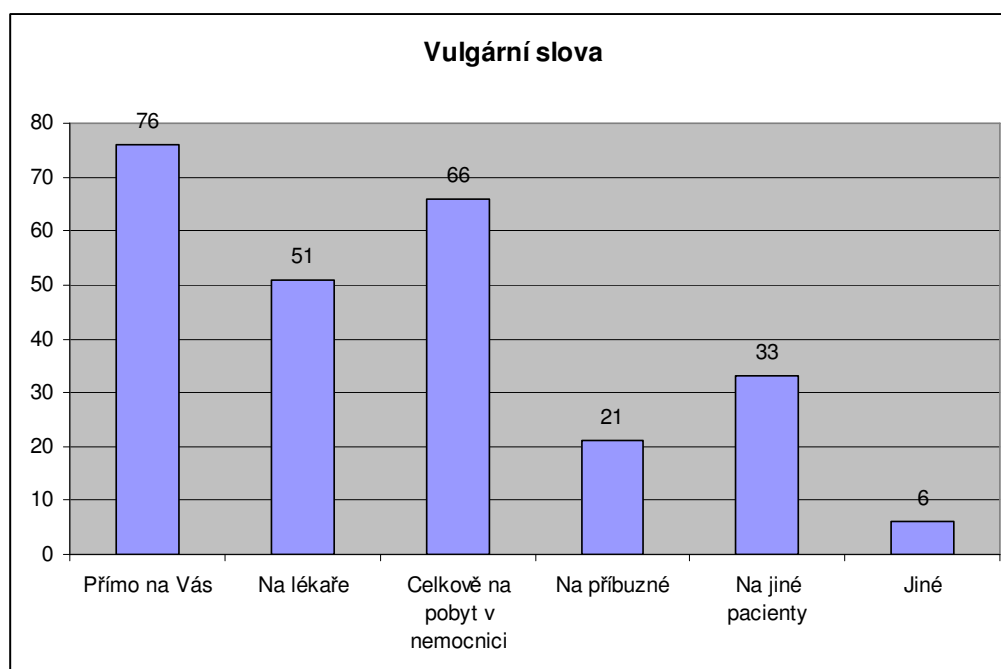
Jak jsem uvedla u grafu č. 6 - důvod si klient vždy najde, aby mohl použít vulgární slova či výhrůžky. 65 respondentů označilo nejvíce odpověď, že pacient začal být slovně agresivní při jakékoli činnosti. 59 respondentů odpovědělo, že pacient začal být slovně agresivní hned při příchodu na oddělení. Při vykonávání bolestivých procedur odpovědělo nejvíce respondentů z chirurgického a neurologického oddělení. Jistě z důvodu, že se zde provádějí výkony, které jsou bolestivé. Odpověď při sdělení nepříznivé diagnózy odpověděli především respondenti z interního a neurologického oddělení. Mezi další situace, kdy začal být pacient agresivní, respondenti uvedli při hygienické péči (2 respondenti), při dlouhé čekací době na lékaře, polohování pacienta, v deliriu a ve dvou případech bez příčiny.

Otázka č. 4

Pokud pacient používal vulgární slova a výhrůžky či nadávky byly směřovány:

Tabulka č. 8 Vulgární slova

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Přímo na Vás	76	30
Na lékaře	51	20
Celkově na pobyt v nemocnici	66	26
Na příbuzné	21	8
Na jiné pacienty	33	13
Jiné	6	2
Celkem	253	100



Graf č. 8 Vulgární slova

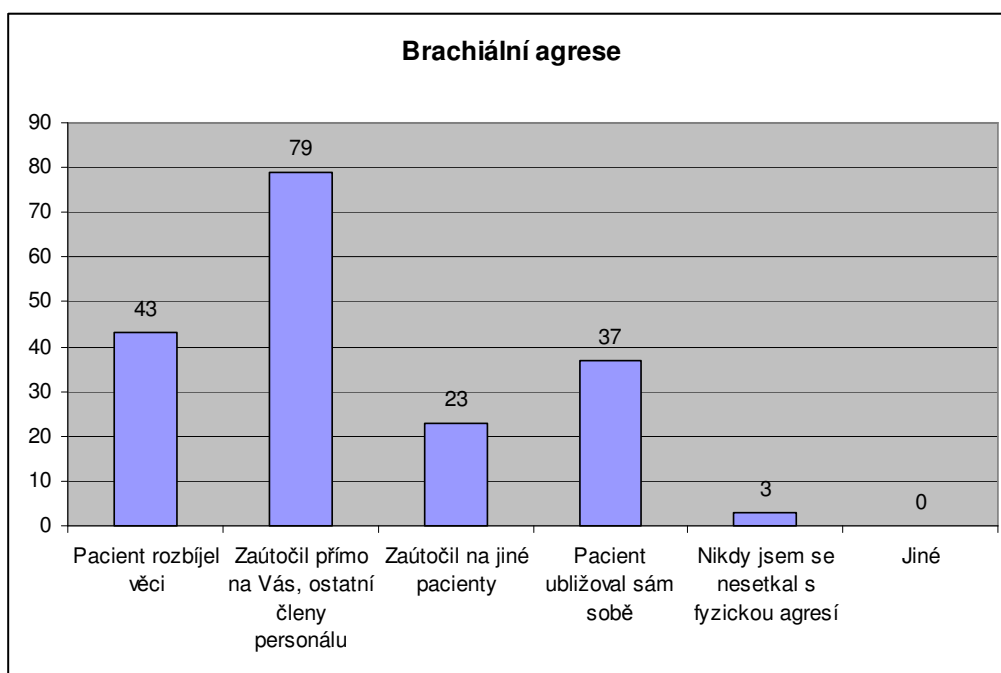
Vulgární slova směřovala u 76 (30%) respondentů přímo na zdravotní pracovníky. Myslím, že to z velké části je obrana pacienta na strach. 66 (26%) respondentů odpovědělo celkově na pobyt v nemocnici, odpovědi byly nejčastěji uváděny na JIP, ARO, záchytné stanici. Že jsou vulgární slova, nadávky a výhrůžky, které směřují na lékaře uvedeny až na třetím místě, je především proto, že lékař nemá tak intenzivní kontakt s pacientem jako sestra. Mimo odpovědi, že pacient slovně zaútočil na příbuzné a jiné pacienty, uvedli respondenti, že pacient slovně zaútočil na příslušníky Policie České republiky, na strážníky Městské policie a ve dvou případech na politiku.

Otázka č. 5

Označte brachiální (fyzickou) agresi, se kterou jste se setkali u pacienta:

Tabulka č. 9 Brachiální agrese

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Pacient rozbíjel věci	43	23
Zaútočil přímo na Vás, ostatní členy personálu	79	43
Zaútočil na jiné pacienty	23	12
Pacient ubližoval sám sobě	37	20
Nikdy jsem se nesetkal s fyzickou agresi	3	2
Jiné	0	0
Celkem	185	100



Graf č. 9 Brachiální agrese

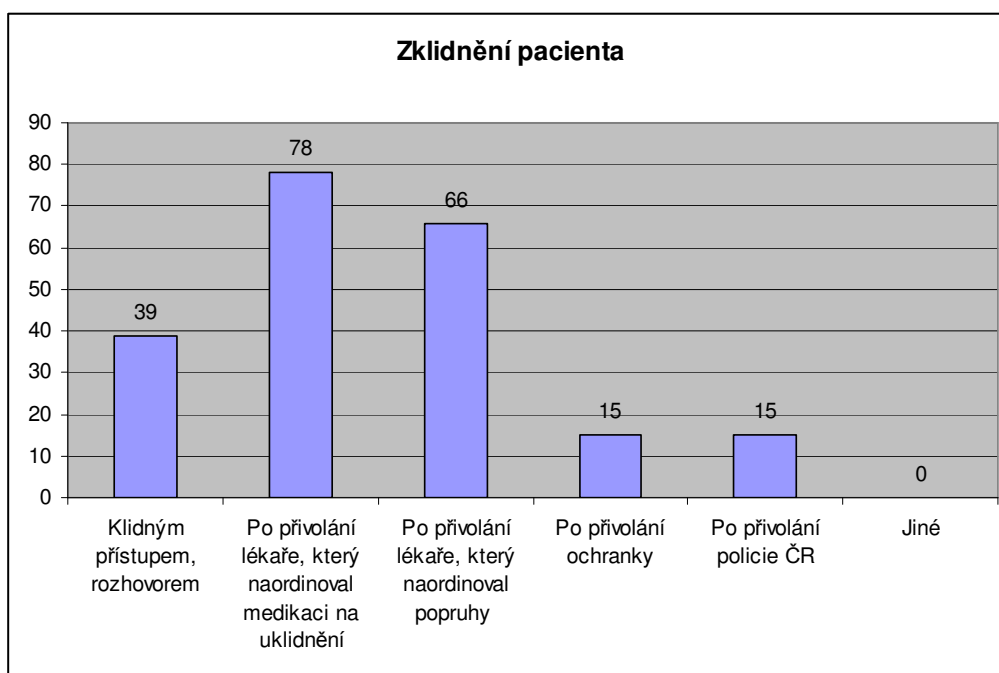
Respondenti uvedli, že agresivní pacient nejčastěji (79 respondentů) zaútočil přímo na vlastní osobu nebo na ostatní členy ošetrovatelského týmu. Na druhé pozici je rozbíjení věcí. Respondenti uváděli, že pacienti kopali do dveří, oken, bouchali do stolu, trhali ložní prádlo. 37 respondentů odpovědělo, že pacient si ublížil sám sobě. 23 respondenti zažili ve své praxi útok pacienta na jiného pacienta. 3 respondenti s brachiální agresi se nesetkali.

Otázka č. 6

Jak se Vám podařilo pacienta uklidnit?

Tabulka č. 10 Zklidnění pacienta

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Klidným přístupem, rozhovorem	39	18
Po přivolání lékaře, který naordinoval medikaci na uklidnění	78	37
Po přivolání lékaře, který naordinoval popruhy	66	31
Po přivolání ochranky	15	7
Po přivolání policie ČR	15	7
Jiné	0	0
Celkem	213	100



Graf č. 10 Zklidnění pacienta

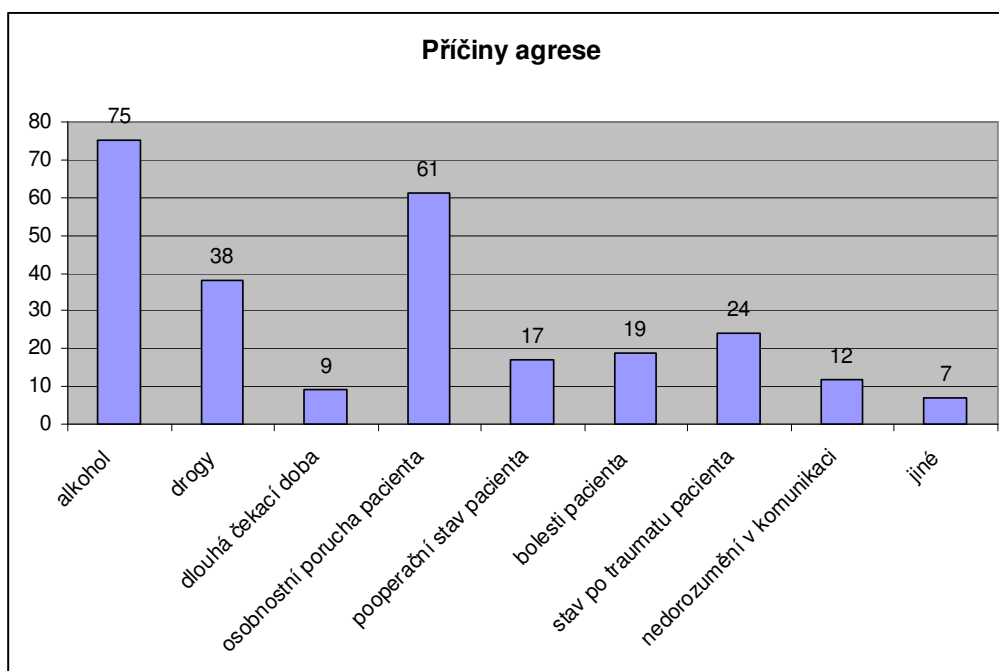
Jaký způsobem respondenti pacienta uklidňovali? Podle grafu poznáme, že zásah Policie České republiky není nijak vzácný (odpovědělo 15 respondentů). Přítomnost ochranky u agresivního pacienta se dělo v 15 případech, z toho uváděli 2 respondenti zásah žurnálního ošetřovatele (na psychiatrické léčebně). Nejčastěji se pacient zklidnil po přivolání lékaře, který naordinoval medikaci na zklidnění. V 66 případech se pacient zklidnil, když lékař naordinoval omezovací prostředky.

Otázka č. 7

Co způsobilo agresi u pacienta?

Tabulka č. 11 Příčiny agrese

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Alkohol	75	29
Drogy	38	15
Dlouhá čekací doba	9	3
Osobnostní porucha pacienta	61	23
Pooperační stav pacienta	17	6
Bolesti pacienta	19	7
Stav po traumatu pacienta	24	9
Nedorozumění v komunikaci	12	5
Jiné	7	3
Celkem odpovědí	262	100



Graf č. 11 Příčiny agrese

V největším zastoupení je alkohol jako příčina agrese (75 respondentů, tj. 29%). Na druhé místě je osobnostní porucha pacienta (61 respondentů, tj. 23%). A na třetím místě jsou příčinou drogy. Další odpovědi závisely na oddělení. Na chirurgii, JIP byly ve velkém zastoupením odpovědi, že příčinou je stav po traumatu pacienta, bolesti pacienta, pooperačním stavu pacienta. Nedorozumění v komunikaci uvádělo mimo jiné oddělení často neurologické oddělení. Myslím, že tam je příčina v onemocnění pacienta (CMP apod.). 7 respondentů

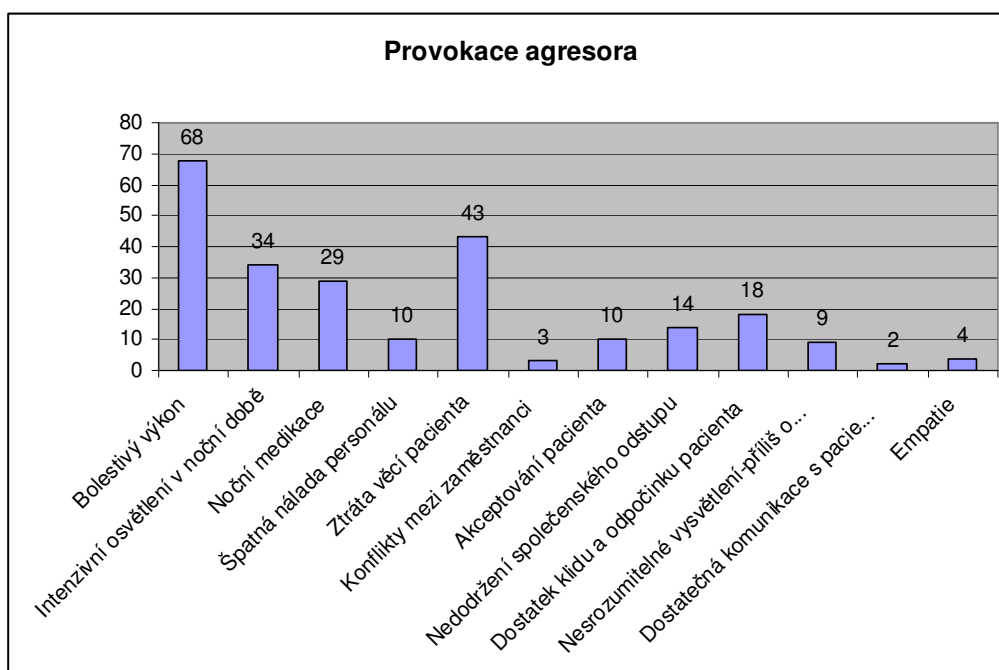
zvolilo i odpověď jiné, zde uvedli, že příčinou byla hypoglykémie, nezodpovědnost klienta, delirium, toxiny a neznámá příčina.

Otázka č. 8

Označte tvrzení, které může být pro agresora provokací.

Tabulka č. 12 Provokace agresora

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Bolestivý výkon	68	28
Intenzivní osvětlení v noční době	34	14
Noční medikace	29	12
Špatná nálada personálu	10	4
Ztráta věcí pacienta	43	18
Konflikty mezi zaměstnanci	3	1
Akceptování pacienta	10	4
Nedodržení společenského odstupů	14	6
Dostatek klidu a odpočinku pacienta	18	7
Nesrozumitelné vysvětlení-příliš odborné výrazy	9	4
Dostatečná komunikace s pacientem	2	1
Empatie	4	2
Celkem	244	100



Graf č. 12 Provokace agresora

Tato otázka byla položena, abychom zjistili, jestli zdravotníci ví, co všechno může způsobit agresi pacienta. Mezi tvrzení, co může způsobit agresi u pacienta patří: bolestivý výkon,

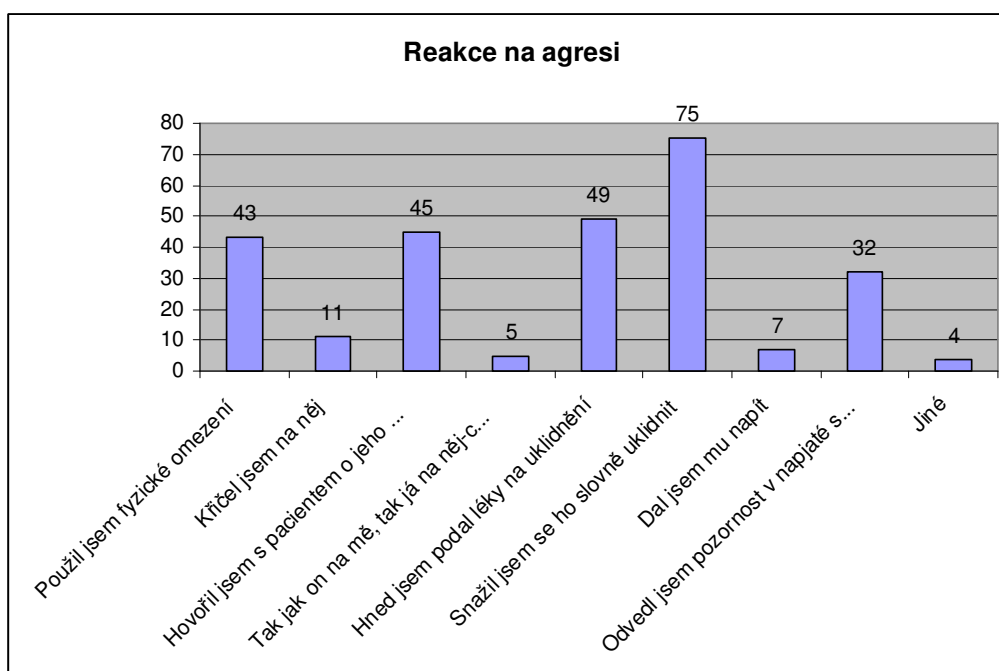
intenzivní osvětlení v noční době, noční medicína, špatná nálada personálu, ztráta věcí, konflikty mezi zaměstnanci, nedodržení společenského odstupu, nesrozumitelné vysvětlení – příliš odborné výrazy. Žádný z respondentů neodpověděl na všechny tyto možnosti. Nejčastěji respondenti uváděli bolestivý výkon (68 respondentů, tj. 28%), ztráta věcí pacienta (43 respondentů, tj. 18%), intenzivní osvětlení a noční medicína (34 respondentů, tj. 14%). Respondenti odpovídali podle vlastní zkušenosti. Špatnou náladu a konflikty mezi zaměstnanci uváděli respondenti méně často. Domnívám se, že si neuvědomují, že takové rozepře může pacient vnímat a může je přenášet na okolí.

Otázka č. 9

Jak jste reagovali na agresi pacienta?

Tabulka č. 13 Reakce na agresi

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Použil jsem fyzické omezení	43	16
Křičel jsem na něj	11	4
Hovořil jsem s pacientem o jeho problému	45	17
Tak jak on na na mě, tak já na něj-choval jsem se taky agresivně	5	2
Hned jsem podal léky na uklidnění	49	18
Snažil jsem se ho slovně uklidnit	75	28
Dal jsem mu napít	7	3
Odvedl jsem pozornost v napjaté situaci	32	12
Jiné	4	1
Celkem	267	100



Graf č. 13 Reakce na agresi

Na otázku, jak jste reagovali na agresi pacienta, uváděli respondenti nejčastěji, že se snažili slovně uklidnit agresora. Na další pozici je, že hned podali léky na uklidnění. Často jsou v teplotní tabulce uvedeny léky dle potřeby, proto se domnívám, že respondenti podali léky dle potřeby a ne, že by si je sami naordinovali. Velká většina respondentů odpověděla, že hovořila s pacientem o jeho problému, je dobře, že tahle odpověď patří do nejčastějších

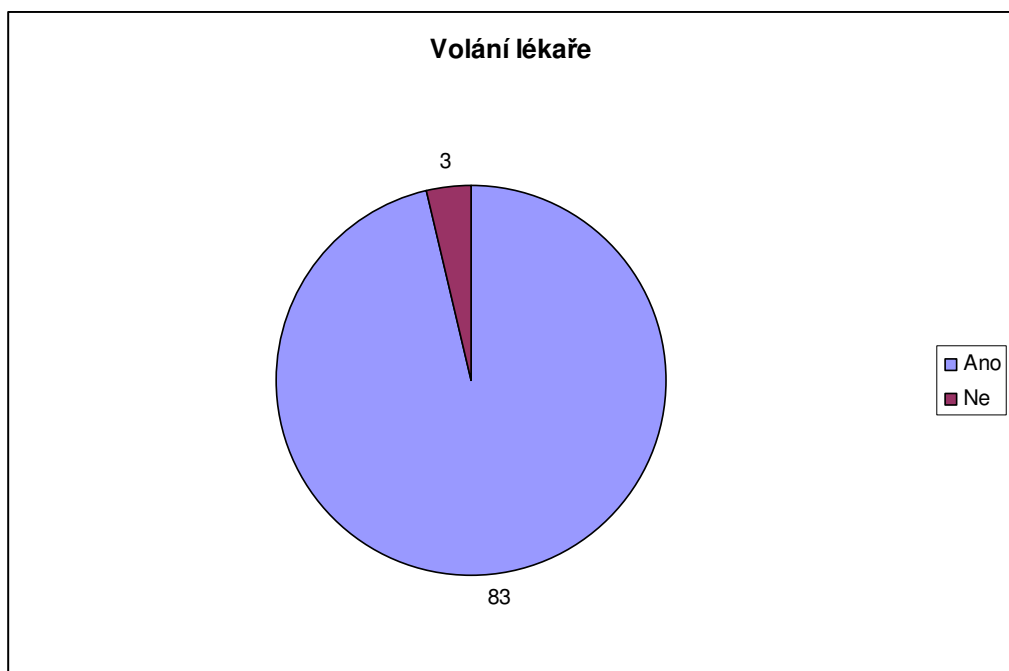
odpovědí. 43 respondenti odpověděli, že použili fyzické omezení, agresivního pacienta někdy nejde udržet, avšak fyzické omezení by mělo následovat až na ordinaci lékaře. Odpověď - dal jsem mu napít - nebyla tak častá, ale je správná. Když dáme pacientovi napít během agrese, odvedeme tím jeho pozornost. Respondenti, kteří odpověděli možnost – jiné - uváděli, že agrese pacienta byla taková, že byli nuceni hned zavolat ochranku, Policii České republiky. V jednom případě byl respondent nucen se skrýt.

Otázka č. 10

Zavolali jste lékaře k agresivnímu pacientovi?

Tabulka č. 14 Volání lékaře

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	83	97
Ne	3	3
Celkem	86	100



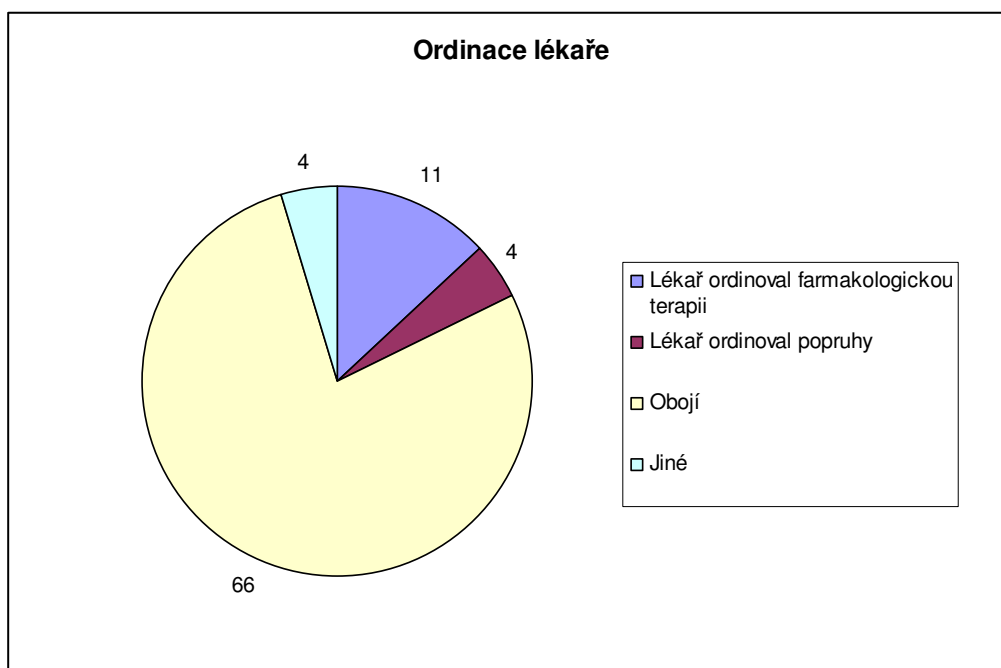
Graf č. 14 Volání lékaře

Podle grafu je patrné, že téměř všichni zavolali k agresivnímu pacientovi lékaře.

Pokud ano, vyhodnoťte situaci:

Tabulka č. 15 Ordinace lékaře

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Lékař ordinoval farmakologickou terapii	11	13
Lékař ordinoval popruhy	4	5
Obojí	66	78
Jiné	4	5
Celkem	85	100



Graf č. 15 Ordinace lékaře

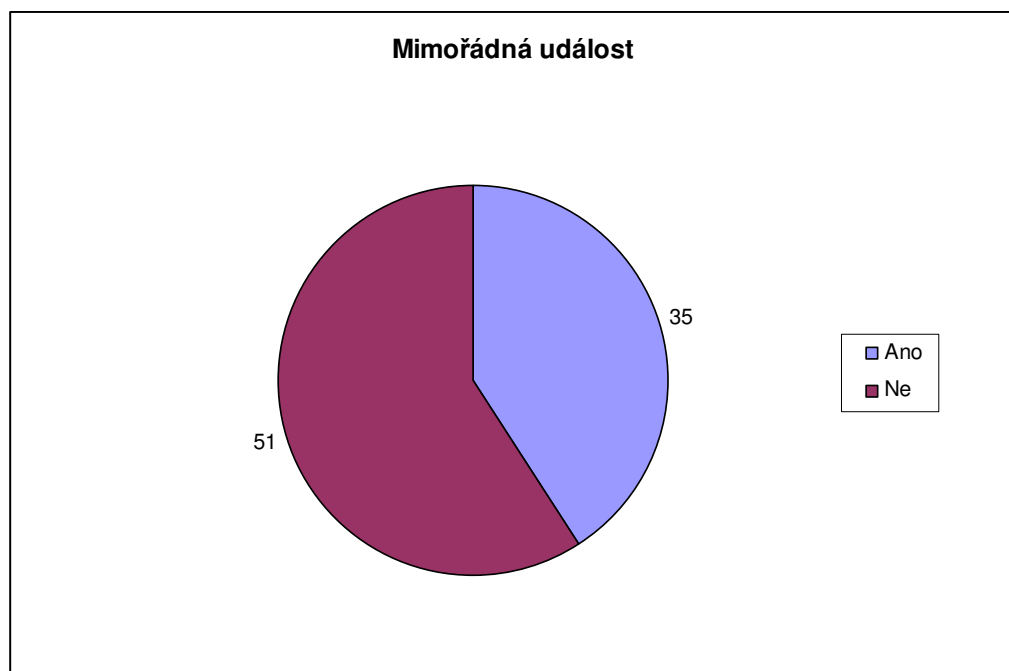
66 respondentů uvedlo, že lékař naordinoval jednak farmakologickou terapii a jednak fyzické omezení pacienta, a to především proto, aby si pacient neublížil nebo neublížil svému okolí. Mezi odpovědi - jiné - respondenti uváděli, že lékař provedl pohovor s pacientem, zápis do dokumentace, ve dvou případech lékař nařídil zavolat Policii ČR a ve dvou případech na psychiatrii lékař nařídil přeložení pacienta na jiné oddělení.

Otázka č. 11

Sepsali jste po setkání s agresivním pacientem dokument „Zápis o mimořádné události“?

Tabulka č. 16 Mimořádná událost

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	35	41
Ne	51	59
Celkem	86	100



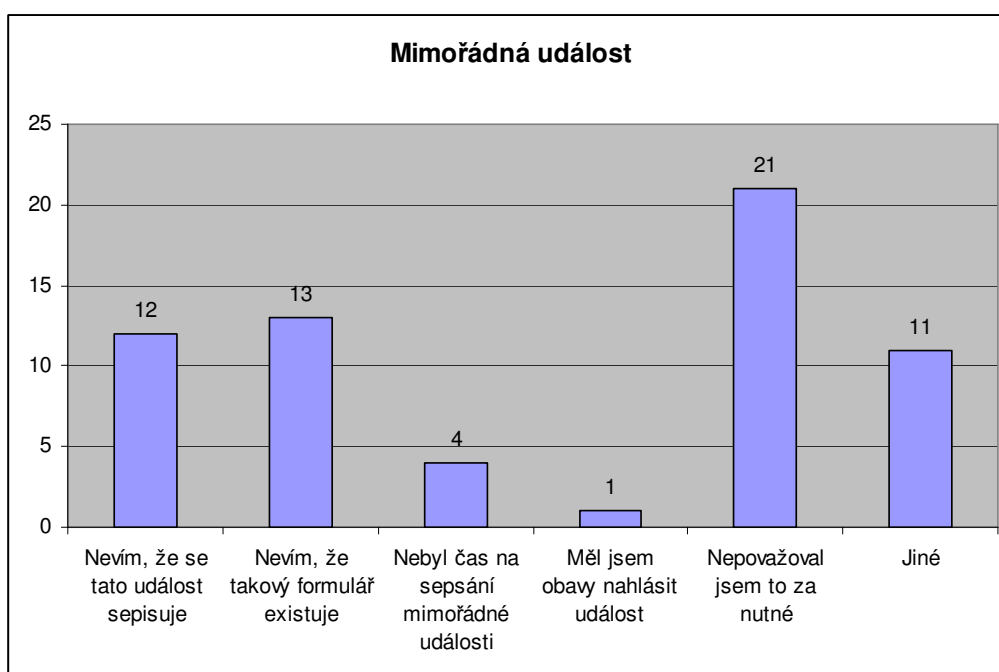
Graf č. 16 Mimořádná událost

Sepsání mimořádné události není zákonem nijak nařízené. Je to interní postup nemocnice, který je upraven vnitřními předpisy nemocnice. 59 % respondentů však tuto možnost nevyužilo.

Pokud ne, proč?

Tabulka č. 17 Nesepsání mimořádné události

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nevím, že se tato událost sepisuje	12	19
Nevím, že takový formulář existuje	13	21
Nebyl čas na sepsání mimořádné události	4	6
Měl jsem obavy nahlásit událost	1	2
Nepovažoval jsem to za nutné	21	34
Jiné	11	18
Celkem	62	100



Graf č. 17 Nesepsání mimořádné události

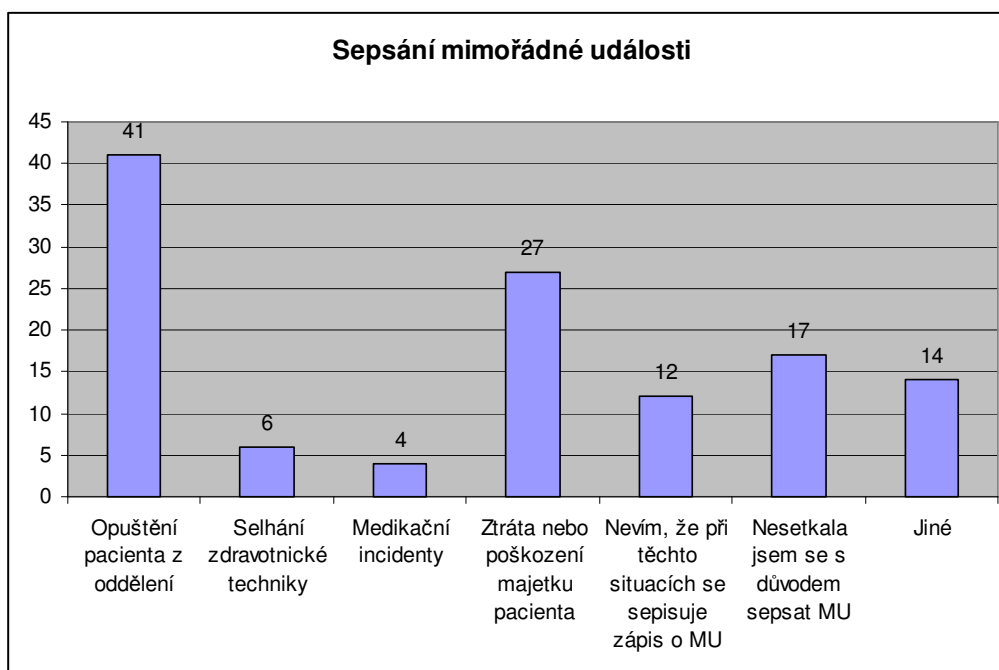
Na otázku proč respondenti nesepsali zápis o mimořádné události, uváděli, že to nepovažovali za nutné. Jak respondenti psali, považují to za „normu“ nejde o nic zvláštního. Zápis o mimořádné události by tak museli psát denně. 21% uvádí, že neví, že takový formulář na sepsání mimořádné události existuje. 19% uvádí, že neví, že se setkání s agresivním pacientem sepisuje. 6% nemělo čas na sepsání událostí. A 1 respondent měl obavy nahlásit událost. Je pravdou, jak uvádějí někteří respondenti, že by se takováto mimořádná událost sepisovala téměř denně. Avšak pokud agrese přesáhne své meze, je podle mého názoru lepší událost sepsat, sestra tak chrání sebe sama. V odpovědi – jiné - zaznělo, že zápis provádějí do dokumentace pacienta nebo dokument vůbec nemají.

Otázka č. 12

Při jakých jiných situacích jste sepsali „Zápis o mimořádné události“?

Tabulka č. 18 Sepsání mimořádné události

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Opuštění pacienta z oddělení	41	34
Selhání zdravotnické techniky	6	5
Medikační incidenty	4	3
Ztráta nebo poškození majetku pacienta	27	22
Nevím, že při těchto situacích se sepíše zápis o MU	12	10
Nesetkala jsem se s důvodem sepsat MU	17	14
Jiné	14	12
Celkem	121	100



Graf č. 18 Sepsání mimořádné události

Respondenti nejčastěji uváděli, že sepsali zápis o mimořádné události v případech, kdy pacient opustil oddělení (41 respondent, tj. 34%) a při ztrátě nebo poškození majetku pacienta (27 respondentů, tj. 22%). 17 respondentů uvedlo, že se nestkali s důvodem sepsat mimořádnou událost a 12 respondentů neví, že se sepíše mimořádná událost. V 6 případech sepsali dokument, protože selhala technika a ve 4 případech při medikačních incidentech. Mezi důvody – jiné - respondenti uváděli: při demolici pokoje pacientem, při po-

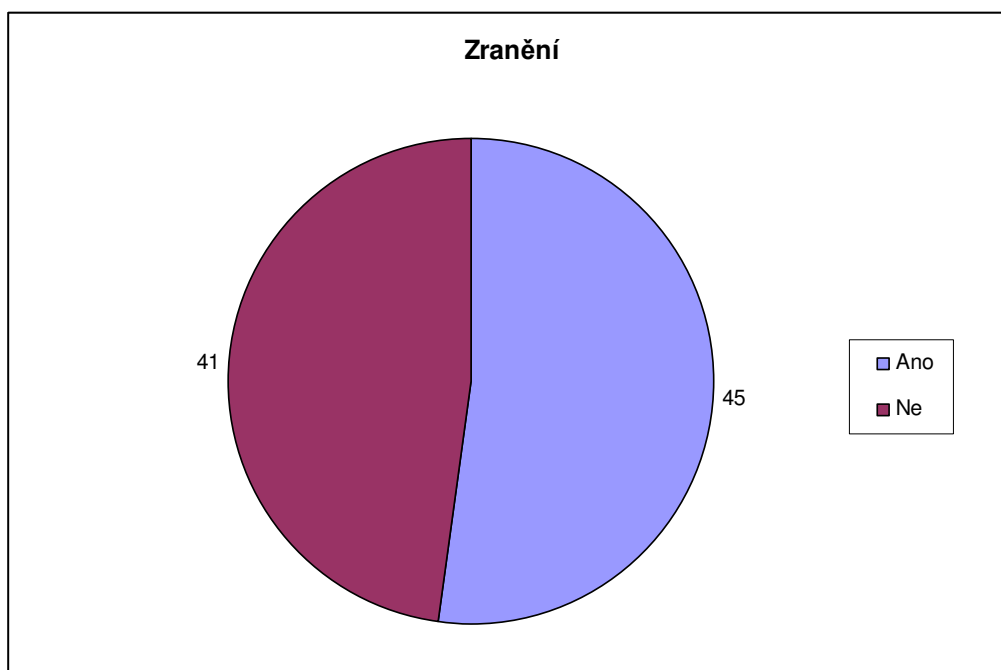
škození majetku nemocnice (včetně ústavního prádla), často uváděli pády pacienta, ublížení na zdraví personálu pacientem, při požití návykových látek (alkohol, léky – mimo předpis lékaře), při suicidních sklonech pacienta, zápis provádí pouze do dokumentace, formulář zápisu neseписují vůbec.

Otázka č. 13

Způsobil Vám agresivní pacient nějaké zranění?

Tabulka č. 19 Zranění

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	45	52
Ne	41	48
Celkem	86	100



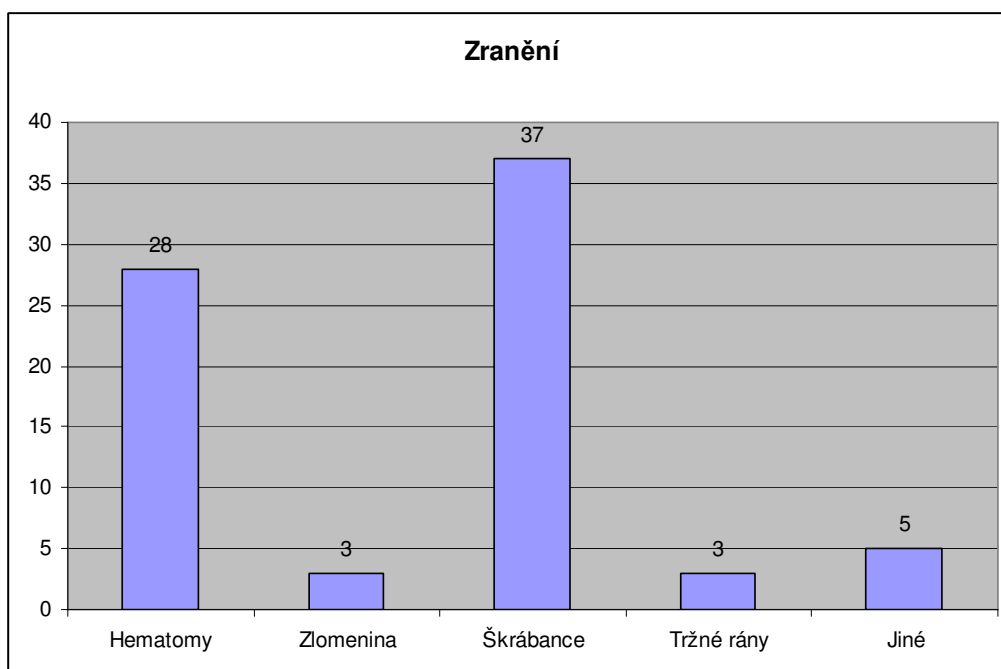
Graf č. 19 Zranění

Na otázku, zda-li Vám agresivní pacient způsobil nějaké zranění, odpovědělo 41 respondentů (tj. 48%) ano, způsobil. 45 respondentům (tj. 52%) nevzniklo žádné zranění způsobené agresivním pacientem. Jaká je četnost zranění na jednotlivých odděleních je uvedeno v grafu č. 28.

Pokud ano, jaké?

Tabulka č. 20 Typ zranění

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Hematomy	28	37
Zlomenina	3	4
Škrábance	37	49
Tržné rány	3	4
Jiné	5	7
Celkem	76	100



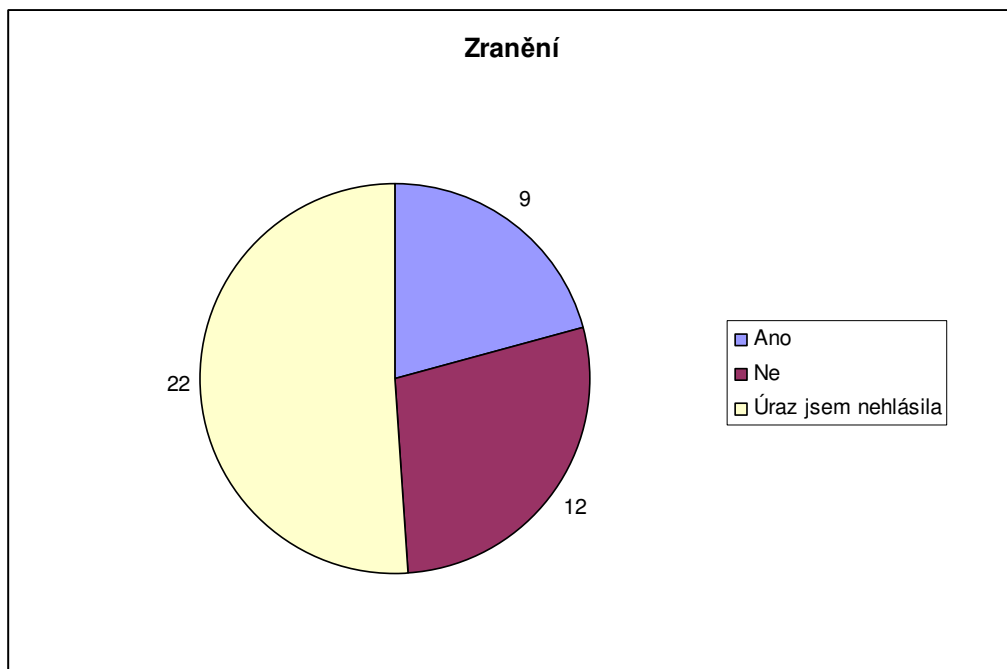
Graf č. 20 Typ zranění

Na tento dotaz odpovědělo 45 respondentů. Nejčastějším typem zranění byly škrábance a hematomy. Zlomeniny a tržné rány jsou na třetí příčce. Mezi odpovědi – jiné - respondenti uváděli zhmožděny, pokousání, facku, vytržené vlasy a roztržený oděv. V grafu č. 36 jsou rozdělena zranění lehká a těžká na jednotlivých odděleních.

Pokud ano, byla událost vyhodnocena jako pracovní úraz?

Tabulka č. 21 Pracovní úraz

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	9	21
Ne	12	28
Úraz jsem nehlásila	22	51
Celkem	43	100



Graf č. 21 Pracovní úraz

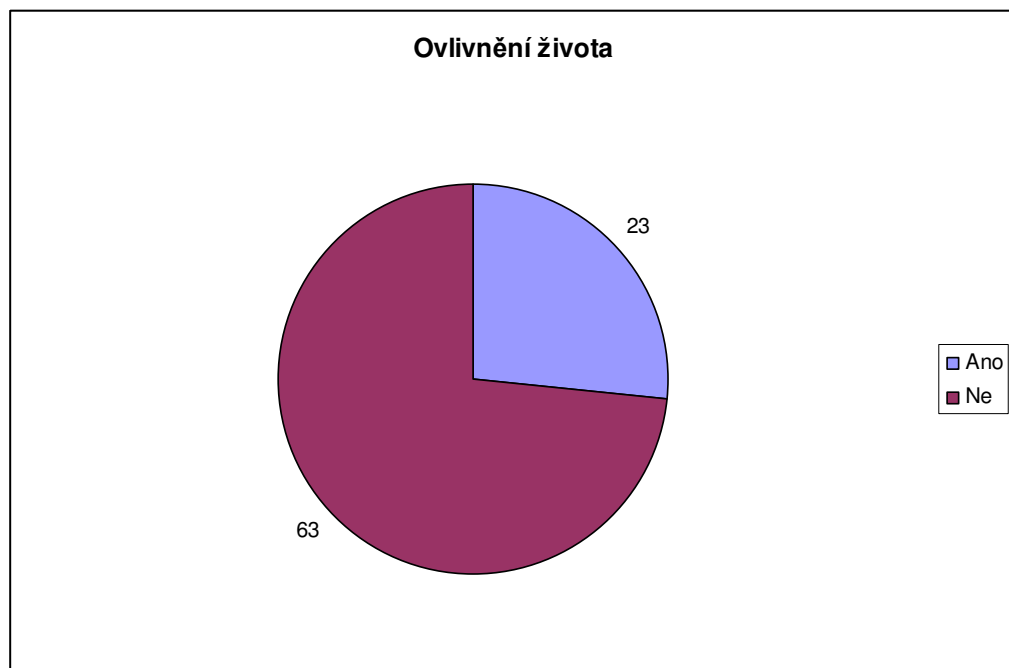
Z grafu je patrné, že více jak polovina (22 respondentů ze 43 odpovídajících na tuto otázku) postižených úraz vůbec nenahlásila. Jako důvod uváděli, že nebyli na pracovní neschopnosti, tudíž neshledali důvod úraz nahlásit. U 9 respondentů, tj. 21% byl úraz vyhodnocen jako pracovní úraz.

Otázka č. 14

Ovlivnilo setkání s agresivním pacientem Váš život?

Tabulka č. 22 Ovlivnění života

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	23	27
Ne	63	73
Celkem	86	100



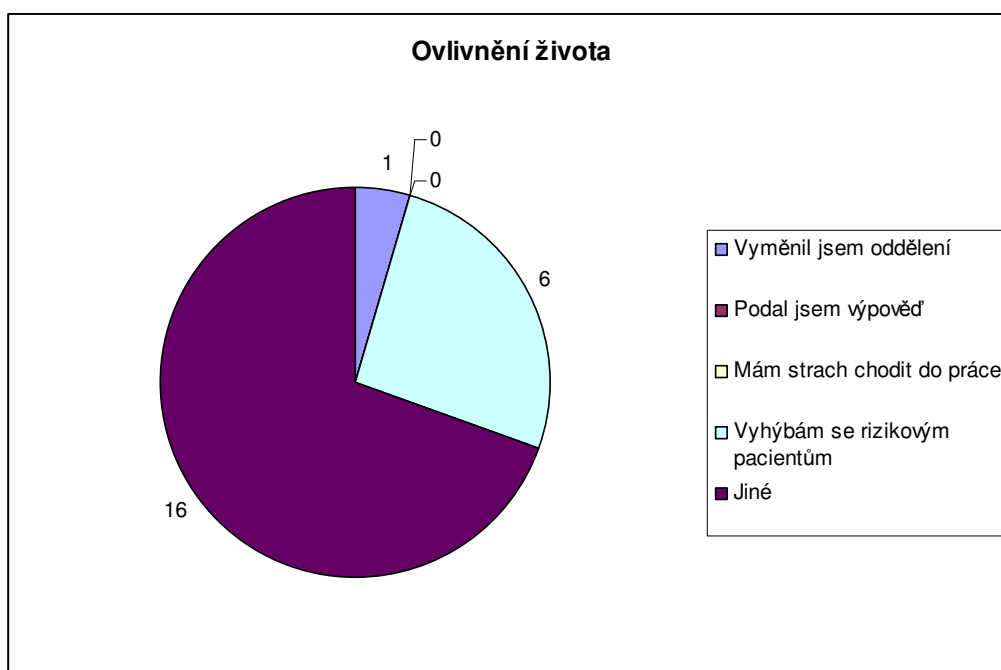
Graf č. 22 Ovlivnění života

73 % respondentům agresivní pacient život nijak nezměnil. Agresivní pacient změnil život 23 % respondentů, jakým způsobem jim život změnil, je uvedeno v tabulce č. 23.

Pokud ano, jak?

Tabulka č. 23 Jak ovlivnil agresivní pacient život

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vyměnil jsem oddělení	1	4
Podal jsem výpověď	0	0
Mám strach chodit do práce	0	0
Vyhýbám se rizikovým pacientům	6	26
Jiné	16	70
Celkem	23	100



Graf č. 23 Jak ovlivnil agresivní pacient život

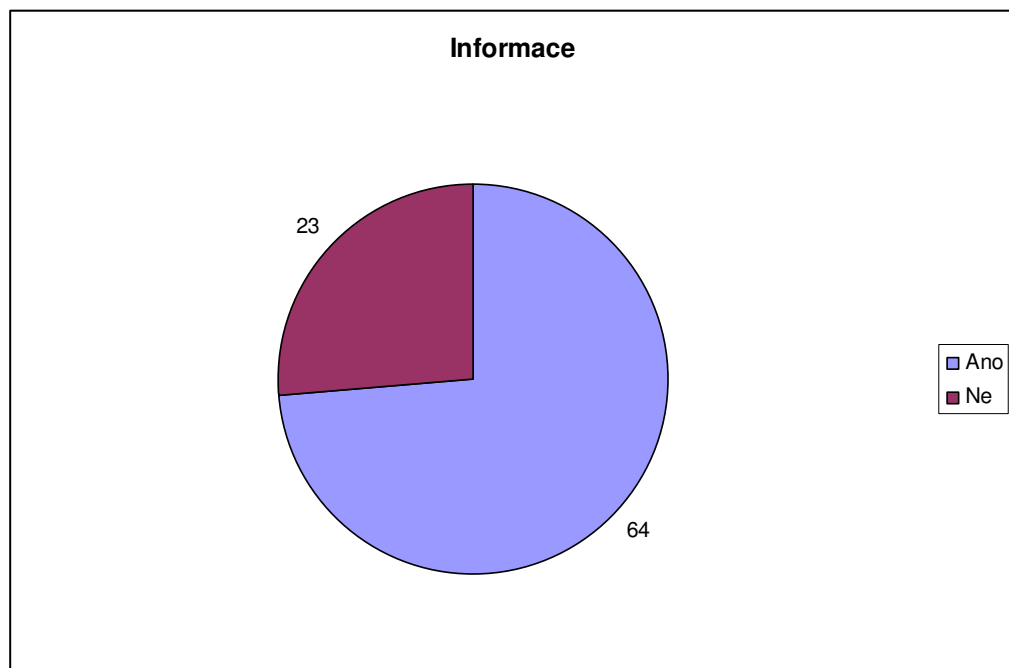
Z 23 respondentů, kterým agresivní pacient změnil život, tak 1 respondent změnil oddělení úplně. 26 % respondentů se vyhýbá rizikovým pacientům. V odpovědi jiné respondenti uváděli, že ví jak na něj, že zaujali jiný přístup k agresivnímu klientovi, uvažovala o změně zaměstnání, očekává již možnou změnu v pacientově chování, dává si pozor na lidi s agresí, strach z rizikových pacientů, větší obezřetnost, nestaví se k pacientům zády, rychlá reakce na agresi. Celkový strach při pohybu venku, hlavně večer sama. A 1 respondent udává, že mu agresivní pacient změnil život zdravotními následky.

Otázka č. 15

Měli byste zájem o více informací (literatura, semináře) o agresivním pacientovi?

Tabulka č. 24 Informace

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	64	74
Ne	23	26
Celkem	87	100



Graf č. 24 Informace

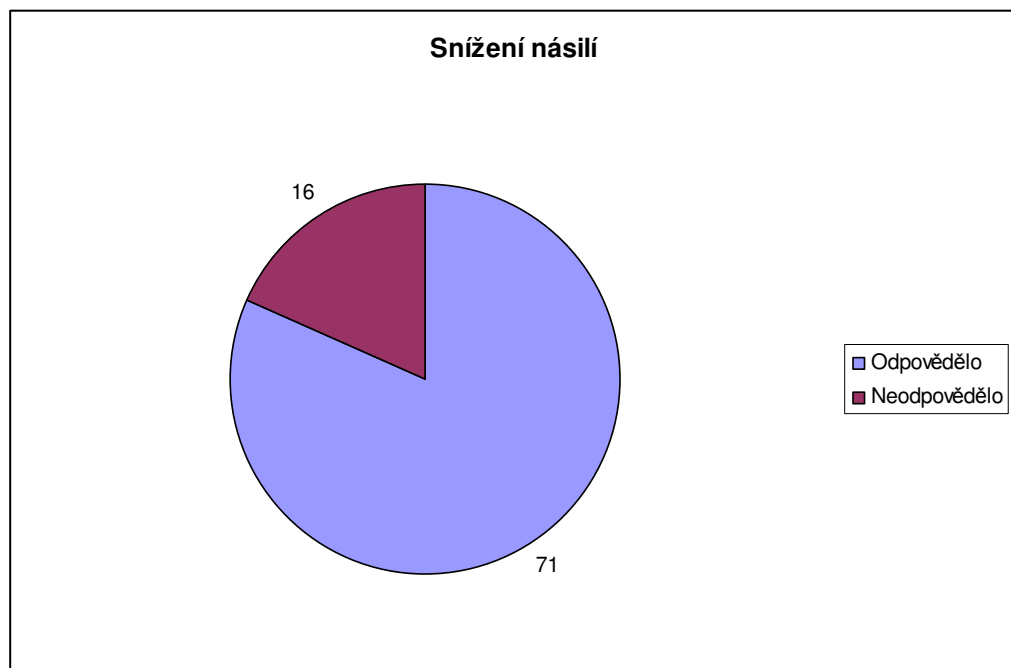
74% respondentů by uvítalo více informací o agresivním pacientovi. 26% respondentů nechce více informací o agresivním pacientovi, a to z toho důvodu, že by se nic nezměnilo.

Otázka č. 16

Jaká opatření by podle Vašeho názoru mohla vést ke snížení násilí na pracovišti?

Tabulka č. 25 Snížení násilí na pracovišti

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Odpovědělo	71	82
Neodpovědělo	16	18
Celkem	87	100

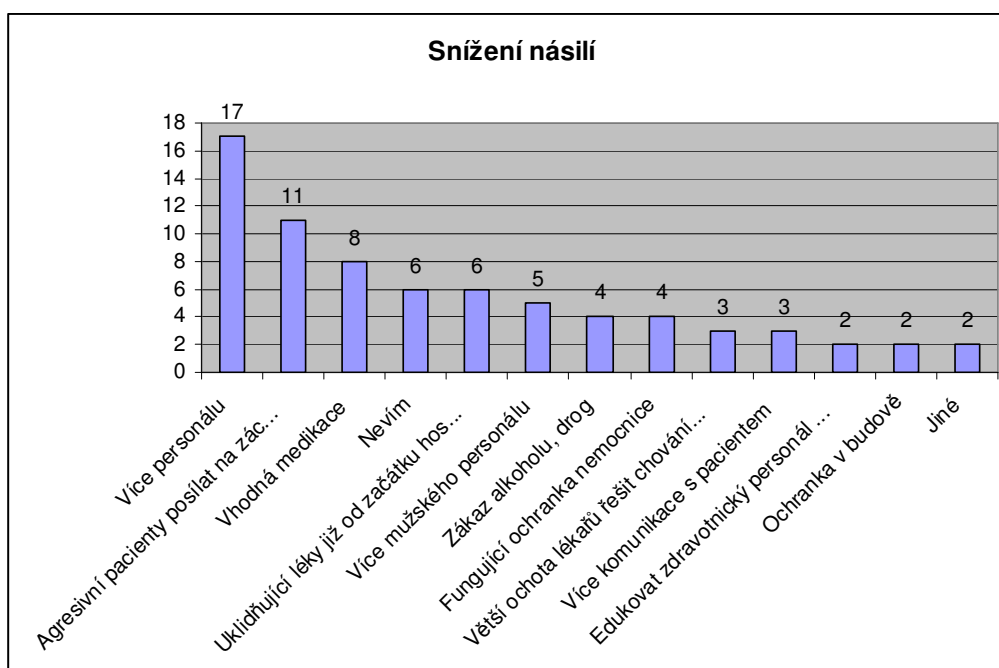


Graf č. 25 Snížení násilí na pracovišti

Nejdříve jsem se zaměřila na fakt, kolik respondentů by chtělo snížit násilí na pracovišti. Byla jsem ráda, že 82% respondentů uvedlo svůj vlastní názor. Vyhodnocení je zobrazeno v Tabulka č. 26.

Tabulka č. 26 Řešení násilí na pracovišti

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Více personálu	17	23
Agresivní pacienty posílat na záchytnou stanici nebo psychiatrické oddělení	11	15
Vhodná medikace	8	11
Nevím	6	8
Uklidňující léky již od začátku hospitalizace u rizikových pacientů	6	8
Více mužského personálu	5	7
Zákaz alkoholu, drog	4	5
Fungující ochranka nemocnice	4	5
Větší ochota lékařů řešit chování agresivních pacientů	3	4
Více komunikace s pacientem	3	4
Edukovat zdravotnický personál o komunikaci s agresivním klientem, psychoterapeutické školení personálu	2	3
Ochranka v budově	2	3
Jiné	2	3
Celkem	73	100



Graf č. 26 Řešení násilí na pracovišti

V této otázce neměli respondenti na výběr. 23% se domnívá, že situaci by vyřešilo více zaměstnanců. 15% respondentů se shodlo, že by bylo nejlepší posílat agresivní pacienty na psychiatrii nebo záchytnou stanici, aby nenarušovali chod oddělení a nerušili ostatní pacienty. 8% navrhuje ordinovat uklidňující léky rizikovým pacientům již od začátku hospitalizace.

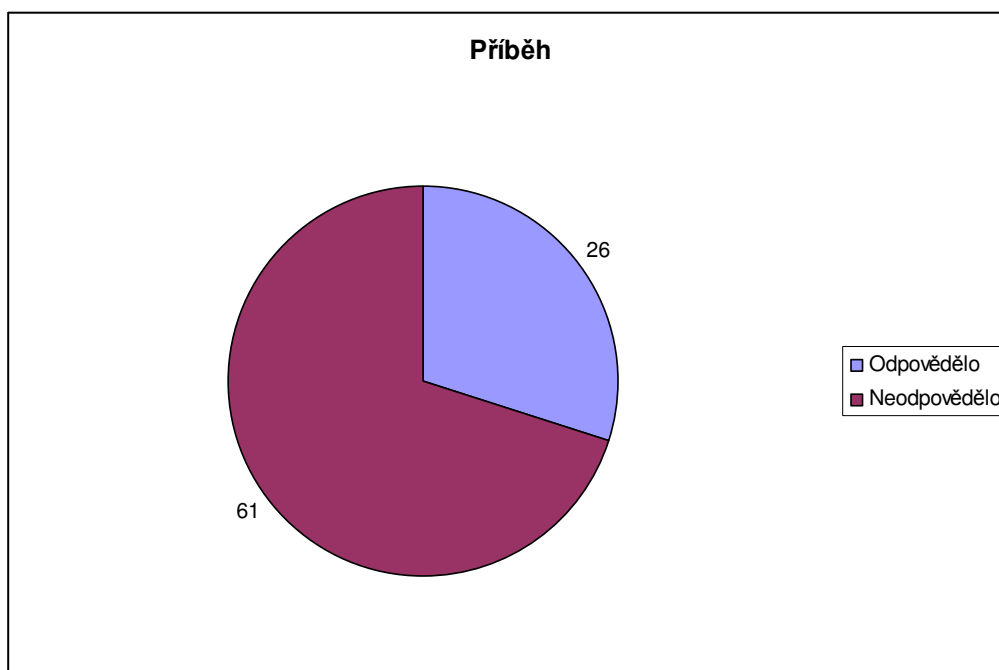
zace. 7% navrhuje více mužského personálu. 5% respondentů uvádí, že více personálu nepomůže, že by pomohlo zakázat alkohol a drogy celkově. 5% by chtělo zlepšení ochranky, aby byla rychlejší a dostupnější. Uvádějí, že ochranky se často nemůžou dovolat. 3% respondentů se domnívá, že by pomohlo, kdyby personál byl více edukovaný o chování k agresivnímu klientovi. V tabulce je uvedena položka – jiné – , sem uváděli respondenti, že více již dělat nelze, nelze předejít verbálnímu nebo brachiálnímu napadání pacientem.

Otázka č. 17

Můžete uvést nějaký příběh z praxe? Případně připomínky k dotazníku nebo tématu.

Tabulka č. 27 Příběh

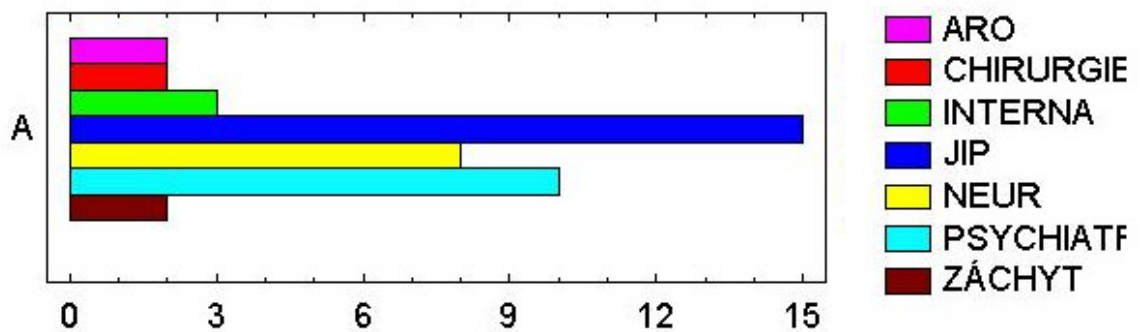
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Odpovědělo	26	30
Neodpovědělo	61	70
Celkem	87	100



Graf č. 27 Příběh

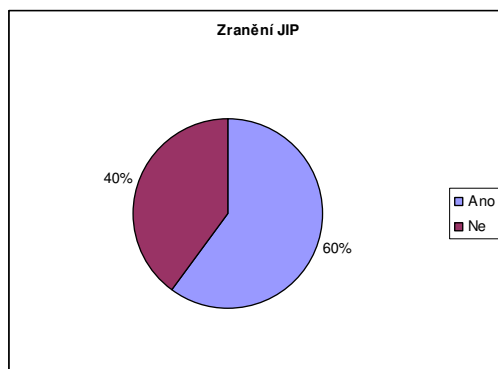
Na doplňující otázku odpovědělo celkově 30% respondentů. Jednotlivé příběhy jsou uvedeny příloha V.

4.2 Frekvence zranění na oddělení



Graf č. 28 Zranění na oddělení

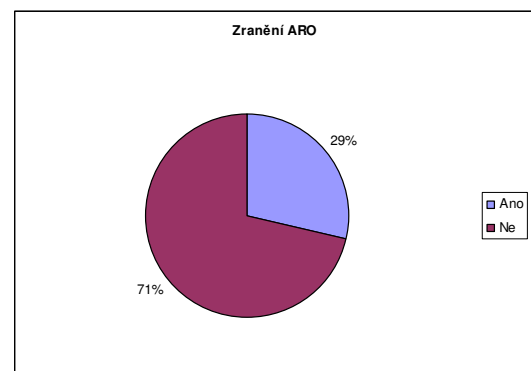
Na grafu č. 28 je vidět, že nejvíce zraněných bylo na JIP, hned další v pořadí je psychiatrie. Je třeba přihlídnout k počtu respondentů. Pro přehlednost jsou uvedena jednotlivá oddělení a graficky znázorněné, kolik respondentů bylo zraněno agresivním pacientem a kolik nebylo z jednotlivého oddělení.



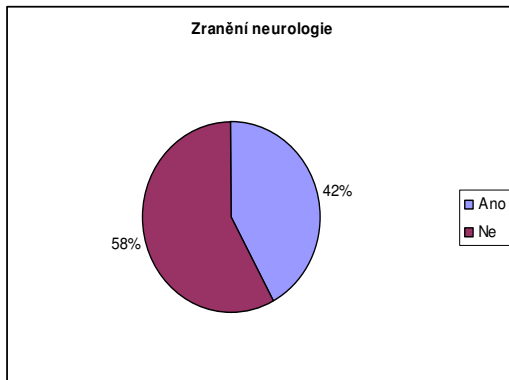
Graf č. 29 Zranění na JIP

Na pracovišti JIP se setkala 60% respondentů zraněním, které jim způsobil agresivní pacient.

Na pracovišti ARO se setkala 29 % respondentů se zraněním, které jim způsobil agresivní pacient.



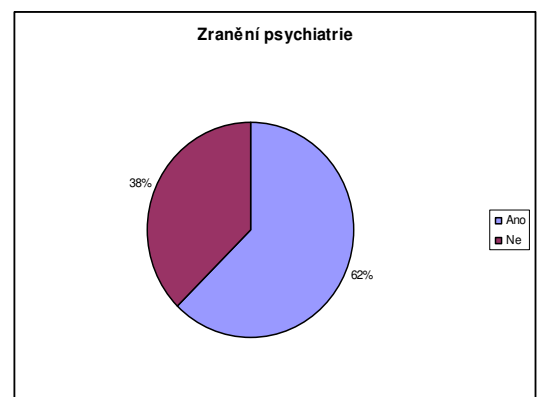
Graf č. 30 Zranění na ARO



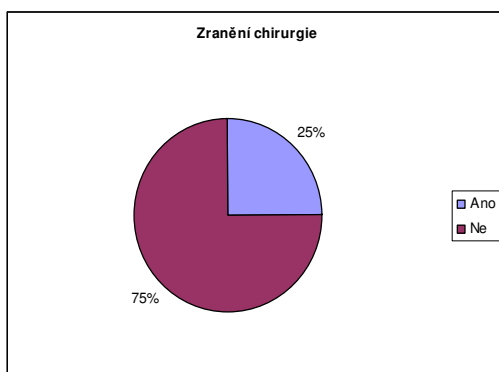
Na neurologii agresivní pacient způsobil 42 % respondentům zranění.

Graf č. 31 Zranění na neurologii

Na psychiatrii se setkala se zraněním způsobeným agresivním pacientem 62 % respondenti.



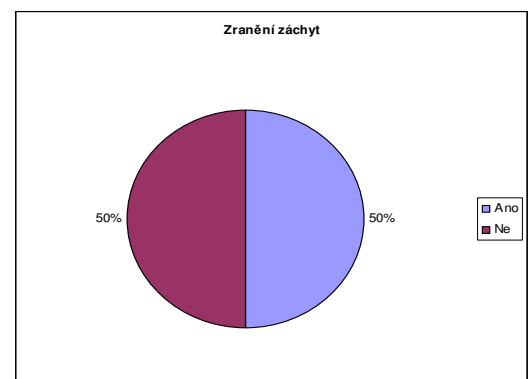
Graf č. 32 Zranění na psychiatrii



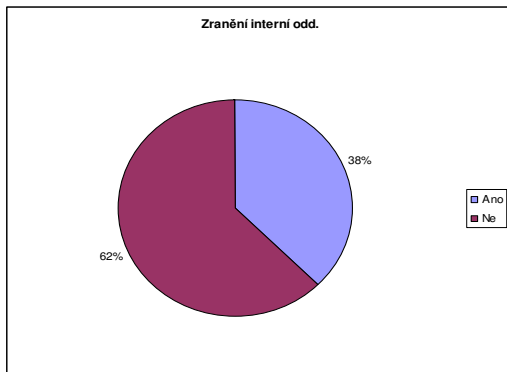
Na chirurgii bylo zraněno agresivním pacientem 25% respondentů.

Graf č. 33 Zranění na chirurgii

Na záchytné stanici bylo zraněno 50% respondentů.



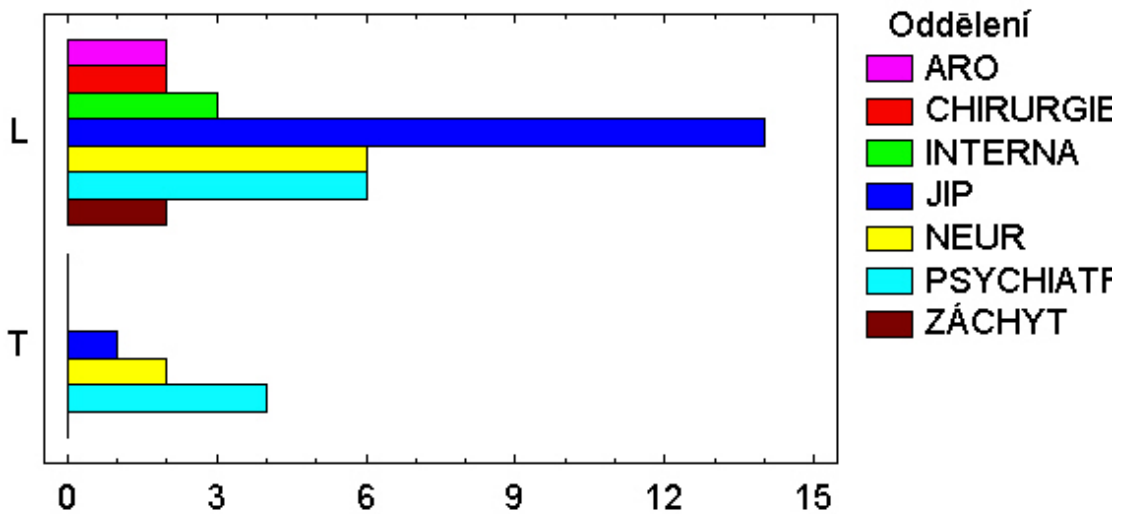
Graf č. 34 Zranění na záchytné stanici



Agresivní pacient způsobil zranění na interním oddělení 36% respondentům .

Graf č. 35 Zranění na interním odd.

4.3 Typ zranění na oddělení



Graf č. 36 Typ zranění

Na grafu č. 36 je vidět, že nejvíce zranění, která vznikla působením agresivního pacienta, je lehkých. Lehkým raněním, označeným na grafu jak L, se myslí hematomy a škrábance. Nejvíce těžkých zranění vzniklo na psychiatrii, neurologii a na JIP. Těžkým zraněním, označené na grafu jako T, jsou myšleny zlomeniny, zhmožděny, tržné rány.

4.4 Závěr praktické části

Hypotéza 1: Zdravotnický personál se nejčastěji setkává se slovním typem agrese.

Otázky č. 1, 3 v dotazníku měly ověřit tuto hypotézu. 38% odpovědí se setkala se slovním typem agrese. 37 % odpovědí byla fyzická agrese. Tato hypotéza se mi potvrdila.

Hypotéza 2: Nejčastějším typem slovní agrese jsou výhrůžky a vulgární nadávky.

Hypotézu měly ověřovat otázky č. 2, 4. Všichni respondenti, kteří se setkali se slovním typem agrese, se setkali s výhrůžky a vulgárními nadávkami. Méně často se respondenti setkali s pasivní agresí a psáním dopisů a telefonáty. Hypotéza se mi tedy potvrdila.

Hypotéza 3: Většina zdravotnických pracovníků ví, jak reagovat na agresora.

Na hypotézu se zaměřovaly otázky č. 6, 9, 10. Zdravotničtí pracovníci odpovídali, jakým způsobem zareagovali na agresi pacienta. Dále měli odpovědět, jak se jim podařilo agresivního pacienta uklidnit. Zdravotníci potvrdili, že ví, že nejprve mají pacienta slovně uklidnit (28% odpovědí), hovořit o jeho problému (17% odpovědí), dále odvést pozornost a až po ordinaci lékaře použít omezovací prostředky. Hypotéza se mi tedy potvrdila.

Hypotéza 4: Většina zdravotnických pracovníků byla podnětem pro agresora.

Otázky č. 7 a 8 potvrzovaly tuto hypotézu. Z celkového počtu odpovědí, 5% bylo podnětem pro vznik agrese nedorozumění v komunikaci a 3% dlouhá čekací doba. Nejčastějším podnětem byl alkohol. Osobnostní porucha a drogy. Hypotéza se mi nepotvrdila.

Hypotéza 5: Minimální počet zdravotnických pracovníků ohlašuje mimořádnou událost.

Na hypotézu se zaměřovaly otázky 11, 13 (třetí část). 59% respondentů uvedlo, že zápis o mimořádné události neprovedlo. Hypotéza se mi tedy potvrdila.

Hypotéza 6: Většina zdravotnických pracovníků neví, že má ohlašovat mimořádnou událost.

Otázky č. 11 a 12 ověřovaly tuto hypotézu. 19% respondentů neví, že se událost sepisuje. 21% respondentů neví, že existuje formulář pro mimořádnou událost. Ostatních 60% respondentů ví, že formulář existuje a že má ohlašovat mimořádnou událost, ale nepovažovali za nutné událost oznámit nebo měli obavy nahlásit událost, nebyl čas na sepsání události. Hypotéza se mi tedy nepotvrdila.

5 DISKUZE

V této studii jsme zjistili fakt, že setkání s agresivním pacientem je téměř na denním pořádku zdravotníků. Respondenti v dotazníkovém šetření udávali alkohol jako nejčastější důvod agrese u pacienta. Další z nejčastějších příčin byly drogy a osobnostní porucha pacienta. Jsem ráda, že hypotéza, že zdravotnický personál je většinou podnětem pro agresora, se mi nepotvrdila.

V dotazníku jsme se tázali, jakým způsobem respondenti reagovali na agresi pacienta. Mimo jiné odpovědi (viz tabulka č. 13), jen 7 respondentů odpovědělo, že dali pacientovi napít. Četnost odpovědi vypovídá, že zdravotníci nemají osvojené všechny techniky, kterými můžou pacienta uklidnit, respektive odpoutat pozornost.

Ze získaných dat z otázky č. 6 lze konstatovat, že agrese u pacienta často přesáhne své meze a je potřeba povolat na pomoc Policii ČR nebo ochranku. Nejvíce vyžadovali pomoc policie na záchytné stanici. Hned druhé v pořadí je oddělení neurologie, a to ve Zlíně a v Kroměříži ve stejném poměru. Pomoc ochranky nemocnice nejvíce vyžadovalo oddělení JIP a neurologie. Respondenti z psychiatrické léčebny uvádějí pomoc žurnálního ošetřovatele.

Skutečnost, že se používají omezovací prostředky, nám potvrdila otázka č. 10. Na indikaci lékaře použilo 78 % respondentů popruhy spolu s farmakologickou terapií. 5% respondentů použilo jen popruhy. Často od příbuzných slyšíme, že používání omezovacích prostředků je neetické. Příbuzní či laická veřejnost si však neuvědomuje, že se tak jedná v zájmu pacienta, aby si neublížoval, nevytáhoval periferní katétry, aby nedošlo ke zhoršení zdravotního stavu.

Ohlašování mimořádné události není u zdravotníků běžnou situací. 59% z respondentů, kteří se setkali s agresi u pacienta, formulář mimořádné události vůbec nesešlo. Zajímavostí je, že jednotlivá oddělení jsou rozlišná. Tak např. v KNTB, a. s. Zlín na oddělení JIP událost neohlašují vůbec, formulář nemají, ale na oddělení neurologie v téže nemocnici událost sešlo 67% respondentů, kteří se setkali s agresivním pacientem. V nemocnici Kroměříž, a. s. se také liší jednotlivá oddělení. Celkově sešlo zápis o mimořádné události 38 % respondentů. A to v 33% na JIP, 50% na neurologii, 63% na interním oddělení, 50% na chirurgii, na záchytné stanici jen při poškození majetku a na oddělení ARO nesešlo žádný z respondentů mimořádnou událost. Proč tomu tak je? 21% respondentů vůbec neví,

že takový formulář existuje. 19 % respondentů neví, že se taková událost sepisuje. Nejvíce tak odpověděli respondenti ze Zlínské JIP a Nemocnice Kroměříž. A ve většině, 34% respondentů, nepovažovalo za nutné událost sepisovat. Přidávali by si práci sami sobě a jak sami říkají „agrese u pacienta je na denním pořádku“. Na otázku, při jakých jiných činnostech respondenti sepisovali mimořádnou událost, tak 4 z dotázaných odpověděli, že při medikačních incidentech. Domnívám se, že takových incidentů je daleko více, ale většina má obavy takový incident nahlásit. Řekla bych, že si myslí, že jednájí pro své dobro, ale už si neuvědomují, že si mohou naopak uškodit.

Největší riziko při práci sester s agresivním pacientem je zranění. Nejvíce zraněným respondentů bylo na psychiatrii, a to v 62% z respondentů, kteří se setkali s agresivním pacientem na psychiatrii. Z respondentů na JIP z nemocnice Kroměříž i Zlín bylo zraněno 60%. A na záchranné stanici vznikly úrazy při ošetřování agresivních pacientů u 50% respondentů. Z těchto dat plyne, že psychiatrické oddělení, oddělení JIP a záchranná stanice jsou nejrizikovější pracoviště. Jsem si vědoma, že není dostatečný počet respondentů na srovnání, ale domnívám se, že pořadí oddělení by se příliš neměnilo. Těžká zranění, mezi které jsem zařadila zlomeniny a zhmožděny, vznikly nejčastěji na psychiatrii, neurologii a JIP.

Z dotázaných, kteří byli zraněni při ošetřování agresivního pacienta, 51% úraz vůbec nenahlásilo. Respondenti se obhajují, že zranění nebylo natolik vážné, aby ho museli nahlásit. Možnou příčinou je i podle mého názoru papírování, které by pro poškozeného nastalo.

V otevřené otázce, kde mohli respondenti vyjádřit svůj názor, jak by zmenšili násilí na pracovišti, mě zaujal poznatek, že by bylo vhodné provádět větší osvětu proti alkoholu obyvatelům.

6 ZÁVĚR

Má bakalářské práce se zabývala agresí u pacienta. V teoretické části jsem se zabývala jednak jednotlivými příčinami vzniku agrese, typy agrese, pojmy riziko, riziková práce, mimořádná událost a v neposlední řadě právní problematikou. Cílem práce bylo zjistit s jakým typem agrese se všeobecné sestry/všeobecní ošetřovatelé nejčastěji setkávají, zjistit jakým způsobem reagují na agresora a zda-li ohlašují skutečnost, že se setkali s agresivním pacientem. Dotazníkové šetření probíhalo ve třech zdravotnických zařízeních, a to v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně, a. s., Nemocnici Kroměříž, a. s. a v Psychiatrické léčebně Kroměříž. Z výzkumu je patrné, že téměř všichni zdravotničtí pracovníci se setkali s agresivitou u pacienta. A agresivita je čím dál více brutálnější. Podle odpovědí respondentů je nejčastější příčinou agrese alkohol, a to buď pacient v ebrietě nebo pacient v delirium tremens. V další řadě pak drogy a osobnostní porucha pacienta. Respondenti odpovídali, jakým způsobem reagovali na agresi. Z těchto odpovědí vyplynulo, že zdravotníci ví, jak reagovat na agresivního pacienta. Ale bohužel událost jako je setkání s agresivním pacientem nehlásí. Domnívám se, že pokud zdravotníci nebudou hlásit, že se setkali s agresivním pacientem, tak management nemocnice nemůže dělat žádná preventivní opatření. Většinou se hlásí agresivita jen při poškození majetku nemocnice nebo až při samotném úrazu.

Jednou z položek v dotazníku byla otázka, zda-li by chtěli respondenti více informací o agresivním pacientovi. 74% respondentů by uvítalo více informací. Proto jsem jako praxeologické opatření vytvořila brožuru na téma agresivní pacient, kterou dám k dispozici do zařízení, kde jsem prováděla výzkum. Taky na žádost hlavních sester a hlavního ošetřovatele poskytnu výsledky dotazníkového šetření jednotlivým zařízením.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BAUDIŠ, P. *Psychiatrie a etika*. 1.vyd. Praha: Galén, 2002.156 s. ISBN 8072621041.
- [2] BEER, M. D., PEREIRA, S. M., PATON, C. *Intenzivní péče v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2005. 296 s. ISBN 8024703637.
- [3] ČÍRTKOVÁ, L. *Policejní psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2000. 255 s. ISBN 8071784753.
- [4] JÁNÁČKOVÁ, L., EISS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 136 s. ISBN 9788073674779.
- [5] KOUKOLÍK, F., MOTLOVÁ, L. *Citový mozek: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006, 359 s. ISBN 8072624040.
- [6] KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak přežít vztek, zlost a agresí*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2004. 156 s. ISBN 8024708183.
- [7] MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2006. 352 s. ISBN 8024711516.
- [8] MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 361 s. ISBN 8024706504.
- [9] MUSIL, J. *Klinická psychologie a psychiatrie*.1. vyd. Olomouc, 2006. 205 s. ISBN 8024411539.
- [10]PIDRMAN, V. *Demence*. 1. vyd. Praha : Grada publishing, 2007. 81 s. ISBN 9788024714905.
- [11] PONĚŠICKÝ, J. *Agrese, násilí a psychologie moci*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 226 s. ISBN 8072545930.
- [12] POSPÍŠIL, J. *Zlost, hněv, rozčilení, aneb jak ze slepé uličky krizové komunikace*. 1. vyd. Plzeň: Psychologické a odborné literatury, 1999. 266 s. ISBN 8023845799.
- [13]PREISS, M., KUČEROVÁ, H. *Neuropsychologie v neurologii*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2006. 368 s. ISBN 8024708434.
- [14] SMEJKAL, V., RAIS, K. *Řízení rizik*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 272 s. ISBN 8024701987.

- [15] ŠKRLA, P. *Především neublížit: cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 162 s. ISBN 8070134194.
- [16] ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 8071728411.
- [17] ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 199 s. ISBN 9788024726168.
- [18] ŠLAISOVÁ, I., HOSÁK, L., MICHÁLKOVÁ, V. *Ošetrovatelství v psychiatrii pro bakalářské studium*. 1. vyd. Nukleus, 2004. 91 s. ISBN 8086225518.
- [19] VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 8024712628.
- [20] VONDÁČEK, L., LUDVÍK, M., NOVÁKOVÁ, J. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 72 s. ISBN 8024707047.
- [21] VONDRÁČEK, L., WITHOVÁ, V. *Sestra a její dokumentace*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 88 s. ISBN 9788024727639.
- [22] VYMĚTAL, J. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 322 s. ISBN 8024726149.

Odborná publikace:

- [23] DYNÁKOVÁ, Š. Nejsme si v něčem podobní? Komunikace s agresivním pacientem- 1.část. *Sestra*. 2005, č. 7-8, s. 20. ISSN 18011349.
- [24] DYNÁKOVÁ, Š., KOŽAR, J. Křik není to nejhorší...: Komunikace s agresivním pacientem 2.část. *Sestra*. 2005, č. 9, s. 12. ISSN 18011349.
- [25] HANUŠOVÁ, V. Terapie akutního neklidu a agrese. *Psychiatrie pro praxi*. 2008, č. 4, s. 168-169. ISSN 12130508.
- [26] *Násilí na pracovišti v oblasti zdravotnických a sociálních služeb v ČR*. 1. vyd. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. 136 s. ISBN 8086625214.

- [27] VENGLÁŘOVÁ, M. Agitovaný a problematický pacient v psychiatrické péči. *Sestra*. 2003, č. 7-8, s. 73-74. ISSN 18011349.
- [28] RAPČÍKOVÁ, T. Prevence nežádoucího chování pacientů ovlivněných nemocí. *Sestra*. 2008, č. 5, s. 24. ISSN 18011349.
- [29] Rámcový návod k řešení násilí na pracovišti ve zdravotnictví: školicí manuál. 1. vyd. Praha: ČMKOS - Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR, 2007. ISBN 9788090391734.
- [30] TRČKOVÁ, M., TITLBACH, J., POSPÍŠIL, R. Agitovaný pacient ve zdravotnické péči. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2006, č. 2, s. 69-70. ISSN 18011349.

Internetové zdroje:

- [31] *Agresivní chování ve stáří* [online]. 2008 [cit. 2009-04-20]. Dostupný z WWW: <http://www.psychiatickasekcecas.estranky.cz/clanky/odborne-texty_-organicke-dusevni-poruchy/agresivni-chovani-ve-stari>.
- [32] DOUBEK, P. *Jak můžeme řešit agitovanost a neklid v ambulantní psychiatrické praxi?*. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2004, č. 3 [cit. 2009-02-03], s. 139-141. Dostupný z WWW: <psychiatriepropraxi.cz>. ISSN 18035272.
- [33] *Etický kodex České lékařské komory* [online]. 2007- [cit. 2009-04-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.clkbrno.cz/index.php?desktop=clanky&action=view&id=46>>.
- [34] *Etický kodex pro zdravotní sestry* [online]. 2000- [cit. 2009-04-20]. Dostupný z WWW: <<http://knihovna.tul.cz/download/Zdravotni%20sestry.doc>>.
- [35] HRDLIČKA, M. *Zvládání neklidu a agrese v medicíně* [online]. [2006] [cit. 2008-10-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.lf2.cuni.cz/info2lf/ustavy/dpk/neklid.ppt>>.
- [36] *Charakteristika násilí, agrese, agresivity* [online]. 2001 [cit. 2009-03-10]. Dostupný z WWW: <http://www.domacinasili.info/cze/vzdelavaci_aplikace/1%20-%20charakteristika%20nasili,%20agrese,%20agresivity.htm>.
- [37] JINDRÁKOVÁ, E. *Agresivní pacient* [online]. 2005 [cit. 2008-10-13]. Dostupný z WWW: <<http://www.nemostrov.cz/dokumenty-stazeni/kon-psy/pred-psy-05.pdf>>.

- [38] JIRÁK, R. *Organické poruchy osobnosti*. Psychiatrie pro praxi [online]. 2007, č. 1 [cit. 2009-05-30], s. 27-28. Dostupný z WWW: <<http://www.solen.cz/savepdfs/psy/2007/01/06.pdf>>.
- [39] KOPEČNÝ, P. *Riziková práce, rizikové pracoviště, rizikový příplatek, riziko, rizikový faktor aneb babylonské zmatení jazyků* [online]. 2003- [cit. 2008-11-01]. Dostupný z WWW: <http://osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/05_2003/riziko.html>.
- [40] LAHODOVÁ, M. *Problémový pacient v urologické praxi*. Urologie pro praxi [online]. 2003, č. 6 [cit. 2009-10-01], s. 244-245. Dostupný z WWW: <urologiepropraxi.cz>. ISSN 18035299.
- [41] *Měření kvality zdravotních služeb – metodické dokumenty ke stažení* [online]. 2008- [cit. 2009-03-10]. Metodický návod pro sledování nežádoucích událostí v následné péči. Dostupný z WWW: <<http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/39-Mereni-kvality-zdravotnich-sluzeb---metodicke-dokumenty-ke-stazeni.html>>.
- [42] *Neklid a agresivita: diferenciální diagnostika a ovlivnění* [online]. 2006 [cit. 2008-10-13]. Dostupný z WWW: <<http://old.lf3.cuni.cz/reforma/nekolid.html>>.
- [43] NEŠPOR, K., SCHEANSOVÁ, A. *Hostilita jako rizikový faktor řady onemocnění a možnosti jejího ovlivnění*. Practicus [online]. 2008, č. 10 [cit. 2009-05-30], s. 21. Dostupný z WWW: <<http://web.practicus.eu/sites/cz/Documents/Practicus-2008-10/21-hostilita.pdf>>.
- [44] *Pracovní postup: péče o neklidného pacienta/klienta - použití omezovacích prostředků* [online]. 2008 [cit. 2008-10-13]. Dostupný z WWW: <http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2008_0002.pdf>.
- [45] *Podnět Rady vlády ČR pro lidská práva k právní úpravě používání omezujících prostředků při poskytování zdravotní péče* [online]. [2007] [cit. 2009-02-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.vlada.cz/assets/ppov/rlp/cinnost-rady/zapisky-ze-zasedani-rady/Omezovaci-zdravotnictvi-podnet-schvaleny-vladou.pdf>>.
- [46] ŠKROBÁNKOVÁ, A. *Psychologický přístup k agresivním nemocným* [online]. 25.1.2007 [cit. 2008-10-13]. Dostupný z WWW: <<http://public.fnol.cz/www/urgent/seminare/20070125/PSYCHOL.pdf>>.

- [47] UHROVÁ, T., VEVERKA, J. *Terapie agresivity a akutního neklidu u dementních pacientů* [online]. [2007] [cit. 2009-01-05]. Dostupný z WWW: <<http://www.kognice.cz/prednasky/kpd5/uhrova.pdf>>.
- [48] VESELÁ, J. *Zatajovat násilí na pracovišti je velká chyba* [online]. 2001- [cit. 2008-10-31]. Dostupný z WWW: <http://osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/08_2001/nasili.html>.
- [49] *Vyhláška č. 432/2003 Sb.* [online]. 2003 [cit. 2009-03-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.khshk.cz/odd/432-2003.doc>>.
- [50] *Zajišťování BOZP – rizikové faktory pracovních podmínek a kontrolovaná pásma.* [online]. [2008-] [cit. 2008-10-31]. Dostupný z WWW: http://www.sagit.cz/pages/lexikonheslatxt.asp?cd=154&typ=r&levelid=pr_351d.htm
- [51] *Zákoník práce* [online]. 2009 [cit. 2009-03-03]. Dostupný z WWW: <<http://business.center.cz/business/pravo/zakony/zakonik-prace/>>.
- [52] ZACHAROVÁ, E. *Agresivní pacient v ošetrovatelské praxi.* Florence [online]. 2007, č. 7.8. [cit. 2008-11-02]. Dostupný z WWW: <<http://www.florence.cz/cislo.php?stat=568>>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Tj.	To je
Např.	Například
Č.	Číslo
BOZP	Bezpečnost a ochrana zdraví při práci
KNTB	Krajská nemocnice Tomáše Bati
viz	Videre licet
JIP	Jednotka intenzivní péče
ARO	Anesteziologicko resuscitační oddělení
Odd.	Oddělení
ČR	Česká republika
PČR	Policie České republiky
CMP	Cévní mozková příhoda
MU	Mimořádná událost
Vyd.	Vydání
SOP	Standardizovaný ošetřovatelský postup

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf č. 1 Věk respondenta</i>	<i>37</i>
<i>Graf č. 2 Pohlaví respondenta</i>	<i>38</i>
<i>Graf č. 3 Délka praxe.....</i>	<i>39</i>
<i>Graf č. 4 Pracoviště</i>	<i>40</i>
<i>Graf č. 5 Typ agrese</i>	<i>41</i>
<i>Graf č. 6 Verbální agrese</i>	<i>42</i>
<i>Graf č. 7 Vznik verbální agrese</i>	<i>43</i>
<i>Graf č. 8 Vulgární slova</i>	<i>44</i>
<i>Graf č. 9 Brachiální agrese</i>	<i>45</i>
<i>Graf č. 10 Zklidnění pacienta</i>	<i>46</i>
<i>Graf č. 11 Příčiny agrese.....</i>	<i>47</i>
<i>Graf č. 12 Provokace agresora.....</i>	<i>49</i>
<i>Graf č. 13 Reakce na agresi.....</i>	<i>51</i>
<i>Graf č. 14 Volání lékaře</i>	<i>53</i>
<i>Graf č. 15 Ordinace lékaře</i>	<i>54</i>
<i>Graf č. 16 Mimořádná událost</i>	<i>55</i>
<i>Graf č. 17 Nesepsání mimořádné události.....</i>	<i>56</i>
<i>Graf č. 18 Sepsání mimořádné události.....</i>	<i>57</i>
<i>Graf č. 19 Zranění</i>	<i>59</i>
<i>Graf č. 20 Typ zranění</i>	<i>60</i>
<i>Graf č. 21 Pracovní úraz</i>	<i>61</i>
<i>Graf č. 22 Ovlivnění života</i>	<i>62</i>
<i>Graf č. 23 Jak ovlivnil agresivní pacient život</i>	<i>63</i>
<i>Graf č. 24 Informace.....</i>	<i>64</i>
<i>Graf č. 25 Snížení násilí na pracovišti.....</i>	<i>65</i>
<i>Graf č. 26 Řešení násilí na pracovišti.....</i>	<i>66</i>
<i>Graf č. 27 Příběh</i>	<i>68</i>
<i>Graf č. 28 Zranění na oddělení.....</i>	<i>69</i>
<i>Graf č. 36 Typ zranění</i>	<i>71</i>

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka č. 1 Věk respondenta</i>	37
<i>Tabulka č. 2 Pohlaví respondenta</i>	38
<i>Tabulka č. 3 Délka praxe</i>	39
<i>Tabulka č. 4 Pracoviště</i>	40
<i>Tabulka č. 5 Typ agrese</i>	41
<i>Tabulka č. 6 Verbální agrese</i>	42
<i>Tabulka č. 7 Vznik verbální agrese</i>	43
<i>Tabulka č. 8 Vulgární slova</i>	44
<i>Tabulka č. 9 Brachiální agrese</i>	45
<i>Tabulka č. 10 Zklidnění pacienta</i>	46
<i>Tabulka č. 11 Příčiny agrese</i>	47
<i>Tabulka č. 12 Provokace agresora</i>	49
<i>Tabulka č. 13 Reakce na agresi</i>	51
<i>Tabulka č. 14 Volání lékaře</i>	53
<i>Tabulka č. 15 Ordinace lékaře</i>	54
<i>Tabulka č. 16 Mimořádná událost</i>	55
<i>Tabulka č. 17 Nesepsání mimořádné události</i>	56
<i>Tabulka č. 18 Sepsání mimořádné události</i>	57
<i>Tabulka č. 19 Zranění</i>	59
<i>Tabulka č. 20 Typ zranění</i>	60
<i>Tabulka č. 21 Pracovní úraz</i>	61
<i>Tabulka č. 22 Ovlivnění života</i>	62
<i>Tabulka č. 23 Jak ovlivnil agresivní pacient život</i>	63
<i>Tabulka č. 24 Informace</i>	64
<i>Tabulka č. 25 Snížení násilí na pracovišti</i>	65
<i>Tabulka č. 26 Řešení násilí na pracovišti</i>	66
<i>Tabulka č. 27 Příběh</i>	68

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I: Dotazník.....	86
Příloha II: Rozhovor s vrchním inspektorem BOZP.....	91
Příloha III: Rozhovor s právníkem KNTB, a. s. Zlín.....	93
Příloha IV: Rozhovor s tiskovou mluvčí zlínské policie ČR.....	95
Příloha V: Příběhy z praxe.....	96
Příloha VI: SOP Kroměříž, a.s.: Omezovací prostředky	100
Příloha VII: SOP KNTB, a.s. Zlín: Péče o neklidné.....	103
Příloha VIII: SOP KNTB, a.s. Zlín: Mechanické omezení pacienta za hospitalizace	106
Příloha IX: Formulář KNTB, a.s. Zlín: Zápis o mimořádné události	108
Příloha X: Vyhodnocení rizik možného ohrožení života a zdraví zaměstnanců při výkonu práce.....	110
Příloha XI: Fixační a zajišťovací systém	118
Příloha XII: Používání omezovacích prostředků u pacientů v psychiatrických zařízeních České republiky. Věstník č.1/2005	122
Příloha XIII: Etický kodex sestry.....	124
Příloha XIV: Práva pacientů	127

Příloha I: Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Ivana Kraulcová, jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulty humanitních studií, 3.ročníku oboru Všeobecná sestra. Prosím Vás o vyplnění dotazníku, který je určen pro mou bakalářskou práci „Rizika práce sester při poskytování ošetrovatelské péče agresivnímu klientovi“. Dotazník je určen pro zdravotní sestry a všeobecné ošetřovatele a bude sloužit pouze ke studijním účelům. Dotazník je anonymní a můžete volit **více odpovědí v otázce.**

Předem děkuji za Váš čas a pravdivé odpovědi

Ivana Kraulcová

Informace o Vás:

I. Váš věk:

II. Pohlaví

- žena
- muž

III. Jako zdravotní sestra / všeobecný ošetřovatel pracujete v praxi

- do 5 let praxe
- od 5 do 10 let
- 11 a více let

IV. Na jakém oddělení pracujete?

- standardní oddělení (doplňte jaké)
- specializované pracoviště
 - JIP
 - ARO
 - psychiatrické oddělení
 - jiné (jaké?):

Vlastní dotazník:

1. S jakým typem agrese se nejčastěji setkáváte nebo jste se někdy setkali ve své praxi?

- verbální agrese
- brachiální – fyzická agrese
- hostilita – nepřátelský postoj
- nikdy jsem se nesečkala s agresí
- kombinované (uved'te spojení agresí)
- jiné (jaké?):

2. Označte verbální agrese, se kterými jste se setkali u pacienta:

- vulgární slova, nadávky, výhrušky
- psaní dopisů, telefonáty
- pasivní agrese (pacient nekomunikoval, neodpovídal na pozdrav, odvracel pohled...)
- nikdy jsem se neseťkal/a s verbální agresí
- jiné (jaké?)

3. Pokud jste se setkali s verbální agresí, při jaké situaci začal být pacient agresivní?

- hned při příchodu na oddělení
- při vykonávání bolestivých procedur
- při oznámení nepříznivé diagnózy
- při jakékoliv naší činnosti s pacientem
- jiné (jaké?):

4. Pokud pacient používal vulgární slova a výhrušky či nadávky byly směřovány:

- přímo na Vás
- na lékaře
- celkově na pobyt v nemocnici
- na příbuzné
- na jiné pacienty
- jiné (jaké?):

5. Označte brachiální (fyzickou) agresi, se kterou jste se setkali u pacienta:

- pacient rozbíjel věci
- zaútočil přímo na Vás, na ostatní členy personálu
- zaútočil na jiné pacienty
- pacient ubližoval sám sobě
- nikdy jsem se neseťkal/a s fyzickou agresí
- jiné (jaké?)

6. Jak se Vám podařilo pacienta uklidnit?

- klidným přístupem, rozhovorem
- po přivolání lékaře, který ordinoval medikaci na uklidnění
- po přivolání lékaře, který ordinoval popruhy
- po přivolání ochranky
- po přivolání policie ČR
- jiné (jaké?):

7. Co způsobilo agresi u pacienta?

- alkohol
- drogy
- dlouhá čekací doba (v čekárně, na příchod zdravotnického pracovníka na signalizaci)
- osobnostní porucha pacienta
- pooperační stav pacienta
- bolesti pacienta
- stav po traumatu pacienta
- nedorozumění v komunikaci mezi pracovníkem a pacientem
- jiné (jaké?) :

8. Označte tvrzení, které může být pro agresora provokací:

- bolestivý výkon
- intenzivní osvětlení v noční době
- noční medikace
- špatná nálada personálu
- ztráta věcí pacienta
- konflikty mezi zaměstnanci
- akceptování pacienta
- nedodržení společenského odstupu
- dostatek klidu a odpočinku pacienta
- nesrozumitelné vysvětlení – příliš odborné výrazy
- dostatečná komunikace s pacientem
- empatie

9. Jak jste reagovali na agresi pacienta?

- použil/a jsem fyzické omezení
- křičel/a jsem na něj
- hovořil/a jsem s pacientem o jeho problému
- tak jak on na mě, tak já na něj – choval/a jsem se taky agresivně
- hned jsem podal/a léky na uklidnění
- snažil/a jsem se ho slovně uklidnit
- dal/a jsem mu napít
- odvedl/a jsem pozornost v napjaté situaci
- jiné (jaké?):.....

10. Zavolali jste lékaře k agresivnímu pacientovi?

- ano
- ne

Pokud ano, vyhodnoťte situaci

- lékař ordinoval farmakologickou terapii
- lékař ordinoval popruhy
- obojí
- jiné (jaké?):.....

11. Sepsali jste po setkání s agresivním pacientem dokument „Zápis o mimořádné události“?

- ano
- ne

Pokud ne, proč?:

- nevím, že se tato událost sepisuje
- nevím, že takový formulář existuje
- nebyl čas na sepsání mimořádné události
- měl/a jsem obavy nahlásit událost
- nepovažoval/a jsem to za nutné
- jiné (jaké?):

12. Při jakých jiných situacích jste sepisovali „Zápis o mimořádné události“?

- opuštění pacienta z oddělení
- selhání zdravotnické techniky
- medikační incidenty (špatný lék, špatný čas podání léku...)
- ztráta nebo poškození majetku pacienta
- nevím, že při těchto situacích se sepisuje zápis o mimořádné události
- nesetkala jsem se s důvodem sepsat zápis o mimořádné události
- jiné (jaké?):.....

13. Způsobil Vám agresivní pacient nějaké zranění?

- ne
- ano

Pokud ano, jaké?

- hematomy
- zlomenina
- škrábance
- tržné rány
- jiné (jaké?):.....

Pokud ano, byla událost vyhodnocena jako pracovní úraz?

- ano
- ne
- úraz jsem nenahlásil/a

14. Ovlivnilo setkání s agresivním pacientem Váš život?

- ne
- ano

Pokud ano, jak?

- vyměnil/a jsem oddělení
- podal/a jsem výpověď
- mám strach chodit do práce
- vyhýbám se rizikových pacientům
- jiné (jaké?):

15. Měli byste zájem o více informací (literatura, semináře) o agresivním pacientovi?

- ano
- ne

16. Jaká opatření by podle Vašeho názoru mohla vést ke snížení násilí na pracovišti?

.....

.....

.....

Doplňující otázka:

17. Můžete uvést nějaký příběh z praxe? Případně připomínky k dotazníku nebo tématu.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Děkuji za vyplnění a přeji hezký zbytek dne.

Příloha II: Rozhovor s vrchním inspektorem BOZP

Dotazy jsem panu Ing. Kopečnému posílala e-mailovou formou v listopadu 2008. Pro zjednodušení uvádím sebe pod písmenem „A“ a odpovědi pana ing. Kopečného písmenem „B“.

A: „Při hledání literatury k mé bakalářské práci jsem narazila na Váš článek „Riziková práce, rizikové pracoviště, rizikový příplatek, riziko, rizikový faktor aneb babylonské zmatení jazyků.“

„Uvádíte zde, že: „ Někdy se mylně uvádí, že rizika dělíme na mechanická, fyzikální, biologická a chemická. Ve skutečnosti jde o zdroje ohrožení. Dle zákoníku práce měli zaměstnavatelé vyhodnotit rizika možného ohrožení a použít je při odborné přípravě zaměstnanců, při stanovení osobních ochranných pracovních prostředků, při stanovení priorit na úseku bezpečnosti práce apod. Zásadně nelze klást mezi rizikové faktory a rizika rovnítko. Vždy se jedná o něco jiného.“ Taky uvádíte, že: „V souvislosti s redefinicí zdravotních prohlídek byli zaměstnavatelé povinni zpracovat návrh kategorizace prací, kde v prováděcím předpisu je uveden pojem rizikový faktor pracovního prostředí. Je to ta charakteristika pracovního prostředí, která obvykle svými vlastnostmi může poškozovat zdraví zaměstnanců. Tyto rizikové faktory pracovního prostředí, kterých je 13, jsou ve vyhl. MZd 89/2001 Sb. Jedná se o prach, chemické látky, hluk, vibrace, neionizující záření včetně elektromagnetického pole, ionizující záření, fyzickou zátěž, pracovní polohu, teplo, chlad, psychickou zátěž, biologické činitele.“

„Rozvedl byste mi prosím více tyto pojmy? (našla jsem literaturu, kde je rozdělení rizikových faktorů na mechanickou, fyzikální atd.)“

B: „Pojem riziko se v praktickém životě vyskytuje v oblasti bezpečnosti práce a nejčastěji bývá definován jako konkrétní poškození zdraví (zlomenina, zhmožděnina, poleptání atd.). Tento pojem je uveden v zákoníku práce v části o povinnostech zaměstnavatele, kdy zaměstnavatel má povinnost provádět hodnocení rizik. Existuje několik metod hodnocení rizik. Mnohdy si lidé pletou pojem riziko s nějakou vlastností pracoviště např. nerovná komunikace, horký předmět, nebezpečný stroj atd. Pak vznikají uvedené Babylony.“

„Pojem rizikový faktor, je pojem z oblasti hygieny práce. Tyto rizikové faktory jsou definovány předpisem MZd a těchto definovaných rizikových faktor je 13. Rizikové faktory však neobsahují vše co se na pracovišti vyskytuje. V předpise je uveden také rizikový fak-

tor "PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ", která však obsahuje jen některé hygienou definované zátěže jako je např. noční práce. Ale např. psychická zátěž z práce s onkologickými, nebo starými pacienty, nebo psychická zátěž personálu při operacích atd. není obsahem uvedeného rizikového faktoru. Tyto rizikové faktory se skutečně člení na mechanické, fyzikální atd.“

A: „Do kterého rizikového faktoru byste zařadil ošetřování agresivního pacienta?“

B: „Agresivní jednání pacienta samo o sobě není ani riziko ani rizikový faktor, ale zranění způsobené pacientem je riziko a stres vzniklý při agresivním jednání by byl součástí psychické zátěže, ale nikoliv ve smyslu výše uvedeného hygienického předpisu.“

B: „Je zajímavé, že např. pravděpodobnost zranění spolupracovníkem v zařízeních soc. péče je větší než ve zdravotnictví. Ale psychická zátěž zaměstnanců ve zdravotnictví může být i v tom, že jsou na pracovišti sami, že se starají o nemocné, o staré lidi, o nevyléčitelně nemocné, že mnohé věci nestihají. To pak vede k zvýšené konzumaci kávy, léků, alkoholu, nikotinu, rozpadu sociálních vztahů v rodině atd. atd.“

Příloha III: Rozhovor s právníkem KNTB, a. s. Zlín

Pan JUDr. Uherek mi odpovídal na dotazy pomocí e-mailu v dubnu 2009. Pro zjednodušení uvádím sebe pod písmenem „A“ a pana JUDr. Uherka pod písmenem „C“.

A: „Má zdravotní sestra nějaká práva při napadení agresivním klientem (zda-li je ošetřeno zákonem)?“

C: „Zdravotní sestra nesmí odmítnout ošetření pacienta jen proto, že pacient je agresivní. Situace, kdy zdravotník (lékař či sestra) mohou dle zákona odmítnout pacienta, jsou pouze dvě, a to v případě, že lékař je neúměrně pracovním zatížen nebo pacient má bydliště neúměrně vzdáleno od příslušného zdravotnického zařízení. Ani tyto důvody však nelze použít v případě, kdy je poskytnutí péče neodkladné pro záchranu života a zdraví. Sestra by v případě ošetřování agresivního pacienta měla vždy informovat lékaře, který rozhodne o dalším postupu. Součinnost může rovněž poskytnout bezpečnostní služba nemocnice, to však pouze v případě, že pacient je v důsledku opilosti, požití jiných návykových látek nebo duševní poruchy nebezpečný sobě nebo svému okolí. V takovém případě lze dle zákona poskytnout péči bez souhlasu pacienta. Je-li pacient, který je v důsledku požití návykových látek nebo duševní poruchy nebezpečný sobě a okolí, může být i bez svého souhlasu hospitalizován, tuto hospitalizaci je však nutné do 24 hodin ohlásit soudu. Utrpí-li sestra v důsledku útoku pacienta úraz, jedná se o úraz pracovní, který bude odškodněn dle zákoníku práce.“

A: „Co má zdravotní sestra dělat po fyzickém útoku pacienta? (sepsání mimořádné události? apod.)“

C: „Postup péče konzultovat s lékařem, v případě, že utrpí úraz je nutné jej nahlásit zaměstnavateli. Formulář o mimořádné události se zpravidla také sepisuje, nicméně tato povinnost není nařízena ani nijak upravena zákonem. Je to interní postup, který může být upraven vnitřními předpisy nemocnice. V KNTB se tyto formuláře sepisují a zasílají se vedoucí útvaru ošetrovatelské péče a v kopii na právní oddělení.“

A: „Řešil jste již nějakou příhodu napadení sestry agresivním pacientem?“

C: „Zejména slovní napadení zdravotníků ze strany pacientů se samozřejmě vyskytují. Je nutné vždy řešit dle konkrétních situací. V případě závažných útoků, kdy je ohrožen i život zdravotníka, je možné postupovat tak, že na pacienta je podáno trestní oznámení (může jej podat napadený zdravotník nebo i nemocnice jako zaměstnavatel - k tomuto případu již

došlo). Pokud je útok méně závažný, je nutné řešit citlivě, jak se zdravotníky, tak s pacienty. Rovněž se vyskytují případy, kdy rodič dítěte brání v poskytnutí péče svému nezletilému dítěti. Pokud je péče nezbytná pro záchranu zdraví a života dítěte, je lékař oprávněn péči dítěti poskytnout i bez souhlasu rodiče, pokud agresivní rodič nadále v nutném zdravotním výkonu brání, je možné ze strany lékaře požádat o součinnost Policii ČR.“

Příloha IV: Rozhovor s tiskovou mluvčí zlínské policie ČR

Pomocí e-mailu jsem podala dotazy mluvčí zlínské policie ČR por. Ing. Janě Bartíkové v květnu 2009. Pro zjednodušení sebe uvádím pod písmenem „A“ a paní por. Ing. Janu Bartíkovou pod písmenem „D“.

A: „Jak často jsou příslušníci policie ČR voláni do nemocnice na pomoc při poskytování ošetrovatelské péče agresivnímu klientovi? Máte vedenou nějakou statistiku nebo podobně?“

D: „Bohužel v našich evidencích nejsou zaznamenány výjezdy do nemocnice, takhle podrobné statistiky nemáme. Podobné případy jsou v našich evidencích vesměs vedeny jako přestupky proti občanskému soužití. Do této kategorie spadají všechny neshody mezi obyvateli i partnery. Není možné vybrat pouze napadení v nemocnicích.

Sestry se určitě obracejí nejen na státní, ale také na městskou policii, která je oprávněna tyto přestupky řešit.“

Příloha V: Příběhy z praxe

Zde jsou uvedeny příběhy, připomínky, které všeobecné sestry/všeobecní ošetřovatelé uvedli v otázce č. 17.

„Je třeba vždy pacienta posuzovat individuálně, ptát se, proč je agresivní, např. psychotici jsou agresivní, když se děje něco, co je proti jejich záměru a nezapadá do jejich konstrukce světa. Agrese bývá obranou proti úzkosti a strachu – je výrazem slabosti, nikoli síly, pacient má být autonomní – lékař by k pacientovi neměl přistupovat paternalisticky a neprokazovat „dobro“ někomu, kdo o to nestojí nebo si to svým jednáním nezasluhuje. Stojí-li za agresí pacienta intoxikace alkoholem nebo ilegální droga, je třeba pacienta od společnosti na čas izolovat např. více využívat našeho zařízení, a to i u pacienta s traumatem. Není důvod, aby hospitalizaci takových lidí hradila pojišťovna a aby narušovali chod oddělení či klid spolupacientů. Kromě toho na „ZS“ má pacient svobodu pohybu a nebývá kurtován – středověk je pro nás minulostí.“

„Před 20 lety jsem pracovala na psychiatrickém oddělení, napadl mne pacient s nožem v ruce zezadu, všimla si toho kolegyně a duchapřítomně zakročila. Varovala mne, zasáhla fyzicky jej omezila, společně jsme jej přemohly, zavolaly lékaře, nasadil-naordinoval psychofarmaka (upravil léčbu) + popruhy byl zaznamenán útok do dekurzu ač nedošlo ke zranění, měla jsem obavy chodit do práce, později jsem vyměnila oddělení.“

„Zažila jsem přímé napadení- facky, kopance, dokonce hod židlí.“

„Agresivitu na oddělní nejvíce pozoruji u pacientů, kteří přijedou v podnapilém stavu. Případy se vyskytují často v jarním až podzimním období. (zejména mužské pohlaví)“

„Mezi nejčastější agresivní pacienty patří lidé pod vlivem alkoholu.“

„Pacient po mě hodil kádinku se stopanginem určenou k péči d.ú., stačila jsem uskočit.“

„Kolegyni pacient tahal za košili, škrtil jí...stačila se z košile vysvléknout.“

„Na našem oddělení se agresivní pacient objevují poměrně často, proto se často setkáváme s agresivním pacientem po kraniotraumatech, chtějí odcházet, proto jsem někdy byla pokopána atd.... Také jsem byla svědkem agresivní postarší dámy, která všem tvrdila, že jí chybí osobní věci a ať je okamžitě přineseme z ortopedie (pacientka po TEP), protože už jednou něco podobného zažila, začala vyčítat personálu všechno a uklidnila se až po podání i.v. aplikaci sedativ.“

„Vyskočil na mě pacient s nůžkami, zastavily jsme ho až s přivolanou ochrankou – bála jsem se v noci chodit na neosvětlený box.“

„Pacient s úrazem hlavy – neklidný, zmatený mne při připojení infuze kousl do ruky.“

„Za dlouhou dobu své praxe, jsem zjistila, že vlídné slovo a klidný přístup se naprosto míjí účinkem. Téměř vždy je potřeba hrubá síla, popruhy a tisíce léky. S vlídným zacházením jen stoupá agresivita slovní i fyzická.“

„U agresivních pacientů síle a mužský element.“

„Pacient po CMP, v delirium, alkoholik – slova vypisovat nebudu, ty příběhy jsou pořád stejné.“

„Nejvíce mi agrese vadí u romských spoluobčanů. Rom jako pacient není často problém, ale příbuzní nedodrží vůbec nic, jsou agresivní a vyhrožují. Jdu pak domů se strachem.“

„Po letitých zkušenostech již nemám chuť se tímto problémem zabírat, protože práce zdravotní sestry je velmi podhodnocená a nemá žádnou úctu a pochopení ani odměnu.“

„Kolegyni+lékaře pacient nečekaně fyzicky napadl na pokoji (sestra měla PN 5 týdnů), až přivolaná policie pacienta zklidnila a byl převezen do PL.“

„Při nástupu jsem se setkala s agresivním pacientem, vyjel po mě i druhé sestřičce a asi to bude pro mě odstrašující příklad k agresivním pacientům. Samozřejmě jsem hned zavolala lékaře.“

„Byla jsem nucena se před pacientem skrýt na sesterně a vyčkat příchodu PČR.“

„Častý výskyt u alkoholiků v deliriu (to se pořád opakuje – nadávky, výkřiky, halucinace – s tím spojená brachiální agrese vůči personálu – vždy ordinovány kurty + medicační sedace).“

„Pacient přišel pro bolesti zad, vyžadoval analgetika opiátového typu. Když bylo toto odmítnuto byl slovně agresivní vůči lékaři, sestřám. Byla přivolána ochranka. Než ale přišla, klient byl již pryč.“

„Pacient (epi, ety) dekoroval, neustále snažil vylézat z postele, vytrhl si flexilu, vyhrožoval verbálně zdravotnickému personálu – byla nutná Kurtce všech končetin a farmakologická sedace.“

„Pacient se léčí s DM, byl přivezen pro bolesti zad. Byl nepříjemný, poté agresivní slovně i fyzicky. Nechtěl se nechat ošetřit. Brala se mu glykémie glukometrem a zjistila se hypoglykémie. Při usilovní práci (personál ho musel násilím držet na židli), aby mohl dostat glukózu do žíly. Po pár minutách se pacient uklidnil. Byl hodný a za vše se omlouval.“

„Pacient v těžké ebrietě – záchytná stanice odmítla příjem. Negativistická, odmítavá, vulgární, později agresivní. Nutné omezení.“

„Při rozdávání léků pacientka odmítla je vzít, požádala jsme ji, aby je užila, ale místo toho mě fyzicky napadla.“


„Agresivní pacient v záchvatu své diagnózy napadl personál i ostatní spolupacienty. Pacient umístěn do odluky, dle ordinace aplikována neklidová terapie. Pacient dále demoloval odluku, rozbil lůžko, rozbil i bezpečnostní silné sklo, střepem podrápal zdi

nápisy (vulgární beze smyslu). Pacient dán do omezovacího kabátku, za kontroly SZP celou noc. Pak zklidnění po injekční terapii.“

„Pacientka výpadová vůči ostatním pacientům, tahá je za vlasy, škrábe je a kope. Slovně usměřňována, bez efektu, proto aplikována medikace neklidová terapie. Pacientka i nadále agresivní, vulgární, nezklidněna, nutno nasadit omezovací prostředky + omezení za HK+DK se souhlasem ošetřujícího lékaře, pravidelně kontroly prokrvení končetin + zavodňována. Po určité době se zklidnila, proto omezení ex.“

„Pacient přivezen v noci RZP, téměř nekomunikoval. Při lékařském vyšetření napadl lékaře s nožem v ruce. Začal vyhrožovat i pacientům na oddělení. Byli jsme nuceni se i s lékařem skrýt na sesterně. Ochranka nebyla k sehnání. Z našeho oddělení nelze v noci volat mimo areál nemocnice, tudíž jsem musela zavolat na JIP, aby přivolali Policii ČR. Přivolaná Policie zajistila pacienta. Při zatýkání napadl pacient i Policii.“

Příloha VI: SOP Kroměříž, a.s.: Omezovací prostředky

	Kroměřížská nemocnice a.s. Havlíčkova 660,767 55 Kroměříž	OŠ
	Používání omezovacích prostředků	
Místo určení	Lůžková oddělení a ambulantní složky	Standard č. 3 Ošetřovatelský postup
Závaznost pro	Všechny kategorie ZPNP	
Zpracoval	Akreditační a standardizační komise	
Kontaktní osoba	Christovová Marie	
Platnost od	1.1.2008	
Revize (kontrola)	1x za 2 roky nebo dle potřeby	

Definice:

Používání omezovacích prostředků je krajním řešením v případech, kdy je to nezbytně nutné pro ochranu zdraví pacienta, ostatních pacientů či personálu a věcí v jeho okolí, kdy nelze odstranit příčinu neadekvátního chování pacienta nebo v situacích, kdy je riziko z chování pacienta příliš vysoké a byly vyčerpány ostatní možnosti pro zajištění bezpečnosti. Přínos použití omezovacích prostředků musí být vyšší než jejich riziko.

Důvodem použití omezovacích prostředků nesmí být použít pouze pro neklid pacienta nebo usnadnění si ošetřovatelské péče.

Cíl:

- bezpečí pacienta a okolí
- zvládnuté chování pacienta a jeho sebekontrola

Indikace k použití omezovacích prostředků:

- u psychogenních pacientů
- u pacientů s poruchami chování spojené s agresivitou vůči sobě nebo okolí
- při organických poruchách (stařecké poruchy, mentální retardace)
- při delirantních stavech

Omezovací prostředky a pomůcky:

- postranice k posteli
- popruhy, kurty
- izolační místnost
- parenterální podání psychofarmak

Pacient je informován:

- o důvodu používání omezovacích prostředků

Realizace:

- o užití omezovacích prostředků rozhoduje zásadně lékař !!!
- k použití omezovacích prostředků přistupuj pouze tehdy, pokud byly vyčerpány ostatní možnosti
- pacienta v pravidelných intervalech kontroluj, nesmí dojít k dehydrataci, podvýživě, podchlazení, odřeninám a k proleženinám
- umožni pacientovi provést osobní hygienu a toalety
- při změně zdravotního stavu pacienta během omezovací intervence, informuj ihned lékaře
- je-li to možné, umísti pacienta s omezeným pohybem na samostatný pokoj mimo přímý kontakt s ostatními pacienty
- omezovací prostředky používej po dobu nezbytně nutnou, při kontrole pacienta opětovně zhodnoť nutnost jejich použití
- užití omezovacích prostředků není důvodem k omezení návštěv u pacienta (potřeba řádného vysvětlení příbuzným)
- pátrej po příčinách problémového chování (stres, zmatenost, psychické změny, vedlejší účinky léků, bolest apod.)
- po upravení stavu, vysvětli pacientovi důvody, které vedly k použití omezovacích prostředků
- zápis v dokumentaci musí obsahovat:
 - jméno a podpis lékaře, který o použití omezovacího prostředku rozhodl
 - popis tělesného a duševního stavu
 - druh omezení
 - začátek a konec omezení pohybu pacienta
 - frekvenci kontrol pacienta prováděných sestrou
 - zápis fyziolog. funkcí a celkového stavu pacienta

Komplikace:

- poranění pacienta způsobená vlastním nepřiměřeným chováním
- zhoršení zdravotního stavu
- stížnosti příbuzných na použití omezujících prostředků z důvodu nepochopení jejich účelu
- ublížení na zdraví zdravot. personálu

Upozornění:

- je-li přijat pacient do ústavního ošetřování se souhlasem s hospitalizací a v průběhu léčby nastane nutnost použití omezovacích prostředků bez souhlasu pacienta, a vzhledem ke zdravotnímu stavu lze předpokládat, že pacient neudělí souhlas do 24hod. od omezení pohybu, je třeba oznámit užití omezovacího prostředku příslušnému soudu dle místa bydliště, a to do 24hod. poté, co k takovému omezení došlo
- agresivní chování je nejčastěji projevem zdravotního stavu pacienta - úraz hlavy, hypoxie, akutní pancreatitida apod. (zřídka bývá projevem nepřátelství). Může znamenat nebezpečí i pro ošetřující personál, přesto je třeba postupovat v souladu se zákonnými a etickými normami
- použití omezovacích pomůcek slouží k ochraně pacienta, nikdy nesmí být použity jako trest za nepřiměřené chování
- ovlivňuj pacienta tak, aby fyzická agrese byla převedena do verbální
- odstraň provokující vlivy prostředí
- nezapomínej na vlastní bezpečnost

Přehled nejdůležitějších právních předpisů / Použitá literatura

1. Metodické opatření č. 1/2005 Věst. MZ, Používání omezovacích prostředků u pacientů v psychiatrických zařízeních České republiky
2. Červinková E. a kolektiv, Ošetřovatelské diagnózy, IDVPZ Brno, 2001, 163 stran

Název standardu	Používání omezovacích prostředků		
Místo použití	Kroměřížská nemocnice a.s. - všechna oddělení		
Revize dne			
Výsledek			
Podpis osoby			

Příloha VII: SOP KNTB, a.s. Zlín: Péče o neklidné

Platnost od 1.1.1998	Krajská nemocnice T. Bati, a. s. Ošetrovatelský standard	č. 28
Aktualizace: 1x za 2 roky	Předmět/Výkon/ Procedura PÉČE O NEKLIDNÉ NEMOCNÉ	Strana procedury 1/2

Definice

Neklid je projevem klinického stavu, nikoliv projevem úmyslného chování pacienta. Je vyjádřen v různé intenzitě. Neklid může být projevem zmatenosti, která vzniká náhle nebo je stavem nevratným, dlouhodobým.

Cíl

- zachování zdraví a bezpečnosti,
- udržení obvyklé orientace v realitě a urovně vědomí.

Příčiny

- hypoxie mozku a pocit dechové tísně,
- traumata a organické poruchy CNS,
- metabolická leze (akutní pankreatitis, hypoglykémie),
- intoxikace (léky, chemické přípravky),
- abstinenční příznaky (alkohol),
- senilní demence,
- bolest a vystupňovaný strach,
- jiné možné příčiny.

Příznaky

- kolísání stavu poznávání, cyklu spánku a bdění, porucha socializace
- kolísavá úroveň vědomí, psychomotorické aktivity, změny osobnosti,
- zvýšená agitovanost, falešné vjemy,

Kompetence dle zákona č. 96/2004 Sb., a vyhlášky č. 424/ 2004 Sb.,
ZPBD se specializací, ZPBD, ZPOD,
ZPOD bez maturity.

Pomůcky

- postranice - pomocná zařízení lůžka - omezovací prostředky

Omezovací prostředky jsou ochranná zařízení limitující fyzickou aktivitu nemocných. Používají se jen tehdy, kdy je zapotřebí zahájit adekvátní léčbu anebo pokračovat v léčbě, bez poškození pacienta. Omezující prostředky však nemusí zabránit pádu či poranění.

Imobilizační prostředky dělíme na

- fyzikální – manuální metody, mechanická zařízení která omezují pacientův pohyb,
- chemické – léky, sedativa.

Pracovní postup

- **snažte se** rozlišit neklid a zmatenost pacienta od úmyslného chování,
- **vylučte** příčiny způsobené nevhodnou péčí (nepohodlná poloha, plný močový měchýř, neodtékající cévka, horko, pocit nevyprázdnění apod.),
- **snažte se** zklidnit pacienta vhodnými komunikačními manévry,
- **odstraňte** z okolí pacienta všechny nebezpečné předměty, kterými by se mohl poranit,
- **zajistěte** u pacienta zvýšený dozor – hrozí vytržení cévky, katétru, infúze,
- **mluvte s** pacientem, snažte se zajistit přítomnost jeho blízkých,
- **zvedněte** postranice u lůžka,
- **izolujte** pacienta od ostatních zástěnou,
- **přeložte** pacienta, pokud je to možné, na menší pokoj,
- **informujte** lékaře a popište vznik a obraz neklidu a zmatenosti, agresivity,
- **podejte** lékařem ordinované zklidňující medikamenty,
- **imobilizujte** pacienta na rukou, DK, dle ordinace lékaře, pokud je pacient sám sobě a svému okolí nebezpečný a to na dobu nezbytně nutnou,
- **přesvědčete** se, zda je požadovaná část těla bezpečně znehybněna, ale ne tak pevně aby bylo omezeno krevní zásobení znehybněné části těla,
- **uvolněte** omezovací prostředky každé dvě hodiny, aplikujte masáž, cviky, ošetřete kůži,
- **prověřte** potřebu omezení každých 8 hodin a posuďte jejich opakovanou nutnost
- **při zjištění cyanózy, bledosti, chladné kůže, při stížnostech pacienta na píchání, bolest nebo strnulost ihned omezovací prostředek uvolněte a s končetinou cvičte,**
- **zapište** do ošetrovatelské dokumentace imobilizaci s udáním důvodu,
- **hlaste** zarudnutí pod manžetou, popruhem, vždy lékaři,
- **dokumentujte** typ použitého omezení, dobu a odstranění omezujících prostředků
- **dezinfikujte** a uložte všechny použité pomůcky po zrušení imobilizace,
- **sledujte** pacienta po celou dobu imobilizace,
- **zaznamenejte** svá zjištění do dokumentace i s hodinou vzniku agrese, neklidu,
- **dokumentujte** přesně čas imobilizace pacienta.

Možné komplikace

- nekomunikující pacient,
- zmatený, agresivní pacient,
- poškození pacienta, úraz.

Zapamatujte si

- provedené znehybnění nesmí být pevné, aby se nepřerušil krevní oběh,
- znehybnění nesmí být pevné, aby nedošlo ke kompresi nervových kmenů,
- imobilizační prostředky se musí každé dvě hodiny uvolnit na 15 minut,
- v případě, že je pacient nebezpečný sám sobě, může být znehybněn i bez jeho souhlasu.

Předpokládaný výsledek

- Omezující prostředek zabraňuje pohybům pacienta co nejméně a to jen tu část těla, která má být omezena,
- omezující opatření nejsou viditelná pro okolí,
- omezující opatření nepřekáží v léčbě a nezpůsobují nemocnému jiné zdravotní problémy,
- omezovací prostředky se dají snadno vyměnit,
- omezovací prostředek je bezpečný

Upozornění!!!

- nepodceňujte psychické změny pacienta,
- pamatujte si, že neklid se může vystupňovat do agresivity,
- zacházejte s neklidným pacientem klidně, laskavě, důstojně,
- dbejte na prevenci otlaků a dekubitů při imobilizaci,
- věnujte pacientovi zvýšený dozor,
- pozor na sebevražedné úmysly pacienta !!
- podejte v případě zvláštní příhody hlášení vedení nemocnice a právnímu oddělení.

Možný ošetřovatelský problém

- neznalost příčin neklidu a zmatenosti pacienta,
- podcenění psychických změn u pacienta,
- vznik dekubitu.

Příloha VIII: SOP KNTB, a.s. Zlín: Mechanické omezení pacienta za hospitalizace

Platnost od 1.1.1998	Krajská nemocnice T. Bati, a. s. Ošetrovatelský standard	č. 29 A
Aktualizace: 1x za 2 roky	Předmět/Výkon/ Procedura MECHANICKÉ OMEZENÍ PACIENTA ZA HOSPITALIZACE	Strana procedu- ry 1/3

Definice

- Imobilizace pacienta na lůžku z důvodu zklidnění. Omezovací prostředky používáme jen po dobu nezbytnou k zvládnutí dočasné změny stavu vědomí pacienta

Cíl

- znehybnění pacienta na dobu nezbytně nutnou, aby neublížil sobě a nikomu ve svém okolí z důvodu agresivity, sebepoškozování a rušení invazivních vstupů

Kompetence

Lékař vždy indikuje mechanické omezení, dobu po kterou je nutno pacienta omezit, dále dle zákona č. 96/2004 Sb., a vyhlášky č. 424/ 2004 Sb., ZPBD se specializací, ZPBD, ZPOD, ZPOD bez maturity.

Informace

- sestra pacienta i rodinu informuje o důvodu a způsobu mechanického omezení
- o vhodných místech pro mechanické omezení – zápěstí ruky, kotníky nohou
- o nejvhodnější poloze na zádech

Pomůcky – nejlehčí Hand-fix, kožené kurty na ruce a nohy

Pracovní postup

Před výkonem

- **snažte se** pacienta vhodným způsobem uklidnit
- **informujte** lékaře o stavu pacienta (agresivita, sebepoškozování, rušení invazivních vstupů.....)
- **vyberte** vhodné pomůcky podle stavu vědomí a tělesných proporcí
- **splňte** ordinace lékaře
- **informujte** pacienta o tom, co budete dělat a proč to děláte

Při výkonu

- **upravte** polohu pacienta na lůžku
- **obložte** vatovým krytím zápěstí či kotník (prevence vzniku oděrek a dekubitů)
- **uvažte** vybraný typ kurtu
- **přípevněte** kurty k pevné části lůžka pacienta
- **ujistěte se**, že je kurt dostatečně uvázan a plní svou funkci
- **sledujte** pravidelně stav pacienta, protože nemá možnost dosáhnout na signalizaci
- **sledujte** stav kůže pod kurty
- **sledujte** stav vědomí pacienta (analgosedace)
- **sledujte** funkčnost kurtů

Po výkonu

- **vyhodnocujte** celkový zdravotní stav pacienta
- **dohlížejte** nadále na pacienta, povzbuzujte ho ve vyjádření svých pocitů
- **zaznamenejte** všechny změny stavu chování pacienta do dokumentace

Dokumentace dat

- zaznamenejte do ošetrovatelské dokumentace datum, čas, indikace lékaře k mechanickému omezení pacienta, pravidelně zaznamenávejte jeho tělesný ale i duševní stav, měřte FF. Proveďte záznam o přerušení a ukončení mechanického omezení vždy s časem a zapište všechny změny pacientova stavu. Uveďte také důvody proč byl pacient omezen.

Možné komplikace

- poškození (strhnutí) kůže pod místy kurtů
- hematomy
- nedostatečné prokrvení rukou
- samovolnění pacienta z kurtů

Zapamatujte si

- informujeme vždy lékaře o stavu, který vyžaduje omezení pacienta
- vysvětlíme pacientovi, proč tento výkon děláme
- dotazy rodiny a příbuzných na důvod omezení jejich příbuzného směřujeme na lékaře
- sledujeme intenzivně zdravotní i duševní stav pacienta
- sledujeme stav kůže pod kurty a prokrvení rukou
- omezovací prostředky používáme jen po dobu nezbytnou
- u imobilních polohovaných pacientů jsou nejvhodnější obvazy či obinadla (větší délka)

Předpokládaný výsledek

- pacient není nebezpečný sobě ani okolí

Možné ošetrovatelské problémy

- polohování,
- i.v. aplikace léků (i.v. vstupy pod kurty)
- porucha integrity kůže
- narušené vnímání sebe sama i okolí

Příloha IX: Formulář KNTB, a.s. Zlín: Zápis o mimořádné události

Krajská nemocnice Tomáše Bati a.s. Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín

ZÁPIS o mimořádné události

Jméno a příjmení klienta:	Událost zjištěna:	Přihodila se: <input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> ostatní <input type="checkbox"/> zaměstnanec <input type="checkbox"/> student <input type="checkbox"/> návštěva
Datum: čas:	Datum: čas:	
Zjištěno kým: Jméno a příjmení: _____		Postavení: _____
Svěděk: Jméno a příjmení: _____		Postavení: _____
Zápis proveden kým: Jméno a příjmení: _____		Postavení: _____

Druh mimořádné události

<input type="checkbox"/> opuštění oddělení <input type="checkbox"/> sebezranění <input type="checkbox"/> zlomenina <input type="checkbox"/> pokus o sebevraždu <input type="checkbox"/> náraz s následným zraněním <input type="checkbox"/> popáleniny	<input type="checkbox"/> selhání zdravotnické techniky <input type="checkbox"/> ohrožení zaměstnance slovní <input type="checkbox"/> ohrožení zaměstnance fyzické <input type="checkbox"/> zranění pacienta jiným pacientem <input type="checkbox"/> incident spojený s procedurou <input type="checkbox"/> jiné incidenty: _____	<input type="checkbox"/> ztráta nebo poškození majetku nemocnice <input type="checkbox"/> ztráta nebo poškození majetku klienta <input type="checkbox"/> svévolný odchod pac. z nemocnice <input type="checkbox"/> problém se souhlasem k léčbě, výkonu <input type="checkbox"/> problém s identifikací pacienta <input type="checkbox"/> jiné problémy, vysvětlete: _____
---	--	---

Lokalita mimořádné události

Název oddělení _____ <input type="checkbox"/> pokoj <input type="checkbox"/> WC <input type="checkbox"/> koupelna <input type="checkbox"/> chodba <input type="checkbox"/> schodiště <input type="checkbox"/> jídelna <input type="checkbox"/> jiné místo na odd.	<input type="checkbox"/> ambulance <input type="checkbox"/> operační sál <input type="checkbox"/> stacionář <input type="checkbox"/> úrazová ambulance <input type="checkbox"/> příjmová ambulance <input type="checkbox"/> vyšetřovna, sálek <input type="checkbox"/> jiné místo v ne _____	<input type="checkbox"/> výtah <input type="checkbox"/> NM, RTG <input type="checkbox"/> CT, angio <input type="checkbox"/> lékárna <input type="checkbox"/> rehabilitace/tělocvična <input type="checkbox"/> bazén <input type="checkbox"/> jiné místo v nemocnici _____
---	--	---

Medikační incidenty

<input type="checkbox"/> lék nepodán <input type="checkbox"/> lék podán jinému pacientovi <input type="checkbox"/> nesprávná dávka léku <input type="checkbox"/> špatný čas podání léku <input type="checkbox"/> špatné místo podání léku, injekce <input type="checkbox"/> špatný způsob podání léku, injekce <input type="checkbox"/> podání nesprávného léku, injekce <input type="checkbox"/> podání léku bez ordinace lékaře <input type="checkbox"/> alergická reakce <input type="checkbox"/> nezapsání podání opiátů <input type="checkbox"/> neshoda v počtu opiátů <input type="checkbox"/> jiný problém, vysvětlete: _____
--

Problém v léčebném procesu

<input type="checkbox"/> procedura nebyla provedena <input type="checkbox"/> výkon, procedura-provedeno nesprávně <input type="checkbox"/> výkon, procedura – provedeno na nesprávném místě <input type="checkbox"/> provedena nesprávná procedura <input type="checkbox"/> problém se zdravotnickou technikou <input type="checkbox"/> poškození pacienta v souvislosti se zdrav. technikou <input type="checkbox"/> problém se záměnou biologického materiálu <input type="checkbox"/> jiný problém, popište: _____
--

Zápis o mimořádné události

Stav pacienta před incidentem	Výsledek incidentu
<input type="checkbox"/> orientován <input type="checkbox"/> zmatený <input type="checkbox"/> dezorientován <input type="checkbox"/> v bezvědomí <input type="checkbox"/> agresivní <input type="checkbox"/> pod vlivem sedativ <input type="checkbox"/> pod vlivem drog <input type="checkbox"/> pod vlivem alkoholu <input type="checkbox"/> ostatní : vysvětlete	<input type="checkbox"/> žádné zranění <input type="checkbox"/> pohmožděnina <input type="checkbox"/> zlomenina <input type="checkbox"/> tržná rána <input type="checkbox"/> popálenina <input type="checkbox"/> poškození majetku nemocnice <input type="checkbox"/> poškození přístroje <input type="checkbox"/> ostatní: vysvětlete <hr/>

Stručný popis incidentu

Oznámení je zapotřebí dále sledovat	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne		
Vedoucím lékařem odd.	Jméno:	Podpis:	Dne:	Čas:
Ošetřujícím lékařem:	Jméno:	Podpis:	Dne:	Čas:
Vrchní sestrou	Jméno:	Podpis:	Dne:	Čas:
Náměstkem LPP	Jméno:	Podpis:	Dne:	Čas:
Hlavní sestrou	Jméno:	Podpis:	Dne:	Čas:

Administrativní sledování důvěrného zápisu o mimořádné události provede:

Doporučená nápravná opatření :

--

Klasifikace mimořádné události	Událost byla nahlášena
<input type="checkbox"/> závažná <input type="checkbox"/> závažná s následky <input type="checkbox"/> méně závažná , bez následků <input type="checkbox"/> nelze klasifikovat	<input type="checkbox"/> Policii ČR <input type="checkbox"/> Právnímu útvaru <input type="checkbox"/> technikovi BOZP <input type="checkbox"/> ústavnímu epidemiologovi

Mimořádná událost byla vyhodnocena:

Jméno: _____ Funkce: _____ Podpis: _____ Datum: _____

Vyhodnocení sděleno předsedovi představenstva a.s. dne:

Archivace dne:

Příloha X: Vyhodnocení rizik možného ohrožení života a zdraví zaměstnanců při výkonu práce

B A Ť O V A N E M O C N I C E

Vyhodnocení rizik možného ohrožení života a zdraví zaměstnanců při výkonu práce

Posuzovaným systémem hodnocení rizik je **Baťova nemocnice ve Zlíně**.

Při zhodnocení bylo postupováno dle jedné z možných metodik a to metodiky uvedené ve skriptech Karla Novotného „Pracovní rizika“ vydaných IVBP v Brně. Místo karet bylo hodnocení zpracováno do **tabulek** (viz. příloha č. 4).

Před zpracováním hodnocení byla provedena prohlídka a seznámení s celým posuzovaným systémem za účasti bezpečnostního technika a vedoucích zaměstnanců nemocnice. Byla provedena **identifikace nebezpečí (rizik)** na všech pracovištích, při činnostech zaměstnanců, při provozu zdravotnické techniky, při provozu strojů a zařízení (**zdrojů rizik**). Identifikovaná nebezpečí byla seřazena podle číselné řady (viz. příloha č. 1).

Dále byla provedena **analýza a hodnocení nebezpečí** (viz. příloha č. 2) :

- a) dle procenta ohrožených osob z celkového počtu zaměstnanců na pracovišti
- b) dle relativního nebezpečí z pohledu závažnosti poranění
- c) dle počtu úrazů, ke kterým došlo za stejných podmínek
- d) dle četnosti ohrožení v průběhu pracovní směny
- e) dle názoru vedení nemocnice na závažnost nebezpečí

Jednoduchým výpočtem podle výše uvedené literatury byla zhodnocena **závažnost rizika, tzv. R** (viz. příloha č. 3).

Po zhodnocení rizik možného ohrožení života a zdraví zaměstnanců je zřejmé, že **riziko nebezpečí** možného ohrožení života a zdraví zaměstnanců nemocnice **existuje** a to i přes opatření, která byla přijata k jejich snížení, nebezpečí vzniku rizika nelze zcela odstranit (zbytková rizika).

Z hodnocení vyplývá, že byla zjištěna tato rizika – mechanické, elektrické, tepelné, hlukem, zářením, z materiálů a látek, zanedbáním ergonomických zásad, poruchou funkce stroje nebo zdravotnické techniky, chybějícími nebo nesprávně umístěnými bezpečnostními tabulkami a vytvářená zvířaty. Ke všem zjištěným rizikům (viz. tabulkové vyhodnocení v příloze č. 4) byla přijata opatření, která by měla míru ohrožení podstatně snížit. Dodržení navržených opatření a používání předepsaných OOPP je u všech rizik povinné.

Ze všech rizik nejvíce ohrožuje životy a zdraví zaměstnanců, a to zejména zdravotnického personálu, riziko biologické a mikrobiologické (viry a bakterie). Zaměstnanci jsou jím ohroženi při manipulaci s biologickým materiálem, např. krví a exkrementy, při manipulaci se znečištěným prádlem, manipulaci s infekčními odpady a bezprostředním stykem a ošetřováním pacientů. Biologické riziko ohrožuje v menší míře i ostatní zaměstnance nemocnice (např. zaměstnance odpadového hospodářství, zaměstnance údržby při opravách a údržbě na všech pracovištích nemocnice, zaměstnance úklidu, zaměstnance prádelny při manipulaci se znečištěným prádlem apod.). Dále jsou zdravotničtí zaměstnanci ohroženi ve velké míře rizikem nadměrného zatížení páteře a končetin při různé manipulaci s pacienty. Vysoké riziko představuje pro zdravotníky rovněž duševní přetížení, stres, zodpovědnost za zdravotní stav pacientů, nutnost vysokého soustředění při léčení a ošetřování pacientů, při

Ing. Dana Osíčková

BAŤOVA NEMOCNICE

jednání s pacienty jejich rodinami. Zdravotnický personál je ohrožen rovněž rizikem uklouznutí například na znečištěné, potřísněné a mokré podlaze. Někteří zaměstnanci jsou ohroženi chemickým rizikem při manipulaci s nebezpečnými chemickými látkami a přípravky, např. rozplňování a aplikace cytostatik. Zvýšené riziko představuje i denní manipulace a používání dezinfekčních a čistících prostředků. Vybraní zaměstnanci jsou ohroženi i rizikem záření (ionizační, laserové apod.). Všichni zaměstnanci nemocnice jsou ohroženi rizikem vzniku požáru.


V nemocnici byla zjištěna rizika s hodnotou $R = 5$ a vyšší, která vyšší mírou ohrožují zaměstnance.


Opatření ke snížení rizik v tabulkovém hodnocení jsou organizační, technická a výchovná. Opatření k eliminaci rizik stanovená tabulkovým hodnocením (příloha č. 4 - přehled rizik dle pracovišť) musí být všemi dotčenými zaměstnanci plně dodržována. Vedoucí zaměstnanci pracovišť musí soustavně kontrolovat jejich dodržování všemi zaměstnanci.

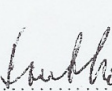
Z hodnocení rizik jednoznačně vyplývá, že míra rizika byla ve všech případech snížena na nejnižší možnou mez a že v době hodnocení neexistují další možná opatření k jejich snížení.

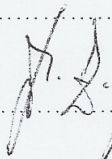
Při jakékoliv změně pracovních podmínek a pracovních postupů, při používání nových nebezpečných chemických látek, při nákupu nové zdravotnické techniky, strojů a zařízení, která představují vznik rizika, musí být provedeno přehodnocení a případné doplnění hodnocení rizik. Pravidelně nejméně 1 x ročně se musí prověřit správnost stávajícího hodnocení rizik prostřednictvím odborně způsobilé osoby. Při přehodnocování a kontrole rizik se nesmí zapomínat, že u starších zařízení se zvyšuje riziko opotřebením. Pozor! Ke všem novým strojům, zdravotnické technice, k zařízením apod. musí dodán návod k obsluze nebo k použití v českém jazyce. Podle návodů se pak vyhodnotí nová rizika.

Přiměřeně jsou vyhledány riziky ohrožení i pacienti a návštěvníci nemocnice. Zaměstnanci nemocnice musí dbát na to, aby všichni pacienti i návštěvy byli chráněni před působením rizik stejně jako každý zaměstnanec. Ve vztahu k pacientům a návštěvníkům musí být rovněž dodržována opatření před působením rizik, tak aby ani bezpečnost, ani zdraví pacientů a návštěvníků nebylo ohroženo jejich působením a rizika byla pro pacienty i návštěvy minimalizována.


Ing. Dana OSÍČKOVÁ
PO a BOZP
Opletalova 600, 700 00 OSTRAVA-Paruba
IČO: 65491351, majitel: 0603 917 989
Zpracovala Ing. Dana Osíčková
odborná firma pro BOZP a PO


Vyjádření vedení nemocnice


Vyjádření odborového orgánu



Baťova hraničská nemocnice Zlín,
příspěvková organizace
Havičskova nábřeží 600
782 75 Zlín (20)
Org. čís. 22-0170-3705
ZO odborů-Odborový svaz zdravotnictví
a sociální péče ČR
ZÁVODNÍ VÝBOR 1
BAŤOVA NEMOCNICE A SZZ
782 75 ZLÍN

V Ostravě dne 17.10.2002

Ing. Dana Osíčková

BAŤOVA NEMOCNICE

příloha č. 1

ROZDĚLENÍ RIZIK:

- 01.00. **Mechanické riziko**
- 01.10. R. tlaku, přitlačení, naražení, úderu, rozdrčení, přiražení
- 01.11. R. zasypání, zavalení materiálem a udušení sypkými hmotami
- 01.12. R. pádu osob na rovině, uklouznutí, zakopnutí
- 01.13. R. pádu osob z výšky nebo do hloubky
- 01.14. R. naražení o pevné překážky při pohybu osob
- 01.15. R. vymrštění části včetně vmetení do prostoru
- 01.16. R. mechanická ostatní
- 01.20. R. stříhu
- 01.30. R. pořezání nebo useknutí
- 01.40. R. navinutí, zapletení
- 01.50. R. vtažení, sevření, zachycení
- 01.60. R. nárazu a přiražení osob břemenem, předmětem, pád břemene, kolize s břemenem, ztráta stability a převržení břemene, předmětu apod.
- 01.70. R. bodnutí, propíchnutí
- 01.80. R. tření, odření, poškrábání
- 01.90. R. výronu vysokotlaké kapaliny
- 02.00. **Elektrické riziko**
- 02.10. R. elektrické dotykem přímým nebo nepřímým
- 02.20. R. elektrostatickými jevy
- 02.30. R. tepelným zářením nebo jinými jevy, jako rozlet roztavených částic, chemické účinky zkratů, přetížení spod.
- 02.40. R. ohrožení vnějšími vlivy elektrického zařízení
- 02.50. R. zasažením bleskem, atmosférickou elektřinou
- 03.00. **Tepelná rizika z pracovního procesu**
- 03.10. R. předmětů, materiálů s extrémní teplotou a chladem, plameny, výbuchy, záření
- 03.20. R. poškození horkým nebo studeným pracovním prostředím
- 04.00. **Rizika vytvářená hlukem**
- 04.10. R. ztráty sluchu a jiné projevy
- 04.20. R. rušení dorozumívání a signalizace
- 05.00. **Rizika vytvářená vibracemi**
- 05.10. R. vibracemi od ručního nářadí
- 05.20. R. vibracemi celého těla
- 06.00. **Rizika vytvářená zářením**
- 06.10. R. nízké a vysokofrekvenčním zářením, mikrovlnami
- 06.20. R. infračerveného, ultrafialového a viditelného světla
- 06.30. R. rentgenového a gama záření
- 06.40. R. paprsků alfa, beta, elektronového, ionizujícího záření, neutrony
- 06.50. R. laserů
- 07.00. **Rizika vytvářená materiály, látkami**
- 07.10. R. způsobená kontaktem nebo inhalací látek (kapalin, plynů, par, kouře, prachu)
- 07.20. R. biologická a mikrobiologická (viry a bakterie)
- 07.30. R. chemických karcinogenů
- 07.40. R. chemických škodlivin
- 07.50. R. vytvářená výbuchem
- 07.60. R. vytvářená hořlavými plyny
- 08.00. **Rizika vytvářená zanedbáním ergonomických zásad**

Ing. Dana Osičková

BAŤOVA NEMOCNICE

- 08.10. R. vytvářená fyziologickými účinky
- 08.20. R. vytvářená nepřiměřeností k anatomii rukou nebo nohou člověka
- 08.30. R. vytvářená zanedbáním použití OOPP
- 08.40. R. vytvářená nezdravou polohou těla nebo nadměrným přetížením
- 08.50. R. vytvářená nepřiměřeným zatížením zraku, nedostatečnou viditelností ze stanoviště obsluhy, světlem
- 08.60. R. vytvářená psychofyziologickými účinky spojenými s duševním přetížením
- 08.70. R. vytvářená chybami člověka
- 09.00. Kombinace rizikových faktorů**
- 10.00. Rizika způsobená poruchou dodávky energie, zlomením částí zařízení nebo jinými poruchami funkce**
- 10.10. R. při poruše dodávky energie (energetický nebo řídicí obvod, selhání řídicího systému, řídicího obvodu)
- 10.20. R. neočekávaného vymrštění strojních částí nebo kapalin
- 10.30. R. ze selhání stroje nebo programu, který jej řídí
- 10.40. R. vyplývající z chyb v upnutí, snížení mechanické pevnosti materiálu, části strojů a zařízení
- 11.00. Rizika způsobená chybějícími, nesprávně umístěnými bezpečnostními zařízeními a opatřeními**
- 11.01. R. od všech druhů krytů
- 11.02. R. od všech druhů bezpečnostních zařízení
- 11.03. R. od spouštěcích zastavovacích zařízení (ovladače)
- 11.04. R. od bezpečnostních značení
- 11.05. R. od informačních, varovných a signalizačních zařízení, instrukce pro řidiče, obsluhu
- 11.06. R. od zařízení přerušujících dodávku energie
- 11.07. R. od nouzových opatření
- 11.08. R. od zařízení pro zakládání a odebírání výrobků
- 11.09. R. od základní výbavy a příslušenství pro bezpečné seřízení a údržbu
- 11.10. R. od zařízení odvádějící zplodiny, produkty činnosti stroje a odpadní látky
- 11.11. R. vyplývající z polohy, umístění strojů a zařízení
- 11.12. R. z neoprávněného spouštění, používání stroje
- 12.00. Riziko povětrnostních vlivů**
- 13.00. Rizika vytvářená zvířaty**

Ing. Dana Osičková

BAŤOVA NEMOCNICE

příloha č. 2

Analýza hodnocení nebezpečí:

Tabulka A – Procento ohrožených osob

Do 10% = 1
Do 20% = 2
Do 30% = 3
Do 40% = 4
Do 50% = 5
Do 60% = 6
Do 70% = 7
Do 80% = 8
Do 90% = 9
90 – 100% = 10

vztahuje se na počty zaměstnanců celkově

Tabulka B – Relativní nebezpečí (závažnost)

Smrtelné úrazy, těžké úrazy s trvalými následky, nemoci z povolání = 9
Těžké úrazy, vážné úrazy s delší hospitalizací, trvalejší poškození zdraví = 8 – 7
Úrazy vyžadující hospitalizaci, náběh na nemoc z povolání = 6
Lehčí úrazy nevyžadující hospitalizaci = 5
Méně závažná poranění s absencí = 4
Drobná zranění bez absence = 3
Drobná zranění nevyžadující lékařské ošetření = 2
Narušení pracovní polohy (nepohoda, vynucená změna) = 1

Tabulka C – úrazy, ke kterým došlo za stejných podmínek včetně drobných poranění

Více než 75% pracovníků, popř. jiné osoby = 9-8
70% = 7
60% = 6
50% = 5
40% = 4
30% = 3
20% = 2
Do 10% = 1

Tabulka D – četnost ohrožení

Trvale ohrožení v průběhu celé pracovní směny = 9 – 8 – 7
Větší část pracovní směny = 6 – 5
Až polovinu pracovní směny = 4 – 3
Menší část pracovní směny = 3 – 2
Občasné a výjimečné ohrožení = 1

Tabulka E – názor vedení firmy (hodnotitele rizika)

Značné riziko = 9 – 8 – 7
Menší riziko = 6 – 5 – 4 – 3
Zanedbatelné riziko = 1 – 2

Ing. Dana Osičková

BAŤOVA NEMOCNICE

příloha č. 3

Vyhodnocení závažnosti rizika, tzv. R

Při R 11 – 12 : kritická situace, bezprostřední ohrožení života, nutnost zastavení provozu, vyřazení z činnosti

Při R 8 – 10 : zajistit neprodleně nápravu

Při R 6 – 7 : rozhodnutí nečinit žádnou nápravu musí být schváleno ředitelem

Při R 1 – 5 : rozhodnutí učinit či neučinit nápravu bude na posouzení vedoucích zaměstnanců a bude ovlivněno především dalšími faktory, které s posuzovaným rizikem souvisí

Ing. Dana Osičková

Číslo	RIZIKA	ZDROJ RIZIKA	PRÍČINA RIZIKA	POSUZOVANÝ SYSTEM	A
	identifikace nebezpečí (popis a charakteristika nebezpečí, způsob ohrožení)	stroj, zařízení, objekt, látka, činnost apod.		Pracoviště, místo činnosti, profese, činnost	Procento ohrožených osob
08.60.	zanedbání ergonomických zásad - psychofyzické účinky spojené s duševním přetížením	noční služby	vysoká zodpovědnost za zdravotní stav osob, obsazení směn nižším počtem zaměstnanců	zaměstnanci chirurgického oddělení	3
08.60.	zanedbání ergonomických zásad - psychofyzické účinky spojené s duševním přetížením	operační výkony, vysoké soustředění, velké pracovní vypětí	vysoká zodpovědnost za zdravotní stav osob, soustředění, velké duševní i fyzické vypětí, které nelze přerušit přestávkou, nutnost soustavně zvýšené pozornosti a pohotových reakcí	zaměstnanci chirurgického oddělení (operační tým)	8
08.60.	zanedbání ergonomických zásad - psychofyzické účinky spojené s duševním přetížením	pacient, monitoring, ošetřování, léčba	vysoká zodpovědnost za zdravotní stav osob, soustředění, spěch, soustavná práce a styk s pacienty, nutnost soustavně zvýšené pozornosti	zaměstnanci chirurgického oddělení	8
08.70.	zanedbání ergonomických zásad - vytvářené chybami člověka	agresivní pacient, opilý pacient, doprovod pacienta	okamžité psychické nekontrolovatelné stavy pacientů, nechtěné ublížení pohybem pacienta, nekordinované pohyby pacienta - agresivní pacient	zaměstnanci chirurgického oddělení	1
08.70.	zanedbání ergonomických zásad - vytvářené chybami člověka	léčený a ošetřovaný pacient	bolest při léčebném zákroku a nechtěné ublížení pacientem	zaměstnanci chirurgického oddělení	1
08.70.	zanedbání ergonomických zásad - vytvářené chybami člověka	pacient JIP	nechtěné i úmyslné ublížení zmateným pacientem probírajícím se z narkózy	zaměstnanci chirurgického oddělení JIP	1
10.30.	selhání stroje	autokláv, sterilizátor	selhání, chyba nebo vada zařízení nebo stroje	zaměstnanci chirurgického oddělení	1
10.30.	selhání zdravotnické techniky	zdravotnické prostředky a jejich sestavy	selhání, chyba nebo vada zařízení nebo stroje	zaměstnanci chirurgického oddělení	1
11.04.	od bezpečnostních značení	nebezpečná místa pracovišť, zařízení a strojů	neoprávněné zacházení a zasahování pacientem	zaměstnanci chirurgického oddělení	1

B	C	D	E	R	Způsob eliminace rizika (opatření)
relativní nebezpečí (závažnost)	úrazy, za stejných podmínek vč. drobných poranění	četnost ohrožení	názor vedení firmy, (hodnotitel rizika)	Vyhodnocení závažnosti rizika	
6	0	7	7	7,2	preventivní lékařské prohlídky zaměstnanců, zákaz noční práce těhotných žen
9	0	9	9	10,6	střídání zaměstnanců, dodržování zákazu práce přesčas, výchova a terapie zaměstnanců, vhodné pracovní prostředí, personální vztahy na pracovištích, pracovní schůzky a porady
9	0	9	9	10,6	střídání zaměstnanců, dodržování zákazu práce přesčas, výchova a terapie zaměstnanců, vhodné pracovní prostředí, personální vztahy na pracovištích, pracovní schůzky a porady
3	0	3	1	2,4	výchova zaměstnanců k bezpečnému jednání s pacienty, zejména při jednání s agresivním pacientem nutná přítomnost nejméně dvou osob a spolupráce zaměstnanců, přivolání pomoci při náhlé příhodě, např. policie, vyvěšení důležitých telefonních čísel na viditelném místě všech pracovišť
3	0	3	3	3,2	zvýšená opatrnost při práci
3	0	1	1	2	vysoká opatrnost při práci
3	0	1	1	2	kontrola před každým použitím, zákaz používání vadných a poškozených sterilizátorů, proškolení obsluhy, pravidelné kontroly a údržba
2	0	1	1	1,6	dodržování zákona č. 123/2000 Sb., dodržování řešení zdravotnických prostředků musí být v souladu se zásadami bezpečnosti a současnou úrovní vědy a techniky a aby byla na nejmenší možnou míru snížena jakákoliv rizika, ke každému zdravotnickému prostředku musí být připojen návod potřebný k provozu a dalšími informacemi k jeho bezpečnému používání (štítek, tabulka, etiketa), návody v českém jazyce, osoby, které s prostředky pracují musí být zaškoleny a prakticky zacvičeny, opravy mohou provádět jen určené osoby, dodržování pokynů výrobce, kontrola před každým použitím, zákaz používání vadných a poškozených zařízení, pravidelné kontroly a údržba, odstranění závady pouze servisním technikem, zákaz zasahování do zařízení nebo provádění oprav, úprav nebo výkonů v rozporu s návodem výrobce
2	0	1	1	1,6	soustavná kontrola pacientů, viditelně vyznačit zákazy vstupu a manipulace nepovolnými osobami

Příloha XI: Fixační a zajišťovací systém

FIXAČNÍ A ZAJIŠŤOVACÍ SYSTÉM

Fixační a zajišťovací systém distribuovaný naší společností patří ke špičkovým produktům ve svém oboru.



FIXAČNÍ SYSTÉM sestává z několika navzájem kombinovatelných prvků a je vyroben z velmi **pevného, nehořlavého** materiálu. Povrch lze snadno omýt nebo prát při teplotě do 90°C, účinný systém **polstrování** zamezuje otlakům na těle pacienta. Součástí každého prvku jsou magnetické zámky a klíče pro **bezpečné** uzamčení.



Podle typu pacienta lze volit **fixaci flexibilní**, umožňující nastavení rozsahu pohybu pacienta a **rychlou fixaci pevnou** s minimální dobou potřebnou pro fixaci.



ZAJIŠŤOVACÍ SYSTÉM pro imobilní a částečně imobilní pacienty je vhodnou pomůckou pro **udržení těla** pacienta v přirozené poloze na vozíku či židli. Kombinace suchých zipů a přazek **usnadňuje práci** se systémem a jeho aplikaci zvládne opravdu každý. Čistit jej lze praním při teplotě do 90°C.

BATIST®

výrobky pro zdravotnictví

BATIST s.r.o., Nerudova 744, 549 41 Červený Kostelec, tel.: 491 467 233, fax: 491 467 239, e-mail: info@batist.cz, www.batist.cz
Pro bližší informace kontaktujte našeho specialistu: Monika Jilková, tel.: 731 441 616, e-mail: monika.jilkova@batist.cz

FIXAČNÍ KOMPLET FLEXIBILNÍ

Kompletní fixační systém celého těla umožňující nastavení rozsahu pohybu pacienta.

Cena za komplet: 8988,- Kč

Složení:



» Fixace břišní - BCF 4100

Základní prvek fixačního systému pro připevnění těla k lůžku s nastavitelným rozsahem otáčení pacienta. Břišní fixace je připravena pro spojení s fixací hrudní a fixací zápěstí formou bezpečných úchytů.

vel. S, M, L, XL | 3864,- Kč

» Fixace hrudní flexibilní - BCF 4250

Zabraňuje vyvléknutí pacienta z fixace břišní a omezuje posazení pacienta. (Cena neobsahuje fixaci břišní.)

1407,- Kč



» Fixace zápěstí flexibilní - BCF 4200

Slouží k fixaci zápěstí pacienta s možností nastavení rozsahu pohybu horních končetin. Fixaci zápěstí flexibilní lze použít pouze v kombinaci s fixací břišní.

vel. S, M, L, XL | 1806,- Kč

» Fixace kotníků flexibilní - BCF 4300

Slouží k fixaci dolních končetin v oblasti kotníků s možností nastavení rozsahu jejich pohybu.

vel. S, M, L, XL | 2457,- Kč



» Fixační komplet v sedě - BCF 4030, BCF 4020

Používá se k upevnění pacienta k vozíku nebo židli fixací horní poloviny těla. Komplet zabraňuje vyvléčení se pacienta nahoru nebo dolů. Ruce a nohy zůstávají volné. Komplet se skládá z fixace břišní BCF 4020 a fixace hrudní BCF 4030.

vel. S, M, L, XL | 5523,- Kč



uvedené ceny jsou včetně DPH 5%

BATIST®

výrobky pro zdravotnictví

BATIST s.r.o., Nerudova 744, 549 41 Červený Kostelec, tel.: 491 467 233, fax: 491 467 239, e-mail: info@batist.cz, www.batist.cz
Pro bližší informace kontaktujte našeho specialistu: Monika Jílková, tel.: 731 441 616, e-mail: monika.jilkova@batist.cz

FIXAČNÍ KOMPLET PEVNÝ

Kompletní fixační systém celého těla pro těžko zvladatelné pacienty. Rychlofixační komponenty maximálně zefektivňují proces fixování a zkracují tuto dobu.

Cena za komplet: 16821,- Kč

Složení:



» Fixace břišní - BCF 4100

Základní prvek fixačního systému pro připevnění těla k lůžku s nastavitelným rozsahem otáčení pacienta. Břišní fixace je připravena pro spojení s fixací hrudní a fixací zápěstí formou bezpečných úchytů.

vel. S, M, L, XL | **3864,- Kč**

» Rychlofixace hrudní pevná - BCF 4110

Zabraňuje vyvléknutí pacienta z fixace břišní a zamezuje posazení pacienta. Prvek slouží k efektivní a rychlé fixaci horní části těla k lůžku.

vel. S, M, L, XL | **4977,- Kč**



» Rychlofixace zápěstí pevná - BCF 4120

Fixuje zápěstí pacienta bez možnosti pohybu rukou. Práce s rychlofixací zápěstí je velmi rychlá a lze ji použít samostatně bez vazby na fixaci břišní.

vel. S, M, L, XL | **3318,- Kč**

» Fixace stehenní - BCF 4140

Efektivní fixace nohou je důležitá pro prevenci zranění ošetřujícího personálu a stehenní fixace je její účinnou pomůckou. Omezuje pohyb dolních končetin u problémových pacientů a je vhodným doplňkem fixace kotníků.

vel. S, M, L, XL | **3171,- Kč**



» Rychlofixace kotníků pevná - BCF 4130

Pevně fixuje kotníky k lůžku bez možnosti jejich dalšího pohybu, doba aplikace je velmi krátká. Doporučujeme použít v kombinaci s fixací stehen u obtížně zvladatelných pacientů.

3318,- Kč

uvedené ceny jsou včetně DPH 5%

BATIST®

výrobky pro zdravotnictví

BATIST s.r.o., Nerudova 744, 549 41 Červený Kostelec, tel.: 491 467 233, fax: 491 467 239, e-mail: info@batist.cz, www.batist.cz
Pro bližší informace kontaktujte našeho specialistu: Monika Jílková, tel.: 731 441 616, e-mail: monika.jilkova@batist.cz

ZAJIŠŤOVACÍ KOMPLET

Udržuje pacienta v přirozené poloze na vozíku či židli.
Pohodlí a rychlost práce zajišťuje kombinace suchých
zipů a přezek, jednotlivé prvky kompletu jsou polstrovány
pro zachování komfortu pacienta.

vel. L, XL | 2310,- Kč



Zajišťovací břišní pás - BCC 5125

Napomáhá udržení stability těla pacienta při sezení. Jednoduchá aplikace pomocí suchého zipu je hračkou pro každého. Vhodný pro částečně imobilní pacienty.

vel. L, XL | 1155,- Kč

Zajišťovací pánevní pás - BCC 5175

Je vhodný pro částečně imobilní pacienty, kterým pomáhá v udržení přirozené polohy těla při sezení. Na rozdíl od břišního pásu zajišťuje tělo i proti sesunutí dolů. Jednoduchá aplikace pomocí suchých zipů.

vel. L, XL | 2079,- Kč



Zajišťovací pásky rukou - BCS 3150

Chrání neposedné pacienty, často děti, ale i dospělé proti nechtěnému pohybu rukou, např. při použití infuzní léčby. Komfortní polstrování pacienta nijak neobtěžuje, pásky se upevňují zavázáním.

615,- Kč/pár

uvedené ceny jsou včetně DPH 5%

BATIST®

výrobky pro zdravotnictví

BATIST s.r.o., Nerudova 744, 549 41 Červený Kostelec, tel.: 491 467 233, fax: 491 467 239, e-mail: info@batist.cz, www.batist.cz
Pro bližší informace kontaktujte našeho specialistu: Monika Jílková, tel.: 731 441 616, e-mail: monika.jilkova@batist.cz

Příloha XII: Používání omezovacích prostředků u pacientů v psychiatrických zařízeních České republiky. Věstník č.1/2005

1.

**POUŽÍVÁNÍ OMEZOVACÍCH PROSTŘEDKŮ U PACIENTŮ
V PSYCHIATRICKÝCH ZAŘÍZENÍCH ČESKÉ REPUBLIKY**

ZN.: 31829/2004/OZP

REF.: Jarmila Kohoutová, tel. 22497 linka 2227

Použití omezujících prostředků nutno považovat za krajní řešení v případech, kdy je to nezbytně nutné pro ochranu pacienta, ostatních pacientů, věcí v jeho okolí a personálu psychiatrických zařízení. Je k nim možno přistoupit až tehdy, byly-li ostatní možnosti vyčerpány. Je potřeba si definovat důvod, proč se pro omezení pacienta rozhodujeme. Důvodem nesmí být usnadnění péče či pouhý neklid pacienta. Je vždy třeba pátrat po příčinách problémového chování, po bolesti, nepohodlí, vedlejších účincích léčivých přípravků, stresu, špatnému vztahu mezi ošetřujícími a pacientem, po jiném onemocnění a podobně. Použití omezujících prostředků je odůvodnitelné pouze tehdy, když nelze nalézt odstranitelnou příčinu chování pacienta a v situacích, kdy je riziko z chování pacienta příliš vysoké. Přínos při užití omezovacích prostředků musí být vyšší než jejich riziko.

1. Omezovacími prostředky se rozumí pobyt na uzavřeném oddělení, umístění pacienta v ochranném (sítovém) lůžku, umístění pacienta v izolační místnosti, omezení pacienta v pohybu (ochranné pásy, kurty), užití ochranných prostředků (svěrací kazajky), připoutání k lůžku a jinému prostředku (kočárek, křeslo, nosítka), parenterální podání psychofarmak.
2. Omezovací prostředky lze použít výjimečně a pouze v případě, kdy pacient svým jednáním ohrožuje sebe anebo své okolí, nikoli z výchovné nebo korektivní indikace. U jednotlivých nemocných je nezbytné použít co nejmírnější a nevhodnější omezovací prostředek.
3. U pacientů přijatých se souhlasem je užití omezovacích prostředků důvodem pro zahájení postupu podle ustanovení §§ 23 a 24 zákona č.20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, t.j. hlášení soudu do 24 hodin, pokud pacient dodatečně nevyjádří svůj souhlas s omezením. U osob zbavených /omezených/ způsobilosti k právním úkonům vyjadřuje souhlas v přiměřené době opatrovník. U pacientů mladších 18ti let informuje ošetřující lékař dodatečně rodiče nebo zákonného zástupce o užití omezovacích prostředků a vyžádá si jejich souhlas.
4. O užití omezovacích prostředků rozhoduje zásadně lékař. Omezovací prostředky smějí užívat pouze zdravotničtí pracovníci. Zdravotničtí pracovníci, přicházející do kontaktu s omezovacími prostředky, se účastní pravidelných školení, včetně rozboru kritických a modelových situací.

5. Pacient omezený těmito prostředky musí být pravidelně kontrolován, musí být určeny intervaly kontrol, musí být zajištěno, aby se nezranil, aby nedocházelo k dehydrataci, podvýživě, podchlazení a k proleženinám a aby měl možnost osobní hygieny a toalety.

Omezovací prostředky smí být použity po dobu co nejkratší a při kontrolách nutno vždy znovu zhodnotit nezbytnost jejich použití a případně využít prostředků méně omezujících. Samo užití omezovacích prostředků není důvodem pro omezení návštěv pacienta.

6. Omezovací prostředky se mohou užívat při různých typech neklidu pacienta (afekto-genní, převážně psychogenní, u pedopsychiatrických pacientů při závažných poruchách chování, spojených s agresivitou vůči sobě nebo okolí), delirantní (psychotický, toxický), organický (stařecké poruchy, mentální retardace). O užití omezovacích prostředků rozhoduje lékař, který je povinen učinit zápis, který vždy obsahuje: kdo rozhodl o užití omezovacích prostředků, druh omezení, důvod použití omezovacího prostředku, dobu, kdy k omezení došlo, dobu ukončení omezení, frekvenci kontrol zdravotnickými pracovníky a lékařem, popis tělesného a duševního stavu, kontrolu funkcí, které je nutno sledovat. O každé změně projevů nemocného je zdravotnický pracovník povinen informovat lékaře. Zápis o použití omezovacích prostředků viduje dodatečně při vizitě vedoucí lékař.
7. Pacienti, u nichž se užijí omezovací prostředky, se umístí mimo přímý kontakt s ostatními pacienty, u kterých nejsou omezovací prostředky aplikovány.
8. Po zklidnění pacienta je nutné, aby s ním ošetřující lékař – pokud je pacient schopen chápat smysl a důvody omezení - projednal důvody a potřebu omezení, případně okolnosti, které mohou i v budoucnu předcházet užití anebo vést k mechanickému omezení.
9. O možnosti použití omezovacích prostředků jsou pacienti v zařízení vhodným způsobem informováni.
10. V souladu s těmito zásadami se doporučuje jednotlivým psychiatrickým lůžkovým zařízením vypracování vlastního vnitřního předpisu pro použití omezovacích prostředků podle vlastních podmínek.

Ing. Karel Radolf, v. r.
náměstek ministryně

Příloha XIII: Etický kodex sestry

Etický kodex pro zdravotní sestry

Mezinárodní etický kodex pro zdravotní sestry byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester (ICN) v roce 1953. Od té doby byl několikrát revidován a znovu schvalován, tato zatím poslední revize byla provedena v roce 2000.

Etická pravidla zdravotní péče

- Sestra je povinna převzít profesionální odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a za zlepšování zdravotního stavu nemocných právě tak, jako za tišení bolesti.
- Potřeba zdravotní péče je všeobecná. Se zdravotní a ošetrovatelskou péčí jsou nerozlučně spjaty: respekt k lidskému životu, důstojnost a lidská práva. Zdravotní péči je třeba poskytovat bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, věk, pohlaví, politické přesvědčení a sociální postavení.
- Zdravotní sestra poskytuje péči jednotlivci, rodině a společnosti a spolupracuje v tom i s reprezentanty jiných oborů.

Zdravotní sestra a spoluobčan

- Zdravotní sestra má v první řadě zodpovědnost za občany, kteří potřebují zdravotní péči. Při poskytování péče respektuje zdravotní sestra víru jednotlivce, jeho životní hodnoty a obyčeje a snaží se vytvořit podmínky respektující individualitu.
- Zdravotní sestra chrání informace o osobních poměrech pacienta, považuje je za důvěrné a svědomitě hodnotí, v jakém rozsahu a komu může tyto důvěrné informace předat.

Zdravotní sestra a péče v praxi

- Zdravotní sestra je osobně odpovědná za kvalitu poskytované péče a za obnovování svých odborných znalostí cestou neustálého vzdělávání.
- Zdravotní sestra se snaží udržovat pečovatelský standart na co nejvyšší úrovni, a to v každé situaci.
- Zdravotní sestra hodnotí jak svou kvalifikaci, tak i kvalifikaci jiných osob, když přejímá zodpovědnost za jistý úkol a když jej předává jiným osobám.
- Zdravotní sestra ve funkci jedná tak, aby její chování přispělo k dobré pověsti povolání.

Zdravotní sestra a společnost

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

Zdravotní sestra a spoluzaměstnanci

- Zdravotní sestra je zodpovědná za realizaci spolupráce s ostatními zdravotníky všech profesních kategorií.
- Zdravotní sestra podle nutnosti zasahuje tak, aby ochránila jednotlivce, jestliže péče o něj je ohrožena nevhodným chováním jiného zdravotníka nebo občana.

- **Zdravotní sestra a povolání**
- Zdravotní sestra je odpovědná za realizaci vysokého standardu zdravotní a ošetrovatelské péče a za odborné vzdělávání.
- Zdravotní sestra soustavně pracuje na definování a kultivaci vnitřního obsahu zdravotní a ošetrovatelské péče.
- Zdravotní sestra se zasazuje v rámci odborové organizace o stanovení přiměřeného platu a jeho vyplácení. Dbá též o vytváření důstojných pracovních podmínek umožňujících realizaci zdravotní a ošetrovatelské péče.

Kodex profesionálního chování

Kodex profesionálního chování vydaný Českou asociací sester je závazný pro všechny zdravotnické pracovníky, členy i nečleny ČAS registrované touto organizací.

Každý zdravotnický pracovník registrovaný v České asociaci sester vždy jedná tak, aby:

- hájil a podporoval zájmy jednotlivých pacientů a klientů
- sloužil zájmům společnosti
- jeho chování vzbuzovalo důvěru veřejnosti
- prezentoval a dále zlepšoval postavení a dobrou pověst své profese.

Jako registrovaný pracovník jste osobně odpovědný za svou práci a v duchu své profesní odpovědnosti musíte:

1. jednat vždy takovým způsobem, abyste podporoval a hájil zájmy pacientů a klientů a uspokojoval jejich potřeby;
2. dbát na to, aby vaše jednání nebo opomenutí ve sféře vaší odpovědnosti nepoškodilo zájmy pacientů a klientů, nezhoršilo jejich stav nebo neohrozilo jejich bezpečnost;
3. chovat se k pacientům, klientům a jejich rodinám otevřeně a spolupracovat s nimi, podporovat jejich autonomii a respektovat jejich zapojení do plánování a poskytování péče;
4. respektovat jedinečnost a důstojnost každého pacienta a klienta, povahu jeho zdravotních problémů a reagovat na jeho potřeby péče bez ohledu na jeho etnický původ, náboženské přesvědčení, osobní vlastnosti nebo další podobný faktor;
5. spolupracovat se zdravotnickými pracovníky i ostatními osobami, kteří se podílejí na poskytování péče, a respektovat jejich konkrétní přínos v týmové práci;
6. umět rozpoznat hranice svých znalostí a kompetencí a odmítnout všechny úkoly, které nejste schopni vykonat bezpečně a kvalifikovaně; 7

7. udržovat a zvyšovat své odborné znalosti a kompetence;
8. odpovědně osobě nebo příslušnému úřadu neprodleně oznámit veškeré problémy týkající se vašeho svědomí, které by mohly ovlivňovat výkon vaší profese;
9. vyhnout se zneužívání vašeho výsadního postavení ve vztahu k pacientům a klientům, k jejich majetku, bydlišti nebo pracovišti;
10. chránit všechny důvěrné informace týkající se pacientů a klientů, které získáte v průběhu výkonu svého povolání, a sdělovat je pouze:
 - na základě souhlasu pacienta, klienta,
 - na základě zproštění mlčenlivosti nadřízeným orgánem v tzv. důležitém státním zájmu,
 - oznamovací povinnost ukládá povinnost zdravotníka oznámit trestný čin, týrání svěřené osoby nebo vraždu;
11. oznámit odpovědně osobě nebo příslušnému úřadu veškeré okolnosti, vyplývající z fyzického, psychického a sociálního prostředí, v němž péče probíhá, které by mohly ohrozit úroveň péče o pacienty a klienty;
12. oznámit odpovědně osobě nebo příslušnému úřadu veškeré okolnosti, za nichž není možno poskytovat pacientům a klientům bezpečnou a odpovídající péči;
13. oznámit odpovědně osobě nebo příslušnému úřadu, domníváte-li se, že je v ohrožení zdraví a bezpečnost vašich kolegů, které mohou ohrozit úroveň jejich práce a péče;
14. v rámci vlastních znalostí, zkušeností a povinností pomáhat kolegům v profesi při rozvoji jejich odborných kompetencí a dalším spolupracovníkům z týmu poskytujícího péči i dobrovolníkům umožnit pracovat bezpečně tak, aby jejich činnost byla v souladu s jejich rolí
15. odmítat veškeré dary, privilegia a pohostinnost ze strany pacientů a klientů, o něž v současné době pečujete, které je možno považovat za pokus ovlivnit vás a získat vaši přednostní pozornost;

Česká asociace sester je odbornou profesní organizací, která vyžaduje od registrovaných členů i nečlenů, aby pracovali a chovali se podle norem uvedených v tomto kodexu.

Příloha XIV: Práva pacientů

- Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
- Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
- Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
- Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
- V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření s léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věcí důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na vyšetření přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
- Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby, jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
- Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
- Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
- Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
- Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
- Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád).
- Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen