

# Míra agresivity psychiatrických pacientů vůči personálu

Marcela Kvapilová

---

Bakalářská práce  
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2016/2017

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Marcela Kvapilová**

Osobní číslo: **H14566**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Míra agresivity psychiatrických pacientů vůči personálu**

Zásady pro vypracování:

**Zpracování rešerše a studium odborné literatury.**

**Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti psychiatrie.**

**Příprava metodiky kvantitativního šetření.**

**Realizace průzkumu u sester v Psychiatrické léčebně ve Šternberku technikou dotazníku.**

**Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.**

**Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.**



Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

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

BURDA, Patrik. Krizová komunikace s agresivním a hostilným pacientem. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství

a nelékařských zdravotnických oborů, 2014. ISBN 978-80-7013-564-8.

LÁTALOVÁ, Klára. Agresivita v psychiatrii. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013. Psyché. ISBN 978-80-247-4454-4.

LUŽNÝ, Jan. Gerontopsychiatrie. Vyd. 1. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-573-2.

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. Ošetrovatelství v psychiatrii. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. Sestra. ISBN 978-80-247-4236-6.

PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ. Psychiatrie v primární péči. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2798-4.

Vedoucí bakalářské práce:

**PhDr. Jarmila Verešová**

Ústav zdravotnických věd

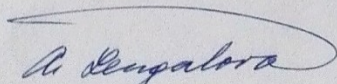
Datum zadání bakalářské práce:

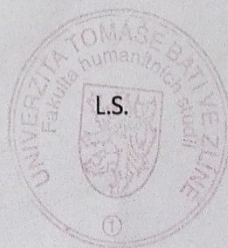
**9. prosince 2016**

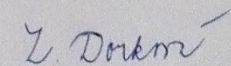
Termín odevzdání bakalářské práce:

**19. května 2017**

Ve Zlíně dne 9. prosince 2016

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



  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka ústavu



## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

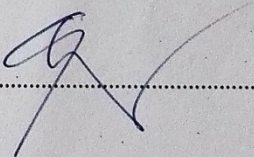
Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 10.2.2017



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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **ABSTRAKT**

Cílem bakalářské práce bylo nastínit problematiku agresivity psychiatrických pacientů vůči personálu ve zdravotnických zařízeních. Práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část vysvětluje pojmy jako je agrese, agresivita, hostilita, komunikace a přístupy k pacientům, omezování pacientů, ošetrovatelská péče, kdy vycházíme z doporučených zdrojů. Dále bakalářská práce dává určitý náhled na současný stav roztržičnosti názorů ve společnosti ohledně omezování pacientů proti jejich vůli a zamýšlí se nad tím, zda je takové jednání humánní či nehumánní. A pokud již k takým zásahům dojde, a to z jakéhokoliv důvodu, zda jsou respektována lidská práva jedince.

Praktická část obsahuje kvantitativní výzkum, který byl proveden pomocí dotazníkového šetření. Cílem bylo zjistit míru agresivity psychiatrických pacientů na daných dvanácti odděleních Psychiatrické léčebny Šternberk vůči všeobecným sestřám pracujícím v léčebně pět a více let.

Na základě těchto vyzkoumaných dat reflektují míru napadení agresivních psychiatrických pacientů vůči personálu v Psychiatrické léčebně Šternberk.

Klíčová slova:

agresivita, hostilita, komunikační postupy, omezovací prostředky, ošetrovatelská péče, psychofarmaka, verbální a brachiální agrese.

## **ABSTRACT**

The aim of the Bachelor's thesis was to examine aggression of psychiatric patients towards medical staff. The thesis is divided into two parts. With the help of the recommended sources, the theoretical part explains concepts such as aggression, hostility, communication and approach to patients, restraining patients and nursing care. Furthermore, the thesis provides insight into the current fragmentation of our society's opinions on the restraint of patients against their will and it also reflects on the humane and inhumane nature of such restraints. And when the restraints are used for some reason, the thesis attempts to find out whether individual human rights are responded.

The practical part consists of quantitative research which was conducted by means of a questionnaire survey. The aim was to determine the aggression of psychiatric patients hospitalized in the twelve wards of Psychiatric hospital in Šternberk towards the general nurses that have been working in the hospital for five or more years.

Based on researched data, I explore the extent of psychiatric patients' attacks on the staff in the Psychiatric hospital in Šternberk.

Keywords:

aggression, hostility, communication methods, restraints, nursing care, psychotropic medication, verbal and brachial aggression.

## Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí své bakalářské práce PhDr. Jarmile Verešové za její cenné rady a připomínky, kterými přispěla k vypracování této bakalářské práce.

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



# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>11</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>12</b>
<b>1 HISTORIE PSYCHIATRIE .....</b>	<b>13</b>
1.1 ZNEUŽÍVÁNÍ PSYCHIATRIE.....	13
<b>2 AGRESE.....</b>	<b>15</b>
2.1 VYMEZENÍ POJMŮ SOUVISEJÍCÍCH S AGRESÍ.....	15
2.2 PŘÍČINY VZNIKU NEKLIDU A AGRESE.....	16
2.3 PROJEVY AGRESIVNÍHO CHOVÁNÍ PACIENTA .....	17
2.3.1 Faktory zvyšující napětí pacienta.....	18
2.3.2 Varovné signály .....	18
2.4 FÁZE NAPADENÍ, FORMY A STUPNĚ AGRESE.....	19
2.5 KOMUNIKACE A PŘÍSTUP K AGRESIVNÍM PACIENTŮM.....	20
2.5.1 Verbálně a fyzicky agresivní pacient .....	20
2.5.2 Zdroje konfliktů mezi personálem a pacientem .....	21
2.5.3 Obecné zásady jednání s agitovaným pacientem .....	21
2.5.4 Vhodné a nevhodné komunikační postupy .....	22
<b>3 OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY A ZVLÁDÁNÍ AGRESIVITY .....</b>	<b>23</b>
3.1 FYZICKÁ INTERVENCE .....	23
3.2 MECHANICKÁ INTERVENCE .....	24
3.3 CHEMICKÁ INTERVENCE.....	24
<b>4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ NA PSYCHIATRICKÝCH ODDĚLENÍCH.....</b>	<b>25</b>
4.1 KOMPETENCE A VZDĚLÁVÁNÍ SESTER NA PSYCHIATRII .....	25
4.2 OBECNÉ ZÁSADY PŘI PŘÍJMU, PŘEKLADU A PROPUŠTĚNÍ PACIENTA .....	26
4.3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE PŘEDCHÁZEJÍCÍ OMEZENÍ PACIENTA .....	28
4.4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V OMEZENÍ PACIENTA .....	29
4.5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA PO UKONČENÍ OMEZENÍ.....	30
<b>5 CHARAKTERISTIKA PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNY VE ŠTERNBERKU .....</b>	<b>31</b>
5.1 HISTORIE LÉČEBNY, VÝVOJ A JEJÍ SOUČASNOST .....	31
5.2 CHARAKTERISTIKA ODDĚLENÍ.....	36
5.2.1 Psychotická uzavřená oddělení .....	37
5.2.2 Psychosomatická a psychoterapeutická oddělení.....	37
5.2.3 Gerontopsychiatrická oddělení.....	38
5.2.4 Interní psychiatrické oddělení následné péče.....	38
5.3 PRÁVA PSYCHIATRICKÝCH PACIENTŮ.....	38
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>39</b>

<b>6</b>	<b>METODIKA PRÁCE.....</b>	<b>40</b>
6.1	HLAVNÍ CÍL PRÁCE .....	40
6.2	CÍLE PRÁCE .....	40
6.3	HYPOTÉZY PRÁCE.....	40
6.4	METODY VÝZKUMU.....	40
6.5	CHARAKTERISTIKA SOUBORU NEBOLI VÝZKUMNÉHO VZORKU .....	40
6.6	ORGANIZACE VÝZKUMU .....	41
6.7	ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ .....	41
6.8	ANALÝZA DAT.....	42
<b>7</b>	<b>OVĚŘOVÁNÍ OČEKÁVANÝCH VÝSLEDKŮ.....</b>	<b>60</b>
7.1	NÁVRH NA ŘEŠENÍ NEDOSTATKŮ.....	62
<b>8</b>	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>63</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>64</b>
	INTERNETOVÉ ZDROJE .....	65
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>67</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>69</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>70</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>71</b>

## ÚVOD

Slibujeme pod vlivem nadějí a konáme pod vlivem strachu

Motto: François de la Rochefoucauld

Tématem bakalářské práce je otázka dnes více než aktuální, tou je fenomén agresivního chování. Název agresivita je bohužel stále skloňovaným pojmem, a to převážně v médiích, kde nezdědka bývají podané informace přibarvené, lživé. Tato práce je zaměřená zejména na problematiku agresivního chování psychiatrických pacientů vůči personálu na dvanácti vybraných odděleních Psychiatrické léčebny ve Šternberku. Ve společnosti, ale i mezi zdravotnickými pracovníky jiných klinických oborů je na možnost agresivity ze strany pacientů nahlíženo jako na fakt, který k psychiatrii neodmyslitelně patří a patří, společnost setrvává v domněnku, že zdravotnický personál psychiatrických zařízení s agresí pacientů počítá, je proškolen, finančně zvýhodněn a umí jí plně čelit. Ve své bakalářské práci se snažím nastínit, jak úzce se všeobecné sestry v psychiatrických léčebnách či (nemocnicích) dostávají do přímého kontaktu s agresivními pacienty. I pro tyto samotné pacienty, kteří bývají často frustrováni danou situací, nechtěnou hospitalizací a nepochopením vlastního prožívání okolím, současně ocitají-li se v psychické či fyzické nepohodě, je tato situace velmi stresující a do jisté míry může být jejich agresivní chování i určitou obdobou „volání o pomoc“. Zejména všeobecné sestry jsou ty první, které čelí přímo těmto akutním stavům, a záleží tudíž na jejich zkušenostech, promptních reakcích a zejména také na organizaci při řešení situací spojených s verbální a fyzickou agresí ze strany pacienta. Taková práce bývá pro všeobecnou sestru psychicky náročná, stresující, kdy pod vlivem strachu či nevhodně zvoleném postupu lze dojít k závažnému pochybení, poranění některého ze zúčastněných.



## I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 HISTORIE PSYCHIATRIE

Duševní nemoci provázejí lidstvo od nepaměti a lze říci, že jsou součástí historie lidského rodu. Nevyhýbaly se (a nevyhýbají) inteligentním, bohatým, mocným, ale i nemajetným, také prostým. Vysvětlení jejich původu a příčin, přístup k jejich nositelům, taktéž k jejich léčbě stály v historii na zcela nepatřičných a tristně mylných základech. Duševně nemocní lidé bývali v minulosti nezdědka bití a týráni, izolováni, vězněni, dokonce i krutě zabíjeni. Mnohé „léčebné metody“ nepřinášely úlevu, byla to spíše muka a utrpení – vzpomeňme kupříkladu „očištění“ upalováním na hranici, novodobé vyvolávání kómat pomocí aplikace inzulinů, nebo za zmínku stojí i „ozdravné“ dlouhodobé koupele v ledové vodě. Není bez zajímavosti, že oproti evropskému přístupu k duševně nemocným v minulosti jednoznačně vynikaly přístupy arabského světa – kde již v 7. století zde byl postaven útulek pro duševně choré. Sám arabský lékař Ibn Sina (známý jako Avicena) se mimo jiné věnoval také léčbě duševně nemocným (Orel, 2016, s. 20).

### 1.1 Zneužívání psychiatrie

Dvacáté století přineslo kromě rychlého vývoje psychiatrie také zkušenosti se zneužíváním oboru. Nejvýrazněji probíhaly v době období nacismu. V rámci tzv. Programu eutanazie k masivnímu zabíjení duševně nemocných. Roku 1933 byl přijat připravovaný zákon o opatření proti dědičným chorobám. Zákon umožňoval sterilizaci duševně chorých žen, a přerušování těhotenství až do pátého měsíce. Zákon byl přijat pozitivně a byl dokonce kladně vítán i psychiatry. V této době neexistovalo žádné efektivní léčení nemocí duše, proto byla potřeba alespoň profylaxe. Rovněž v zahraničí se tento nový zákon s kritikou nesetkával. Odpovídal totiž odborným názorům tehdejších lékařů. Zákon postihoval jak slabomyslné nemocné, tak i choré s maniodepresivitou a schizofrenií. V roce 1935 se lékař Gerhard Wagner obrátil na Adolfa Hitlera s požadavkem usmrcování duševně nemocných. Nacisté s tímto „postupem“ počkali, než plně vypukne válka, protože se báli odezvy církve a veřejnosti (Petr a kol., 2014, s. 31).

Celá akce tedy byla naplánována a provedena skrytě veřejností, aniž by byla v Německu legální. Nejprve začala ve vězení v Brandemburgu, a to v lednu 1940, dále pokračovala v pěti psychiatrických ústavech do srpna roku 1941. Za tuto zmíněnou dobu bylo usmrceno nejdříve výfukovými plyny a později i kyslíčnickem uhelnatým 70236 duševně nemocných (David, 2011).

Organizátoři této akce se později stali vyhledávanými odborníky na fyzickou likvidaci v koncentračních táborech. U těchto duševně nemocných se argumentovalo tím, že jde jen o bezcenné životy, ale hlavní cíl byl racionální, ekonomický (David, 2011).

Ve skutečnosti usmrcování trvalo až do konce války. Pracovníci psychiatrických zařízení vyplňovali speciální dotazníky o všech svých pacientech. Dotazníky pak byly následně vyhodnoceny vybranými znalci, kteří dále rozhodli o dalším osudu duševně nemocných. Některé psychiatrické ústavy byly náhle změněny na tzv. ústavy likvidační. Personálu bylo vysvětleno, že program eutanazie vyhovuje potřebám říše, a ten se tímto nedobrovolně stal součástí likvidačního procesu. Namísto ošetřování připravovali duševně nemocné ke smrti. Existovaly směrnice, jak smrt nemocných oznamovat rodinám. Uváděly se nepravdivé údaje o příčinách smrti, většinou byla důvodem tělesná nemoc. Postupně se, však tyto zprávy o podivných úmrtích duševně chorých, dostaly do médií a protesty právníků a církve vedly k zastavení této praxe (Petr a kol., 2014, s. 31).

Jiným příkladem zneužívání psychiatrie byla represivní praxe sovětských psychiatrických zařízení. Tajná policie nutila psychiatry k represím politicky nepohodlných občanů, o čemž existují rozsáhlé důkazy. Podle Bašteckého (1999, s. 27) „*se potvrdilo, že řada disidentů byla prohlášena za šílené a umístěna do psychiatrických zařízení, kde byli „léčeni“, dokud neodvolali svoje nekonformní názory*“.

Také v bývalém Československu docházelo ojediněle k případům, které se daly považovat za zneužívání psychiatrie z politických důvodů. Při významných událostech, jako státní výročí, spartakiáda nebo návštěvy zahraničních státníků, byly ambulantním psychiatrům vydávány příkazy, aby umístili do psychiatrických léčeben disidenty (ti většinou neměli psychiatrickou diagnózu), kteří by mohli narušovat veřejný pořádek. Za takové narušování veřejného pořádku byly považovány protesty proti režimu a politickým pravidlům tehdejší doby. Prostřednictvím nedobrovolné hospitalizace byl omezen občan na svobodě, jež mohl ohrozit veřejný pořádek, nikoli ten, který jej skutečně ohrožoval, což lze interpretovat jako porušování právních zásad. Tehdejší ambulantní psychiatři však přistupovali k podobným nařízením velmi vlažně (Baudiš a kol., 2002, s. 102).

Na druhé straně mnozí stateční psychiatři naopak hospitalizovali disidenty, aby je tím uchránili před možnými policejními výslechy nebo stíháním. Případy zneužití psychiatrie úzce souvisejí s konkrétním společenským klimatem v těch zemích, kde k nim docházelo. Nepomohly však v diskuzi o otázkách ochrany práv duševně nemocných a míře autonomie psychiatrů při rozhodování o osudech svých pacientů (Petr a kol., 2014, s. 31).



## 2 AGRESE

Agrese je dle Konrada Lorence a dalších součástí poplachové reakce, tedy přípravy na boj nebo útěk při ohrožení. Na agresi možno v některých případech pohlížet jako na naučený mechanismus. K agresivitě lze vychovávat. Potomci agresivních rodičů bývají často také agresivní (Kalvach a kol., 2011, s. 294).

Agresivní chování člověka je přirozenou součástí jeho sociálního chování a je také zároveň součástí chování zaměřeného na uspokojování potřeb a při dosahování cílů. V roce 1921 popsali Moore a Gilliland jako měřítko agresivity kontakt očí. Oba vycházeli z obecně známého poznatku, že „*oči, které nevydrží pohled, jsou výrazem osobní slabosti či nepoctivosti a naopak*“ (Výrost a kol., 2008, s. 267).

### 2.1 Vymezení pojmů souvisejících s agresí

Agrese je druhem realizovaného chování s cílem ublížit nebo i uškodit živé bytosti, která se naopak snaží tomuto chování vyhnout. Termín je odvozen od ad-gradī, gradī znamená jíti proti. Do psychiatrie byl termín agrese zaveden Alfredem Adlerem a také Sigmundem Freudem na počátku dvacátého století. Agrese jako pojem se v tomto období dostává i do etologie a vytlačuje Darwinův „*boj za život*“. Agrese byla považována za instinkt, základní zdroj energie. V sociálních vědách je spíše jako úmysl škodit. Předpokládá se, že existují dva typy agrese, které mají různé neuronové substráty v mozku. Jednou z oblastí je area v laterálním hypotalamu, kde lze stimulací vyvolat reakce potravinové, silnější stimulací je útok na kořist. Druhou oblastí je ventrální část hypotalamu, kde taková stimulace vyvolává emoční typ agrese (Dušek a kol., 2015, s. 139).

Agresivita je sklon k útočnému jednání, které se transformuje do různých poloh. Jedná se o tendenci vykonávat agresivní čin, chovat se agresivně a záměrně ubližovat. Tento termín je odvozen z lat. *aggredi* – přistoupit, napadat, útočit (Vágnerová a kol., 2013, s. 136).

Neklidem označujeme stav zvýšené pohybové aktivity, která přechází od mírných forem, jako zvýšená gestikulace, přešlapování, podupávání až k výraznému celkovému neklidu, při kterém jedinec bezcílne pobíhá a aktivně zasahuje do okolí (Petr a kol., 2014, s. 171).

Agitovanost se podle Rabocha (2013, s. 117) označuje „*stav neúčelného neklidu, bezcíl-  
ných pohybů, jež se někdy mohou vystupňovat až do pohybové bouře*“

Definice Světové zdravotnické organizace WHO je „*záměrné použití nebo hrozba použití fyzické síly proti sobě samému, jiné osobě nebo skupině či společnosti osob, které působí nebo má vysokou pravděpodobnost způsobit zranění, smrt, psychické poškození, strádání nebo újmu*“ (Petr a kol., 2014, s. 171).

Hostilitou se rozumí obecné negativní nebo nepřátelské postoje jedince k jinému jedinci nebo k více lidem, ale nemusí se projevit násilím (Raboch a kol., 2012, s. 147).

Afekt je náhle, rychle začínající a často rychle odeznívající emoční reakce na různé zážitky (hněv, radost, úžas, děs, úzkost, stud, nadšení). Tyto reakce jsou doprovázeny zjevnými vegetativními reakcemi a mimickými projevy. Mohou vznikat i vlivem některých farmak (noradrenalin). Paticky vznikají při různých tělesných poruchách a při patických změnách nervového systému (Raboch a kol., 2012, s. 123).

Hněvem označujeme silnou emoční reakci, jejíž vystupňování vede často až k afektu zuřivosti. Tato emoce je vyvolána osobní urážkou, ponížením či osobní újmou jakéhokoliv druhu (např. zlý úmysl, schválnost). Hněv tedy není pouze aktuální stav, nýbrž i negativní postoj a zkušenost, která se člověka dotkla (Vymětal, 2013, s. 258).

## **2.2 Příčiny vzniku neklidu a agrese**

Příčinou vzniku neklidu a agrese bývají velmi často psychiatrická onemocnění, zejména se jedná o organické duševní poruchy, u kterých je objektivně prokázána příčina v mozku (např. úrazy atrofie, hypoxie, infekce, nádory, úrazy mozku a intoxikace). Primární příčina může být i v jiném orgánovém systému (např. hypoglykémie). Schizofrenie, potom také schizotypní a schizoafektivní poruchy jsou jedny z nejčastějších duševních poruch, které ničí sociální a emoční citění jedince, intelekt a osobnost. Absolutně ztrácí kontakt s realitou, je narušení vztahu k sobě samému a i k vnějšímu světu. U afektivních poruch se jedná o poruchy nálady. Tato nálada může být snížena nebo zvýšena, v těchto případech hovoříme o mánii nebo depresi. Může jít rovněž o kombinaci obou dvou nálad. Z dalších duševních poruch, které mohou vyvolat agresivní jednání, zmíníme neurotické poruchy, reakce na dlouhodobý stres, úzkostné poruchy, fobické stavy, posttraumatický stresový syndrom, poruchy osobnosti, sadomasochismus, sexuální agrese, mentální retardace, v neposlední řadě i davová panika. Psychoaktivní a návykové látky ovlivňují psychiku člověka a tím tedy mohou vyvolat agresivní jednání jedince, protože vytvářejí psychickou i fyzickou závislost (Marková a kol., 2006, s. 108).

Alkohol je nejvíce zneužívaná psychoaktivní látka u nás. Tato látka všeobecně navozuje veselí, ztrátu zábrán, agresivitu. Pod vlivem alkoholu je spáchána převážná část sebevražd. Drogy jsou omamné látky, ovlivňující psychiku člověka a způsobují psychickou i fyzickou závislost. Tyto omamné látky rozdělíme podle působení na organismus – zde zařadíme halucinogeny (LSD, extáze, lysohlávky), dále jsou to stimulační látky (Crack, amfetamin, kokain, pervitin), omamné, opiáty (heroin, opium, morfin). A podle rizik vzniku závislosti dělíme na měkké a tvrdé drogy. Měkké drogy (marihuana, hašiš, káva, čaj), tvrdé drogy (heroin, kokain, pervitin, extáze, LSD, morfin, toluen a je zde zmiňován i alkohol). Existuje řada somatických onemocnění, která mohou vyvolat agresí. Epilepsií rozumíme záchvatovitě, chronické, neurologické onemocnění vyvolané abnormálními výboji v mozkových buňkách (neuronech), projevující se různými typy křečí. Dalším somatickým onemocněním zmíníme degenerativní mozkové onemocnění Alzheimerovu chorobu. Patří sem také Parkinsonova choroba, neurodegenerativní onemocnění mozku, kdy se mění pacientův výraz obličeje do podoby masky, dochází k ztuhnutí, zpomalení pohybů, také výraznému klidovému třesu, tyto nemocní používají drobné zhuštěné až mikromanické písmo (Hales, Yudofsky a Gabbard, ©2011, s. 487).

Z dalších příčin je hypoxie mozku, při které dochází k nedostatečnému zásobení mozkové tkáně kyslíkem. Patří zde i hypoglykémie, která se vyznačuje sníženou hladinou cukru v krvi pod 3 mmol/L. (tato uvedená hodnota se může v různých literaturách lišit). Rabies (vzteklina, Lyssa), jedná se o výjimečné u nás nevyskytující se onemocnění, přenášené se slinami infikovaného zvířete při pokousání. Další možnou příčinu agresivního chování pacienta se může stát i špatný nebo nevhodný přístup ze strany zdravotnického personálu jako je arogance, ironické poznámky, nevyžádané, oblíbené familiární chování zdravotníka vůči pacientovi, také i celkový projev a vzezření zdravotníka. Zdrojem mohou být rovněž osobnostní rysy zdravotníka a přítomnost frustrace (Marková a kol., 2006, s. 109).

### **2.3 Projevy agresivního chování pacienta**

Ne každý pacient je schopen zvládnout problémovou situaci, zvláště když prožívá strach, úzkost, je nespokojený s průběhem léčení a celkovou hospitalizací, citlivě vnímá aktuálně sdělenou nepříznivou diagnózu, vnímá zklamání z prognózy, z omezených možností léčby, prožívá fyzickou či psychickou bolest. Tyto okolnosti, ale i mnohé další, mohou zapříčinit akutní nepříznivou reakci u nemocného a v některých případech vyústí až k jeho agresí (Vymětal, 2010, s. 171).



### 2.3.1 Faktory zvyšující napětí pacienta

Faktorem zvyšující napětí pacienta je často obtížná orientace ve zdravotnickém zařízení tak i na oddělení. Rovněž absence vhodného a srozumitelně označených budov, dveří, ambulancí, taktéž i neoznačení personálu vizitkou bývá častým faktorem. Předpokladem zvyšujícího se napětí jsou dlouhé čekací doby, jak na ošetření, na ulehnutí do lůžka nebo na výdej léků či stravy. Špatná organizace práce, hlučné prostředí, ale také i nedostatek informací, kdy se personál pacientovi nepředstaví a není vybaven již zmíněnou vizitkou, pacient neví co se bude dít, nebo je jen nedostatečně informován. Na pacienty negativně působí rutinní přístup personálu, jeho neprofesionální vystupování, nevhodné poznámky, ale i absence empatie, nervozita, stres a celkový nedostatek personálu. Zákaz telefonování a neumožnění kontaktu se svými blízkými vyvolává v pacientech pocity beznaděje, mají strach z nového prostředí, ze složení a množství spolupacientů na pokoji, z nedostatku soukromí a spánku. V neposlední řadě jde o neadekvátní, zkreslené představy o psychiatrii, které pacienti mohou čerpat z pověr, filmů či bulvárních deníků (Petr a kol., 2014, s. 172).

### 2.3.2 Varovné signály

Mezi varovné signály počínající agrese řadíme verbální projev, kdy pozorujeme mluvené slovo, které se stává stručnější, úsečnější, je výrazně hlasitější, obsahuje také výhrůžky, požadavky. U neverbálního projevu pozorujeme ztuhnutí těla agresora, zblednutí nebo zčervenání pokožky. Pacient hluboce oddechuje, zatíná zuby, rty jsou semknuté. Nápadná je gestikulace, může se projevit podupáváním nohou agresora, svíráním pěstí spolu s gesty připomínající údery. Pacient vstává a naklání se nad zdravotníka či spolupacienta, taktéž může neadekvátně vstupovat do jeho osobní zóny. Výhrůžný a upřený pohled agresora do očí protějšku danou situaci ještě umocňuje. To vše signalizuje varovné neverbální projevy (Peňáková, 2011, s. 16).

V rámci předcházení agresivnímu a hostilnímu chování je důležité stanovit potencionálně rizikového pacienta. Takové identifikování nesmí být ale zaměřeno na zevšeobecnění, paušalizaci nebo předsudky. Vlastní zkušenosti avšak poukazují na to, že se v zařízeních toto bohužel děje. Ze strany zdravotnického personálu dochází k odsouzení či přisouzení specifických vlastností na základě barvy pleti, sociálního postavení, národnosti a jiných rysů pacienta. Takové subjektivní a neprofesionální chování může být samotným zdrojem nedorozumění, které může vyústit k agresivním projevům (Burda, 2014, s. 24).

## 2.4 Fáze napadení, formy a stupně agrese

Nyní si podrobně popíšeme fáze napadení, formy a stupně agrese. První fázi označujeme jako spouštěcí. Ke spuštění agrese dochází za souhry několika faktorů. Jednak musí být aktér vyladěn k agresi, musí být přítomny spouštěcí faktory, jako je přítomnost stresorů, včetně nevhodného chování vůči pacientovi, špatná interpretace reality vlivem duševního onemocnění, vlivem alkoholových a nealkoholových závislostí, rovněž strach pacienta z bolestivého výkonu a ohrožení jeho zájmů. Druhá fáze je eskalace násilných projevů. Jsou to kroky, které vedou k násilnému projevu. Chování pacienta se stále více odchyluje od jeho chování obvyklého, nepřiměřeně se soustřeďuje na konkrétní problém. Ve strachu se někdy snažíme o ovládnutí situace, což může vyvolat pocity ohrožení pacienta a ten následně reaguje neadekvátní obranou. Třetí fázi je „krize“. Jedná se o střet s pacientem. Následky jsou fyzické, materiální a psychické. Pokud sestra musí řešit otevřenou agresi, dbá zejména na bezpečí pro pacienta, na bezpečí ostatních pacientů a i personál. Ochrana zařízení, ta je až na místě posledním. Čtvrtou fází je „uklidnění“, kdy pacientovo chování se navrácí do normy. V této fázi se již jeví agresor na venek jako klidný, zvýšená hladina adrenalinu v těle ale dosud přetrvává a následkem může být napadení. Poslední pátou fází je postkrizová deprese. U této fáze se pacient dostává pod svou základní hladinu běžného chování. Často se projevuje jeho vyčerpáním, pláčem, projevy lítosti nad svým chováním a jednáním. Formy agrese se projeví buď agresí přímou, kdy terčem bývají zdravotníci v nejužším kontaktu s nemocným, agrese se projeví ironizujícím hostilním chováním až po přímý útok. Transformovaná agrese je taková forma agrese, kdy pravidla a normy nemožní pacientovi projeviti přímo svůj názor, tudíž přenese tyto projevy zlosti a hněvu na věc či jinou osobu. (např. pacient je nespokojen s přístupem sestry a rozpoutá hádku se spolupacientem). Jinou formou je tzv. zadržování negativních projevů, kdy se u pacienta rozvíjí vnitřní konflikty a narůstá napětí. K odreagování dochází na zcela jiném místě, což může být pro okolí nepochopitelné. Jednou z dalších forem je instrumentální agresivita, kdy násilné projevy agresora slouží k dosažení cíle (Marková a kol., 2006, s. 109).

Mezi stupně agresivního chování zařadíme mimo jiné ideatorní agresi. Jedná se o agresi myšlenkovou, tedy pouze o představy, jak agresor někomu vynadá. Jiným stupněm může být agrese verbální (včetně gestikulací), kdy pacient sestře přímo nadává, nebo ji uráží. Agrese proti předmětům, jak napovídá, se projeví často kopáním do dveří nebo nějakou jinou formou ničení majetku. Agrese fyzická je zaměřena vůči lidem, zvířím a patří sem i též vyhrožování se zbraní v ruce (Ptáček a kol., 2011, s. 381).

Agresi lze dále rozdělit na autoagresi, což znamená násilí zaměřené na vlastní osobu, kdy projevem jsou sebevražedné pokusy a různé formy sebepoškozování. Druhým rozdělením je heteroagrese, která je zaměřená navenek (Petr a kol., 2014, s. 171).

Podle Petra (2014, s. 171) „*Cíle agrese mohou být různé, často je však snahou klienta někoho zastrašit, zmocnit se něčeho, něco pro sebe získat*“

## **2.5 Komunikace a přístup k agresivním pacientům**

Komunikovat znamená poskytovat určité zprávy, sdílet potřebné informace a vyměňovat si myšlenky, vyjadřovat se takovým způsobem, aby si v komunikaci vzájemně porozuměli. V ošetrovatelském procesu je komunikace výměnou informací týkajících se zdraví a péče mezi pacientem a sestrou, přičemž oba účastníci této vzájemné komunikace jsou zároveň vysílačem i přijímačem informací (Špatenková a kol., 2009, s. 9).

Jednání s agresivním pacientem klade nejvyšší nároky na naše profesionální schopnosti a patří mezi nejnáročnější výzvy, které před nás naše povolání staví (Ptáček a kol., 2011, s. 36).

### **2.5.1 Verbálně a fyzicky agresivní pacient**

Zvládnání neklidu, kontaktu s nespolupracujícím a agresivním pacientem je jedním z mnoha specifíků práce sestry na psychiatrii. Na oddělení se sestra setkává s celou řadou situací, které jsou komplikované. To, jakým způsobem je zvládne, záleží na jejích zkušenostech, teoretických základech a schopnostech zvolit vhodný přístup. Rozmanitost situací je totiž taková, že je nemožné podat jednoznačný návod k jejich řešení (Petr, © 2015 – SestraIN). Pacienta, který je svým chováním nebezpečný sobě nebo okolí, a jehož chování se nedaří zvládnout terapeutickým přístupem či medikací, je nutné fyzicky omezit. Pro zvládnutí takové situace je nezbytný dostatečný počet personálu. Jen tak může být omezení pacienta provedeno rozhodně, bez váhání a minimalizují se rizika poranění nemocného i personálu. Dojde-li při manipulaci k nějakému poranění, musí být vše podrobně zdokumentováno. Může se také ale stát, že se zdravotníci bojí pacienta z omezení uvolnit i poté, co se dá očekávat, že akutní neklid již byl zvládnut, důvodem bývá obava z další možné agrese ze strany pacienta. Takové omezení dává personálu jistý „pocit bezpečí“. Trvajícím omezením je ale pro pacienta subjektivně velmi negativně vnímáno a důvěra k personálu, načež i následující spolupráce mohou trpět. Proto by omezení pacienta nemělo sloužit jiným účelům, než je zvládnutí akutního neklidu (Petr a kol., 2014, s. 176).



### 2.5.2 Zdroje konfliktů mezi personálem a pacientem

Pro psychiatrii je typické, že výskyt agresivních projevů u duševně nemocných je častější, proto musí být personál dostatečně kvalifikovaný na to, aby je dokázal zvládnout. Mezi nejčastějšími zdroji konfliktů bývají dotazy pacienta na propuštění a vycházky, dále jeho nesouhlas s medikací, nedostává-li se mu dostatek informací nebo musí-li bez vysvětlení čekat. Zdrojem konfliktů jsou opakované odkazy pacienta na dodržování pravidel vnitřního řádu oddělení. Velice často vznikají konflikty při nedostatku cigaret, kávy, financí – jejich přidělech, se kterými pacient nesouhlasí. Rovněž jsou zdrojem neoblíbené ošetrovatelské intervence např. hygiena, personálem vyžadující aktivity. Nedostatek soukromí, neshody s jinými naléhavými pacienty na oddělení, tak i přímo na pokoji (Petr, © 2015 – SestraIN).

### 2.5.3 Obecné zásady jednání s agitovaným pacientem

Základem jednání a agitovaným pacientem z pohledu sestry je její profesionální přístup postavený na klidném, ale rozhodném jednání. Neklidný pacient se často nechá přesvědčit k navrženému postupu po rozvázném, trpělivém vysvětlení. Rovněž tak i u úzkostného pacienta, kterému je umožněno vyventilovat jeho vnitřní konflikty, se odreaguje a zklidní poměrně rychle, zachováme-li klid a empatii. U pacientů delirujících, těžce psychotických stavů, u kterých nelze navázat adekvátní kontakt volíme co nejrychlejší farmakologické zklidnění i za cenu aplikace léčiva proti vůli pacienta. Zásady při kontaktu s agresivním pacientem jsou velmi důležité. Důležitou zásadou je nikdy nezůstat sám s pacientem v uzavřené místnosti. Respektujeme nonverbální signály agitovaného pacienta (například ústup, otočení hlavy), respektujeme také osobní prostor. Pacienta vyzveme, aby se posadil, a posadíme se též. Z dosahu pacienta odstraníme nebezpečné předměty, neotáčíme se k němu zády, nepřibližujeme se k němu zezadu. Vždy dodržujeme bezpečnou vzdálenost – větší než je délka natažené paže, než úkop končetiny. Při komunikaci požíváme klidný hlas (intoxikovaný pacient vnímá převážně neverbální složky komunikace). Vyvarujeme se prudkým pohybům, nedotýkáme se pacienta, eventuálně požádáme o souhlas. Verbální sdělení by mělo být pacientovi podáno jednoznačně, jednoduchou a srozumitelnou formou s dobrou artikulací. S pacientem hovoříme o problému, nabídneme řešení, vnímáme obsah a formu jeho sdělení. Pacienta v mluvě nepřerušujeme, nevyvracíme přímo jeho poruchy myšlení a vnímání. Nekomentujeme pacientovy hodnotící soudy (větu „Všichni mě štve-te...“ nekomentujeme, ale snažíme se porozumět důvodům) (Raboch a kol., 2013, s. 158).

Při vystupňování neklidu ukončíme rozhovor s agresorem a udržujeme si únikovou cestu (přístup ke dveřím). Na místě je citlivá prezentace převahy (někdy stačí pouhá přítomnost dalšího personálu). Pacienta nenutíme k akutním zásadním rozhodnutím, poskytneme mu čas na rozmyšlení. Kontrolujeme vždy vlastní úzkost. Pokud pacientovo chování nabývá charakter trestné činnosti anebo s sebou nese značné riziko, odejdeme na bezpečné místo a snažíme se získat čas, popřípadě kontaktujeme policii. Při fyzickém zásahu, který je rychlý a šetrný, dodržujeme pravidlo: "pět členů personálu" (jeden na každou končetinu + jeden navíc pro možnou medikamentózní aplikaci) na jednoho agresivního pacienta (záleží také na fyzické zdatnosti zúčastněných). Je potřeba být obezřetný pro možné riziko infekce při poranění pacientem (Raboch a kol., 2012, s. 158).

#### **2.5.4 Vhodné a nevhodné komunikační postupy**

Mezi vhodné techniky a komunikační postupy patří aktivní naslouchání, snažíme se zjistit, oč pacientovi jde. Snažíme se navrhnout různá řešení, a to i v případě, že pacientovi nelze vyhovět, ale lze mu například nabídnout možnost vystavení potvrzení, nebo doporučení. Využíváme pozitivní verbální formulace o protějšku ke zklidnění situace („Znám vás, jste člověk, který v životě již hodně zkusil a vyřešil hodně problémů, věřím, že i k tomuto se dokážete postavit čelem, že to zvládnete“). Mezi nevhodné komunikační postupy ze strany zdravotníka jednoznačně patří protiútok. Nekopírujeme chování rozzlobeného pacienta, nezvyšujeme hlas, negestikujeme (tím bychom jen podpořili agitovaného pacienta, aby se choval agresivněji). Další nevhodná technika je „převedení“. Nesvádíme vinu na někoho jiného, na zákony apod. (pacient může nabýt pocitu, že uhýbáme před zodpovědností). Mezi zakázané postupy patří zesměšňování pacienta, ironie používaná v komunikaci. Je třeba se vyhnout slovním soubojům (jsou to takové, kdy bývá pacientovi dokazováno, kdo je zde „pánem“). Nenutíme ani pacienta v této napjaté situaci k přiznání, že neměl pravdu (Honzák, 2006, s. 403).

### 3 OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY A ZVLÁDÁNÍ AGRESIVITY

Omezovací prostředky v psychiatrii jsou definovány jako terapeutické, tak preventivní opatření, která omezují volný pohyb a jednání pacienta. Znamenají zásah do lidských práv a důstojnosti, nicméně v psychiatrii je někdy jejich použití nezbytné. Samotné používání omezovacích prostředků bývá laickou veřejností bez znalostí souvislostí kritizováno, což často negativně ovlivňuje pohled na celý obor psychiatrie. Omezovací prostředky mohou být použity pouze z terapeutických důvodů (nikoli jako edukace, nebo pro usnadnění péče) a jako krajní řešení ohrožující situaci při neklidu a agresivitě pacienta, také po vyčerpání všech nerestriktivních opatření. Důvodem fyzického omezení bývají nejčastěji závažné projevy psychomotorického neklidu agresora, který ohrožuje okolí, autoagresivní projevy s rizikem bezprostředního sebepoškození či suicidia, respektive stavy, které by s největší pravděpodobností do výše uvedených projevů vyústili (Dušek a kol., 2015, s. 564).

Omezující prostředky v gerontopsychiatrii při zvládnání akutních stavů neklidu a agrese jsou používány při aktuálním a přímém ohrožení zdraví či života pacientů samotných nebo jejich okolí, kdy cílem je šetrné, bezpečné a rychlé zklidnění pacienta (Lužný, 2012, s. 148).

#### 3.1 Fyzická intervence

Fyzické omezovací prostředky je možné použít jen u nemocných držených v zařízení bez jejich souhlasu. Použití omezovacího prostředku bez souhlasu pacienta, je-li dobrovolně hospitalizovaný, je nutné oznámit soudu, místně příslušnému sídlu zdravotnického zařízení, které zahájí řízení o přijetí do zdravotnického zařízení bez souhlasu nemocného. Mezi fyzická omezení zařadíme manuální fixaci, při které jde o držení pacienta ve stoje nebo na zemi personálem po dobu několika minut. Fixaci lze provést i použitím různých mechanických prostředků (upínací popruhy na lůžku – kurty). Je možné použít svěrací kazajku, k zamezení pohybu horních končetin. Mezi další fyzická omezení řadíme umístění pacienta v uzavřené izolační místnosti nebo v uzavřeném síťovém lůžku. Umístění v uzavřeném síťovém lůžku nejsou vhodná pro omezení agitovaných pacientů, ale jsou alternativou pro gerontopsychiatrické pacienty, u kterých by aplikace vyšší medikace či znehybnění jinými restriktivními metodami vedly k somatickým komplikacím. Za formu fyzického omezení nepovažujeme pobyt v síťovém lůžku a izolační místnosti, pokud tedy nejsou uzavřeny, připoutání končetiny při aplikaci infuze, fixace v křesle pro udržení stability, zábrany u lůžka (Dušek a kol., 2015, s. 556).

### 3.2 Mechanická intervence

K mechanickým intervencím u agresora řadíme krátkodobé znehybnění končetin v lůžku nebo v prostoru. Dále se za mechanické omezení považují břišní pásy s mechanickým zámkem či kurty (popruhy) s mechanickým upevněním, bezpečnostní pásy, vesty z pevné tkaniny, pásky, rukavice (palčáky), postranice (zvednuté po obou stranách). Zařadíme sem i zvláštní židle se zvedacími podnožkami zabraňující pacientovi vstát a omezující pád. Indikace k použití bývá psychomotorický neklid, agrese, autoagresivní projevy s rizikem sebepoškození a ohrožení okolí. Takové omezení nelze používat jen u pouhého neklidu pacienta. Proto je zde nutné, aby byl pacient správně vyšetřen a byla zjištěna daná příčina neklidu (Dušek a kol., 2015, s. 558).

### 3.3 Chemická intervence

Jedná se o podání farmaka, nejčastěji v podobě tablet a injekcí, kdy cílem je zvládnutí akutního neklidu, agresivního chování a zmírnění rizika sebepoškození. Zároveň se tím zkracuje i doba nutnosti fyzického omezení a tím i strádání pacienta. Farmakologickou léčbu agresivity můžeme rozdělit na akutní a dlouhodobou. Spektra léků pro obě fáze jsou podobná, liší se zvolenými formami farmak, razantností léčby a očekávanými výsledky. Na oddělení je možné stav průběžně monitorovat, upravovat dávky podávaných léků, kombinovat farmaka s mechanickým či fyzickým omezením (Látalová, 2013, s. 209).

Od farmakoterapie očekáváme rychlý nástup účinku a navození mírné sedace. Preferujeme podávání léků per os, při nespolupráci s agresivním pacientem se obecně neobejdeme bez parenterálního intramuskulárního podání psychofarmaka. Pro farmakoterapii neklidu jsou vhodné benzodiazepiny, klasická i atypická antipsychotika, antihistaminika. Upřednostnit bychom měli farmaka s rychlým nástupem účinku a krátkou dobou působení. U pacientů agresivních bývá výběr psychofarmak omezen na ta, jež jsou k dispozici i pro parenterální aplikaci. Farmaka volíme podle aktuální psychiatrické symptomatiky. U úzkostných stavů preferujeme pro pacienta benzodiazepiny, u agitované deprese nevolíme incizivní ani depresogenní antipsychotika, nejvhodnější je zde kombinace antipsychotik druhé generace a benzodiazepinů. Těžší volba nastává u neklidných pacientů s podezřením na intoxikaci, zde jsou kontraindikací de facto všechna psychofarmaka. Pokud nepostačí jen fyzické omezení, je lékem ke zvládnutí neklidu haloperidol, který působí méně sedativně než jiná psychofarmaka (Hosák a kol., 2015, s. 445).

## 4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ NA PSYCHIATRICKÝCH ODDĚLENÍCH

Práce sester pečující o duševně nemocné pacienty bývá částečně odlišná od práce sester pracujících na somatických odděleních. Základem práce sestry na psychiatrii je vytvoření pozitivního terapeutického vztahu s pacientem. Hodnotí úroveň uspokojování základních potřeb nemocného, vykonává běžné ošetrovatelské výkony, mimo to provádí i činnosti specializované v oblasti péče o duševní zdraví a resocializaci (Hosák a kol., 2015, s. 575).

### 4.1 Kompetence a vzdělávání sester na psychiatrii

Pojem kompetence (z latinského *competens*), který ve svém původním významu znamená „náležitý, příslušný, vhodný“. V běžné řeči jím bývá označována schopnost zvládat určité činnosti nebo funkce, poradit si s určitou situací. Kompetence sestry je tak možné vidět jednak jako odborné znalosti a dovednosti, získané absolvováním příslušného vzdělání a rozvíjené praxí, jednak jako oprávnění k výkonu určitých činností, vymezené právní normou (Petr a kol., 2014, s. 37).

Současná česká legislativa rozlišuje u nelékařských zdravotnických pracovníků odbornou způsobilost (např. všeobecná sestra, zdravotnický asistent) a specializovanou způsobilost (např. sestra pro péči v psychiatrii nebo sestra pro intenzivní péči), kterou je možné získat absolvováním specializačního vzdělávání. Tento typ vzdělávání vznikl v roce 1960, kdy bylo založeno Středisko pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, které bylo zaměřené systematicky na celoživotní vzdělávání zdravotníků. V současnosti je pod názvem Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů a zajišťuje specializační vzdělávání pro nelékařské obory. V letech 1997 - 2004 bylo možné získat tuto specializovanou způsobilost absolvováním oboru diplomovaná sestra pro psychiatrii na vyšších zdravotnických školách. Specializovaná způsobilost není podle legislativy pro práci sestry na psychiatrii podmínkou, ale vzhledem ke specifickým nátokům oboru takové vzdělání žádoucí je. Psychiatrická sekce ČAS provedla v roce 2013 šetření v 39 lůžkových psychiatrických zařízeních, se zaměřením na zmapování počtu „nelékařů“, jejich pracovní zařazení pracovní a také na počty sester se specializovanou způsobilostí. Bylo zjištěno, že z celkového počtu 3436 sester má specializovanou způsobilost v psychiatrii pouze 1003 sester, tedy 29 %. Důvodem je patrně nedostatečná motivace ke studiu (zaměstnavatelé specializaci nepožadují a finančně neocenoňují), i malá kapacita specializačního vzdělávání – ročně absolvuje studium asi 50 sester (Petr a kol., 2014, s. 37).



## 4.2 Obecné zásady při příjmu, překladu a propuštění pacienta

Pacienti s psychiatrickou poruchou mohou být nekritičtí ke svým příznakům a k povaze svého onemocnění. Mohou ohrožovat sebe nebo své okolí. Postrádají nezaujatý pohled na situaci. Léčení, případná hospitalizace pacientů jsou v jejich nejlepším zájmu. Potřebují se vyhnout takovým situacím, ve kterých jejich psychopatologií ovlivněné chování poškodí je samé nebo jejich blízké. Protože jsou nemocní, potřebu léčby nerozpoznají, hospitalizaci i léčbu odmítají. V psychiatrii jsou častěji než v jiných klinických oborech hospitalizováni a léčeni pacienti bez svého souhlasu. Toto vede často ke konfliktům a v jejich následku se psychiatrii přičítá ohrožení individuální důstojnosti a svobody. Takové situace upravuje zákon č. 372/2011 Sb. v § 38 (Hosák a kol., 2015, s. 583).

K hospitalizaci jsou pacienti přijímáni na základě doporučení ambulantních psychiatrů, praktických lékařů, doporučení jiného zdravotnického zařízení (nejčastěji jako následná péče), či na základě rozhodnutí soudu. Pacienti si na příjem přichází i sami bez doporučení. V tomto případě službu konající psychiatr rozhodne dle aktuálního stavu o hospitalizaci, nebo navrhne jiný postup. Za těchto okolností bývá nezřídka pacientova touha po účelové hospitalizaci, jako jsou sociální důvody, azylový pobyt, nebo únik před trestním stíháním, či hospitalizace má posloužit jako manipulace okolím. Drtivá většina všech příjmů bývá provedena v Psychiatrické léčebně Šternberk na centrálním příjmu, kde sloužící psychiatr zvolí pro přijímaného pacienta vhodné oddělení dle stanovené diagnózy a dle aktuálního stavu pacienta. Sestra i lékař se představí, provedou běžné přijímací formality a veškeré administrativní úkony získané z dokladů, parere, od samotného pacienta, ale i doprovodu. Sestra asistuje lékaři při vyšetření, zkontroluje fyziologické funkce pacienta, dle potřeby provede test na alkohol či drogy, odebere biologický materiál, aplikuje zklidňující léky. Zároveň se souhlasem pacienta prohledá jeho osobní věci pro případ přítomnosti ostrých předmětů, zbraní, léků, apod. Zbraň se zajistí na místě, ostatní předměty se předávají spolu s upozorněním a pacientem na příslušné oddělení. Pacient, pokud s hospitalizací souhlasí, podepíše formulář „Prohlášení o dobrovolném vstupu“ a je umístěn na stanovené oddělení. Zřídka se příjem, u neklidných a nespolupracujících pacientů, provádí přímo na uzavřeném oddělení v doprovodu ošetřovatelů nebo za podpory Policie. V případě indikace přijetí pacienta bez jeho souhlasu odešle lékař, nebo sociální pracovnice e-mailem Okresnímu soudu „Hlášení o nedobrovolné hospitalizaci“, který i následně vytiskne (Vnitřní směrnice S 5-010, 2017, Psychiatrická léčebna Šternberk).

Příjem na psychiatrické oddělení by měl v každém případě splňovat společenské normy, přijetí by mělo probíhat v co možná největším klidu. Pacientovi i jeho rodině poskytujeme dostatečné množství informací, je jim podáno vysvětlení nezbytné hospitalizace. Všichni zaměstnanci mají mít viditelné vizitky. Lékař daného oddělení, kde je pacient umístěn, provede příjem dle zvyklostí a standardu oddělení. Sestra sepíše veškeré svršky, osobní věci, cennosti, doklady. Označí a odebere holící potřeby, potřeby pro úpravu nehtů a vlasů, skleněné nádoby, pletací jehlice aj. Na uzavřených odděleních odebírá dále i opasky, šle, nabíječky a jiné napájecí kabele. Popřípadě dle stavu i na nezbytnou dobu i zapalovače, mobilní telefony. Sestra vyplní ošetřovatelskou anamnézu, formulář edukací určené pro jednotlivá oddělení, ošetřovatelské diagnózy v elektronickém systému HIPPO, provede ošetřovatelský screening, který zahrnuje vždy Barthelové test, základní nutriční screening a riziko pádu. Dále dle stavu pacienta riziko sebevražedného jednání, riziko agrese a riziko vzniku dekubitů. Rovněž vyplní škály dle specifikace oddělení: na oddělení pro závislosti – Alcohol Craving Visual Analogue Scale (vizuální analogová škála touhy po alkoholu), na psychotických odděleních – Self – Rating Anxiety Scale (Zungův dotazník úzkosti), u chronických pacient, léčených více jak 3 měsíce - Nurses Observation Scale for Inpatient Evaluation (ošetřovatelská stupnice pro hodnocení hospitalizovaných pacientů), u kuřáků Fagerströmův test nikotinové závislosti. Pacient je dle aktuálního stavu, sestrou seznámen s oddělením, domácím řádem. Na terapeutické komunitě je seznámen s ostatními pacienty a zdravotnickým týmem. Pacienti s vyšší mírou rizika (sebevražedné tendence, pozitivní virové onemocnění) a pacienti s ochrannou léčbou dostávají u příjmu červený náramek na horní, možno i dolní končetinu. Překlad pacienta z jednoho oddělení na oddělení jiné v rámci léčebny vždy schvaluje lékař nebo primář daného oddělení a lékař nebo primář následného oddělení. Indikací pro překlad je změna psychického nebo somatického stavu pacienta, nespolupráce pacienta, tlak na lůžko. Sestra podle svrškového listu zkontroluje veškeré osobní věci, cennosti a doklady pacienta. Vypisuje 1 x překladovou zprávu, předá elektronicky pacienta v HIPPO, a spolu s pacientem předává také veškerou dokumentaci. U překlada pacienta z léčebny do jiného zdravotnického zařízení jde o plánovaný překlad, který vždy schvaluje lékař nebo primář daného oddělení. Indikací pro takový překlad je plánovaná operace nebo výkon, přeložení pacienta do zařízení ve spádové oblasti, rovněž i možné přeložení pacienta do sociálního zařízení, k výkonu trestu (Vnitřní směrnice S 5-010, 2017, Psychiatrická léčebna Šternberk).

Akutní překlad indikuje službu konající lékař ve stavech, kdy pacient je ohrožen na životě. Převoz zajišťuje RZS. Sestra rovněž zkontroluje veškeré osobní věci, cennosti a doklady. Zhodnotí také ošetrovatelské diagnózy, vypíše 2 x ošetrovatelskou překladovou zprávu, (1 x zůstává v dokumentaci), spolu s lékařskou zprávou předává pacienta. Až při fyzickém odchodu pacienta z oddělení ukončí administrativně jeho pobyt. Při akutním překladu v časovém presu posíláme s pacientem pouze lékařskou a ošetrovatelskou zprávu, doklady, cennosti a zbytek věcí se odváží teprve po domluvě s následným zařízením ústavní sanitou. Propuštění pacienta bývá většinou plánované. Po kontrole a následném vydání veškerých osobních věcí, cenností a dokladů do rukou pacienta, nebo jeho doprovodu, přikládáme zkontrolování a vydání veškerých osobních věcí, cenností a dokladů 2 x malou zprávu pro obvodního a psychiatrického ambulantního lékaře. Vydáme léky na 3 dny, pacienta, nebo dle potřeby i jeho doprovod informujeme o správném užívání léků. Sestra vypíše závěrečnou zprávu, zhodnotí a uzavře ošetrovatelské diagnózy. Po fyzickém propuštění z oddělení administrativně propouští pacienta. Podrobné propouštěcí zprávy do ambulancí se posílají poštou. Při propuštění na reverz, ale i při předčasném, svévolném ukončení hospitalizace pacientem (nevrátí-li se z vycházky, propustky), pacient se téhož dne ve 23 hodin administrativně propouští a následně je písemně informován o vyzvednutí si osobních věcí. Při útěku, svévolném ukončení hospitalizace pacientem s ochrannou léčbou informuje lékař konající službu policii ČR a okresní soud (Vnitřní směrnice S 5-010, 2017, Psychiatrická léčebna Šternberk).

### **4.3 Ošetrovatelská péče předcházející omezení pacienta**

Omezení pacienta je krajní možné řešení. Musí mu vždy předcházet snaha personálu zvládnout neuspokojivý stav pacienta verbálně nebo farmakologicky. Vlastní omezení je prováděno vždy za přítomnosti odpovídajícího množství personálu (viz. kapitola 2.5.3), pokud možno bez přítomnosti ostatních pacientů, nebo návštěv. Pacientovi je vždy nejprve nabídnuta možnost nechat se omezit dobrovolně bez užití fyzického nátlaku. Je-li fyzický nátlak nutný, zákrok musí být veden plánovaně, rozhodně a profesionálně. Provedení řídí zkušený zdravotník. V průběhu omezování nesmí být použito bolestivých hmatů ani jiných nehumánních postupů. Důstojnost člověka musí být plně respektována (Petr, © 2015 – SestraIN).

Zdravotník či lékař vysvětlí pacientovi, pro něj srozumitelnou formou, důvody vedoucí k omezení, informují jej o dalším postupu, časovou perspektivou délky indikace omezení a dostupnosti zdravotnického personálu. Vlastní omezení je provedeno tak, aby byl jeho průběh pro pacienta co nejméně stresující a zatěžující. (vypodložené popruhy, vhodná omyvatelná matrace, vytvoření tepelného a světelného komfortu). Umožňuje-li to stav, jsou na počátku omezení v lůžku pacientovi časovaně kontrolovány fyziologické funkce (omezování pacienta může vést k výraznému stresu i fyzickému zatížení). Před umístěním pacienta do izolace je nezbytně nutné pacienta důkladně prohlédnout a odebrat mu všechny předměty, dle aktuálního stavu je požádán, aby se vyprázdnil (Petr, © 2015 – SestraIN).

#### **4.4 Ošetřovatelská péče v omezení pacienta**

Omezení pacienta v lůžku je krátkodobé omezení jeho pohybu v lůžku. K omezení bývá použito popruhů pro horní i dolní končetiny. Omezení pouze horních nebo pouze dolních končetin je nepřijatelné, je zde vysoké riziko poranění pacienta při snaze opustit lůžko. Omezení v lůžku nikdy nesmí sloužit jako trest. Indikacemi k takovému omezení bývají závažné projevy psychomotorického neklidu, které ohrožují samotného pacienta nebo jeho okolí, autoagresivní projevy s bezprostředním rizikem sebepoškození nebo suicidality. Dále stavy, které s vysokou pravděpodobností vyústí do výše uvedených projevů. Pacienta lze též omezit na jeho vlastní žádost (zda je přínosné pro pacienta – někdy mu pomáhá zvládat jednání, které souvisí například s nepříjemnými halucinacemi). Cílem omezení v lůžku je zabránit sebepoškození pacienta, zajistit bezpečnost pro ostatní pacienty, ale i zdravotnický personál, vytvořit podmínky pro zahájení terapeutického procesu, zabránit poškození majetku. Omezení pacienta v izolaci je znemožnění volného pohybu daného agresora po oddělení tím, že je uzavřen v samostatné místnosti k tomu určené. Indikacemi k omezení uvedeného typu jsou obtěžující a neřešitelné chování pacienta vůči ostatním pacientům a personálu na oddělení, dále neřešitelné chování nemocného výrazně snižující jeho lidskou důstojnost před přítomnými osobami, zároveň výrazné riziko ohrožení zdraví nemocného (nepřiměřený příjem tekutin, stravy, konzumace nepoživatelných předmětů), ale také projevy psychomotorického neklidu ohrožující okolí, nedodržování nezbytného léčebného režimu u infekčních a parazitárních onemocnění (Petr, © 2015 – SestraIN).

Vyhovění požadavku samotného pacienta, který žádá o dočasné odloučení od ostatních pacientů z důvodů vyplývajících z jeho psychické poruchy. Cílem je především zajistit bezpečnost pacienta, zajistit rovněž bezpečnost a klid pro ostatní pacienty, eventuálně i pro návštěvy a zdravotnický personál, zajištění dodržování léčebného režimu a také zabránění poškození majetku zdravotnického zařízení. Během fixace sestra průběžně sleduje stav pacienta, poskytuje mu komplexní ošetrovatelskou péči. V hodinových, nebo jinak daných intervalech je vhodné umožnit pacientovi změnit polohu, pokud to aktuální stav dovolí projít se, protáhnout končetiny, vykonat potřebu na WC. Je věnována i zvýšená prevence komplikací související s fixací. Nutné je sledovat intenzitu utažení popruhů a rovněž jejich vypodložení. Fixace není důvodem k omezení návštěv u nemocného. Návštěva je předem informována a poučena proč k opatření došlo (Petr, © 2015 – SestraIN).

#### **4.5 Ošetrovatelská péče u pacienta po ukončení omezení**

Po ukončení omezení je pacient i nadále nejméně po dobu 6 hodin zvýšeně sledován, jak po somatické stránce, tak po psychické, protože ukončením omezení může pacient zlostně reagovat na předchozí omezení. Ošetřující lékař s pacientem zpětně projednává důvody, které vedly k jeho omezení. Veškeré zápisy v dokumentaci musí být popisné a objektivní, každý zápis obsahuje datum, čas a podpis zdravotníka, který zápis provedl. Všeobecná sestra zdokumentuje stav pacienta předcházející omezení a důvody vedoucí k omezení, zaznamená čas počátku omezení (vyplní tiskopis dle standardu oddělení, vyplní nežádoucí událost), provádí kontroly pacienta v pravidelných intervalech (15–30 minut), dle rozhodnutí lékaře, sleduje a zhodnocuje aktuální stav pacienta, včetně důvodů k pokračování či ukončení omezení. Sestra provádí ošetrovatelské intervence – hygienu, příjem potravy a tekutin, dopomoc při vyprazdňování. Zaznamená čas ukončení omezení, včetně popsání aktuálního stavu pacienta a výsledků sledování po ukončení omezení. Zapisuje veškeré návštěvy u pacienta. Zdokumentovaná činnost má být stručná, věcná a srozumitelná, je potřebné zdokumentovat všechny okolnosti vztahující se k omezení, vše slouží i jako podklad pro řešení případných stížností. Z důvodu použití omezovacích prostředků mohou vzniknout možné komplikace. Zejména se jedná o poranění pacienta nebo členů personálu v průběhu omezení. Z dalších komplikací jsou to poruchy prokrvení končetin, poruchy inervace, trombózy, aspirace, pneumonie, odřeniny, dekubity nebo jiná poranění pacienta způsobené přílišným utažením, či nedostatečným vypodložením popruhů. Může dojít k prochlazení pacienta z nedostatečného tepelného komfortu (Petr, © 2015 – SestraIN).



## 5 CHARAKTERISTIKA PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNY VE ŠTERNBERKU

Léčebna ve Šternberku se skládá z lůžkové části, která čítá celkem osm primariátů, dále jsou součástí léčebny ambulance externích lékařů: psychiatrická, interní, chirurgická, ortopedická, kožní, otorinolaryngologická, neurologická a oční. Nedílnou součástí komplexu léčebny je klinická psychologie, ta je tvořena týmem třinácti psychologů pro individuální, skupinovou, rovněž i komunitní péči. Jednotlivým primariátům léčebny poskytují kliničtí psychologové psychodiagnostiku a psychoterapii. Dále se v areálu nachází rehabilitační oddělení a oddělení klinické biochemie. Kuchyň, ústavní prádelna ale i technický provoz zajišťují komfort jak pro pacienty, tak personál. Vedení léčebny a veškerá administrativa se nachází ihned při vjezdu do areálu. Pro věřící pacienty i personál byla zbudována kaple, zasvěcená sv. Janu z Boha, požehnána roku 2012 Mons. Janem Graubnerem (Čápková a kol., 2016, s. 3).

### 5.1 Historie léčebny, vývoj a její současnost

Psychiatrická léčebna Šternberk zahájila svůj provoz v roce 1892. Zemský výbor v Brně se zabýval již od roku 187 neutěšenou situací v psychiatrické péči na Moravě. V provozu byl prozatím jediný psychiatrický lůžkový ústav v Brně a kapacita tohoto ústavu byla pro 336 lůžek a už v prvních letech po založení překročila obsazenost lůžek na 390, později až na 400 nemocných. Nepomohla ani přístavba dalších dvou pavilónů. Tyto opakované stížnosti na přeplnění brněnského ústavu vedly nadřízené správní orgány k zásadnějšímu postoji. Zemský sněm na svém zasedání ze dne 14. 1. 1887 uložil zemskému výboru řešit situaci v psychiatrické péči na Moravě. Bylo navrženo „vyhledat a zakoupit vhodné místo pro zařízení druhého zemského blázince pro nejméně 450 ošetřovancův“. Značně tomuto rozhodnutí napomohla zpráva ředitele brněnského ústavu Dr. Josefa Scharfa a zemského stavebního rady Theodora Noska, uveřejněná dne 18. 5. 1887. Autoři byli ovlivněni názory psychiatrů Pinela a Conollyho a zdůraznili, že současný psychiatrický ústav nemá být jen detenčním zařízením, ale i nemocnicí, léčebným a pečovatelským místem. Rozhodlo se, že nový psychiatrický ústav musí být zřízen poblíž většího města. Dále se uvádělo, že musí být ve volné, osamělé poloze, postaven na pevné a suché půdě, v přívětivé krajině, která bude mít dobré spojení na stávající komunikace. Důležitým požadavkem bylo zdůrazněno zajištění dostatečného množství pitné i užitkové vody (Čápková a kol., 2016, s. 6).

Předběžně pro vyhledávání byla určena severovýchodní část Moravy. Postupně došlo k zamítnutím nabídek Rožnova pod Radhoštěm, Frenštátu, Přerova, Kojetína, Mohelnic, Drásova u Tišnova, Slavkova, Fulneku, Police, Hustopeče, Hranic a Velkého Meziříčí. Mírný svah zakončený hustými lesy, blízkost významné komunikace a snadná dostupnost nepřilíživě vzdáleného Olomouce, stejně jako čerstvý vzduch, dostatek vody a zeleně, to vše byly klady, které odpovídaly vypsáním požadavkům pro zakoupení příslušného pozemku u Šternberka v rozloze cca. 100 jiter, při ceně 500-700 zlatých za jito. Samotné město přispělo částkou 30 000 zlatých na koupi pozemku, rozpočty a stavební plány. 19. 9. 1888 rozhodl zemský výbor pro stavbu „druhého zemského blázince ve Šternberku“ Projektový záměr čítal s celkem 450 lůžky pro lepší stavy, observace pro klidné, pro poloklidné, dále i neklidné osoby, pro epileptiky, paralyticky, alkoholiky. V návrhu byly společné umývárny, čajové kuchyňky a hovorňy. Návrh ošetrovatelské péče byl na svou dobu pokrokový. Jeden ošetrovatel měl dohlížet nejvíce na 7-10 nemocných. Podlahy z tvrdých prken, na izolacích a odděleních pro nečisté měly být zřízeny asfaltové podlahy, místo mříží byly myšlenkou okna dvojitá, železná. Pancéřové sklo v oknech pro neklidné nemocné o síle 15 cm, dále také i systém horkovzdušného otápění. V projektu se dále počítalo se zavedením osvětlení elektrického, výstavbou zdi alespoň 3 metry vysokou kolem pavilónů pro neklidné stavy, správní komorou, kuchyní, prádelnou, kaplí, i výstavbou stodoly, stájí a chlévů, skleníky, úmrlčí komorou, obytnými budovami. Částka celého rozpočtu byla vyčíslena na 1 110 000 zlatých. Roku 1891 došlo k dokončení výstavby všech třinácti budov a 15. 1. 1892 mohlo být přijato na prvních 50 nemocných, přivezených vlakem za doprovodu ošetrovatelů z Brna. V průběhu roku bylo takto přeloženo kolem 370 pacientů. Brzy byl nově otevřený psychiatrický ústav plně obsazen dlouhodobě chronicky nemocnými. Ředitelem ústavu se stal dr. Konstantin Schubert, který předtím pracoval jako primář v psychiatrickém ústavu v Brně. Nemocné do ústavu přijímal ředitel a každý příjem schvaloval zemský výbor. Ve statutu doslovně stojí, že: „do ústavu nemohou být přijati nemocní trpící pouze padoucníci, pak blbci a kretiní“. Nemocní, kteří se uzdravili nebo nebyli nadále obecně nebezpeční a byly přitom nezhojitelní, byli propuštěni do domovské obce. I přes dosažené úspěchy tehdejší psychiatrické péče se ale postupně zvyšuje počet nemocných počet nemocných v ústavu a v roce 1895 stav činil 621 (Čápková a kol., 2016, s. 8-9).

Odměňování zaměstnanců, jak z tehdejších dokumentů vyplývá, byly platy nedostatečné, což vedlo k jednání o jejich úpravu. Lékař-psychiatr musel nejen léčit svěřené nemocné, ale současně ovlivňovat žádoucím způsobem jejich příbuzné, radit jim v řadě sociálních a právních problémů. Ještě horší podmínky měli ošetřovatelé. Narůstaly proto odchody ošetřovatelů, jejichž hlavním důvodem nebyla obtížná služba v ústavu, ale nízké platy. K tomu musel zaujmout stanovisko zemský výbor. V jeho zprávě stojí, že: „ošetřování choromyslných jest jaksi na vyšším stupni než nemocných ostatních. Ošetřovatel musí mít láskyplnou a trpělivou povahu, jakož i tichou dovednost, místo toho se ke službě hlásí jen ti, kteří v jiné službě obstáti nemohou, neb jinou službu nemohli dostat“. Z těchto důvodů bylo navrženo podstatné zvýšení platů v nově zřízeném ústavu ve Šternberku. Roční služné ředitele činil 2800 zlatých, primáři 1200 zlatých, sekundáři 400-600 zlatých. Zdravotní personál měl měsíční služné, ošetřovatelé ve výši 10-18 zlatých, ošetřovatelky pak 8-16 zlatých. Z dochovaných záznamů v chorobopisech z prvních let existence šternberského ústavu lze jen velmi obtížně rekonstruovat složení nemocných. V diagnostických závěrech byla vedena často paralytická demence. Vlastní léčba se zapisovala do zvláštních knih, nebyla vedena v chorobopisech. Jako lék byl nejčastěji předepisován Kalium bromatum cryst., například v červenci 1893 jej bylo spotřebováno celkem 8 kg. Používaly se také opiové a morfinové preparáty, kodein, hojně se používal chlorhydrát, ojedinělým nebyl ani předpis „spiritus vini cognac“. Z dochovaných materiálů o technickém zabezpečení ústavu se dovídáme, že celý ústav byl pojištěn na 728 660 zlatých. V inventáři ústavu bylo 5 koní, 15 krav, 30 prasat na porážku a 21 chovaných. Pěstovaly se hospodářské plodiny a veškeré vypěstované produkty tak byly určeny pro ústavní kuchyni. Pro dnešní dobu, o poněkud kuriózních potřebách přípravy pokrmů pro nemocné svědčí mimo jiné i tato fakta: jen za měsíc prosinec 1900 bylo spotřebováno 35 litrů červeného vína a 299 litrů vína bílého, dále 2202 porcí (1/3 l) šternberského piva z pivovaru, který shodou okolností patřil bratru ředitele ústavu. Postupné výstavby dalších budov, úpravy, modernizace pokračovaly. Byla nainstalována telefonní ústředna s 30-ti klapkami, dále signální aparát, který umožňoval kontrolu noční bdělosti ošetřovatelů ve službě. Každý musel ve stanovených intervalech stisknout zvláštní knoflík na oddělení a včasnost plnění této povinnosti se zaznamenávala na kruhovém diagramu (Čápková a kol., 2016, s. 10).

Psychiatrický šternberský ústav se nevyhnul ani nepříjemnostem a tragédiím. Psychiatrie byla tehdy stále obklopena řadou nepřesných hypotéz, které bujely při vhodné příležitosti. Bedlivá pozornost nadřízených orgánů byla věnována všem stížnostem. Každá záležitost se musela písemně předkládat zemskému výboru, který zajistil podrobné vyšetření. Větší část těchto stížností, mnohdy anonymních, upozorňovala na hrubé zacházení s nemocnými. Teprve na přelomu století jsou zavedeny služební předpisy pro ošetřovatele. Ti se v nich vyzývali k laskavému, soucitnému zacházení s nemocnými. Bylo zakázáno tykání, byly zakázané veškeré nadávky, zejména se nesmělo „spílat do bláznů, vzteklých potrhých“. Nemocným se nesmělo odporovat v bludných představách a na druhé straně se tyto bludné představy nesměly podporovat. Velmi přísně bylo zakázáno bití a udeření chorých. Roku 1904 musel zemský výbor opět řešit neúnosnou situaci v psychiatrické péči na Moravě. Oba psychiatrické ústavy, brněnský i šternberský byly přetíženy. Byl zbudován ústav v Kroměříži. Tak jako celá psychiatrická péče prodělávala šternberská léčebna různé fáze vývoje, mnohdy pro nemocné nepříliš příznivé. K první vážné krizi došlo za I. světové války, kdy byl v části objektů léčebny zřízen vojenský lazaret. Snížil se tím pádem počet zaměstnanců a zhoršila se tak psychiatrická péče o nemocné. Politické poměry v Evropě, především rozpínavost nacistického Německa našla odezvu u části tzv. sudetských Němců. Po záboru „Sudet“ uprchl téměř všechn český personál, počet čítal kolem 200 lidí, před německou okupací. Proběhla akce T4, přímo nařízená Adolfem Hitlerem, kdy nemocní byli postupně odesíláni v transportech s označením „In Altreich“ neznámo kam. Tyto transporty se uskutečnily ve dvou termínech, 17. 4. 1941 a 22. 4. 1941. Celkem bylo tehdy transportováno 137 mužů (nejmladší měl 16 let a nejstarší 81) a 104 žen (nejmladší měla 17 let a nejstarší 76). Jak dokazuje poválečné pátrání o osudu těchto duševně nemocných, byli zavražděni v plynových komorách. Současně byly zlikvidovány i jejich chorobopisy, údajně i další dokumenty. Zachoval se pouze jmenný seznam. Po zrušení ústavu byla v těchto objektech zřízena poddůstojnická škola tankových oddílů SS a vojenské kasárny. Tyto válečné roky tak vepsaly do historie léčebny ty nejtemnější stránky. Po osvobození Československa byl ústav obsazen Rudou armádou, která jej předala původnímu účelu v roce 1946. Od 4. března bylo zahájeno přijímání nemocných. Od 1. ledna 1949 přechází léčebna pod správu ministerstva zdravotnictví, dostává název „Státní léčebna pro choroby mozkové“ (Čápková a kol., 2016, s. 11).

Počet lůžek byl stanoven na 500, v zařízení bylo 5 lékařů, 85 zdravotnických pracovníků, 7 administrativních a na 50 technických a pomocných zaměstnanců. V témže roce bylo v komplexu otevřeno zařízení „léčebna pro alkoholiky a jiné náruživce“. V roce 1960 byla zřízena i protialkoholní záchytná stanice, která fungovala až do roku 2009. Psychiatrická léčebna byla roku 1965 začleněna do zařízení Fakultní nemocnice v Olomouci. Dochází ke zkvalitňování služeb, modernizování provozů. Jsou zajištěny gynekologické, neurologické služby, zubní ambulance a interní ordinariát. Rozšiřuje se také skupinová psychoterapie. Lůžková kapacita dosáhla 700 lůžek. Definitivně jsou odstraněny z areálu zděné ploty. Léčba depotními neuroleptiky se stala součástí terapeutického arsenálu v roce 1971. V sedmdesátých letech se rozvíjí vědeckovýzkumná činnost, zdejší léčebna se spolupracuje s Psychiatrickou klinikou v Olomouci, LF a s katedrou psychologie FF na výuce studentů. Byla navázána spolupráce se sovětskou firmou MEDEXPORT. Do centra pozornosti se postupně spolupráce se sovětskou firmou MEDEXPORT. Centrem pozornosti se postupně stává problematika gerontopsychiatrie, nemocní jsou soustředováni do specializovaného primariátu. Ve stejnou dobu bylo zřízeno pracoviště sexuologa se zaměřením převážně na problematiku sexuálních deviací. K zásadním změnám dochází v činnosti biochemické laboratoře, která rozšiřuje sortiment prováděných vyšetření na úzce specializované úkony, screening. Po sametové revoluci dochází k výrazné změně, od ledna 1991 se léčebna stává samostatnou příspěvkovou zdravotnickou organizací s právní subjektivitou v přímé řídicí působnosti Ministerstva zdravotnictví ČR. Do funkce ředitele léčebny byl jmenován MUDr. Vladimír Havlík. Nástupem nového vedení se postupně měnila léčebna v moderní zdravotnické zařízení s cílem výrazně zlepšit podmínky pro léčbu pacientů i pro práci zdravotnického personálu. Roku 1990 měla léčebna celkově 730 lůžek a na pokojích bylo až po 10-14 lůžek, proto zlepšení podmínek bylo na místě. Pacienti, v dobrém psychickém a somatickém stavu vypomáhali v rámci pracovní terapie v zahradnictví, prádelně, starali se o čistotu a zeleň areálu. Plně fungovala pro spolupracující pacienty dřevodílna, ateliér, šicí a keramická dílna. Prováděli rekonstrukce a modernizace budov, zbudování lékárny, kantýny, pracoviště RTG, archiv zdravotnické dokumentace. Zrekonstruování havarijního stavu kanalizace, plynové kotelny, jídelny, oprava všech komunikací, parkoviště, fasád na budovách (Čápková a kol., 2016, s. 12-13).



S platností od 1. července 2013 došlo k přejmenování některých psychiatrických léčeben na psychiatrické nemocnice. Název „léčebna“ působil pro řadu pacientů i širokou veřejnost negativně a přejmenování léčeben na nemocnice se považovalo za jeden z prvních kroků vedoucí k destigmatizaci psychiatrické péče. Psychiatrická léčebna ve Šternberku zůstává nadále s názvem psychiatrická léčebna. 1. 8. 2014 byla odvolána, po krátkém působení, ministrem zdravotnictví doc. MUDr. Leošem Hegerem, CSc., ředitelka MUDr. Dagmar Malotová, MBA a na její místo byla zvolena nynější ředitelka Psychiatrické léčebny MUDr. Hana Kučerová. Modernizace probíhala i v dalších letech. Vybudování kašny, Kaple Sv. Jana z Boha. Klinická pastorační péče je poskytována členům registrovaných církví a náboženských společenství, tak lidem bez vyznání. Rozšířily se aktivity určené pacientům, zbudování „smyslové stezky“, sportovní a taneční aktivity, celodenní výlety. Na počátku roku 2015 započal v Psychiatrické léčebně projekt pro rozšíření poskytování zdravotnické péče s názvem „START – KRS Komplexní rehabilitace k soběstačnosti“ v rámci programu CZ 11 „Iniciativa v oblasti veřejného zdraví“ financováno z Norských fondů. Cílem projektu je zvýšení komplexnosti a kvality poskytované péče o nemocné s vážným psychiatrickým onemocněním, a to rozšířením a zkvalitněním terapeutických činností v rámci dlouhodobé psychiatrické péče. Díky tomuto projektu se podařilo navázat partnerství s Oblastním Psychiatrickým centrem (OPC) Bærum z Norska. Výcvik trvá čtyři týdny a jeho součástí jsou nácviky aktivit související se získáváním praktických dovedností spojených s chodem domácnosti a nácvikem správné komunikace s úřady. Tyto nácviky jsou obohaceny canisterapií a hipoterapií (Čápková a kol., 2016, s. 17).

## 5.2 Charakteristika oddělení

Rozdílem v psychiatrickém oddělení, psychiatrické klinice a psychiatrickou léčebnou (nemocnicí) je nejen ve spektru a množství pacientů, které pojmají, ale také v délce možného pobytu. Na psychiatrických odděleních a klinikách trvá hospitalizace dle stavu řádově dny až měsíce, v psychiatrických léčebnách to bývají zpravidla měsíce až roky. Psychiatrická léčebna ve Šternberku se skládá z celkem osmi primariátů, ty jsou členěny do devatenácti lůžkových oddělení dle specifikace onemocnění. Oddělení jsou uzavřená, polouzavřená a otevřená. Rozdělení jsou podle pohlaví a věku, dvě jsou také koedukovaná (Orel a kol., 2012., s. 18).

### 5.2.1 Psychotická uzavřená oddělení

Největší obrat je podle předpokladu na odděleních pro zvládnání (převážně) akutních stavů celého spektra duševních nemocí. Mužský i ženský primariát (skládá se ze tří ženských oddělení a dvou mužských) je rozdělen podle míry zaléčenosti pacientů na uzavřená nebo polouzavřená oddělení. Tento model je však rámcový – možnost pohybu pacientů je řešena individuálně, na škále od přechodného zcela uzavřeného režimu, přes vycházky řešené doprovodem personálu, dále potom v doprovodu příbuzného, až po samostatné vycházky. Jsou zde léčeni pacienti pro akutní a chronické formy psychotických onemocnění, poruch nálady, poruch přizpůsobení, poruch osobnosti, případně i poruchy chování nebo jiné komplikace nasedající na mentální retardace, syndromy demence či poúrazové stavy. Jak na mužském, tak i na ženském oddělení bývá realizován i požadavek soudu na provedení ústavní formy ochranného léčení psychiatrického. Psychiatrické péče se opírá o moderní, účelnou a individuálně na klienta zacílenou psychofarmakoterapii. Vychází z aktuálních vědeckých poznatků v oboru psychiatrie a osvědčenou klinickou praxí. Léčba je prováděna moderními psychofarmaky s minimem nežádoucích účinků. V pravidelném harmonogramu jsou skupinové i individuální pohovory s psychologem. Součástí léčebného programu je také pracovní terapie v centrálních dílnách, podle zdravotního stavu i rehabilitační terapie. Délka pobytu je individuální, od krátkodobé po dlouhodobou péči o pacienty s chronickým charakterem onemocnění. Na ženském oddělení se nachází jedna specializovaná místnost pro elektrokonvulzivní terapii, Kapacita oddělení žen je 78, na oddělení mužů rovněž 78. Polovina z psychotických uzavřených oddělení je bezbariérová (Čápková a kol., 2016, s. 22).

### 5.2.2 Psychosomatická a psychoterapeutická oddělení

Psychoterapeutické oddělení je zaměřené na léčbu úzkostných a úzkostně-depresivních poruch a reakcí na stresové události. Léčebný program je orientovaný na sebezpoznání, podporu vnitřních sil a rezerv pacientů, na pěstování vhodné komunikace, na navazování, zlepšování a utužování vztahů s druhými lidmi, ale i na zdravý životní styl, dietní návyky. Doprovodnými aktivitami jsou arteterapie, léčba pohybem, jóga a rehabilitační procedury. Ty jsou poskytovány pacientům přímo na oddělení, nebo na pavilonu léčebny. Oddělení jsou koedukovaná s volným režimem. K dispozici je 38 lůžek, oddělení mají bezbariérový přístup, k dispozici je výtah, plošina pro imobilní pacienty (Čápková a kol., 2016, s. 24).

### 5.2.3 Gerontopsychiatrická oddělení

Obecně gerontopsychiatrická oddělení poskytují komplexní péči pro nemocné starší 65 let s různými psychiatrickými diagnózami, zejména s demencemi, ale také se schizofrenií, bipolární afektivní poruchou, depresí a mentálních retardací. Tato oddělení čítají největší počet lůžek v léčebně. Veškeré volnočasové aktivity pro pacienty jsou prováděny v režii sester na oddělení. Ženské gerontopsychiatrické oddělení zohledňuje kondici pacientek, chodící pacientky jsou umísťovány do přízemí, s návazností na zahradu. Pacientkám je poskytována psychiatrická, psychologická a somatická péče, podle potřeby i rehabilitační péče. Oddělení má k dispozici 79 lůžek, budova i jednotlivá oddělení mají bezbariérový přístup. Mužské gerontopsychiatrické oddělení poskytuje péči stejně jako na ženském oddělení. Toto oddělení má k dispozici 65 mužských míst s bezbariérovým přístupem. Koedukované gerontopsychiatrické oddělení je určeno pacientům s převahou somatických obtíží, psychiatrické problémy jsou zastoupeny v menší míře. Oddělení má k dispozici 33 lůžek, přístup je bezbariérový (Čápková a kol., 2016, s. 25).

### 5.2.4 Interní psychiatrické oddělení následné péče

Oddělení pro pacienty se zhoršenou somaticko – interní problematikou, které nelze umístit na standardní interní, psychiatrické a rehabilitační oddělení. Pacienti jsou zde přijímáni jak z ostatních oddělení v rámci léčebny, tak i z ostatních spádových zdravotnických zařízení. S oddělením spolupracuje psycholog, rehabilitační pracovník, dietolog, nutriční specialista. Kapacita tohoto oddělení je 30 lůžek a samozřejmě je bezbariérový přístup (Čápková a kol., 2016, s. 25).

## 5.3 Práva psychiatrických pacientů

Práva každého člověka jsou komponovaná do Listiny základních práv a svobod (2/1993 Sb.). Obecně práva duševně nemocných jsou specifikována v Deklaraci práv lidí s duševní poruchou (příloha P II), která byla usnesena Valným shromážděním OSN dne 20. prosince 1971 (Praško a kol., 2011, s. 339).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## **6 METODIKA PRÁCE**

### **6.1 Hlavní cíl práce**

Cílem praktické části je zjištění do jaké míry se projevuje agresivita pacientů na vybraných odděleních Psychiatrické léčebny ve Šternberku.

### **6.2 Cíle práce**

Byly stanoveny 4 dílčí cíle bakalářské práce.

1. Zjistit nejčastější způsob agrese na daných odděleních.
2. Zjistit, na jakém podkladě je agrese nejčastěji vyvolána.
3. Zjistit, do jaké míry jsou všeobecné sestry schopny čelit fyzickému napadení agresivním pacientům.
4. Zjistit, zda je dostatečně zajištěna bezpečnost všeobecných sester na daných odděleních.

### **6.3 Hypotézy práce**

H1. Předpokládáme, že převažuje verbální agrese nad agresí brachiální.

H2. Předpokládáme, že agrese u pacientů bude nejčastěji vyvolána nesouhlasem s léčbou a ordinovanou medikací.

H3. Předpokládá se, že všeobecné sestry na daných odděleních zvládnou čelit agresivním projevům pacienta.

H4: Předpokládáme, že bezpečnost všeobecných sester je dostatečně zajištěna.

### **6.4 Metody výzkumu**

Výzkumná data jsem získala pomocí dotazníkového šetření. Tento daný dotazník vlastní konstrukce obsahoval celkem 16 položek, uzavřené dichotomické otázky, ale i výběrové otázky, kde je možno vybírat z více možností. Dotazníkové šetření je objektivní, efektivní zjištění validních dat, rovněž je toto šetření i méně časově náročné na zpracování.

### **6.5 Charakteristika souboru neboli výzkumného vzorku**

Dotazníkové šetření probíhalo na konci měsíce března a první poloviny měsíce dubna roku 2017 a zúčastnili se ho pouze všeobecné sestry (ženy a muži) z 12 - ti vybraných oddělení (psychotická uzavřená, psychosomatické a psychoterapeutické, dále gerontopsychiatrická,

interní psychiatrické oddělení následné péče) Psychiatrické léčebny ve Šternberku. Tato oddělení byla vybrána záměrně, vzhledem ke specifickým diagnózám hospitalizovaných pacientů. Podmínkou bylo, aby respondenti pracovali na uvedených odděleních 5 a více let. Celkem bylo osloveno 80 respondentů. Dotazníky byly respondentům předloženy osobně, návratnost tudíž byla 100 %. Délka vyplnění dotazníku byla cca. 10 minut.

## **6.6 Organizace výzkumu**

Úvodem byl zpracován pilotní dotazník, který byl předložen a zhodnocen u 5 respondentů. Po následné konzultaci s vedoucí práce byla provedena úprava některých otázek, dotazník byl uveden do finální podoby, poté předkládán respondentům.

## **6.7 Způsob zpracování výsledků**

K návaznosti na další zpracování byly informace uvedené v dotazníku použity tak, aby validně splnily předem stanovené cíle. Získané údaje byly dosazeny a použity v programu Microsoft Excel a MS Word k vytvoření uceleného výsledku, daného cíle a hypotézy.



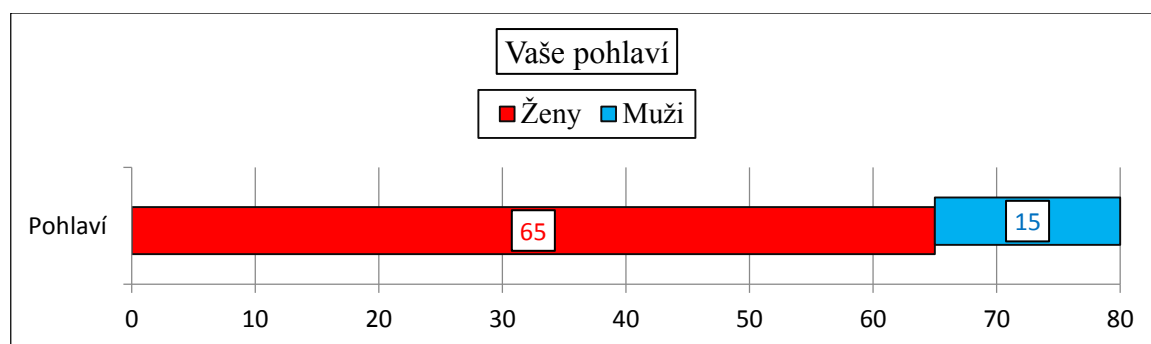
## 6.8 Analýza dat

### Otázka č. 1 – Vaše pohlaví.

Tabulka 1

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ženy	65	<b>81 %</b>
Muži	15	<b>19 %</b>
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

Graf 1



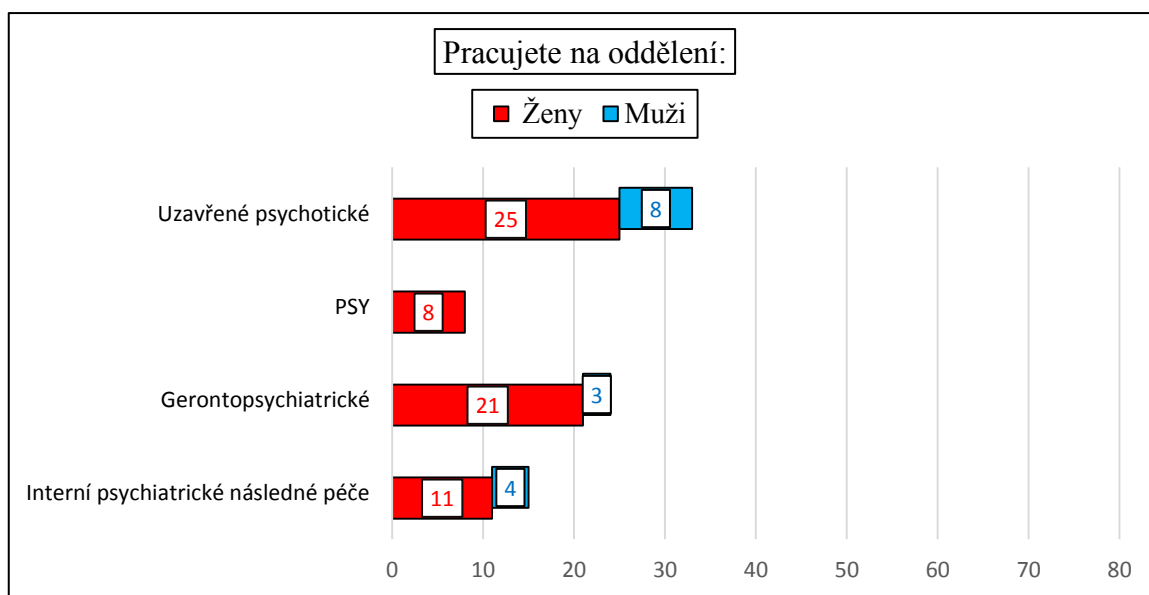
Dotazník zodpovědělo všech 80 dotazovaných, 65 žen (81 %) a 15 mužů (19 %).

### Otázka č. 2 – Pracujete na oddělení:

Tabulka 2

Možnosti	Absolutní četnost		Relativní četnost		Celkem %
	Ženy	Muži	Ženy	Muži	
Pohlaví					<b>Ženy i muži</b>
Psychotické odd. (uzavřené)	25	8	38 %	53 %	<b>41 %</b>
Psychosomatické a psychoterapeutické odd. PSY	8	-	12 %	-	<b>10 %</b>
Gerontopsychiatrické odd.	21	3	32 %	20 %	<b>30 %</b>
Interní psychiatrické odd. následné péče	11	4	18 %	27 %	<b>19 %</b>
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>15</b>	100 %	100 %	<b>100 %</b>

Graf 2



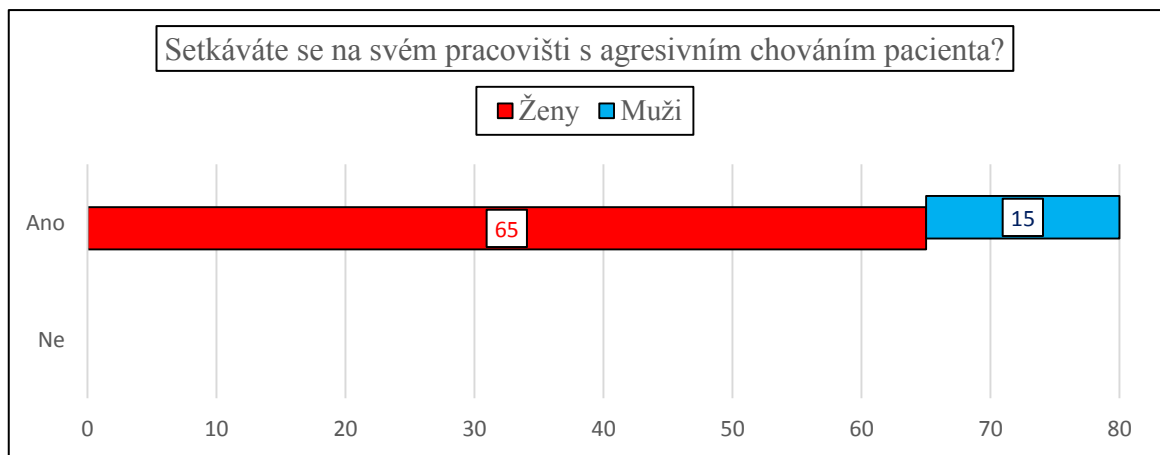
Na uzavřených psychotických odděleních pracuje 33 respondentů, 25 žen a 8 mužů (41 %). Na otevřeném psychosomatickém a psychotherapeutickém oddělení (PSY) pracuje 8 dotazovaných žen a žádný muž (10 %). Na oddělení gerontopsychiatrie pracuje z celkového počtu 24 respondentů 21 žen a 3 muži (30 %). Na interně psychiatrickém oddělení pracuje 15 dotazovaných, 11 žen a 4 muži (19 %).

### Otázka č. 3 – Setkáváte se na svém pracovišti s agresivním chováním pacienta?

Tabulka 3

Možnosti	Absolutní četnost		Relativní četnost		Celkem %
	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy i muži
Ano	65	15	100 %	100 %	<b>100 %</b>
Ne	-	-	-	-	-
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>15</b>	100 %	100 %	<b>100 %</b>

Graf 3



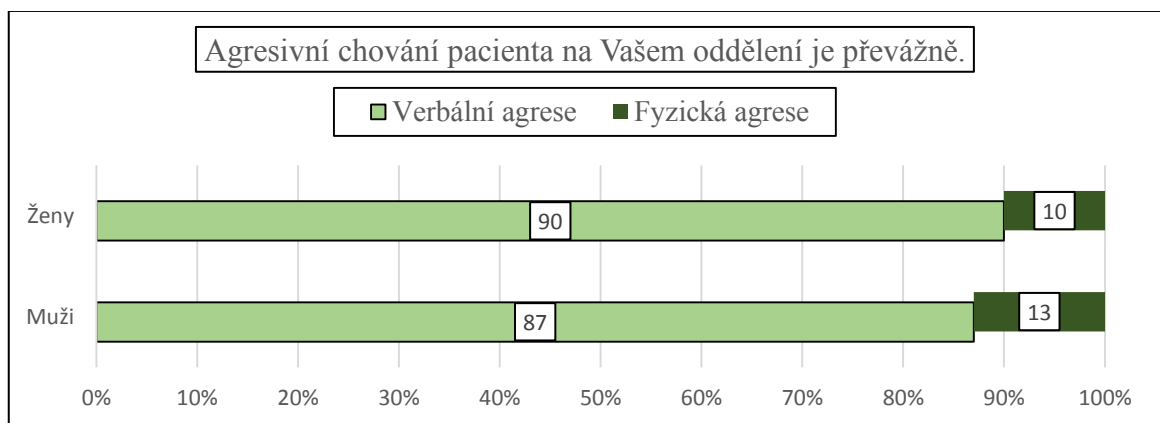
Všech 80 dotazovaných respondentů odpovědělo na otázku kladně.

**Otázka č. 4 – Agresivní chování pacienta na Vašem oddělení je převážně:**

Tabulka 4

Možnosti	Pohlaví	
	Ženy	Muži
Verbální agrese	90 %	87 %
Fyzická agrese	10 %	13 %
Celkem	100 %	100 %

Graf 4



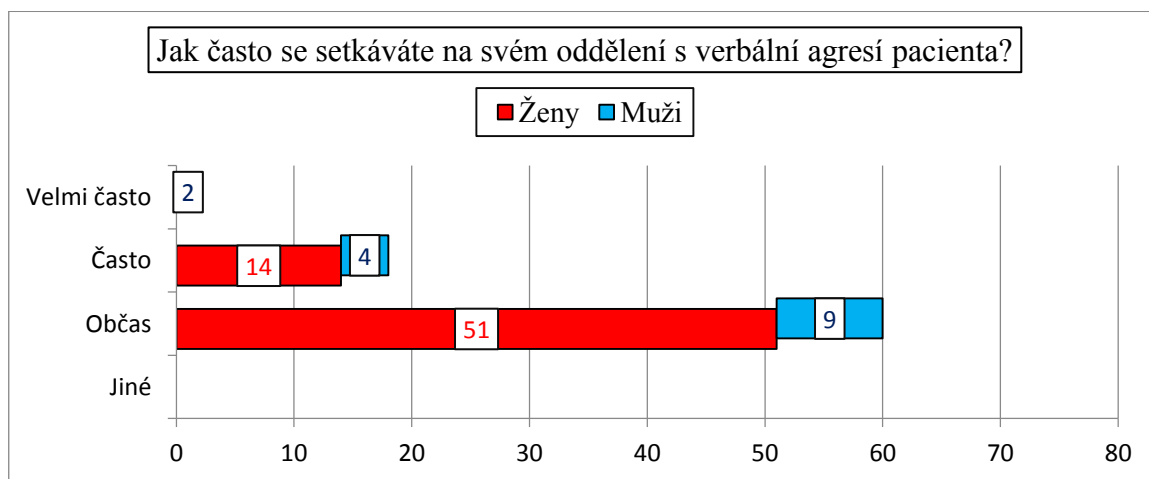
Otázka verbální agrese, jako převážný typ, z celkového počtu 80 ti respondentů (65 žen, 15 mužů) byla vyhodnocena u žen na 90 % u mužů na 87 %. Hodnotilo 28 žen 90 %, 19 žen uvedlo 80 %, 18 žen 100 %. U mužů v celkovém počtu 15 respondentů jich 11 uvedlo 90 ti % kontakt s verbální agresí a 4 uvedli 80 %. Fyzická agrese u dotazovaných byla 10 % u ženské populace a ve 13 ti % se s fyzickou agresí na oddělení setkávají muži. Na tento typ agrese zareagovalo celkem 62 respondentů (47 žen, 15 mužů). Z 28 žen ji vyhodnotilo 10 ti %, 19 žen 20 ti %. Zbýlých 18 respondentek se na oddělení s fyzickou agresí nesetkává. Jedná se o všechny ženy na otevřeném oddělení PSY, dalších 10 respondentek pracuje mimo uzavřená psychotická oddělení. V celkovém počtu 15 ti dotazovaných mužů jich 11 uvedlo 10 ti % fyzický kontakt s agresorem, zbytek mužů uvedl 20 %.

#### Otázka č. 5 – Jak často se setkáváte na svém oddělení s verbální agresí pacienta:

Tabulka 5

Možnosti	Absolutní četnost		Relativní četnost		Celkem %
	Ženy	Muži	Ženy	Muži	
Pohlaví					<b>Ženy i muži</b>
Velmi často	-	2	-	13 %	<b>3 %</b>
Často	14	4	22 %	27 %	<b>22 %</b>
Občas	51	9	78 %	60 %	<b>75 %</b>
Jiné	-	-	-	-	-
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>15</b>	100 %	100 %	<b>100 %</b>

Graf 5



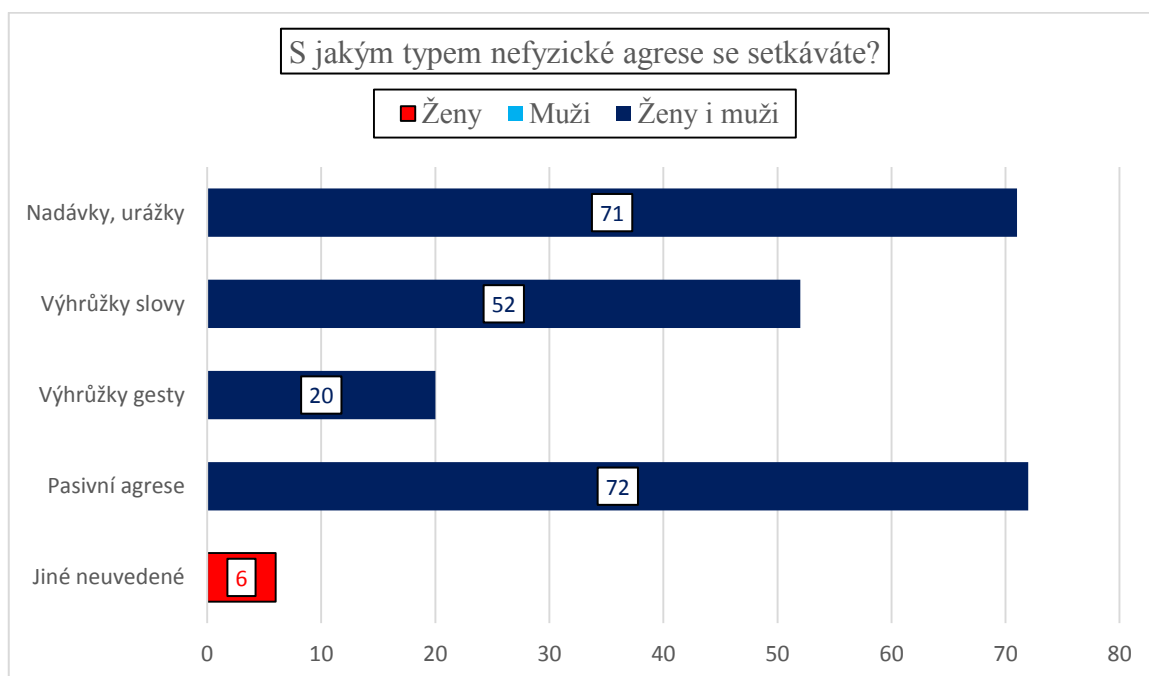
Častost verbální agrese byla převážnou většinou respondentů, a to na 75 % (51 žen, 9 mužů) označena v kolonce „občas“. Z 18 ti respondentů, tedy 22 % (14 žen, 4 muži) udalo „často“ a 2 muži (3 %) uvedli „velmi často“.

### Otázka č. 6 – S jakým typem nefyzické agrese se setkáváte?

Tabulka 6

Možnosti	Absolutní četnost		Relativní četnost
	Ženy	Muži	Celkem
Nadávky, urážky	56 z 65 tj. 86 %	15 z 15 tj. 100 %	71 z 80 tj. <b>89 %</b>
Výhrůžky slovy	40 z 65 tj. 62 %	12 z 15 tj. 80 %	52 z 80 tj. <b>65 %</b>
Výhrůžky gesty	15 z 65 tj. 23 %	5 z 15 tj. 33 %	20 z 80 tj. <b>25 %</b>
Pasivní agrese	57 z 65 tj. 88 %	15 z 15 tj. 100 %	72 z 80 tj. <b>90 %</b>
Jiné neuvedené	6 z 65 tj. 9 %	-	6 z 80 tj. <b>8 %</b>

Graf 6



Nejčastější nefyzickou agresi se ukázala agrese pasivního typu, kdy pacient přestává spolupracovat, ignoruje požadavky. Téměř se shodným výsledkem skončila agrese formou nadávek, urážek od pacientů směřovaných na stranu personálu. Na pasivitu odpovědělo 72

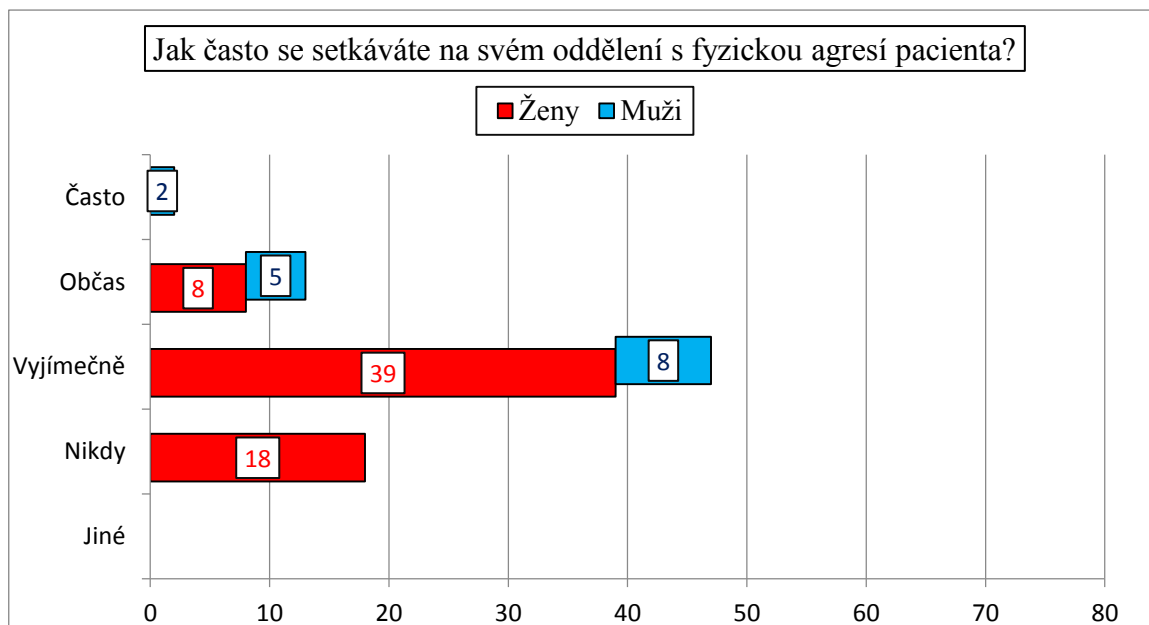
respondentů (57 žen, 15 mužů), 12 z nich hodnotilo 60 %, 11 uvedlo na 80 %. (Ostatní hodnoty: shodně 9 x 40 % a 90 %, 8 x 70 %, 7 x 30 %, 5 x 100 %, shodně 4 x 20 % a 50 %, 3 x 10 %). Nadávky a urážky ze strany pacienta hodnotilo 71 respondentů (56 žen, 15 mužů). Nejčastější hodnota byla ve 21 ti případech z 10 %, 20 respondentů uvedlo 20 %. (Ostatní hodnoty: 9 x 50 %, 8 x 40 %, 7 x 40 %, 3 x 70 %, shodně 1 x 60 %, 80 %, 100 %). Výhrůžky slovy hodnotilo 52 respondentů (40 žen, 12 mužů). Nejčastěji zvolená hodnota byla ve 22 případech 20 %, v 15 ti případech 10 %. (Ostatní hodnoty: 8 x 30 %, shodně 3 x 40 % a 50 %, 1 x 70%). S nefyzickou agresí formou výhrůžek v podobě gest se setkala 20 respondentů (15 žen, 5 mužů). Nejčastěji byla uvedena hodnota 10 % u 10 ti dotazovaných, 7 respondentů uvedlo hodnotu 20 %. (Ostatní hodnoty: 2 x 30 %, 1 x 40 %). Kolonku „jiné“ označilo 6 žen, 4 ženy zaznačily 20 % a 2 ženy 10 %. V těchto případech, jak uvedly, se jednalo o pohyby, smích v podobě sexuálních narážek.

#### Otázka č. 7 – Jak často se setkáváte na svém oddělení s fyzickou agresí pacienta?

Tabulka 7

Možnosti	Absolutní četnost		Relativní četnost		Celkem %
	Ženy	Muži	Ženy	Muži	
Pohlaví					<b>Ženy i muži</b>
Často	-	2	-	13 %	<b>3 %</b>
Občas	8	5	12 %	33 %	<b>16 %</b>
Výjimečně	39	8	60 %	54 %	<b>58 %</b>
Nikdy	18	-	28 %	-	<b>23 %</b>
Jiné	-	-	-	-	-
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>15</b>	100 %	100 %	<b>100 %</b>

Graf 7



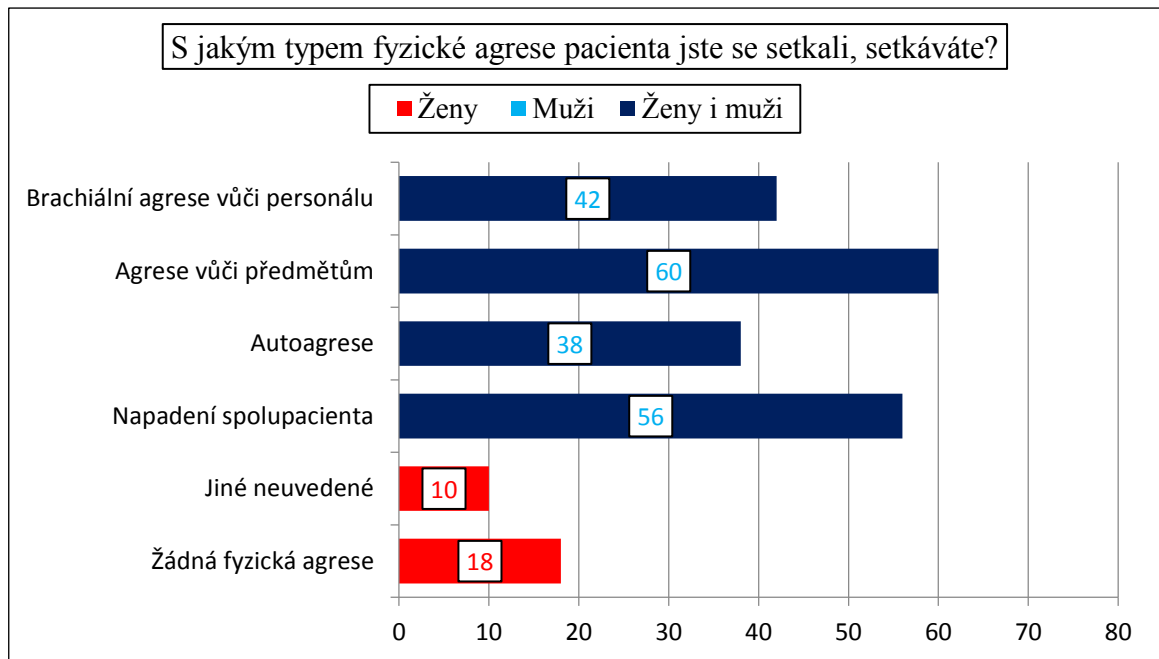
Kontakt s fyzickou agresí co do četnosti hodnotila převážná většina respondentů, celkem 47 (39 žen, 8 mužů) uvedlo jako „výjimečný“. Na 18 žen označilo, že se s fyzickou agresí na oddělení nesetkává (žádná z 18 ti žen nepracuje na uzavřených psychotických odděle-ních), 13 dotazovaných (8 žen, 5 mužů) zvolilo „občasný“ kontakt s agresí fyzickou a 2 muži zvolili hodnotu „často“.

#### Otázka č. 8 – S jakým typem fyzické agrese pacienta jste se setkali, setkáváte?

Tabulka 8

Možnosti	Absolutní četnost		Relativní četnost
	Ženy	Muži	Celkem
Pohlaví			
Brachiální agrese vůči personálu	31 z 65 tj. 47 %	11 z 15 tj. 73 %	42 z 80 tj. <b>52 %</b>
Agrese vůči předmětům	45 z 65 tj. 70 %	15 z 15 tj. 100 %	60 z 80 tj. <b>76 %</b>
Autoagrese	25 z 65 tj. 38 %	13 z 15 tj. 87 %	38 z 80 tj. <b>47 %</b>
Napadení spolupacienta	43 z 65 tj. 67 %	13 z 15 tj. 87 %	56 z 80 tj. <b>70 %</b>
Jiné neuvedené	10 z 65 tj. 15 %	-	10 z 80 tj. <b>13 %</b>
Žádná fyzická agrese	18 z 65 tj. 28 %	-	18 z 80 tj. <b>23 %</b>

Graf 8



Nejčastějším typem fyzické agrese dominuje agrese vůči předmětům. Celkem 60 respondentů (45 žen, 15 mužů) uvedlo tento typ agrese. Z 15 respondentů ji uvedlo ze 40 ti % a 14 respondentů z 50 ti %. (Ostatní hodnoty: 9 x 20 %, 8 x 10 %, 7 x 60 %, 4 x 70 %, 2 x 80 %, 1 x 90 %). Druhá, co do četnosti byla vyhodnocena agrese, při které je napaden jiný pacient. Z počtu 56 respondentů (46 žen, 13 mužů) tuto agresi v 19 ti případech uvedlo 20 % a v 16 ti případech 40 % (Ostatní hodnoty: 10 x 30 %, 5 x shodně 50 a 60 %, 1 x 10 %). Brachiální agrese byla vyhodnocena 52 respondenty (31 žen, 11 mužů). Na 29 respondentů uvedlo 10 % této možné fyzické agrese a 12 respondentů ji zhodnotilo na 20 %. (Ostatní hodnoty: 1 x 30 %). Typ autoagrese byla hodnocena 38 respondenty (25 žen, 13 mužů). Ze 17 ti dotazovaných autoagresi uvedlo z 10 ti % a 15 respondentů z 20 ti %. (Ostatní hodnoty: 5 x 30 %, 1 x 40 %). Jiný typ možné agrese hodnotilo pouze 10 respondentek, žádná ale z nich neuvedla o jaký jiný typ se jedná.

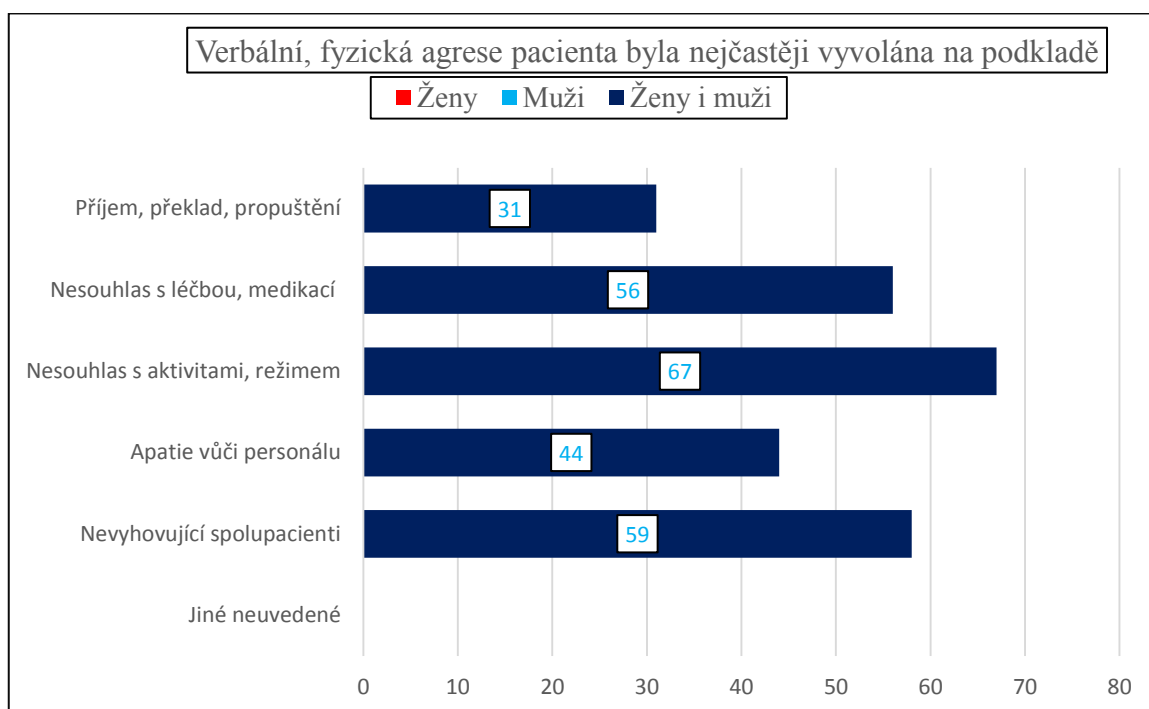


## Otázka č. 9 – Verbální, fyzická agrese pacienta byla nejčastěji vyvolána na podkladě:

Tabulka 9

Možnosti	Absolutní četnost		Relativní četnost
	Ženy	Muži	<b>Celkem</b>
Příjem, překlad, propuštění. (chtěné, nechtěné)	25 z 65 tj. 39 %	6 z 15 tj. 40 %	31 z 80 tj. <b>39 %</b>
Nesouhlas s léčbou, medikací	42 z 65 tj. 65 %	14 z 15 tj. 93 %	56 z 80 tj. <b>71 %</b>
Nesouhlas s režimem a aktivitami v rámci oddělení	53 z 65 tj. 84 %	14 z 15 tj. 93 %	67 z 80 tj. <b>84 %</b>
Antipatie vůči personálu	34 z 65 tj. 52 %	10 z 15 tj. 66 %	44 z 80 tj. <b>58 %</b>
Nevyhovující spolupacienti	46 z 65 tj. 72 %	13 z 15 tj. 59 %	59 z 80 tj. <b>73 %</b>
Jiné neuvedené	-	-	-

Graf 9



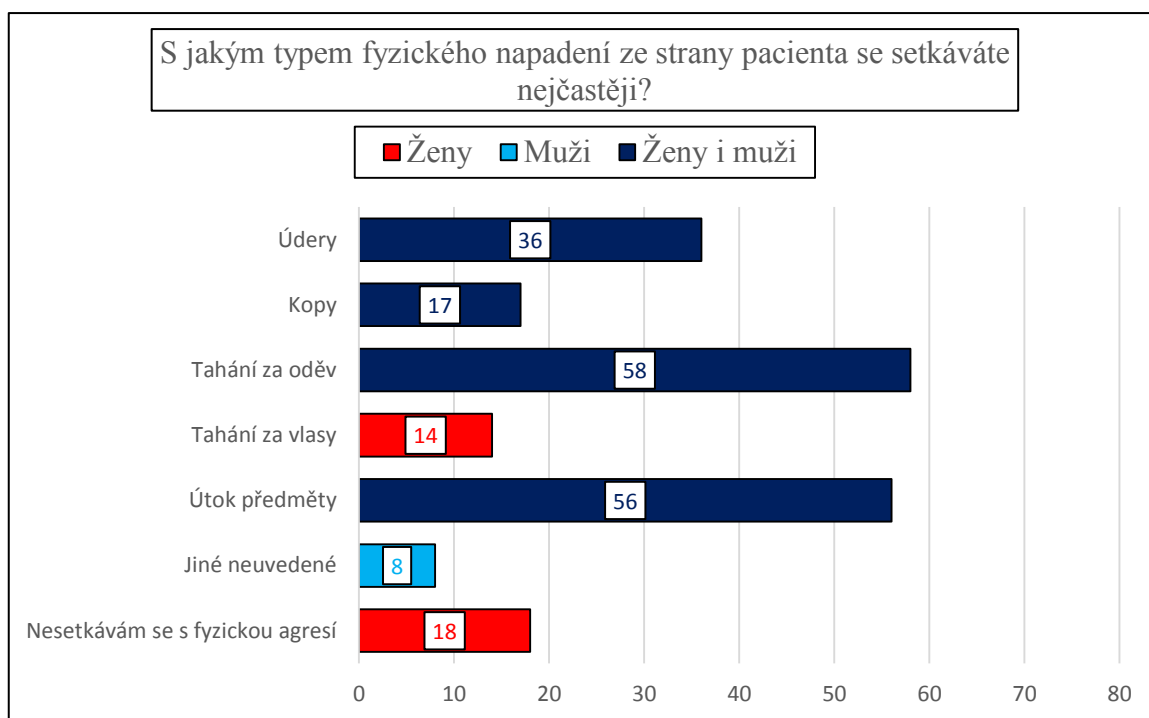
Agrese verbální nebo fyzická byla vyvolána nejčastěji na podkladě nesouhlasu s režimem a aktivitami v rámci oddělení. Tento typ agrese hodnotilo 67 dotazovaných respondentů (53 žen, 14 mužů), 21 z nich uvedlo danou příčinu ze 30 ti %, 16 uvedlo 40 %. (Ostatní hodnoty: 11 x 20 %, 9 x 50 %, 5 x 60 %, 2 x 70 %, 1 x shodně 10 %, 80 % a 90 %). Jako druhým spouštěčem obou agresí jsou nevyhovující pacienti na oddělení a pokojích. Celkem 59 dotazovaných (46 žen, 13 mužů) vidí v 19 ti případech 20 % a v 16 ti případech 30 % tento spouštěč. (Ostatní hodnocení: 11 x 10 %, 9 x 50 %, 2 x 40 %, 1 x shodně 70 % a 90 %). Dalším spouštěčem agresí je nesouhlas s léčbou, medikací. Tento typ uvedlo 56 respondentů (42 žen, 14 mužů). Z 18 ti dotazovaných odpovědělo 30 % a v 15 ti hodnocení zaznamenalo 20 %. (Ostatní hodnoty: shodně 9 x 40 % a 50 %, 3 x 10 %, 2 x 60 %). Antipatie vůči personálu byla vyhodnocena 44 respondenty (34 žen, 10 mužů) shodně po 10 ti a 20 ti % od celkem 18 ti respondentů. (Ostatní hodnoty: 8 x 30 %). Jako možný spouštěč agrese na podkladě chtěného nebo nechtěného příjmu, překlady a propuštění pacienta vyhodnotilo celkem 31 respondentů (25 žen, 6 mužů). V 9 ti případech bylo respondenty označeno 20 %, 8 jich uvedlo 30 %. (Ostatní hodnoty: 6 x 40 %, 5 x 50 %, 2 x 10 %, 1 x 70 %).

**Otázka č. 10 - S jakým typem fyzického napadení ze strany pacienta se setkáváte nejčastěji?**

Tabulka 10

Možnosti	Absolutní četnost		Relativní četnost
	Ženy	Muži	<b>Celkem</b>
Údery	24 z 65 tj. 36 %	12 z 15 tj. 81 %	36 z 80 tj. <b>45 %</b>
Kopy	12 z 65 tj. 19 %	5 z 15 tj. 34 %	17 z 80 tj. <b>21 %</b>
Tahání za oděv	43 z 65 tj. 65 %	15 z 15 tj. 100 %	58 z 80 tj. <b>73 %</b>
Tahání za vlasy	14 z 65 tj. 21 %	-	14 z 80 tj. <b>18 %</b>
Útok předměty	41 z 65 tj. 64 %	15 z 15 tj. 100 %	56 z 80 tj. <b>71 %</b>
Jiné neuvedené	-	8 z 15 tj. 53 %	8 z 80 tj. <b>10 %</b>
Nesetkávám se s fyzickou agresí	18 z 65 tj. 28 %	-	18 z 80 tj. <b>23 %</b>

Graf 10



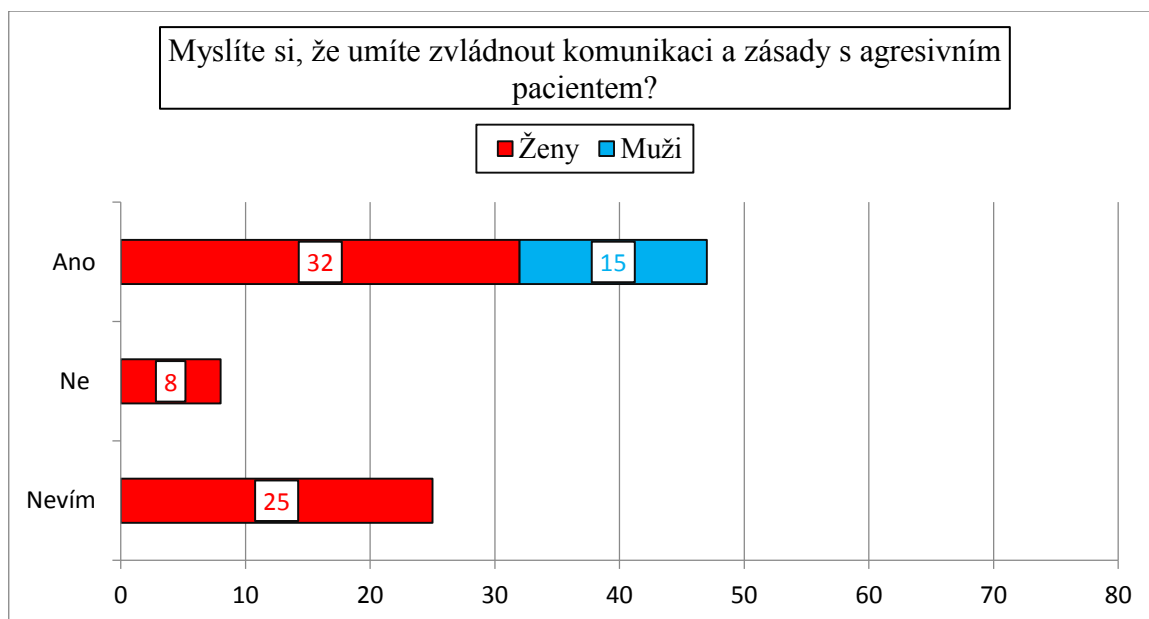
Nejčastější typ fyzického napadení ze strany agresivního pacienta je tahání za oděv. Celkem hodnotilo tento typ agrese 58 dotazovaných (43 žen, 15 mužů), kdy shodně odpověděli v 16 ti případech jak 40 % tak 50 % na celkové průměry o 100 %. (Ostatní hodnoty: 10 x 40 %, 6 x 20 %, 4 x 60 %, 3 x 10 %, 1 x 70 %, 80 % a 100%). Téměř se shodným hodnocením se ukázal typ fyzického napadení útok předměty. Tento typ vyhodnotilo celkem 56 respondentů (41 žen, 15 mužů), kdy v 18 ti případech zvolili 50 % a v 12 ti případech uvedli 40 %. (Ostatní hodnoty: 10 x 20 %, 7 x 60 %, 5 x 30 %, 2 x 10 %, 1x shodně 70 % a 100%). Údery je typ napadení, který uvedlo 36 respondentů (24 žen, 12 mužů), typ byl vyhodnocen 20 ti % v 16 ti případech možného napadení, ve 13 ti případech byl uveden jako 10 %. (Ostatní hodnoty: 4 x 30 %, 3 x 40 %). Na 18 všeobecných sester (pouze ženy) uvedly, že s fyzickou agresí se na svém oddělení nesetkává. Jednalo se o všechny respondentky z otevřeného oddělení PSY, 3 respondentky z oddělení interně psychiatrického pro následnou péči a 7 respondentek z gerontopsychiatrických oddělení. V 17 ti případech (12 žen, 5 mužů) byly hodnoceny kopy jako možný typ agrese, u 9 ti respondentů bylo vyhodnoceno 10 % a 7 jich uvedlo 20 %. (Ostatní hodnoty: 1 x 30 %). Celkem 14 dotazovaných žen (žádný muž) uvedly typ agrese se kterou se setkaly, a to tahání za vlasy. Z 10 dotazovaných sester uvedlo 10 % a 4 ženy uvedly 20 %. Z 8 respondentů (pouze muži) hodnotili v kolonce jiné neuvedené, kde uvedli šlapání po obuvi a tahání za vousy. Celkově 5 z nich tento typ uvedl v 10 ti %, 3 muži hodnotili jako prožitý typ agrese 20 %.

Otázka č. 11 – Myslíte si, že umíte zvládnout komunikaci a zásady s agresivním pacientem?

Tabulka 11

Možnosti	Absolutní četnost		Relativní četnost		Celkem %
	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy i muži
Ano	32	15	49 %	100 %	<b>59 %</b>
Ne	8	-	13 %	-	<b>10 %</b>
Nevím	25	-	38 %	-	<b>31 %</b>
Celkem	<b>65</b>	<b>15</b>	100 %	100 %	<b>100 %</b>

Graf 11



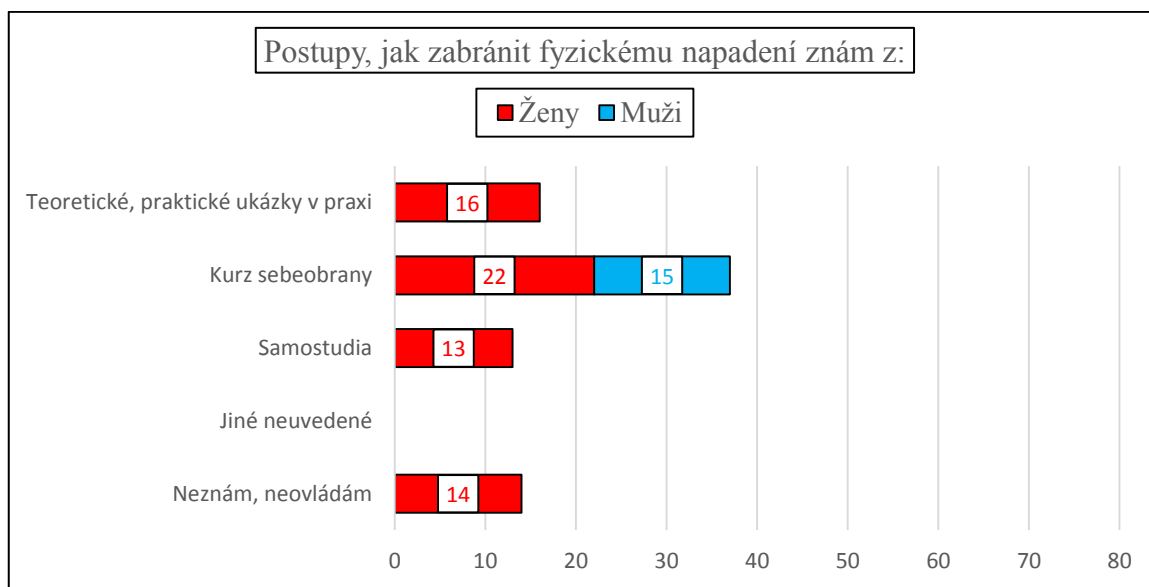
Z celkového počtu dotazovaných 80 ti respondentů je jich přesvědčeno 47 (32 žen, 15 mužů) o svých schopnostech zvládat komunikaci a zásady při kontaktu s agresorem na oddělení. Na 25 žen uvedlo, že „nevím“, zda by v případné agitovanosti pacienta zvládlo komunikovat a adekvátně jednat, 8 žen z otevřeného oddělení PSY zaškrtnulo kolonku „ne“.

## Otázka č. 12 – Postupy, jak zabránit fyzickému napadení znám z:

Tabulka 12

Možnosti	Absolutní četnost		Relativní četnost		Celkem % Ženy i muži
	Ženy	Muži	Ženy	Muži	
Teoretické, praktické ukázky v praxi	16	-	25 %	-	20 %
Kurz sebeobrany, jiný kurz	22	15	33 %	100 %	46 %
Samostudium	13	-	20 %	-	16 %
Jiné neuvedené	-	-	-	-	-
Neznám, neovládám	14	-	22 %	-	18 %
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>15</b>	100 %	100 %	<b>100 %</b>

Graf 12



Postupy, jak zabránit fyzickému napadení ze strany agresivního pacienta ovládá, jak uvedla většina respondentů. Z 37 dotazovaných (22 žen, 15 mužů) dovednosti získali z kurzu sebeobrany nebo jiného certifikovaného kurzu, který bývá 1 x ročně pořádán v rámci psychiatrické léčebny. Všech 15 mužů je proškoleny opakovaně. Na 16 dotazovaných respondentek uvedlo znalosti a techniky z teoretických a praktických ukázek v praxi, 14 všeobec-

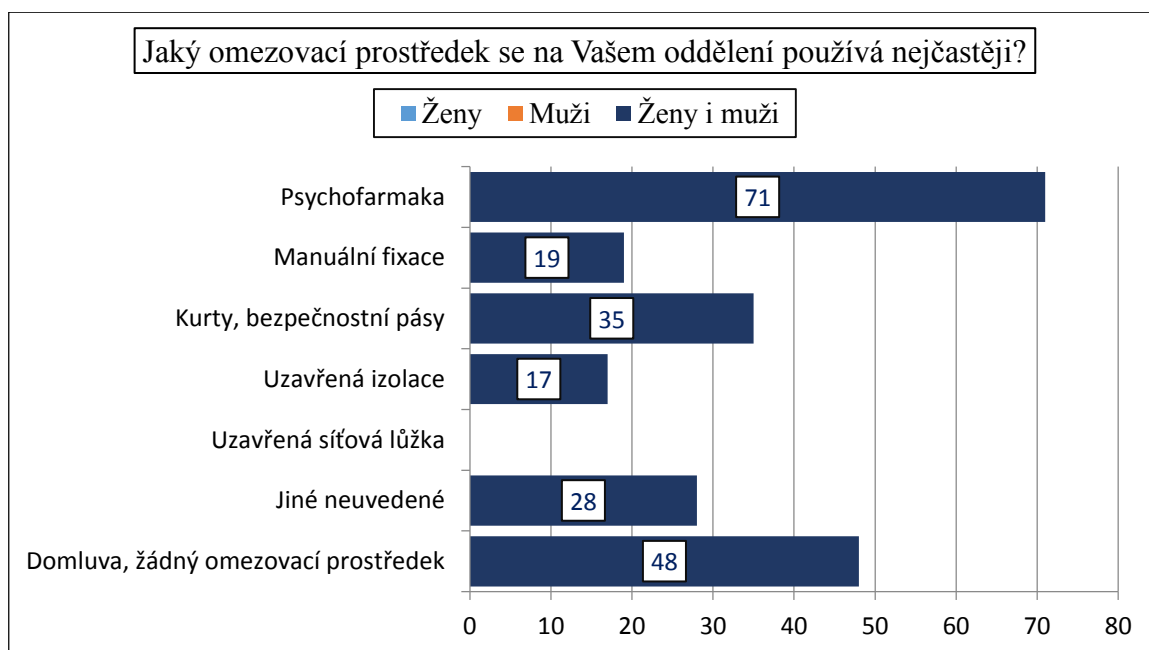
ných žen postupy nezná, neovládá. Ani jedna z těchto 14 ti žen nepracuje na žádném z uzavřených psychotických oddělení. Formu samostudia uvedlo 13 respondentek.

### Otázka č. 13 – Jaký omezovací prostředek se na Vašem oddělení používá nejčastěji?

Tabulka 13

Možnosti	Absolutní četnost		Relativní četnost
	Ženy	Muži	<b>Celkem</b>
Psychofarmaka	56 z 65 tj. 85 %	15 z 15 tj. 100 %	71 z 80 tj. <b>90 %</b>
Manuální fixace	14 z 65 tj. 22 %	5 z 15 tj. 100 %	60 z 80 tj. <b>76 %</b>
Kurty, bezpečnostní pásy	26 z 65 tj. 40 %	9 z 15 tj. 61 %	35 z 80 tj. <b>45 %</b>
Uzavřená izolace	10 z 65 tj. 14 %	7 z 15 tj. 46 %	17 z 80 tj. <b>22 %</b>
Uzavřená síťová lůžka	-	-	-
Jiné neuvedené	24 z 65 tj. 37 %	4 z 15 tj. 27 %	28 z 80 tj. <b>36 %</b>
Žádný, popřípadě domluva	41 z 65 tj. 64 %	7 z 15 tj. 47 %	48 z 80 tj. <b>61 %</b>

Graf 13



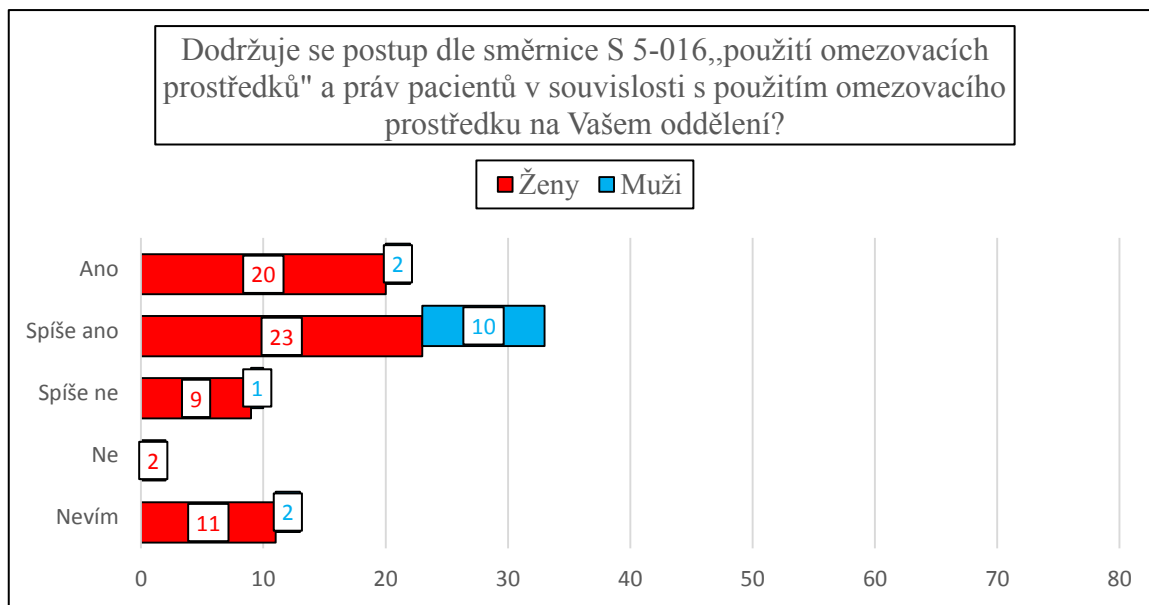
Nejčastější typ omezovacího prostředku při styku s agresivním pacientem se ukázala psychofarmaka. U celkového počtu 71 dotazovaných (56 žen, 15 mužů) uvedlo tento omezovací prostředek v 16 ti případech 40 %, 15 dotazovaných uvedlo 50 % na přímce o celkové hodnotě 100 %. (Ostatní hodnoty: 11 x 30 %, 8 x shodně 20 % a 70 %, 6 x 60 %, 5 x 80 %, 2 x 100 %). Teprve po medikamentózním zklidnění agresora byla 48 respondenty (41 žen, 7 mužů) uvedena možnost domluvy, nebo žádné omezení. Na 11 dotazovaných uvedlo jako domluvu z 30 ti %, 10 dotazovaných 20 %. (Ostatní hodnoty: shodně 7 x 50 % a 100 %, 5 x 10 %, 4 x 40 %, 3 x 70 %, 1 x 80%). Kurty jako používaný prostředek zadalo 35 respondentů (26 žen, 9 mužů). Ve 14 ti případech bylo uvedeno 20 % a v 8 případech shodně 10 % a 30 %. (Ostatní hodnoty: 3 x 40 %, 2 x 50 %). S manuální fixací má častou zkušenost 19 respondentů (14 žen, 5 mužů). V 11 ti případech byla uvedena hodnota 10 %, v 5 ti případech 20 %. (Ostatní hodnoty: 2 x 40 %, 1 x 30 %). Formu izolace uvedlo 17 respondentů (10 žen, 7 mužů). Nejčastěji tento typ omezení byl uváděn v 6 ti případech hodnotou 40 % a 5 x byla uvedena hodnota 30 %. (Ostatní hodnoty: 4 x 10 %, 2 x 50 %). Hodnoty na tento typ omezení jsou proto tak nízké, jelikož izolace se nachází pouze na dvou psychotických uzavřených odděleních. Uzavřená síťová lůžka se nachází na geriatrických oddělení, žádným respondentem nebyla uvedena.

**Otázka č. 14 – Dodržuje se postup dle směrnice S - 016 „použití omezovacích prostředků“ a práv pacientů v souvislosti s použitím omezovacího prostředku na Vašem oddělení?**

Tabulka 14

Možnosti	Absolutní četnost		Relativní četnost		Celkem %
	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy i muži
Ano	20	2	31 %	13 %	<b>27 %</b>
Spíše ano	23	10	35 %	67 %	<b>41 %</b>
Spíše ne	9	1	14 %	7 %	<b>13 %</b>
Ne	2	-	3 %	-	<b>3 %</b>
Nevím	11	2	17 %	13 %	<b>16 %</b>
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>15</b>	100 %	100 %	<b>100 %</b>

Graf 14



V hodnocení respondentů ohledně dodržování směrnice při použití omezovacích prostředků a lidských práv uvedlo 33 respondentů (23 žen, 10 mužů) „spíše ano“, jako „ano“ hodnotilo 22 respondentů (20 žen a 2 muži), 13 respondentů (11 žen, 2 muži) uvedlo „nevím“, 10 dotazovaných (9 žen a 1 muž) vyplnilo kolonku „spíše ne“, 2 respondentky uvedly „ne“. Obě respondentky pracují na gerontopsychiatrických odděleních.

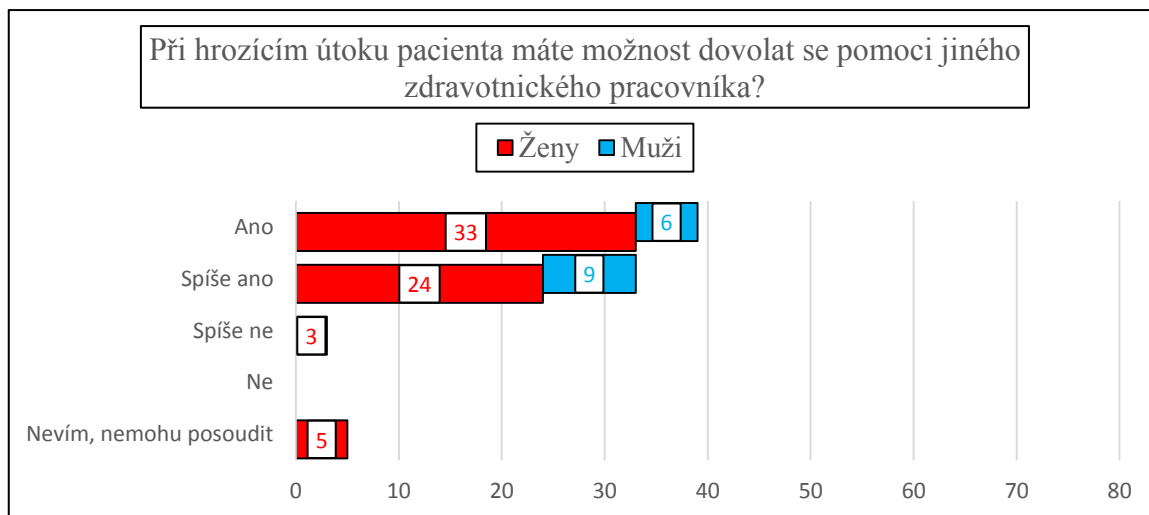
**Otázka č. 15 – Při hrozícím útoku pacienta máte možnost dovolat se pomoci jiného zdravotnického pracovníka?**

Tabulka 15

Možnosti	Absolutní četnost		Relativní četnost		Celkem %
	Ženy	Muži	Ženy	Muži	
Pohlaví					<b>Ženy i muži</b>
Ano	33	6	51 %	40 %	<b>49 %</b>
Spíše ano	24	9	36 %	60 %	<b>41 %</b>
Spíše ne	3	-	5 %	-	<b>4 %</b>
Ne	-	-	-	-	-
Nevím	5	-	8 %	-	<b>6 %</b>
Celkem	<b>65</b>	<b>15</b>	100 %	100 %	<b>100 %</b>



Graf 15



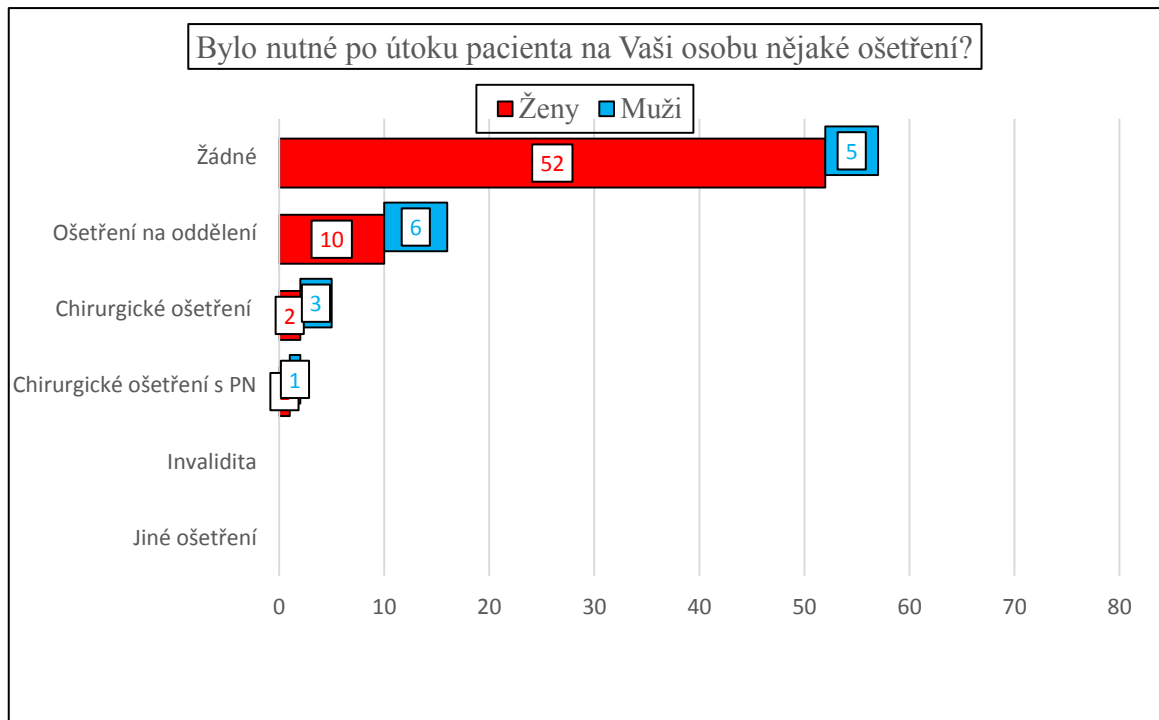
Celkem 33 respondentů (24 žen, 9 mužů) odpovědělo „spíše ano“ na otázku týkající se možnosti dovolání pomoci jiného zdravotnického pracovníka při hrozícím útoku ze strany pacienta. Na 9 respondentů (3 ženy, 6 mužů) uvedlo „ano“, 5 žen zvolilo kolonku „nevím“ a 3 respondentky uvedly „spíše ne“. Všechny 3 respondentky pracují na gerontopsychiatrických odděleních.

#### Otázka č. 16 – Bylo nutné po útoku pacienta na Vaši osobu nějaké ošetření?

Tabulka 16

Možnosti	Absolutní četnost		Relativní četnost		Celkem %
	Ženy	Muži	Ženy	Muži	
Pohlaví					
Žádné	52	5	80 %	33 %	<b>71 %</b>
Ošetření na oddělení	10	6	15 %	40 %	<b>20 %</b>
Chirurgické oddělení	2	3	3 %	20 %	<b>6 %</b>
Chirurgické oddělení s pracovní neschopností	1	1	2 %	7 %	<b>3 %</b>
Invalidita	-	-	-	-	-
Jiné ošetření	-	-	-	-	-
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>15</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

Graf 16



Ošetření respondentů, které by bylo nutné po útoku pacienta nezaznamenalo 57 dotazovaných (52 žen, 5 mužů), ti zvolili kolonku „žádné“ ošetření. Celkem 16 respondentů (10 žen, 6 mužů) bylo ošetřeno na oddělení. Na 5 dotazovaných respondentů (2 ženy, 3 muži) byli po útoku ze strany pacienta ošetřeni na chirurgii. Jednalo se o kousance, pohmožděnin. Chirurgické ošetření s následnou pracovní neschopností zaznamenali 2 respondenti (1 žena, 1 muž). V těchto případech se jednalo o zlomenin horní končetiny způsobené nárazem o čelo postele a Collesova zlomenina v důsledku pádu.

## 7 OVĚŘOVÁNÍ OČEKÁVANÝCH VÝSLEDKŮ

### Cíl 1.

K ověření prvního cíle a očekávaných výsledků byla vyhodnocena otázka č. 4 z dotazníku s přihlédnutím na otázky č. 3, 5, 6, 7, 10. S verbální agresí, dle průzkumu, se na svých odděleních setkalo na 87 % respondentů. Téměř se shodnými výsledky vplynuly agrese pasivního typu a verbální agrese formou nadávek, urážek. Nefyzická agrese se objevuje na všech odděleních dotazovaných respondentů. S agresí fyzickou má nějaký kontakt 13 % respondentů. Všichni muži uvedli styk s fyzickou agresí ze strany pacienta. Jakožto muži, bývají častěji voláni svými kolegyněmi k zásahům s agitovaným pacientem. Z fyzických útoků převládá u obou pohlaví tahání za oděv a útok předměty. S agresí fyzickou se potýká nejčastěji personál na uzavřených psychotických odděleních. Na otevřeném oddělení PSY, žádná z dotazovaných respondentek fyzickou agresí ze strany pacienta nezaznamenala.

**Hypotéza č. 1 byla potvrzena.**

### Cíl 2.

K ověření druhého cíle a očekávaných výsledků byla vyhodnocena otázka č. 9 z dotazníku. Z průzkumu bylo zjištěno, že na 67 dotazovaných respondentů z celkového počtu 80 ti respondentů uvedlo jako nejčastější příčinu verbální a fyzické agrese nesouhlas s režimem a aktivitami v rámci oddělení, hodnota činila 84 %. Dále byla 59 respondentů uvedena možná příčina agrese v podobě nevyhovujících spolupacientů, hodnotou 73 %. Teprve poté byla respondentů uvedena předpokládaná nejčastější příčina agrese v nesouhlasu s léčbou a medikací. Tuto vyvolávající příčinu uvedlo 56 respondentů (42 žen, 14 mužů), v celkovém počtu 71 %. **Hypotéza č. 2 nebyla potvrzena.**

### Cíl 3.

K ověření třetího cíle a očekávaných výsledků byla hodnocena otázka č. 12 z dotazníku. Z průzkumu bylo zjištěno, že z celkového počtu dotazovaných 80 ti respondentů (65 žen, 15 mužů) jich 37 uvedlo znalosti z kurzu sebeobrany, tedy 46 %. Všichni muži a drobná část žen byli proškoleni opakovaně. Jiných 16 respondentek (20 %) si osvojilo teoretické a praktické ukázky v praxi, 13 žen (16 %) respondentek uvedlo formu samostudia.

Z celkového počtu respondentů má určité znalosti postupů, jak zabránit, čelit fyzickému napadení ze strany agresivního pacienta celkem 66 dotazovaných respondentů, tj. 83 %. Zbýlých 14 respondentek (18 %) postupy nezná, neovládá. Z tohoto počtu jich 8 pracuje na psychotickém a psychosomatickém otevřeném oddělení PSY, kde žádná z respondentek v dotazníku neuvedla kontakt s fyzickou agresí ze strany pacienta. Výsledky byly srovnány z výzkumnými otázkami č. 16 a č. 18 v bakalářské práci Simony Peňákové (2011), kde byly výsledky prokázány. **Hypotéza č. 3 byla potvrzena.**

#### Cíl 4.

K ověření čtvrtého cíle a očekávaných výsledků byly vyhodnoceny otázky č. 15, 16, s přihlédnutím k otázce č. 14. Z vyhodnocených odpovědí otázky č. 15 je tedy zřejmé, že u celkového počtu dotazovaných 72 respondentů z 80 ti (39 uvedlo „ano“, 33 uvedlo „spíše ano“) je pozitivní dovolání se pomoci jiného zdravotnického pracovníka při hrozícím nebo uskutečněném útoku ze strany agresivního pacienta. Hodnota v tomto případě činí 90 %. Zbýlých 10 % dotazovaných uvedlo „spíše ne“ a „nevím“. Z hodnot otázky č. 16 je patrné, že celkem u 57 z 80 ti respondentů nebylo potřeba žádné ošetření po útoku agresivního pacienta. Na oddělení bylo nutné drobné ošetření v 16 ti případech, veškerá poranění jak personálu, tak pacientů je nutné podle vnitřní směrnice Psychiatrické léčebny evidovat jako nežádoucí událost, u personálu je veden i záznam o úraze. Zbýlých 7 případů těžších útoků všeobecných sester bylo ošetřeno na chirurgicko-traumatologickém oddělení nemocnice ve Šternberku. Výsledky byly srovnány s otázkou č. 22 v bakalářské práci Jana Čapky (2013) na téma: Agresivita pacientů v psychiatrické praxi z pohledu ošetřovatelského personálu, který uvedl u celkem 39 respondentů z celkového počtu 71 dotazovaných, zranění v důsledku agresivního chování pacienta. Toto hodnocení se uskutečnilo v Psychiatrické léčebně, Brně Černovicích. S přihlédnutím ke své otázce č. 14 o dodržování směrnic, práv pacientů, kde 55 dotazovaných respondentů hodnotilo kladně tyto postupy, **hypotéza č. 4 byla potvrzena.**

## 7.1 Návrh na řešení nedostatků

Setkání s agresivitou a agresivními projevy bývá vždy nepříjemným zážitkem, bez ohledu na to, zda jsme aktérem v dané situaci nebo jen pozorovatelem. Ve všech zdravotnických zařízeních, o to více v těch psychiatrických, je žádoucí těmto situacím předcházet, a pokud v některých situacích již nastanou, je nutné jim čelit, mít taková opatření a prostředky, aby situace s agresivitou vůbec nenastaly, v opačném případě aby bylo zamezeno poškození zdraví u aktérů, ostatních přítomných zdravotníků a pacientů, v poslední řadě i majetku, to vše se zachováním etických a lidských práv. Již úspěšně zvládnutá verbální komunikace od zdravotníka může do jisté míry odvrátit agresi fyzickou. Každý zdravotnický pracovník, zejména na psychotických odděleních, by měl ovládat zásady komunikace s agitovanými pacienty, měl by být schopen rozpoznat varovné signály, projevy a chování agresivních pacientů. Taková školení je vhodné zahrnout např. v rámci provozních porad na oddělení, které jsou v kompetenci staničních sester a probíhají několikrát do roka. Seznámení s manuálními technikami je vhodnější uskutečnit formou celoustavních kurzů, například v tělocvičně. Pokud z krizových situací vyplynou nějaké nedostatky v organizaci práce, fyzickém prostředí nebo v nedodržování zásad při správné komunikaci, je nutné zjednat nápravná opatření, která budou poté průběžně kontrolována a evidována. Všeobecné sestry pracující na psychiatrii se nepotýkají s atraktivitou svého zaměstnání. Tato specifikace je náročná zejména na komunikační, organizační a praktické zkušenosti. Aby mohly sestry vykonávat profesi s tímto zaměřením, nesmí samotné prožívat psychické dysbalance. V těchto případech je na místě prevence syndromu vyhoření. Zdravotníci s již prožitými krizovými situacemi mají mít možnost konzultací s odborníkem v oblasti psychologie.

## 8 ZÁVĚR

Když se řekne agrese, většina z nás si pod tímto pojmem představí fyzické napadení s následným ublížením na zdraví. Člověk, který se zajímá o lidskou agresi, ví, že je to obsáhlé a zajímavé téma, které vždy nemusí být spojováno s fyzickým napadením. Jak je uvedeno v této práci, agrese není jen projev nějakého duševního nebo somatického onemocnění či důsledek užití psychotropní látky, ale i projev zcela zdravých jedinců. Tím chceme jen zmínit, že nemalé procento jedinců s agresivními projevy nemusí prokazatelně být spojováno s duševní poruchou nebo se somatickým onemocněním. Cílem dotazníku bylo zjistit míru verbální a fyzické agrese, určit nejčastější vyvolávající příčinu agrese u pacientů na oddělení, zjistit míru zkušeností všeobecných sester při kontaktu s agitovaným pacientem a také zda je dostatečně zajištěna bezpečnost všeobecných sester na odděleních při kontaktu s agresí ze strany pacienta. V této práci se snažíme nastínit a blíže seznámit s problematikou agresivního jednání pacientů vůči zdravotnickému personálu. Dotazník, který byl součástí práce, potvrdil, že agrese ze strany pacientů je častý jev. Výsledky o převaze verbální agrese nad fyzickou jsme mohli předpokládat. Je rovněž evidentní, že od nefyzické agrese, která nejčastěji probíhá dle výzkumu formou pasivní a formou urážek či nadávek, je již velmi blízko k oné fyzické. Nesouhlasy pacientů s režimem a denními aktivitami, zmíníme některé, např. požadavky z oblasti hygieny, stravování, časovanými aktivitami denního řádu, osobními vycházkami se projeví jako nejčastější podklad k vzniku obou agresí. Návěkem různých vyhocených situací získaných všeobecnými sestrami z kurzů sebeobrany ovládá na 46 % dotazovaných respondentů z celkového počtu 80 ti. Tyto návěky jsou velmi dobrým tahem, ale také určitou formou psychické podpory zdravotníků při pozdějším možném střetu s problematickou situací. Teoretické a praktické ukázky přímo v praxi od zkušenějších kolegů, které uvedlo 20 % respondentů, se mohou jevit jako logické, ale ne vždy bývají takové předané informace jako dobrý zdroj kvalitních a odborných rad. Naprostá většina respondentů, tedy 90 %, v rámci dotazníkového šetření rozhodla o dostatečném zajištění bezpečnosti všeobecných sester (ženy, muži) při hrozícím nebo již uskutečněném útoku ze strany agitovaného pacienta, kdy kladně odpověděli na možnost se obrátit, dovolat pomoci jiného zdravotníka. Z vyhodnocení, kdy nebylo nutné u respondentů po styku s agresivním pacientem žádné ošetření potvrdilo 71 % dotazovaných. Tato problematika agrese, agresivity je velice obsáhlá a problematická, ale myslíme si, že stručný nástin tohoto problému zcela postačí, abychom si udělali matný obrázek a trochu pochopili agresivní jednání pacientů.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] BAŠTECKÝ, Jaroslav. *Psychiatrie a lékařská psychologie v paliativní medicíně*. Česká a slovenská psychiatrie, 1999, Roč. 95, č. 3, s. 191. ISBN: 1212-0383.
- [2] BAUDIŠ, Pavel a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a etika*. Praha: Galén, ©2002, 156 s. ISBN 80-7262-104-1.
- [3] BURDA, Patrik. *Krizová komunikace s agresivním a hostilným pacientem*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014. ISBN 978-80-7013-564-8.
- [4] ČÁPKOVÁ, Naděžda, Michal KRYL a kol. *Psychiatrická léčebna Šternberk*. Olomouc: PROFI-TISK GROUP, 2016, 46 s.
- [5] DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015, 646 s. Psyché. ISBN 978-80-247-4826-9.
- [6] HALES, Robert E., Stuart C. YUDOFKY a Glen O. GABBARD. *Essentials of psychiatry*. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, ©2011. ISBN 978-1-58562-933-6.
- [7] HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015, 647 s. ISBN 978-80246-2998-8.
- [8] KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011, 399 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
- [9] LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada, 2013, 235 s. Psyché. ISBN 987-80-247-4454-4.
- [10] LUŽNÝ, Jan. *Gerontopsychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-573-2.
- [11] MARKOVÁ, Eva, Mira BABIAKOVÁ a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006, 352 s. ISBN 8024711516.
- [12] OREL, Miroslav. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016, 338 s. Psyché. ISBN 978-80-247-5516-8.
- [13] PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014, 295 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4236-6.

- [14] PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮŇEK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011, 528 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
- [15] RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 5. vyd. Praha: Triton, 2012, 239 s. ISBN 978-80-7387-582-4.
- [16] ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, c2009, 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
- [17] VÁGNEROVÁ, Marie, Ladislav CSÉMY a Jakub MAREK. *Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí*. Praha: Karolinum, 2013, 339 s. ISBN 978-80-246-2209-5.
- [18] VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK. *Sociální psychologie*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2008, 404 s. Psyché. ISBN 978-80-247-1428-8.

## INTERNEROVÉ ZDROJE

- [1] ČAPKA, Jan. *Agresivita pacientů v psychiatrické praxi z pohledu ošetrovatelského personálu* [online]. Brno, 2013 [cit. 2017-05-13]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Fakulta sportovních studií. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/388552/fsps\\_b/](https://is.muni.cz/th/388552/fsps_b/)
- [2] HAVRÁNKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelská péče o neklidného pacienta na gerontopsychiatrickém oddělení* [online]. Plzeň, 2012 [cit. 2017-03-15]. Bakalářská práce. Západočeská univerzita, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/11025/3834>
- [3] HONZÁK, Radkin. *Obrana před napadením agresivním pacientem* [online]. Praha, 2006 [cit. 2017-03-17]. Dostupné z: [casopis.adiktologie.cz/public.magazine/download-file/476?name=2006\\_3](http://casopis.adiktologie.cz/public.magazine/download-file/476?name=2006_3).
- [4] KYJOVSKÁ, Lucie. *Specifika ošetrovatelské péče o psychicky nemocné* [online]. Zlín, 2014 [cit. 2017-03-15]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/10563/27962>
- [5] PEŇÁKOVÁ, Simona. *Aktuální výskyt agresivity u pacientů ve zdravotnických zařízeních z pohledu zdravotníka* [online]. Brno, 2011 [cit. 2017-03-12]. Bakalářská práce.



- ce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Dostupné z: <https://is.muni.cz/dok/rfmgr.pl>
- [6] O společnosti, ©1996. *Mezinárodní listina práv hospitalizovaných psychiatrických pacientů* [online]. Praha: Česká asociace pro psychické zdraví [cit. 2017-05-13]. Dostupné z: [http://capz-esprit.web.cz/prispevky/dokumenty/deklar\\_mezinar\\_listina\\_prav.html](http://capz-esprit.web.cz/prispevky/dokumenty/deklar_mezinar_listina_prav.html)
- [7] O společnosti, ©2011. *První zprávy.cz* [online]. Praha: ParlamentniListy. [cit. 2017-02-16]. Dostupné z: <http://prvnizpravy.parlamentnilisty.cz/sloupky.php?id=518f2912-f6fa-102e-9d3d-00259003513e>
- [8] O společnosti, ©2009. *InterniMedicina.cz* [online]. Praha: Interní Medicína. [cit. 2017-02-10]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/10/09.pdf>
- [9] O společnosti, ©2015 *ucebna.net* [online]. Praha: SestraIn. [cit. 2017-02-10]. Dostupné z: <http://ucebna.net/mod/resource/view.php?id=498>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

aj.	A jiné
a kol.	A kolektiv
apod.	A podobně
atd.	A tak dále
cca.	Cirka (přibližně)
cm.	Centimetr
cryst.	Krystal
Csc.	Kandidát věd
CZ 11.	Program financovaný z Norských fondů
č.	Číslo
ČAS	Česká asociace sester
ČR	Česká republika
de facto	Ve skutečnosti (v praxi)
doc.	Docent
Dr., dr.	Doktor
e-mail	Elektronická pošta
FK	Filozofická fakulta
HIPPO	Informační systém pro psychiatrii
kg.	Kilogram
l	Litr
LK	Lékařská fakulta
LSD	Diethylamid kyseliny lysergové
MBA.	Master of Business Administration
Mons.	Monseigneur (můj pane)

---

mmol/L	Milimol na litr
MUDr.	Doktor medicíny
např.	Například
odd.	Oddělení
OPC	Oblastní psychiatrické centrum
OSN	Organizace spojených národů
parere	Krátká doporučující lékařská zpráva o pacientovi určená jinému lékaři
PhDr.	Doktor filozofie
PSY	Psychosomatické a psychoterapeutické oddělení
RZS	Rychlá záchranná služba
RTG	Rentgen
s	Strana
Sb.	Sbírka
SS	Schutzstaffel „ochranný oddíl“
START-KRS	Komplexní rehabilitace k soběstačnosti
suicidalita	Sebevražedné jednání
Sv.	Svatý
tj.	To je
tzv.	Takzvaný
WC	Toalety
WHO	Světová zdravotnická organizace

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1: Vaše pohlaví.....	42
Tabulka 2: Pracujete na oddělení: .....	42
Tabulka 3: Setkáváte se na svém pracovišti s agresivním chováním pacienta?.....	43
Tabulka 4: Agresivní chování pacienta na Vašem odd. je převážně .....	44
Tabulka 5: Jak často se setkáváte na svém odd. s verbální agresí pacienta .....	45
Tabulka 6: S jakým typem nefyzické agrese se setkáváte?.....	46
Tabulka 7: Jak často se setkáváte na svém odd. s fyzickou agresí pacienta? .....	47
Tabulka 8: S jakým typem fyzické agrese pacienta jste se setkali, setkáváte? .....	48
Tabulka 9: Verbální, fyzická agrese pacienta byla nejčastěji vyvolána na podkladě:.....	50
Tabulka 10: S jakým typem fyzického napadení ze strany pacienta se setkáváte nejčastěji .....	51
Tabulka 11: Myslíte si, že umíte zvládnout komunikaci a zásady s agresivním pacientem? .....	53
Tabulka 12: Postupy, jak zabránit fyzickému napadení znám z: .....	54
Tabulka 13: Jaký omezovací prostředek se na Vašem odd. používá nejčastěji?.....	55
Tabulka 14: Dodržuje se postup dle směrnice S 5-016 „ použití omezovacích prostředků“ a práv pacientů v souvislosti s použitím omezovacího prostředku na Vašem oddělení?.....	56
Tabulka 15: Při hrozícím útoku pacienta máte možnost dovolat se pomoci jiného zdravotnického pracovníka?.....	57
Tabulka 16: Bylo nutné po útoku pacienta na Vaši osobu nějaké ošetření? .....	58

**SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1: Vaše pohlaví: .....	42
Graf 2: Pracujete na oddělení .....	43
Graf 3: Setkáváte se na svém pracovišti s agresivním chováním pacienta? ... ..	44
Graf 4: Agresivní chování pacienta na Vašem odd. je převážně: .....	44
Graf 5: Jak často se setkáváte na svém odd. s verbální agresí pacienta.....	45
Graf 6: S jakým typem nefyzické agrese se setkáváte? .....	46
Graf 7: Jak často se setkáváte na svém odd. s fyzickou agresí pacienta?.....	48
Graf 8: S jakým typem fyzické agrese pacienta jste se setkali, setkáváte?.....	49
Graf 9: Verbální, fyzická agrese pacienta byla nejčastěji vyvolána na podkladě .....	50
Graf 10: S jakým typem fyzického napadení ze strany pacienta se setkáváte nejčastěji .....	52
Graf 11: Myslíte si, že umíte zvládnout komunikaci a zásady s agresivním pacientem? .....	53
Graf 12: Postupy, jak zabránit fyzickému napadení znám z: .....	54
Graf 13: Jaký omezovací prostředek se na Vašem odd. používá nejčastěji? .....	55
Graf 14: Dodržuje se postup dle směrnice S 5-016 „ použití omezovacích prostředků“ a práv pacientů v souvislosti s použitím omezovacího prostředku na Vašem oddělení?.....	57
Graf 15: Při hrozícím útoku pacienta máte možnost dovolat se pomoci jiného zdravotnického pracovníka?.....	58
Graf 16: Bylo nutné po útoku pacienta na Vaši osobu nějaké ošetření?.....	59

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I. Mezinárodní listina práv hospitalizovaných psychiatrických pacientů

Příloha P II. Dotazníkové šetření

Příloha P III. Žádost o umožnění přístupu k informacím

Příloha P IV. Žádost o umožnění dotazníkového šetření

## PŘÍLOHA P I:

### Mezinárodní listina práv hospitalizovaných psychiatrických pacientů

APA, Washington, prosinec 1992  
Koncept před definitivním vydáním.

Přeložil: Doc. MUDr. Miloš Vojtěchovský, DrSc.  
PhDr. J. Florian

#### 1. PREAMBULE

Je v zájmu každého státu, aby všichni jeho občané měli přístup k ústavnímu psychiatrickému léčení, které je na nejvyšší úrovni a zcela oproštěno od všech forem možného zneužití.

Základem pro jakoukoliv listinu práv psychiatrických pacientů umístěných v ústavech je především právo na léčbu podle dobré a na úrovni jsoucí klinické praxe, jež poskytuje všechny možnosti plné a soustavné spolupráce ze strany pacientů.

Tento princip musí být reflektován v každé dílčí položce této listiny. Hodnota každé položky předkládaného dokumentu by měla být posuzována ve světle tohoto principu.

Je zřejmé, že jednotný výklad každé položky této Listiny práv není možný vzhledem k velké rozdílnosti kulturních, společenských, právních a ekonomických podmínek v různých společnostech a národech. Očekává se však, že tato Listina práv poslouží jako prototyp, jenž bude místně přizpůsoben s cílem vytvořit standardy pro léčbu duševně nemocných na celém světě.

#### 2. PRÁVA DENNÍHO ŽIVOTA

##### a) Důstojnost bez předsudků

Máte právo být léčen jako jedinec, s nímž je zacházeno důstojně, s úctou a bez jakékoliv diskriminace, ať již rasové, věkové, podle pohlaví, náboženského vyznání, etnické příslušnosti, politických názorů, sexuální preference, životního stylu nebo osobního handicapu.

##### b) Občanská práva

V průběhu hospitalizace máte právo dožadovat se veškerých svých civilních občanských práv, až na ta, která jsou specifickým způsobem omezena, buď proto,

1. aby vás či jiné osoby ochraňovala od tělesného poškození,
2. proto, že jste byl(a) omezena(a) ve své právní způsobilosti

##### c) Prostředí

Máte právo na bezpečné, zdravotně nezávadné a humánní prostředí. Máte právo na přiměřenou stravu, která je připravena v souladu s vašimi zavedenými zdravotními potřebami a náboženskými předpisy.

##### d) Minimum omezujících opatření

Máte právo být léčen psychiatrickými prostředky, které jsou ordinovány tak a za takových podmínek, že omezují vaši osobní svobodu pouze tehdy, pokud to nezbytně vyžaduje potřeba vaší léčby.

##### e) Svoboda pohybu

Vaše právo pohybovat se volně v kterékoliv oblasti běžně přístupné pacientům může být omezeno jedině specifickými limity, vyplývajícími z vaší léčby. Toto právo zahrnuje možnost pravidelných přístupů do prostorů mimo oddělení a pravidelné setkávání se s jinými pacienty. Toto právo může být omezeno jedině z důvodu vaší vlastní bezpečnosti nebo bezpečnosti ostatních, avšak i v těchto případech pouze podle zavedených pravidel.

#### f) **Vlastní majetek**

Máte právo ponechat si a používat své osobní věci, včetně šatstva. Toto právo může být omezeno jedině z důvodů bezpečnosti vaší a ostatních osob, a to i v těchto případech pouze podle zavedených pravidel. Jsou-li vaše osobní věci prohlíženy, máte právo být při tom a důvod prohlídky vám musí být řádně vysvětlen.

Máte právo na přiměřený prostor pro uložení vašich soukromých věcí, které užíváte. Do těchto prostorů vám musí být umožněn pravidelný přístup.

Máte právo ponechat si a utrácet přiměřené množství peněz. Co se rozumí pod pojmem přiměřený, musí být upřesněno ve vašem léčebném plánu. Jakékoliv omezení musí být řádně dokumentováno.

#### g) **Komunikace**

Máte právo volného přístupu k telefonu a můžete jej využívat pro své soukromé potřeby. Máte právo psát dopisy a kupovat si poštovní známky. Máte právo odesílat a přijímat poštovní zásilky neotevřené, bez jakékoli cenzury. Máte právo číst noviny, časopisy a knihy dle své vlastní volby, poslouchat rozhlas a dívat se na televizi. Toto právo je možné omezit pouze z hlediska ohrožení vaší bezpečnosti nebo bezpečnosti vašeho okolí, a to i v tomto případě pouze podle ustanovených pravidel.

#### h) **Návštěvy**

Máte právo přijímat návštěvy v pravidelně vymezených návštěvních hodinách dle daného řádu ústavu, které musejí být dodržovány. Návštěvy lze omezit pouze na příkaz lékaře, a i pak pouze ze podmínek zdůvodnění a zdokumentování v chorobopisu.

## **3. PRÁVO NA INFORMACE**

### a) **Informace o právech a délce pobytu**

Máte právo být informován bezprostředně po přijetí, a to ústně i písemně, v jazyku a v terminologii, kterým rozumíte, o svých právech, která máte jakožto hospitalizovaný pacient, a o plánech souvisejících s vaším umístěním na oddělení, včetně toho, co se na něm od vás očekává.

### b) **Informace o léčebných možnostech**

Máte právo být informován o různých možnostech léčby na vašem oddělení, jak tuto léčbu přijmout či za jakých okolností ji eventuálně odmítnout. Máte právo být informován o finančních nákladech jakýchkoliv léčebných metod a o eventuálních finančních omezeních léčebných nákladů.

### c) **Informace o právním postavení**

Máte právo být informován o svém právním statutu v psychiatrickém zařízení, včetně důvodů vašeho přijetí. Rovněž máte právo být informován o nezbytných procedurách, které byste měl dodržovat, pokud si přejete být propuštěn.

### d) **Informace o osobách, které o vás budou pečovat**

Máte právo být informován o jménech a titulech všech lékařů, kteří vás budou léčit nebo se na vaší léčbě podílet.



#### e) **Informace o léčebných postupech**

Máte právo na pravidelné informace o stavu léčby a o svém pokroku v ní a na případné vyžádání si informací o plánech a cílech vaší léčby.

#### f) **Informace o převozu a přesunech**

Máte právo být předem informován o svých eventuálních přesunech nebo převozech uvnitř či mimo psychiatrické zařízení. Přesuny vám musí být řádně zdůvodněny.

## **4. PRÁVA TÝKAJÍCÍ SE POSTAVENÍ PACIENTA**

#### a) **Souhlas**

Máte právo být informován o důvodech a povaze jakékoliv navrhované léčby, o jejích rizicích, přednostech a také o alternativách, než s ní vyslovíte souhlas. Svůj souhlas s léčbou máte právo kdykoliv odvolat. Máte právo odmítnout jakoukoliv léčbu, včetně farmak, až na výjimky stanovené zákonem, které mohou za určitých okolností dovolit psychiatrickému zařízení, aby pokračovalo ve vaší léčbě i přes vaše námitky. Vaše právo na souhlas s léčením v sobě zahrnuje právo na informaci o názvu léku, účelu jeho podávání, o eventuálních vedlejších účincích a o častosti podávání jakýchkoli léků, které máte užívat.

#### b) **Důvěrnost**

Máte právo na to, aby váš chorobopis zůstal nanejvýš důvěrným spisem, který by se neměl dostat do rukou jiným osobám než vašim současným nebo potencionálním lékařům a ošetřovatelskému personálu. Pokud se tak stane, pak jedině s vaším písemným souhlasem.

Výjimky lze připustit jen při mimořádných nouzových stavech, ohrožujících život, nebo na soudní příkaz. Máte právo odmítnout fotografování, natáčení na video či snímání otisků vašich prstů. Výjimkou je pouze identifikační fotografie jako příloha k vašemu chorobopisu.

#### c) **Soukromí**

Máte právo na maximální možné soukromí, které je v souladu s účinností a bezpečností léčby vám poskytované.

#### d) **Zneužívání**

Máte právo nebýt tělesně ani duševně zneužíván(a) nebo opomíjen(a) ošetřujícím týmem na oddělení. Máte rovněž právo nebýt pohlavně zneužíván(a) jinými pacienty. Jakýkoli sexuální vztah s ošetřovatelem (ošetřovatelkou) nebo lékařem (lékařkou) lze chápat jako pohlavní zneužívání, a je proto protiprávní.

#### e) **Izolace a omezení**

Máte právo nebýt tělesně ani chemicky omezován a nebýt nedobrovolně izolován od ostatních pacientů. Výjimku tvoří nouzové případy na příkaz lékaře, aby se předešlo poškození vás samotných nebo ostatních pacientů ve vašem bezprostředním okolí, ale i to jedině tehdy a ne déle, dokud nebudou po ruce méně omezující a stejně účinná opatření.

#### f) **Experimenty**

Máte právo odmítnout účast na jakémkoliv výzkumném projektu nebo léčebném experimentu. Toto vaše odmítnutí přitom nesmí nepříznivě ovlivnit služby či léčbu, která je vám poskytována.

#### g) **Mimořádná léčba**

Máte právo na speciální klinické konzilium, jste-li žádán abyste souhlasil s psychochirurgickým zákrokem, s averzivní léčbou či jinými léčebnými programy, které by vám mohly způsobit jakoukoliv formu tělesné bolesti, sterilizaci, nebo jiné neobvyklé poškození.

#### **h) Stížnosti**

Máte právo si kdykoliv stěžovat a právo na to, aby vaše stížnost byla vřídně vyslyšena a promptně přijata. Máte právo podat stížnost, aniž byste se musel(a) obávat jakýchkoli následných postihů.

#### **i) Právní zastoupení**

Máte právo mít svého právního zástupce nebo advokáta, nebo získat právníka na náklady státu, pokud nemáte krytí na finanční výdaje, aby vás zastupoval při soudním řízení, týkajícím se vašeho přijetí či propuštění z psychiatrického léčebného zařízení.

#### **j) Omezení na svobodě**

Máte právo si stěžovat u soudu a vyžádat si přezkoumání oprávněnosti vašeho omezování na svobodě.

#### **k) Odměna za práci**

Máte právo na finanční odměnu v souladu s běžnými mzdami a vaší pracovní produktivitou za jakoukoliv práci, kterou jste případně vykonal ve prospěch nemocnice (či jiného léčebného zařízení). Nemůžete však být přinucen k žádné činnosti v nemocnici, která by přesahovala udržování pořádku ve vašich osobních prostorách v rámci oddělení, na němž jste hospitalizován.

## **5. PRÁVA TÝKAJÍCÍ SE PSYCHIATRICKÉ A JINÉ LÉČBY**

#### **a) Léčba**

Máte právo na to, aby vám byla poskytována jakákoliv potřebná, časově limitovaná a řádně zdůvodnitelná léčba, přiměřená vašemu zdravotnímu stavu a vykonávaná kvalifikovaným a erudovaným personálem, ať už psychiatrickým, obecně lékařským, či zubařským. To zahrnuje včasné psychiatrické, interní a případně rovněž stomatologické ošetření.

#### **b) Individuální léčebný plán**

Máte právo na vlastní individuální léčebný plán, formulovaný a sepsaný za vaší účasti. Tento plán může být průběžně podle potřeby přehodnocován jak vámi, tak i ošetřujícím týmem v pravidelných a předem stanovených termínech.

#### **c) Názor jiných lékařů**

Máte právo konzultovat svůj případ s kterýmikoliv specialisty, které si sám vyberete, a to podle předem stanovených a dohodnutých pravidel.

#### **d) Termín propuštění**

Máte právo podílet se na plánování svého propuštění.

(Česká asociace pro psychické zdraví, ©1996)

## PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

Vážené kolegyně, kolegové.

Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění mého dotazníku, který poslouží jako podklad pro bakalářskou práci na téma „Míra agresivity psychiatrických pacientů vůči personálu“.

Účast ve výzkumu je anonymní a dobrovolná.

Děkuji za spolupráci. Marcela Kvapilová, studentka UTB Zlín

### 1) Vaše pohlaví.

	žena
	muž

### 2) Pracujete na oddělení:

	uzavřené psychotické (3B, 7A, 15A, 15B)
	psychosomatické a psychoterapeutické (5)
	gerontopsychiatrické (1,3A, 9A, 9B, 9C, 11)
	interní psychiatrické následné péče (19A)

### 3) Setkáváte se na svém pracovišti s agresivním chováním pacienta?

	ano
	ne (dále dotazník nevyplňujte)

### 4) Agresivní chování pacienta na Vašem oddělení je převážně. (rozdělte celkem 100 %)

verbální	0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100%
fyzické	0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100%

**5) Jak často se setkáváte na svém oddělení s verbální agresí pacientů?**

	velmi často
	často
	občas
	jiné (vypište)

**6) S jakým typem nefyzické agrese se setkáváte? (rozdělte celkem 100%)**

nadávky, urážky	0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100%
výhrůžky slovy	0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100%
výhrůžky gesty	0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100%
pasivní agrese (ignorování, nerespektování,...)	0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100%
jiné neuvedené	0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100%

**7) Jak často se setkáváte na svém oddělení s fyzickou agresí pacienta?**

	často
	občas
	výjimečně
	nikdy
	jiné (vypište)

**8) S jakým typem fyzické agrese pacienta jste se setkali, setkáváte? (rozdělte celkem 100%)**

brachiální agrese vůči personálu	0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100%
agrese vůči předmětům	0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100%
autoagrese	0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100%
napadení spolupacienta	0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100%
jiné neuvedené	0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100%
žádná fyzická agrese	0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100%

**9) Verbální, fyzická agrese pacienta byla nejčastěji vyvolána na podkladě: (rozdělte celkem 100%)**

příjem, překlad, propuštění (chtěný, nechtěný)	0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100%
nesouhlas s léčbou, medikací	0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100%
nesouhlas s režimem a aktivitami v rámci oddělení	0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100%
antipatie vůči personálu	0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100%
nevyhovující spolupacienti	0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100%
jiné neuvedené	0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100%

**10) S jakým typem fyzického napadení ze strany pacienta se setkáváte nejčastěji? (rozdělte celkem 100%)**

údery	0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100%
kopy	0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100%
tahání za oděv	0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100%
tahání za vlasy	0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100%

útok předměty	0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100%
jiné neuvedené	0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100%
nesetkávám se s fyzickou agresí	0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100%

**11) Myslíte si, že umíte zvládnout komunikaci a zásady s agresivním pacientem?**

	ano
	ne
	nevím

**12) Postupy, jak zabránit fyzickému napadení znám z:**

	teoretických, praktických ukázek v praxi
	kurzu sebeobrany, jiného certifikovaného kurzu formou juda
	samostudia
	jiné neuvedené
	neznám, neovládám

**13) Jaký omezovací prostředek se na Vašem oddělení používá nejčastěji? (rozdělte celkem 100%)**

psychofarmaka	0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100%
manuální fixace	0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100%
kurty, bezpečnostní pásy	0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100%
uzavřená izolace	0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100%
uzavřená síťová lůžka	0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100%
jiné neuvedené (kazajky, vesty, kabátky, palčáky, oboustranně zvednuté postranice, ...)	0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100%

žádný, popřípadě jen domluva	0 – 10 – 20 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100%
------------------------------	---

**14) Dodržuje se postup dle směrnice S 5-016 „použití omezovacích prostředků“ a práv pacientů v souvislosti s použitím omezovacího prostředku na Vašem oddělení?**

	ano
	spíše ano
	spíše ne
	ne
	nevím


**15) Při hrozícím útoku pacienta máte možnost dovolat se pomoci jiného zdravotnického pracovníka?**

	ano
	spíše ano
	spíše ne
	ne
	nevím, nemohu posoudit

**16) Bylo nutné po útoku pacienta na Vaši osobu nějaké ošetření?**

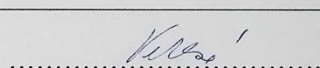
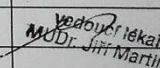
	žádné
	ošetření na oddělení
	chirurgické ošetření
	chirurgické ošetření s pracovní neschopností
	invalidita
	jiné ošetření (uved'te)

# PŘÍLOHA P III: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

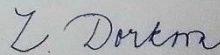
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Marcela KVAPILOVÁ	
Téma bakalářské práce	Míra agresivity psychiatrických pacientů vůči personálu	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Jarmila Verešová - UZV	
	 ..... podpis	
Skupina respondentů	všeobecné sestry	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
	Souhlasím <del>Nesouhlasím</del>	
	Souhlasím <del>Nesouhlasím</del>	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne ..... 18 -10- 2016

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd


PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA  
ŠTERNBERK  
Olomoucká 1848/173  
785 01 Šternberk  
-1-

vedoucí lékař  
MUDr. Jiří Martinů

.....  
razítko a podpis zástupce zařízení

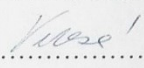
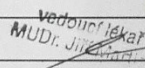


# PŘÍLOHA P IV: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

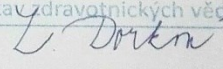
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Marcela KVAPILOVÁ	
Téma bakalářské práce	Míra agresivity psychiatrických pacientů vůči personálu	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Jarmila Verešová - UZV	
	 ..... podpis	
Skupina respondentů	všeobecné sestry	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
	Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím <input checked="" type="checkbox"/>	 vedoucí lékař MUDr. Jiří Machán
	Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím <input type="checkbox"/>	
	Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím <input type="checkbox"/>	

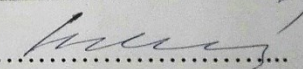
Děkujeme za pochopení a spolupráci.

18 -10- 2016  
Ve Zlíně dne .....

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd

  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA  
ŠTERNBERK  
Olomoucká 1848/173  
785 01 Šternberk  
-1-

  
.....  
MUDr. Jiří Machán  
vedoucí lékař  
razítko a podpis zástupce zařízení