

# **Agrese a násilí na psychiatrických odděleních vůči všeobecným sestřám**

Kamila Lotreková

---

Bakalářská práce  
2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2017/2018

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kamila Lotreková**

Osobní číslo: **H15547**

Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Agrese a násilí vůči všeobecným sestřám na psychiatrických odděleních**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a nastudování odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti psychiatrie.

Příprava metodiky empirické části, zpracování výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace výzkumu technikou rozhovoru.

Zpracování a vyhodnocení informací včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2781-3.**

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

**OREL, Miroslav. Psychopatologie. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3737-9.**

**PRAŠKO, Ján. Obecná psychiatrie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2570-2.**

**TILLEY, Stephen. Psychiatric and mental health nursing: the field of knowledge. Malden, MA: Blackwell Science, 2005. ISBN 978-06-32058-457.**

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Barbora Plisková**  
Ústav zdravotnických věd

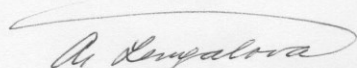
Datum zadání bakalářské práce:

**5. ledna 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**18. května 2018**

Ve Zlíně dne 5. ledna 2018

  
doc. Ing. Aněžka 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 užit 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

*L.P. 2. 2011*

*Lohaj*

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

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

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

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

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

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

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

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

3). Opírá-li autor takového díla udělit svolení bez vázného 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 jím 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 ke výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## ABSTRAKT

Bakalářská práce s názvem Agrese a násilí v psychiatrických nemocnicích vůči všeobecným sestřám je rozdělena na teoretickou část zabývající se danou problematikou a empirickou část, jejímž cílem bylo analyzovat podmínky a okolnosti agresivity pacientů vůči všeobecným sestřám v psychiatrické nemocnici. V první části je uveden teoretický koncept agrese, který je v empirické části srovnáván s výzkumnými nálezy. Cílem práce je prozkoumat, formou rozhovorů se všeobecnými sestrami, podmínky a okolnosti agresivity pacientů vůči sestřám v psychiatrické nemocnici. Pro detailnější výzkum byly provedeny rozhovory se sestrami, které dosáhly stupně vzdělání dle platné legislativy.

Klíčová slova: násilí, agrese, komunikace, jednání, prevence násilí, zvládnání neklidného pacienta

## ABSTRACT

Bachelor thesis titled Aggression and violence in psychiatric hospitals against nurses is divided on theoretical element focused on given issues and empirical element, which aims to analyse conditions and circumstances of patients aggression against nurses in psychiatric hospitals. First part deals with theoretical concept of aggression, which is compared to observational discoveries. Objective of the work is to analyse, in the form of interviews with nurses, conditions and circumstances of aggression of patients against nurses in psychiatric hospital. Only nurses with degree of education required under current legislation were interviewed for more detailed informations.

Keywords: violence, aggression, communication, action, prevention of violence, managing a restless patient

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Bc. Barboře Pliskové, Dis., za odborné vedení bakalářské práce, za cenné rady, ochotu a čas, který mi po celou dobu věnovala. Poděkování také patří všem všeobecným sestřám, které byly ochotny věnovat mi svůj čas a spolupracovaly při realizaci výzkumu.

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

# OBSAH

ÚVOD.....	10
<b>I</b> <b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1</b> <b>AGRESE VŮČI ZDRAVOTNICKÝM PRACOVNÍKŮM</b> .....	<b>12</b>
1.1    ETIOLOGIE AGRESE .....	12
1.2    ETIOLOGIE AGRESIVITY DLE CÍLOVÉHO ZAMĚŘENÍ .....	14
1.3    POJMY SOUVISEJÍCÍ S AGRESIVITOU .....	15
<b>2</b> <b>NÁSILÍ</b> .....	<b>17</b>
2.1    NÁSILNÉ CHOVÁNÍ.....	17
2.2    VIKTIMIZACE.....	18
2.3    PSYCHIATRICKÁ ODDĚLENÍ, SKLADBA PACIENTŮ V PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICI V BRNĚ V ČERNOVICÍCH .....	18
<b>3</b> <b>TERAPEUTICKÉ OVLIVNĚNÍ NÁSILNÉHO CHOVÁNÍ.....</b>	<b>21</b>
3.1    OBECNÉ ZÁSADY PODÁVÁNÍ FARMAKOTERAPIE .....	24
3.2    ANTIPSYCHOTIKA .....	24
3.2.1    Quetiapin .....	24
3.2.2    Lithium .....	25
3.3    PSYCHOFARMAKOTERAPIE V KRIZOVÉ INTERVENCI.....	25
3.4    OBECNÉ ZÁSADY JEDNÁNÍ S AGITOVANÝM PACIENTEM .....	25
3.5    PREVENCE AGRESIVNÍCH STAVŮ.....	26
3.6    POSTUPY K ZABRÁNĚNÍ AGRESE .....	26
3.7    OBECNÉ ZÁSADY VEDENÍ ROZHOVORU .....	27
3.7.1    Nevhodné zásahy při rozhovoru.....	27
3.8    AKUTNÍ LÉČBA AGITOVANOSTI A AGRESIVITY .....	28
3.9    STANDARDIZOVANÉ POSTUPY PRO ZVLÁDÁNÍ AGRESIVNÍHO PACIENTA.....	28
3.10   DEESKALACE.....	29
<b>4</b> <b>PRÁCE SESTRY NA PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ .....</b>	<b>31</b>
4.1    ROLE A KOMPETENCE SESTER PŘI ZVLÁDÁNÍ AGITOVANÉHO PACIENTA.....	33
4.2    OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V PSYCHIATRII .....	34
<b>5</b> <b>PSYCHOLOGICKÉ TRAUMA PO NAPADENÍ.....</b>	<b>36</b>
5.1    SYMPTOMY .....	36
5.2    POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA .....	37
<b>II</b> <b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>38</b>
<b>6</b> <b>CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU</b> .....	<b>39</b>



6.1	CÍLE VÝZKUMU.....	39
6.2	VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	39
6.3	METODA SBĚRU DAT.....	40
6.4	VÝZKUMNÝ SOUBOR .....	40
6.5	ANALÝZA VÝZKUMU .....	41
6.5.1	Otázka č. 1 .....	42
6.5.2	Otázka č. 2.....	44
6.5.3	Otázka č. 3.....	46
6.5.4	Otázka č. 4.....	48
6.5.5	Otázka č. 5.....	50
6.5.6	Otázka č. 6.....	52
6.5.7	Otázka č. 7.....	54
6.5.8	Otázka č. 8.....	56
6.5.9	Otázka č. 9.....	57
6.5.10	Otázka č. 10.....	59
6.5.11	Otázka č. 11.....	61
6.6	DISKUZE VÝSLEDKŮ .....	63
	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>66</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>67</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>72</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK.....</b>	<b>73</b>

## ÚVOD

Agrese dle medií i literatury stále přibývá. Můžeme ji najít všude kolem sebe, je součástí běžného života lidí i zvířat. Agrese sama je útočné chování na okolí a patří mezi základní psychické projevy člověka. Pokud je agresivní chování v přiměřené formě, jde o odstraňování překážek. My lidé usměrňujeme agresivitu do určitých společensky přijatelných či uznávaných činností jako je např. sport. Agresivita však může být i skrytá bez fyzických projevů. Má mnoho podob a vzhledem k mé profesi jsem si právě vybrala toto téma, abych hlouběji poznala myšlení a pocity sester, které se s agresí ve svém povolání často zabývají. Každý člověk je jiný a každý zvládá situace jinak. Není nikde striktně předepsaný návod, jak zvládat agresi od pacientů, protože druhy, způsoby i příčiny jsou tak odlišné, že je třeba se s nimi naučit pracovat, rozpoznat varovné signály a zvládat základní typy zklidnění jak farmakologické, tak i nefarmakologické. Pracuji na psychiatrii již 18 let a mohu poukázat na to, že ne každý je připraven se lidem s psych. diagnózou věnovat. Ale zažila jsem i opačný přístup, kdy si studentky při výkonu praxe u nás na oddělení samy zažádaly o místo na psychiatrii. Práce je velice zajímavá a různorodá. Ve své práci se zaměřuji na agresivní pacienty, kteří hrají velkou roli v celkové sféře psychiatrie. V teoretické části popisují základní pojmy, druhy a příčiny agrese. Dále způsoby jednání a postupy k zabránění agrese. V praktické části se zaměřuji na rozhovory, které jsem provedla se šesti všeobecnými sestrami. Formou polostrukturovaného rozhovoru jsem jim položila základní otázky a analyzovala výsledky, které korespondují s danými cíli.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 AGRESE VŮČI ZDRAVOTNICKÝM PRACOVNÍKŮM

Pracovníci ve zdravotnických zařízeních se s agresivitou setkávají téměř denně. Úkolem zdravotnických zařízení, ale i samotných pracovníků, je preventivně agresivním projevům předcházet. Je nutné, aby personál předvídal možné agresivní chování a také krizové situace zvládl (Burda, 2014 s. 46). V poslední době se zvýšila četnost a intenzita agresivního chování vůči pracovníkům zdravotnických zařízení a mnohdy jsou obětí tohoto chování i samotní pacienti, což přispívá ke snížení bezpečnosti na odděleních, ale i k nárůstu nákladu na péči (Vevera a kol., 2011, s. 223).

Obecně se předpokládá, že na psychiatrii je nejvíce zaznamenaných projevů agrese a násilí už proto, že pacienti jsou pod vlivem návykových látek, nebo nesouhlasí s léčbou, nebo právě proto, že jejich diagnóza se projevuje nejčastěji agresivitou, násilím, hněvem a vztekem. Úroveň pohledu široké veřejnosti ještě není zcela tak objektivní, jak bychom si přáli.

V případě agresivního chování ve zdravotnických zařízeních se oběť takového útoku setkává s pochopením kolektivu. Postižený pracovník často bere napadení jako osobní selhání, protože sám nedokázal dostatečně zvládnout situaci (Venglářová, Mahrová 2006, s. 87).

Gladkij (2003, s. 223) uvádí, že ve zdravotnictví se často vyskytují riziková pracoviště a velmi důležitou péčí o zaměstnance by měla být zejména oblast hygieny a bezpečnosti.

### 1.1 Etiologie agrese

Existuje celá škála neverbálních signálů ohlašujících napětí až případnou agresi. Není-li vůči nim ošetřující personál slepý, může riziko agresivního chování včas odhalit. Zkušený, trénovaný a hlavně vnímavý zdravotník je zpravidla schopen rozpoznat první signály, které ho varují před rizikem agrese. Zdravotník by měl věřit svým pocitům, jelikož z výzkumu vyplývá, že budoucí agresivitu je schopen odhadnout v 75 % (Trčková, Titlbach, Pospíšil, 2006, s. 69).

Martínek (2015, s. 11) popisuje, že významnou úlohu mají genetické faktory, a to až z 60 %. Těžko bude mít potomek agresivního jedince chování mírumilovného člověka. Vliv genetických faktorů na agresivitu lze předpokládat za těchto podmínek. Rodina se chová normálně, avšak jedinec z této rodiny se chová agresivně. Zde je těžko dokazatelné, že agresivita jedince představuje geneticky podloženou biologickou abnormitu. Pokud je velký počet členů agresivních, i když není přesně podložen společný faktor prostředí, lze předpokládat podíl genetického faktoru.

Agresivní chování můžeme rozdělit do tří kategorií: **primárně nepsychiatrické**, mezi ně řadí například epilepsie, především temporální, cévní mozková příhoda, infekce CNS, hypoglykemie a hypertenze. Dále pak **zneužívání návykových látek**, což je akutní intoxikace a syndrom z odnětí návykové látky. **Primárně psychiatrické** v rámci akutní reakce na stres a poruchy přizpůsobení, při schizofrenních, afektivních a úzkostných poruchách, při organických poruchách CNS (Veveřa, 2011, s. 66).

Fischer, Škoda (2009, s. 50) rozdělují příčinu agresivního chování na vrozenou (biologickou) a získanou (sociální). Každý člověk má k agresivnímu chování vrozené dispozice. Stejně tak je tomu i u jiných vrozených předpokladů.

**Biologická dispozice:** jedním z faktorů je například hladina testosteronu u mužů. Tato teze souvisí s protispolečenským chováním, ne však se sociální úspěšností. Podobnou teorii popsal i Sigmund Freud. Vrozené předpoklady se liší v závislosti na sociokulturní tradici společnosti. Jsou upřednostňováni jedinci s těmito dispozicemi, snáze přežili a měli více potomků.

**Sociokulturní dispozice:** Tendence k agresivnímu chování nejsou podmíněny pouze biologickými faktory. Rozvíjejí se také vlivem sociálních podmínek, zejména sociálním učením. Významný je vliv společnosti a celého jejího systému. Například vliv médií, vliv politický a vliv různých ideologií. Lidé si přirozeně vybírají ty vzorce chování, které přirozeně souvisí s dosažením úspěchů (Fischer, Škoda, 2009, s. 50).

## 1.2 Etiologie agresivity dle cílového zaměření

Kristová (2008, s. 23) popisuje nejčastěji vyskytující se formy agrese podle cíle zaměření. Dělí je na **přímou**, ta ohrožuje všechny zdravotnické pracovníky, patří sem složka verbální (nadávky, urážky, hrozby) a na brachiální, což je (ničení, destrukce a negativní haptika). **Transferovanou** neboli přenesenou. Pacient přenesse svoji zlost na objekt, který v něm podnět nevyvolal. Můžeme uvést příklad, kdy vyvolávající podnět je lékař, ale zlost je přenesená na méně autoritativní sestru. Patří sem i autoagrese, kdy pacient dává vinu sám sobě a může to ovlivnit jeho zdravotní stav. **Zadržovanou**, kdy pacient v sobě zlost zadržuje a projevuje se až poté, kdy nastane vhodná příležitost, aby "vrátil odplatu". **Zlostnou**, která nastupuje okamžitě, má pudový původ a vede k ničení věcí, jsou zde navenek projevovány pocity zlosti, nenávisti, hostility a mrzutosti. Poslední je **instrumentální**, kdy jde o naučenou sociální techniku, je zde vyvíjen tlak na okolí. Není provázena zlostnými projevy.

Na agresi neexistuje žádná obecně přijatá definice. Jedna z nejznámějších je například Moyerova definice: *Agrese je zjevné chování, jehož úmyslem je působit škodlivě nebo destruktivně vůči jinému organismu*. Nezahrnuje však agresi vůči sobě (Látalová, 2013, s. 16).

Höschl, Libiger, Švestka (2002, s. 162) rozdělují agresi do několika os. Například lékařská diagnóza, psychologické faktory, biologické faktory, kulturní faktory. Dále je pak dělí na predátorní, typickým příkladem jsou lupiči, pro něž je hmotný zisk zásadní investicí. Ideologická, ta se týká například vraždění v rámci etnického původu, ale i nevhodné chování fotbalových fanoušků. Impulzivní, plánovaná a zpravidla bez hmotného zisku. Pod vlivem halucinací, bludů a jiných psychotických příznaků. Nejsou jednoznačně ostré hranice mezi navrženými znaky určitého chování a mohou se prolínat.

Agresivní chování lze definovat jako porušení sociálních norem, omezující práva a poškozující živé bytosti či neživé objekty. Může jít o reálný či symbolický útok, o různý způsob ubližování, např. bitím, nadávkami, omezováním, ničením. Termín agresivita označuje tendenci, pohotovost k násilnému způsobu reagování (Vágnerová, 2008, s. 757).

### 1.3 Pojmy související s agresivitou

**Hostilita** je to nejnižší stupeň agrese. Klient nám dává najevo svoji antipatii, která je zřejmá z jeho chování a jednání. Můžeme také použít termín nepřátelství (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 106). Psychologicky je chápána jako nepřátelský postoj člověka k druhým lidem. Lze ji definovat i jako projev zlosti. V hostilitě je třeba rozeznávat i její dílčí aspekty, například nedůvěru k druhým lidem, cynický postoj a ironii (Křivohlavý, 2002, s. 117). Stejně jako agrese má i hostilita své vyvolávající činitele. Může to být obranná situace, která je pro pacienta neznámá, nemohl se na ni připravit. Člověk, který má nějaký problém nebo nesaturovanou potřebu, raději použije hostilní projevy než například apatii. Zde má velký význam úloha zdravotníka. Působí preventivně a minimalizuje vlivy, které mohou vést k podráždění. Hostilita může sloužit jako nástroj, když chce bránit potřeby nebo touhu (Burda, 2014, s. 19).

**Afekt** se vyskytuje u osob, které jsou lehce vyprovokovatelné, například po frustrujícím nebo ohrožujícím prožitku. Je to prudká emoční reakce, chybí dostatek racionální kontroly jednání. Má několik podkategorií. Afekt je proces krátkodobý a pacient má téměř vždy tendenci k okamžitému vybití (Orel, 2012, s. 69).

**Patický afekt** – je velmi silný, na vrcholu se rozvine mráкотný stav s následnou amnézií. Přichází v úvahu u epilepsie a u těžkých poruch osobnosti. Mohou ho vyvolat i stavy jako je hladovění a spánková deprivace. Zvýšenou afektivitu vykazují hypersenzitivní a hysterické osobnosti (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006, s. 25).

**Fobie** je chorobný strach z konkrétní věci nebo situace. Tím se liší od anxiety (úzkosti), kdy obavy nemají zřetelný podnět, jedinec neví, čeho se bojí (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006, s. 26).

**Agitovanost** je neúčelné bezcílné jednání, vyskytuje se u diagnóz, jako jsou delirium, mánie, intoxikace, můžeme nazvat taky psychomotorický neklid (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006, s. 27). Seifertová (2005, s. 108), popisuje, že jde o stav, při kterém je v popředí neúčelná, desorganizovaná a nadměrná psychomotorická aktivita, která vzniká v důsledku psychické nebo tělesné nepohody. Nejvýraznější projevy jsou pohybový neklid často spojený s úzkostí a neporozuměním situaci, zvýšená reaktivita na jakékoliv zevní podněty. Chování je nepředvídatelné a může

vyústit do agresivity. Mohou být přítomny změny vědomí (kvalitativní i kvantitativní). Časté jsou krátkodobé afektivní reakce, náhlé záchvaty úzkosti, zlosti, smutku, beznaděje, které pacienta ohrožují zkratkovitým jednáním. Pro zvládnutí akutního neklidu jsou důležité tři kroky: 1. volba typu kontaktu s pacientem, 2. rychlá diferenciální diagnostika, 3. volba vhodné léčby.

**Iktální agrese** je náhlá, nevyprovokovaná, vyskytuje se u pacientů s cerebrální nestabilitou zejména s patologickým nálezem na EEG (Harsa, Tukov, Csémy, 2008 s. 3).

**Raptus** je takzvané náhlé, zuřivé, útočné jednání. Nejčastěji se vyskytuje u katatonní schizofrenie, ale i u melancholie (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006, s. 28).

**Asertivita** je charakterizována jistým sebevědomím, člověk je schopen se prosadit i bez zjevné agresivity. Takové jednání nazýváme asertivní. Jedná se o zastávání vlastních práv, které žádným způsobem neomezuje práva druhé osoby (Nakonečný., 1996, s. 205). Americký psycholog a otec asertivity Andrew Salter ji definoval jako umění něco jasně tvrdit a dostát si svého slova (Hartl, Hartlová, 2010, s. 48).

**Hněv** je emoční reakce, mnohdy se může vystupňovat až do afektu. Vyvolává jí zejména ponížení, urážka. Týká se velmi často i nejbližší osoby, která v nás tyto emoce vyvolá. Převážně končí agresivním chováním (Vymětal, 2003, s. 258).

Nakonečný (2000, s. 259) dále rozdělil hněv na dvě podkategorie a to: **Rozzlobení** – což je slabší forma hněvu, tj. když se člověku nedaří překonat malou překážku (výstup z hromadné dopravy apod.) a dále pak **Vztek**, to je silnější forma hněvu, která může přejít až do zuřivosti.

*"Z hlediska psychologie má agresivita vrozený základ, ale její intenzita a forma jsou do značné míry osvojené během života člověka, a proto ovlivnitelné prostředím a psychologickými prostředky slouží formování a rozvoj osobnosti a plní ochrannou a adaptivní funkci"*(Vymětal, 2003, s. 261).



## 2 NÁSILÍ

### 2.1 Násilné chování

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

Tento pojem je výhradně používán mezi interakci mezi lidmi, nepoužívá se jako vyjádření agrese mezi zvířaty. Dle světové zdravotnické organizace, která ji již v roce 1996 popsala jako: „úmyslné použití či hrozbu použití fyzické síly nebo moci proti sobě, jiné osobě, proti skupině či komunitě, a to síly (moci), která má, nebo s vysokou pravděpodobností bude mít za následek poranění, smrt, psychickou újmu, poruchu vývoje, či osobnosti“ (Haškovcová, 2004, s. 13).

Násilí ještě dále rozdělujeme na **dlouhodobé** – to je násilí skryté, pokračující, trvá několik měsíců i roků. **Situační** – jedná se o postupně gradující násilí v daném konfliktu a **jednorázové** – to je forma neočekávaného, náhlého incidentu převážně s krátkým intenzivním průběhem (Komárková a kol., 2001, s. 171).

Násilí není diagnostická kategorie, ale je pouze typem chování, které je spojeno s různou psychopatií. Termínům souvisejícím s násilným chováním rozumíme takto: Agresí považujeme za fyziologickou odpověď, která směřuje k přežití organismu v přírodě. Násilné chování je patologická agrese, jejím smyslem je záměrně někoho poškodit. Rozumíme jím fyzicky agresivní chování s jasným úmyslem poškodit jinou osobu - např. bití, kopání, strkání, házení předměty, používání zbraně a vyhrožování jejím užitím. Tato definice nezahrnuje násilí proti vlastní osobě, agresivní sny, fantazie a plány (Vevera, Černý, 2011, s. 69).

Násilné chování v obecné populaci se nejčastěji vyskytuje u osob zneužívajících návykové látky (především alkohol a kokain) a u osob s antisociální poruchou osobnosti. V prostředí nemocnic představuje nejvýznamnější problém delirium z odnětí alkoholu. Roste frekvence i intenzita napadání zdravotníků i pacientů, což přispívá ke snížení bezpečnosti na odděleních a k nárůstu nákladů na péči. Je proto překvapivé, jak málo spolehlivých dat, týkajících se výskytu násilného chování a

jeho důsledků, především různých forem viktimizace, máme k dispozici. Jednou z překážek je také nejednotná definice pojmů násilí, agresivita a agitovanost a používání různých škálovacích metod při hodnocení násilí (Vevera a kol., 2011, s. 221).

## **2.2 Viktimizace**

Velká většina uživatelů psychiatrické péče se nechová násilně a jsou častěji oběťmi násilných a kriminálních činů než jejich vykonavatelé. V kontrastu s nárůstem kriminality v celé společnosti zůstává kriminalita páchaná pacienty s psychotickými, afektivními a organickými poruchami relativně stabilní a zvyšuje se pouze kriminalita způsobená abúzem návykových látek. Až do 90. let se ale odborníci mnohem častěji zabývali tím, jak často se osoby trpící duševní poruchou chovají násilně než tím, jak často jsou obětí tohoto chování. Jedná o důsledky stigmatizace, ke kterým takto jednostranně zaměřený výzkum zároveň sám přispíval. Na stigmatizaci se vysoce podílí skutečnost, že uživatelé péče jsou považováni za nepředvídatelně nebezpečné. Právě domnělá nepředvídatelnost tohoto počínání je veřejností vnímána jako zvláště ohrožující. Jedná se ale o omyl. Oběti jsou většinou rodinní příslušníci a poskytovatelé péče a o ohrožení často vědí předem. Jen nejsou schopni se dovolat účinné pomoci (Vevera a kol., 2011, s. 221).

## **2.3 Psychiatrická oddělení, skladba pacientů v psychiatrické nemocnici v Brně v Černovicích**

V této části přiblížím charakter oddělení v psychiatrické nemocnici v Brně v Černovicích a zaměřím se na ta, která se nejvíce s agresivními pacienty potýkají.

### **Centrální příjem**

Přes centrální příjem přichází většina pacientů, kteří jsou v nemocnici hospitalizováni. Na centrálním příjmu slouží jeden lékař a jedna sestra. Pacienti jsou přivezeni buď sanitou, nebo přicházejí sami, nebo v doprovodu rodinných příslušníků. Zde se agresivní chování projevuje velmi často a k zvládnutí agresivních projevů je zde k dispozici pracovník ostrahy.

**Oddělení diagnosticko-terapeutické stanice 22**

Lůžková příjmová stanice pro mužskou klientelu se zaměřením na akutní a v omezené míře i intenzivní psychiatrickou péči o duševně nemocné s nutností zvýšeného a nepřetržitého dohledu. Zabývá se diagnostikou a léčbou komplexního spektra duševních poruch. Z časového hlediska je určeno ke krátkodobým hospitalizacím. Na stanici rovněž probíhá zaškolování lékařů v období po nástupu po promoci.

**Oddělení diagnosticko-terapeutické stanice 12**

Toto oddělení má stejný charakter jako oddělení mužské, akorát se zde léčí ženy s diagnózami, jako jsou afektivní poruchy, problematika závislosti, akutní problematika v rámci demenčních poruch, dále akutní zaléčení psychických poruch včetně somatických komorbidit. Zde se jedná především o léčbu psychofarmakologickou, podpůrnou psychoterapeutickou a ošetrovatelskou.

**Oddělení pro léčbu návykových nemocí stanice 4**

Lůžková stanice pro mužskou klientelu s problematikou závislostí, zaměřená na střednědobou rezidenční odvykací léčbu u nemocných, kteří již nejsou schopni absolvovat standardní formu léčby na stanici 19, dále na vyčleněných lůžkách provádí detoxifikaci se souhlasem nemocných, rovněž se zabývá doléčováním po závažných odvykacích stavech či toxických psychózách a výkonem ochranných léčeb protialkoholních a protitoxikomanických v ústavní formě.

**Lůžkové oddělení pro léčbu psychických poruch stanice 18**

Lůžková stanice pro mužskou klientelu se zaměřením na komplexní léčbu duševně nemocných s chronickým průběhem těžkých psychických poruch, resocializaci. Stanice se rovněž zabývá výkonem ochranných léčeb psychiatrických v ústavní formě.

**Protialkoholní a protitoxikomanická záchytná stanice**

Protialkoholní a protitoxikomanická záchytná stanice je zdravotnické zařízení, které provozuje Psychiatrická nemocnice Brno na základě smlouvy o zajištění činnosti záchytné stanice s Jihomoravským krajem. Záchytná stanice zajišťuje služby na úseku ochrany zdraví před alkoholismem nebo jinými návykovými látkami, a to v souladu se zákonem č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek. Záchytná stanice poskytuje nepřetržitě služby po dobu 24 hodin. Služby jsou zajišťovány odbornými zdravotnickými pracovníky (Psychiatrická nemocnice Brno, ©2018).

### 3 TERAPEUTICKÉ OVLIVNĚNÍ NÁSILNÉHO CHOVÁNÍ

Léčba psychofarmaky je dnes nosným pilířem biologických léčebných metod. Při akutní atace či relapsu je první volbou podávání antipsychotik a jejich následné pravidelné užívání. Antipsychotika jsou psychofarmaka s příznivým účinkem na psychické integrace myšlení (Höschl, Libiger, Švestka, 2002, s. 692).

Alkohol a psychoaktivní látky mohou farmakologicky dezinhibovat agresivní chování. Zneužívání psychoaktivních látek může zvyšovat riziko agrese několika způsoby. Alkohol a drogy mohou farmakologicky uvolňovat agresivní impulsy, přispívat ke konfliktnímu jednání s ostatními a zvyšovat vnímavost ke zdánlivě ohrožujícímu jednání (Látalová, 2013, s. 55). Postup k léčbě pacienta by měl být následovný, nejdříve lékař diagnostikuje pacienta a určí diagnózu, poté následuje léčba biologická (podávání psychofarmak) pak psychoterapie a psychiatrické rehabilitace. Tyto složky léčby by se měly navzájem prolínat a doplňovat (Petr, Marková, 2014, s. 80).

#### Farmakologické ovlivnění násilného chování

Duševní choroby jsou rozděleny v MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí), kterou publikuje Světová zdravotnická organizace. Akutní péče se omezuje na přímou diagnostiku duševních chorob. Mezi základní patří demence, deliria různé etiologie, psychózy, poruchy disociativní, úzkostné poruchy. Duševně nemocný pacient má problém chovat se dle akceptovatelných sociálních norem. Je možno pozorovat určité stigma, které doprovází pacienty těmito diagnózami (Burda, 2014, s. 28).

Specifickým antiagresivním efektem rozumíme fakt, že pomocí konkrétní medikace je redukováno agresivní chování, aniž by toto bylo zprostředkováno vlivem psychopatologie (například redukcí bludů či halucinací). Antiagresivní efekt může, ale nemusí být závislý na dávce medikace (Látalová, 2013, s. 61).

Vevera, Černý (2011, s. 70-71) rozdělují terapeutické ovlivnění agresivního chování do čtyř skupin:

**I. Akutní nepsychotická agitovanost a násilné chování** – na prvním místě je perorální podání benzodiazepinu, pokud pacient neakceptuje perorální podání, přikročíme k intramuskulární aplikaci. Pokud zvolíme intravenózní aplikaci (nejčastěji diazepam) aplikujeme velmi pomalu pro riziko útlumu dechového centra.

## **II. Perzistentní nepsychotická agitovanost a násilí**

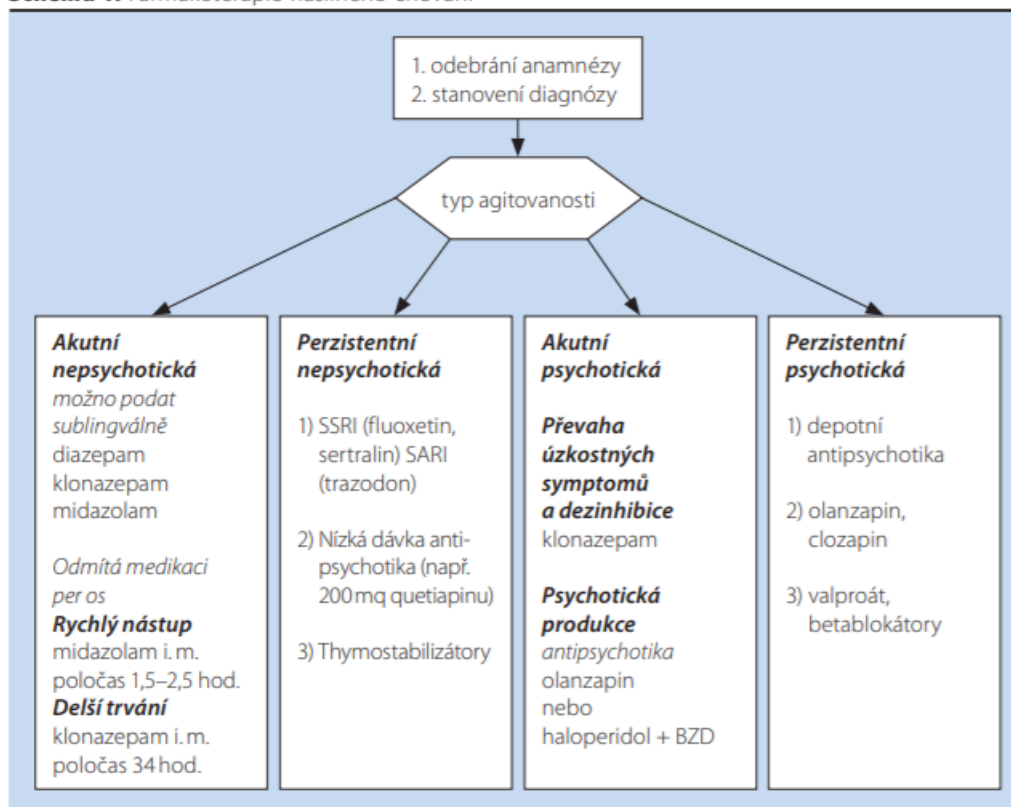
Zde je prokázán dobrý efekt podáváním SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu). Pokud je efekt jen částečný, přidává se malá dávka antipsychotik, a to nejčastěji quetiapinu. Při neúčinnosti podáváme stabilizátory, a to u osob s hraniční poruchou osobnosti, s posttraumatickou stresovou poruchou a u posttraumatických stavů spojených se zvýšenou epileptogenní aktivitou.

## **III. Akutní psychotická agitace a násilné chování**

Násilné chování může vzniknout v důsledku nežádoucích účinků antipsychotické léčby, především akatizie. Jen menšina násilných činů pacientů trpících schizofrenií je přímým důsledkem psychotické produkce. Při převaze úzkostných symptomů se podává BZD (benzodiazepam). Při převaze násilného chování se volí terapie antipsychotiky a BZD. Nejvíce zkušeností je stále s kombinací haloperidolu a BZD. U pacientů opakovaně odmítajících perorální medikaci máme k dispozici injekční formy haloperidolu.

## **IV. Perzistentní psychotická agitace a násilí**

Pokud je to racionální, navyšuje se základní antipsychotická medikace, preferují se depotní preparáty. Nejúčinnějším lékem se specifickým antiagresivním působením zůstává clozapin. Specifický efekt na násilné a hostilní chování, nezávisle na antipsychotickém působení, byl prokázán také u olanzapinu. Perorální formy risperidonu, quetiapinu a ziprasidonu jsou také s úspěchem používány k ovlivnění agitace (Vevera, Černý, 2011 s. 70-71).

**Obrázek 1: Farmakologie násilného chování 1****Schéma 1.** Farmakoterapie násilného chování

Zdroj: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/1>

**Způsobů podávání farmakologické léčby je několik:****Intravenózní aplikace**

Volí se, pokud je potřeba maximální rychlost nástupu účinku. Dochází zde téměř k okamžitému efektu působení. Z antipsychotik se nejvíce používá Haloperidol a Risperidon. Způsob podání intravenózní aplikace je u agitovaných delirií, (Veveřa a kol., 2011, s. 226).

**Intramuskulární aplikace**

Využívá se ke zklidnění nespokojeného pacienta. Není zde spolehlivý efekt, protože se pomalu a individuálně vstřebává. V České republice je hlavním zástupcem Apaurin (Veveřa a kol., 2011, s. 226).

## **Podávání medikace per os.**

Nejdůležitějším aspektem je dodržování užívání medikace v pravidelné předepsané dávce. Podávání léků je vhodné doplnit podrobnou edukací, ať pacient ví, proč a jaký lék užívá. Zvyšuje se tak možnost spolupráce (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 239).

### **3.1 Obecné zásady podávání farmakoterapie**

Farmakoterapii u agresivních pacientů ordinuje vždy lékař, pokud je to možné, preferuje se perorální podání léku. Léky se vybírají podle objektivního posouzení pacienta. U neklidu způsobeného užitím psychoaktivních látek se nejčastěji podávají psychofarmaka ze skupiny benzodiazepinu (Diazepam) a dále Tiapridal nebo klothiazol (Heminevrin).

Při neklidu u psychóz se nejčastěji podává kombinace Haloperidolu a Apaurinu pro případ extrapyramidových vedlejších účinků a dyskinez a hypotenze se klade důraz na kontinuální hodnocení stavu pacienta. Aktuální stav i změny chování se zapisují do dekurzu. U neklidu geriatrických pacientů se nejčastěji používá Tiapridal a Buronil intramuskulárně nebo intravenózně (Petr, Marková a kol., 2014, s. 180).

### **3.2 Antipsychotika**

Mezi ně řadíme klozapin, risperidon, olanzapin, quetiapin. Byly vytvořeny studie z roku 2005, které dokazují antiagresivní účinek. Projevy násilí byly sledovány na všech sledovaných látkách. V příkladu přímého porovnání byl nalezen pouze jeden významný rozdíl a to, že perfenazin potlačuje agresivní chování lépe než quetiapin (Látalová, 2013, s. 61).

Lithium i Quetiapin se nejvíce podávají na našem oddělení a zde je jejich drobná specifikace.

#### **3.2.1 Quetiapin**

Tento lék patří do skupiny antipsychotik II. generace. V České republice je quetiapin registrován pro léčbu akutních a chronických psychóz včetně schizofrenie a léčbu



manické epizody bipolární afektivní poruchy. Nově také pro léčbu psychotických komplikací při dopaminergní terapii Parkinsonovy nemoci. Mezi výhody preparátu patří nízký výskyt vedlejších nežádoucích účinků. Quetiapin se úspěšně užívá u pacientů s dyskinezami při dlouhodobé léčbě antipsychotiky (Vevera, Černý, 2011, s. 71).

### 3.2.2 Lithium

Je monovalentní kationt s antimanickou, antipsychotickou a antidepressivní aktivitou. Lithium bylo objeveno v roce 1817 a už roku 1871 bylo poprvé použito jako stabilizátor nálady k léčbě mánie. Podávání lithia nemocným tlumí manickou fázi a snižuje frekvenci výskytu a hloubku dalších fází. Dobré zkušenosti s ním jsou u senilních a dementních případů. I když se v psychiatrii lithium používá již déle než šedesát let, stále toho o mechanismu jeho působení moc nevíme. Lithium stabilizuje náladu. Cílovou molekulou by měl být enzym glykogen syntéza kináza-3 (Veselý, 2008. s. 7).

### 3.3 Psychofarmakoterapie v krizové intervenci

Užívání psychofarmak v rámci krizové intervence je limitováno. Stejně jako například u jiných lékových skupin. Předpis psychofarmak může přispět k tomu, že se pacient plně odevzdá své diagnóze a iniciativu při řešení problémů nahradí pasivním chováním a užíváním léků. Užívání psychofarmak může nahradit práci s problémem a traumatem, životní změnou či ztrátou sebekontroly. Je nutné dodržet jisté zásady a poučit pacienta že psychofarmaka nejsou řešením, že jsou časově omezena a velký pozor se klade na dávku a riziko předávkování (Dušek, Večeřová-Venglářová. 2015, s. 43).

### 3.4 Obecné zásady jednání s agitovaným pacientem

V literatuře jsou popisovány zásady a pravidla komunikace s agitovaným pacientem. Pro udržení bezpečného prostředí je třeba se je naučit, osvojit si základní komunikační techniky a umět je použít v praxi. Jedno z hlavních a velmi důležitých pravidel je umět pacienta poslouchat pozorně. Klade se zde důraz na slovo pozorně, jelikož ne

vždy je naše soustředěnost v tomto aspektu tak dokonalá. Je nutno pacientovy vždy vše jasně a srozumitelně vysvětlit. Zpětná vazba nám dopomůže k tomu, jestli pacient rozumí. Klade se také důraz na to, aby byl pacient seznámen o prevenci. Pozitivním aspektem je vyptávání se na všechno, co by mohlo spolupráci ztěžovat, a to například nechuť, vliv druhé osoby, obavy a jiné. Je-li to možné, respektujeme pacientovo přání a snažíme se nekritizovat. Pokud udržíme adekvátní oční kontakt, vyvoláme tím v pacientovi důvěru a navážeme tak přátelštější vztah. Upravený oděv působí na pacienta pozitivním dojmem a utváří příznivý pocit (Honzák, 1999, s. 9).

### **3.5 Prevence agresivních stavů**

V případech, kdy je to možné, se snažíme k pacientovi přistupovat empatickým přístupem, vyhovíme mu v jeho požadavcích, jsou-li splnitelné a pokusíme se eliminovat vnější iritující stimuly. Důležité je, dát pacientovi dostatečný prostor a poučíme takto i ostatní spolupacienty, abychom uchránili nejen sebe, ale i je. Prezentace převahy mužské síly bývá jednou z nejdůležitějších opatření. Pokud po tomto základním opatření pacientova agresivita vzrůstá, jsme nuceni použít další opatření. Důležité, aby se nedělali ústupky pacientům, jež prokazují násilnické sklony, zvláště pokud jde o léčbu režimovou, je třeba vyvinout veškeré úsilí, aby byla pravidla dodržena bez jakékoli konfrontace (Cowen, Harrison, Burns, 2012, s. 727).

### **3.6 Postupy k zabránění agrese**

Nedílnou součástí práce sestry na psychiatrii je umět komunikovat. Za pomoci komunikačních dovedností dokázat uklidnit pacienta, vyvolat v něm pocit důvěry z naší strany a ovládat komunikaci zejména s agresivním pacientem. Nutnost kvalitní práce zdravotnického pracovníka s pacientem vychází z koncepce Světové zdravotnické organizace.

Peňáková (2011, s. 35) uvádí, že 87,83 % dotázaných sester se setkalo s nějakým druhem agresivního chování pacienta. Vybíhalová in Burda (2014, s. 9) uvádí, že dokonce 59 % respondentů bylo fyzicky napadeno. Frekvence napadení sestry pacientem je stále častější.

Agresivní pacient může mít různé podoby. Od afektu doprovázeného fyzickým napadáním osob nebo destrukcí předmětů, přes slovní vyhrožování až po hostilitu, která je maskována ledovou zdvořilostí. Častější reakce lékaře na jeho vlastním teritoriu je útočné naladění než ústup. Ale ani jedna z těchto reakcí není profesionálně vyvrážděnou reakcí. Jeden z prvních požadavků perspektivního terapeutického vztahu je nedat impulzivní odpověď. Důležité je také ponechat si čas na rozmyšlenou (Honzák, 1999, s. 106).

Pacient může mít na svoje agresivní chování oprávněný nárok. Pokud je dlouhodoběji frustrovaný považuje za přirozené se ohradit proti dalším nepříznivostem. Toto jednání se může týkat buď čekajícího lačného pacienta na vyšetření, které se zrušilo, nebo všeobecného nesouhlasu se systémem ve zdravotnictví (Honzák, 1999, s. 105). Ne každý pacient je schopen zvládat novou, pro něj problémovou situaci, zvláště když prožívá strach a úzkost, je nespokojený s průběhem hospitalizace, když až příliš citlivě vnímá aktuálně sdělenou nepříznivou diagnózu, je zklamán z málo nadějných prognóz, z omezených možností léčby či prožívá silnou bolest. Tyto okolnosti, ale i mnoho dalších, mohou vést k nepříznivé reakci nemocného, v některých případech mohou vyústit v agresi (Zacharová, 2009, s. 471).

### **3.7 Obecné zásady vedení rozhovoru**

Slovním kontaktem dokážeme ovlivnit pacienta zejména tím, že mu dáme najevo, že stojíme o jeho aktuální situaci. Je nutné projevit trpělivost a vcítit se do pacienta, bez zbytečného odsuzování. Komunikace s lékařem poskytne pacientovi možnost korekce zkušeností a odreagování se. Naším cílem je možnost uvolnění od emocí (abreakce) a následně i dosáhnout regulace ke zralejšímu uvažování. Lze použít racionální výklad, ale i direktivní pokyny směřující k odrazení od riskantních a nebezpečných činů (Dušek, Večeřová-Venglářová, 2015, s. 13).

#### **3.7.1 Nevhodné zásahy při rozhovoru**

Při intervenci je nejlépe vycházet z dané situace, která se projeví nejlépe při přítomnosti v místě události. Postupy se volí podle dané poruchy například

psychogenní, či poruchy organického původu. V případě násilného pacienta by měl být postup spíše nenásilný. Stává se, že do nemocnice přivezou připoutaného pacienta pro projevy násilí a agrese a lékař se ho obává uvolnit, aby tak zabránil dalším možným projevům agrese a to například zdemolováním ordinace. Je nutné si položit otázku, zda neklid není právě způsoben tím, že je pacient omezený (Dušek, Večeřová-Venglářová, 2015, s. 15).

### **3.8 Akutní léčba agitovanosti a agresivity**

Před vznikem samotného agresivního chování můžeme u pacienta pozorovat jistý neklid, který, charakterizuje nepřiměřenou, neúčelnou psychomotorickou aktivitu, která se projevuje jako psychická tenze (Chvál 2004, s. 164).

Tento stav vyžaduje rychlou intervenci, dá se totiž očekávat, že přeroste v násilí. Velmi důležité je zajistit prostory, ve kterých se pacient nachází. V praxi to vlastně znamená, že se svolá personál v takovém počtu, aby mohla být demonstrována síla a početní převaha nad pacientem. Měli bychom pacientovi komunikovat pouze s jedním členem tohoto týmu, se kterým bude konzultovat své požadavky a pocity. Někdy pouze tyto první kroky slouží k tomu, aby pacient svoje agresivní chování zkorigoval. Pokud je nutné použít psychofarmaka, využíváme taková, která mají sedativní efekt s rychlým nástupem účinku. Ta se převážně aplikují do svalu. Dosáhne se tak vyšší plazmatické koncentrace, než kdybychom léky podali orální cestou. Někdy si situace také vyžaduje fyzického omezení z důvodu toho, aby pacient nepoškodil sebe nebo spolupacienty, či personál. Dlouhodobá léčba spočívá v podávání antipsychotik (Látalová, 2013, s. 57).

### **3.9 Standardizované postupy pro zvládnutí agresivního pacienta**

Pro zvládnutí agresivního pacienta byl v Brně v Psychiatrické nemocnici sestaven tento standart s názvem: Ošetrovatelský přístup k neklidným a agresivním pacientům

Cíl: Hlavním cílem je rozpoznat signály, které předznamenávají projevy neklidu či agrese a učinit taková opatření, kterými bude zajištěna bezpečnost pacienta samotného i jeho okolí.

Nejčastější zdroje konfliktů mezi personálem a pacienty:

Dotazy na propuštění a vycházky, nesouhlas s hospitalizací či medikací, odkaz na dodržování pravidel stanice, nedostatek informací, neoblíbené ošetřovatelské intervence, např. hygiena. Pacient musí bez vysvětlení čekat, pacient nedostává cigarety, peníze, chce telefonovat apod. (Standart č. 56/10, 2010)

### 3.10 Deeskalace

V poslední době se prudce zvýšil počet výzkumů o agresivitě hospitalizovaných pacientů, které se snaží porozumět agresivnímu chování, předcházet mu a vypracovat techniky vylučující vážné fyzické útoky a napadení. Techniky deeskalace patří k základním dovednostem zdravotnického personálu. Osvojit si techniky zklidnění vyžaduje teoretické porozumění agresi, intuitivní cit a zažití této dovednosti až do jejího instinktivního použití. V mnoha studiích je agrese u hospitalizovaných pacientů považována za symptom psychopatologie (Beer, Pereira, Paton, 2005, s. 39).

**Techniky deeskalace mají tři základní složky:**

- a) **Vyhodnocení základního incidentu**
- b) **Komunikace**
- c) **Taktika vyjednávání a zklidňující techniky**

**Vyhodnocení základního incidentu:** Agresivní incident lze rozdělit na pět stupňujících faktorů a to situace, odhad a zhodnocení situace, hněv a zlost, inhibice a agrese. Považuje se za výhodné pomocí těchto faktorů se zorientovat v agresi pacienta. Jednotlivé stupně agresivního incidentu převedené do praxe:

1. stupeň (situace) pacient k nám přijde na doporučení nějaké instituce, či jej poslala jiná osoba, pacient nechce, ale musí.
2. stupeň (zhodnocení situace) klient to, že musí, zhodnocuje jako omezení osobní svobody, či jako trest.

3. stupeň (zlost) klient na základě předchozího může pociťovat ztrátu kontroly nad situací a pociťuje frustraci. V reakci na to vzrůstá pocit zlosti.
4. stupeň (inhibice) v tomto stupni se utlumí pacientovi osobní zábrany k agresivnímu chování a dochází k utlumení postojů a hodnot.
5. stupeň (agrese) může se projevovat buď verbálním či brachiálním napadáním. V rámci tohoto modelu je potřeba zhodnotit všechny složky a určit na jakém stupni se pacient nachází. Pomocí komunikativních dovedností a technik deeskalace lze na jakékoli úrovni zasáhnout a tím narušit přímou cestu k agresivnímu výpadu. Teorie a praxe poradenské psychologie (Procházka, 2014. s. 77).

**Komunikace:** Není vždy jednoduché uklidnit pacienta pomocí komunikačních technik. Mezi nejzákladnější verbální a nonverbální projevy patří jasný a klidný hlas. Přehlízíme slovní útoky na naši osobu. Nejprve uvádíme jednoduché formulace („Pojďme se na to posadit, promluvme si o tom.“ neprojevujeme odpor a snažíme se před pacientem vystupovat jako osoba, která mu rozumí a chce pomoci. Větou: "To, jak tady velmi křičíte, děsíte lidi" v něm vyvoláme pocit, že více již křičet nemusí, protože dosáhl účinku, který očekává. Mezi nonverbální projevy patří např. to, že zaujímáme stejnou polohu jako klient, posadíme se, postavíme se. Agresivního klienta se nedotýkáme, popřípadě to zvážíme. S klientem udržíme oční kontakt (Beer, Pereira, Paton, 2005. s. 41).

**Taktika vyjednávání a zklidňující techniky:** Technika je realizovaná stylem výhra – prohra. Cílem poradce by mělo být dosažení rovnováhy výhra – prohra. Lze to chápat jako jev, kdy se klient, ač mu to není zrovna příjemné, musí podřídit poradci. Vytvoříme takovou atmosféru, v níž se klient buď cítit, jako plnomocný k rozhodování. V praxi to znamená například toto: Když klient říká, že se mu tady nic nelíbí, všichni ho iritují, a my jsme stejní jako ti, kdo ho sem na oddělení poslali, můžeme reagovat větou. "To se Vám nedivím, také bych se cítil špatně, pojďme si o tom popovídat. "Závěrem lze říci, že pacienti, kteří se k nám chovali agresivně, po zklidnění vykazují kvalitní kooperaci a aktivně participují (Procházka, 2014. s. 79).

#### 4 PRÁCE SESTRY NA PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ

Práce sestry na psychiatrii je zcela odlišná, než je práce na jiných odděleních. Osobnost sestry velmi ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče. K denní práci patří navázání blízkého vztahu s pacienty, provázení je v těžkých situacích, dopomoc při vytváření nových struktur denního života.

Tilley (2005, s. 20) uvádí, že je nutné psychiatrickou ošetrovatelskou péči posunout o několik kroků dopředu. Konkrétně doporučuje provádět vysoce kvalitní výzkum, který se zaměřuje na důležitá ošetrovatelská témata, která mohou mít také multidisciplinární význam, dále pak provádět výzkum, který je relevantní pro rozvoj duševního zdraví. Důležité je vypracovat, testovat a šířit inovativní vzdělávací programy školení pro ošetrovatelskou a všeobecnější zdravotnickou pracovní sílu.

Platný zákon, jež ukotvuje podmínky vzdělávání a uznání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání zní.

Ošetrovatelskou péči poskytuje všeobecná sestra, která musí splňovat podmínky vzdělání dle zákona č. 201/2017 Sb. kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb. „*O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonům činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)*“ (Zákon č. 201/2017 Sb.).

Kompetence všeobecných sester upravuje vyhláška č. 391/2017, „*kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. Všeobecná sestra vykonává bez odborného dohledu a indikace lékaře nebo zubního lékaře činnosti při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné, paliativní a dispenzární péče*“ (Vyhláška č. 391/2017 Sb.).

„*Všeobecná sestra bez odborného dohledu a bez indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem nebo zubním lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Všeobecná sestra může vykonávat bez odborného dohledu na základě indikace lékaře nebo zubního lékaře činnosti při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné,*

*rehabilitační, neodkladné, paliativní a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným výkonům a na základě indikace lékaře nebo zubního lékaře je provádí nebo při nich asistuje nebo zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich“ (Vyhláška č. 391/2017 Sb.).*

### **Faktory ovlivňující kvalitu péče**

**Osobní předpoklady** – Sestra musí, dosáhnou jisté úrovně sebepoznání. Musí umět zvládat náročné situace. Práce vyžaduje citlivý, empatický přístup. Je nutné umět se ovládat a zachovat neutrální postoj. Neprojevit antipatii ani sympatii. V psychiatrii je extrémně vysoký nárok přizpůsobení ošetrovatelské péče na individualitu klienta. Není zde zajetý stereotyp v reakcích, který umožní zvládat vypjaté situace.

**Znalost symptomologie duševních poruch** – Tento předpoklad je nevyhnutelný. Neznalost by vedla k určitým chybám při individuálním přístupu. Znalost příčin pacientova chování umožní sestře udržet si potřebný odstup. Zejména v projevech agrese i násilí.

**Zvládnutí metod získávání údajů** – Je nutné zvládat efektivní komunikaci, kladení otázek a umět naslouchat. Umět upozadit své potřeby a dát prostor pacientům. Mezi metody patří pozorování, rozhovor a diagnostika.

**Znalost účinků psychofarmak** – tyto lékové skupiny jsou specifické, například i v odlišnosti době nástupu účinku nebo kumulaci léčiva v organismu.

**Orientace v psychoterapii** – Sestra je členem psychoterapeutického týmu a účastní se aktivit, jako je relaxace, podpůrná terapie, skupinová terapie. Podporuje pacienta i svým jedinečným přístupem.

**Znalost nových metod ošetřování nemocných** – Sestra se při poskytování péče snaží o co nejmenší zásah a vede pacienta k samostatnosti, předchází tak vzniku závislosti pacienta na zdravotnickém zařízení (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 57).



#### 4.1 Role a kompetence sester při zvládnání agitovaného pacienta

Slovo kompetence pochází z latiny (*competens*), což v původním významu znamená "náležitý, příslušný, vhodný". Kompetence sestry mohou být pojaty jako odborné znalosti a dovednosti, ale význam slova je zároveň i k oprávnění k výkonu určitých činností. Kompetence sester je vymezena právní normou. Právní norma, jež udává činnosti všeobecné sestry je uvedena ve vyhlášce č. 391/2017Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků.

Psychiatrická ošetrovatelská péče naplňuje kritéria specializované a vysoce specializované ošetrovatelské péče. Specializovanou péčí je myšlena taková, kterou vykonává všeobecná sestra s uznanou způsobilostí.

Psychiatrický pacient, který vyžaduje poskytování základní ošetrovatelské péče, nevyžaduje stálý dozor a není nutné použití omezovacích prostředků – neohrožuje na životě sebe ani okolí, je odkázán na ošetrovatelskou péči specializovanou. Tu poskytuje všeobecná sestra. Ošetrovatelskou péčí o pacienta s patologickou změnou psychického stavu, vyžadujícího nepřetržitý dozor, použití omezovacích prostředků z důvodu ohrožení sebe samého nebo okolí, vykonává vysoce specializovaný zdravotní personál. U všeobecné sestry poskytující tuto vysoce specializovanou péči, je nutné specializační vzdělání. Všeobecná sestra může poskytovat péči o výše uvedeného pacienta, avšak pod odborným dohledem specializované sestry. Sestra specializovaná pro péči v psychiatrii je oprávněna vykonávat odborné činnosti, je k nim odborně připravena jak po teoretické, tak praktické stránce (Petr, Marková a kol., 2014, s. 40–41).

Dalším specifikem ošetrovatelské péče v psychiatrii je používání restriktivních neboli omezovacích postupů za účelem fyzického omezení pacienta. K použití omezovacích prostředků se přistupuje vždy, když pacient svým chováním bezprostředně ohrožuje sebe či své okolí. Při takzvané kurtaci pacienta je stanovena maximální doba omezení, po které musí stav posoudit lékař. Sestra je zodpovědná za správné provedení omezení. Významnou roli zde hraje počet personálu, který je nezbytný proto, aby omezení bylo provedené rychle a bezpečně. Na oddělení je vypracovaný postup, v kterém lze v daný moment zajistit dostatečný počet personálu. Cílem je minimalizace rizika poškození zdraví pacientů i personálu (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 116).

Omezující prostředky v praxi v české psychiatrii si o omezujících prostředcích předáváme zkušenosti z generace na generaci, když nám je učebnice zatajily. Agitovaní psychotici jsou obvykle indikováni ke krátkodobému přikurtování (řádově desítky minut), zatímco např. maničtí pacienti agresivně porušující nemocniční řád k delší izolaci, řádově se jedná o dny, neboť tak dlouho obvykle trvá akutní mánie. Pacient však není zcela izolován – může přijímat návštěvy, často si pod zvýšeným dohledem chodí zakouřit s ostatními pacienty, sledovat televizi apod. Neklidné a zmatené pacienty vyššího věku obvykle „fixujeme“ kvůli nutnosti infuzní terapie (fixací končetiny, popř. fixací horní poloviny těla – není omezujícím prostředkem). Za nejnáročnější považujeme ošetřování delirií, zejm. deliria tremens, neboť tato porucha vědomí a zmatenost spojená s hrubým třesem, bezcílnou hyperaktivitou a ohrožením vitálních funkcí trvá obvykle několik dní. Delirantní stavy odborně nejsou indikovány do psychiatrických zařízení a dostávají se sem často proto, že jiné obory nejsou schopny zvládnout omezení pacienta (Švarc, 2008, s. 244).

U nás na oddělení je sestavený přímo protokol o svolávání, kde jsou uvedena jednotlivá čísla stanic a k nim přiřazené oddělení, které v nežádoucí události pomáhá. Oddělení se svolává buď telefonem, nebo signalizačním tlačítkem, které je umístěno pod stolem na vyšetřovně. Plán je sestaven tak, aby daná pomáhající oddělení byla k sobě co nejbližší a dokázala tak včasné dopomoci.

## 4.2 Ošetřovatelská péče v psychiatrii

Sestry přicházejí do styku s pacienty, kteří často nemají náhled na svoje onemocnění. Setkávají se také s nespolupracujícími pacienty a pacienty, kteří pomoc sestry odmítají. Sestra se může setkat se všemi druhy agrese a musí s nimi počítat. Je pro ni velmi důležité vědět, kdy jí agrese hrozí, u jakých pacientů a v jakých situacích. Mezi její hlavní úkoly patří agresivitu rozpoznat a vhodným přístupem předcházet jejímu rozvoji a zajistit bezpečnost pacientovi i jeho okolí. Na vzniku agresivních projevů se podílí celá řada faktorů. Při vstupu pacienta na oddělení je velmi důležité o něm zjistit co nejvíce informací. Tím lépe se pak může sestra orientovat v dané situaci (Petr, Marková a kol., 2014, s. 171).

Při navazování prvního kontaktu sestra nabízí ruku pacientovi. Tento seznamovací rituál má krom významu společenského, také cenný význam informační. Odmítne-li

pacient podanou ruku, může to značit nedůvěru, kterou k nám pacient chová, neochotu spolupracovat, strach ze současné situace a vnitřní napětí. Je to signál, že následný kontakt a spolupráce mohou být problematické. Sestra by měla k pacientovi přistupovat ze směru, který pro něj není ohrožující, nebo překvapivý, tj. čelem. Kontakt z boku nebo zezadu může být pacientem vnímán nepříjemně. Při vzájemném kontaktu si sestra udržuje odstup, proto aby byla v případě napadení mimo dosah pacienta. Mluví na pacienta klidným vyrovnaným hlasem. Používá krátké srozumitelné věty, ujišťuje se, zda jí pacient rozumí. Působí profesionálně a sebejistě. Důležité je, aby měl pacient jasné informace o tom, kde je, kdo je kdo a co se bude dít. Zvláště důležité je to v případech, kdy je chápání pacienta narušeno, což bývá u duševních poruch velmi často. Proto raději informace, které považujeme za významné, několikrát opakujeme. Při styku s pacientem se sestra musí vyvarovat náhlých a nečekaných pohybů, které mohou být vnímány jako ohrožující. Sestra nesmí být naléhavá, nepouští se do konfrontací. Měla by se snažit najít v mezích možností s pacientem společnou řeč. Pacient se nás bojí stejně a většinou mnohem více než my jeho. K pacientovi jsme občansky zdvořilí, nevystupujeme jako všemocní činitelé, kterým je vše jasné. Nabízíme mu jistotu a podporu. Pacient se často dožaduje kontaktu s lékařem, mělo by mu být vyhověno. Pacient přijme snáze skutečnosti, které pro něj mohou být nepříjemné od lékaře než od sestry (Psychiatrická sekce České asociace sester, ©2015).

## 5 PSYCHOLOGICKÉ TRAUMA PO NAPADENÍ

Útokům pacientů jsou nejvíce vystaveny právě sestry. Dále to mohou být lékaři a až na třetím místě jsou to spolupacienti. Útoky mají na oběti fyzické ale zejména i psychologické dopady. V některých zemích byly zřízeny intervenční týmy pro oběti napadeným zaměstnancům. Někteří psychoterapeuti se specializují na léčbu posttraumatické stresové poruchy. Bližší informace o účinnosti jsou obsaženy v ASAP. K násilí a agresi dochází v psychiatrických nemocnicích nejčastěji. Někdy jsou nespokojeni pacienti, někdy zase příbuzní napadají lékaře nebo sestry. Důležitý vliv na vznik agresivních událostí mají kognitivní poruchy a zneužívání alkoholu, či jiných psychoaktivních látek. Pacienti často nechápou, co se s nimi v průběhu léčby děje. Většina postižených se dokáže s touto situací vyrovnat za pomoci běžných adaptačních mechanismů. Někteří potřebují a vyhledají odbornou pomoc. Pokud má oběť po činu možnost připustit si a prožít nepřijemné emoce, může tím předejít chronifikaci obtíží (Látalová, 2003, s. 44-45).

Účinná pomoc spočívá zejména v práci s úzkostí, strachem a s tím souvisejícími dalšími symptomy. Její součástí je i edukační složka vysvětlující výše popsané principy psychické traumatizace. Již to samo o sobě může přinést úlevu. Postižený pochopí, že jeho prožitky jsou normální reakcí na nenormální situaci a že není jediný na světě, kdo něco podobného zažívá. Cílem je pomoci oběti, vyventilování se a potlačení emoce. Vhodné je zapojit i blízké vztahové osoby nebo rodinu oběti. Jednak postižený potřebuje jejich podporu a jednak i ony se mohly ocitnout v extrémně zátěžové situaci. Při konfrontaci s prožitou bezmocí blízkého člověka mohou i u nich nastoupit příznaky reakce na stres a trauma. Abreakce silných emocí posléze umožní výraznou úlevu, obnovení vnitřního kontaktu s tělem a psychickou úzdravu. Je potřeba být nehodnotícím a dokázat ustát silné negativní emoce. A samozřejmě poskytnout bezpečný a profesionální rámec celé intervence (Vevera a kol., 2011, s. 221-222).

### 5.1 Symptomy

Mezi základní symptomy patří neschopnost vybavit si úplně nebo částečně některé momenty z daného období, obtíže s usínáním či spánkem, podrážděnost, návaly hněvu, obtíže s koncentrací a nadměrná úleková reaktivita. K rozvoji uvedených

symptomů dochází v průběhu 6 měsíců od traumatické události. Pacient se záměrně vyhýbá veškerým podnětům, které by mu situaci připomínaly. Často ztrácí zájem o dříve oblíbené aktivity. Někdy dochází i k izolaci od okolí. (Látalová, 2013, s. 50).

Praško (2003, s. 41) rozděluje příznaky PTSS (posttraumatický stresový syndrom) do tří hlavních skupin, kterými jsou znovuprožívání traumatického obsahu, vyhýbání se situacím a činnostem spojených s traumatem a zvýšená psychická a tělesná vzrušivost.

## 5.2 Posttraumatická stresová porucha

Posttraumatická stresová porucha se vyskytuje u lidí, jež přímo prožili extrémní situaci nebo byli svědky situace. Tito jedinci prožívají dlouhodobý stres projevující se poruchou chování a prožívání a dalšími individuálními fyziologickými reakcemi. Posttraumatická stresová porucha je zrádná především v tom, že může nastat už po pár dnech od prožité krize nebo až po dlouhé době. Posttraumatickou stresovou poruchu můžeme uvést jako tzv. zpožděnou odezvu katastrofické události. Dosud není potvrzeno, kteří jedinci snášejí posttraumatickou stresovou poruchu lépe, zda nezkušení jedinci, či profesionální pracovníci připraveni na tyto situace odborně i mentálně. Důležitou roli zde sehrává především společnost, v níž pobývají. Posttraumatická stresová porucha z traumatické události více postihne jedince, který je uzavřený a osamocený (Čírtková 2009, s. 116). Začíná jako opožděná nebo protrahovaná odpověď na stresovou událost nebo situaci (krátkého nebo dlouhého trvání) mimořádně ohrožující nebo katastrofické povahy, která je schopna způsobit silné rozrušení téměř u každého. Příznaky takového PTSS jsou časté návaly strachu, které přicházejí během vzpomínek, zvýšený pulz a krevní tlak. Krev se přesouvá do svalů na ruku a nohu. Svaly jsou pak napjaté a připravené k obraně těla. Dech se zrychluje, aby byl dostatek kyslíku při akci. Tato série změn v těle a mysli představuje reakci organismu na možnost ohrožení (Praško, 2003, s. 42).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 6 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU

V této kapitole se budeme zabývat popisem výzkumu naší práce. Pro práci byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Podle Švaříček, Šedřová (2014, s. 13), je cílem kvalitativního výzkumu zrealizovat polostrukturovaný rozhovor, kterým získáme detailní a celkové informace o studovaném jevu. Publikace nám byla nápomocná pro teoretická východiska a vypracování výzkumného projektu.

### 6.1 Cíle výzkumu

Cíle výzkumu a výzkumné otázky jsou dle Švaříčka a Šedřové (2014, s. 64) jakoby pomyslným vodítkem, podle kterého bychom se v průběhu celého výzkumu měli řídit a neustále se ujišťovat, zda se blížíme k naplnění těchto cílů. Cílem tohoto výzkumu je zjistit jaké jsou zkušenosti všeobecných sester s agresí na psychiatrii a jaké to pro ně má následky.

### 6.2 Výzkumné otázky

Na základě stanoveného cíle jsme si vymezili výzkumné otázky, a na ty se budeme snažit hledat odpovědi, které nám poskytnou všeobecné sestry, s nimiž byl realizován rozhovor. Nejdříve se tedy zajímáme o to, jak a co sestry vnímají sestry jako agresí na odděleních, a proto jsme si vydefinovali hlavní výzkumnou otázku. Poté jsme si zvolili dílčí výzkumné otázky, na které vyhledáváme odpovědi, abychom mohli splnit předem stanovený cíl.

#### **Hlavní výzkumnou otázkou této práce bylo:**

Zjistit, jaké jsou zkušenosti všeobecných sester s agresí na psychiatrickém oddělení a jaké to pro ně má následky?

#### **Dílčí cíl 1:**

Zjistit jak a co sestry vnímají jako agresí na psychiatrických odděleních.

#### **Dílčí cíl 2:**

Zjistit, jaké to pro sestry má důsledky v jejich profesi, ale i na rovině osobní.

**Dílčí cíl 3:**

Zjistit, jaké mají zvládací (copingové) strategie a jak jim pomáhají organizace, v nichž pracují.

**6.3 Metoda sběru dat**

Metodou sběru dat bylo v rámci našeho výzkumného šetření užito polostrukturovaných rozhovorů. Základem pro uskutečnění rozhovorů bylo sestavení otázek, ze kterých jsme poté mohli získat data, abychom mohli zkoumat podstatu problému. V průběhu rozhovoru byla dodržována posloupnost otázek, ale dle situace jsme využili i podotázky, které sloužily k doplnění rozhovoru, ale také k lepšímu pochopení kladené otázky, či k lepšímu pochopení odpovědi. Pro výběr této metody jsme se rozhodli proto, abychom umožnili respondentům dostatečný prostor pro jejich vyčerpávající odpovědi, což je výhodou právě polostrukturovaných rozhovorů, kde mají respondenti možnost pronést své názory a zkušenosti. Výhodou tedy je možnost získání velké škály informací, které na dále ve výzkumu upotřebíme k dosažení našeho cíle.

**6.4 Výzkumný soubor**

Výzkumný soubor jsme vybrali záměrně. Nejdříve jsme s respondenty komunikovali emailem, abychom zjistili, zda by bylo možné výzkum zrealizovat. Výzkumný soubor tedy tvoří šest respondentů, jedná se o ženy a muže, kteří pracují na různých odděleních v psychiatrické nemocnici v Brně. Čtyři respondenti mají kolem 40 let a dva kolem 30 let. Délka jejich praxe se také liší. Po dohodnutí s nimi jsme zrealizovali šest polostrukturovaných rozhovorů a dohodli jsme se, že jejich jména nebudeme zveřejňovat, abychom zachovali jejich anonymitu. Respondenty budeme označovat jako R1 až R6. Pro rozhovor byly vybrány pouze všeobecné sestry, které pracují nemocnici v Brně v Černovicích. Oslovila jsem mladší i starší sestry kvůli různorodosti názorů. Pro snazší orientaci jsem vytvořila malé znázornění dotazovaných respondentů a označila je iniciály, zaznamenala délku praxe, věk a pohlaví. K rozhovoru jsem vybrala pouze všeobecné sestry, které zaujímají největší procento zaměstnaných sester u nás v psychiatrické nemocnici. Každý rozhovor trval



30-45 minut. Respondenty jsem seznámila se způsobem zpracování a nakládání s informacemi. Ujistila jsem je o zachování naprosté anonymity. Na základě toho potom podepsali informovaný souhlas ke zpracování osobních a citlivých údajů. Teprve poté jsem přistoupila k samotnému rozhovoru, jehož součástí jsem byla pouze já a respondent.

## 6.5 Analýza výzkumu

V této kapitole se budeme zabývat analýzou zjištěných údajů, získaných z polostrukturovaných rozhovorů, které byly uskutečněny s jednotlivými respondenty – všeobecnými sestrami. Zpracování dat bylo provedeno metodou otevřeného kódování. Nejprve jsme rozhovory přepsali do písemné podoby. Poté jsme se snažili nalézt určité prvky, které se shodovaly v odpovědích všech respondentů. Tyto prvky jsme pro zjednodušení barevně odlišili, abychom se lépe orientovali ve výpovědích respondentů v písemných podobách rozhovorů. Na tomto základě jsme zformovali kódy, které jsme podle podobnosti přiřadili do určitých kategorií tak, aby byly přehledné. Kódy i kategorie jsme pojmenovali a seřadili jsme je. Pro lepší představu jsme vytvořili schéma, které znázorňuje kategorie a k nim přiřazené kódy.

Pro snazší orientaci jsme vytvořili malé znázornění dotazovaných respondentů a označila je iniciály, zaznamenala délku praxe, věk a pohlaví. Respondenti jsou rozděleni do přehledné tabulky, aby se lépe v rozhovoru orientovalo:

**Tabulka 1: Specifikace respondentů 1**

Respondenti	Délka praxe v oboru	Vzdělání	Věk
R1 PM (muž)	19 let	Všeobecný ošetřovatel	38
R2 AK (žena)	16 let	Všeobecná sestra-specializace pro psychiatrii	43
R3 KC (žena)	25 let	Bakalářské studium ošetřovatelství + specializace	44
R4 LS (muž)	20 let	Všeobecný ošetřovatel	38
R5 LŠ (muž)	6 let	Všeobecná sestra	33
R6 AL (žena)	1 rok	Všeobecná sestra, studentka bak. oboru ošetřovatel.	32

## 6.5.1 Otázka č. 1

Tato otázka byla položena tak, abychom zjistili, jaký je typ oddělení na jakém respondent pracuje., jaká je jeho délka praxe a také jaké má pracovní zkušenosti.

*Otázka č. 1): Popište sama sebe a řekněte, proč jste si zvolila práci na psychiatrii? (odpracovaných počet let na psychiatrickém oddělení, pracovní zkušenosti, náročnost pracoviště)*

<b>Respondent PM</b>	Muž, s dlouholetou praxí ( <b>19 let</b> ) na psychiatrii, povolání zvolil, protože se mu naskytl tato možnost, nebylo to jeho cílem na psychiatrii pracovat, práci dlouhodobě nezměnil, <b>oddělení uzavřené mužské doléčovací.</b>
<b>Respondent AK</b>	Žena, středně dlouhá praxe na psychiatrii ( <b>16 let</b> ), práci si zvolila, protože toužila po změně z dosavadního zaměstnání (ústav pro tělesně handicapované) a psychiatrie se jí zdála zajímavá, <b>oddělení mužské uzavřené, chronické.</b>
<b>Respondent KC</b>	Žena, staniční sestra, na psychiatrii pracuje od střední školy ( <b>25 let</b> ) a práci si zvolila proto, že měla možnost na psychiatrii dělat praxi ještě ve škole a velmi se jí tato práce zalíbila, <b>oddělení mužské uzavřené. doléčovací.</b>
<b>Respondent LS</b>	Muž, na psychiatrii pracuje také od školy, ale dostal se k tomuto zaměstnání náhodně ( <b>20 let</b> ), přes rodinu a známe, práce ho nejdříve bavila, ale nyní nemůže říct, zda je v daném prostředí spokojený, <b>oddělení mužské i pro ochranné léčby nařízené soudem.</b>
<b>Respondent LŠ</b>	Muž, kratší doba působení na psychiatrii ( <b>6 let</b> ), práce se mu zdá být dosti stereotypní a neoborná, působení na psychiatrii v brzké době opustí, <b>oddělení intenzivní psychiatrické péče.</b>
<b>Respondent AL</b>	Žena, na psychiatrii pracuje teprve rok, ale práce se jí díky praxi za studia na vyšší odborné škole taky velmi zalíbila, zatím je spokojená,

	<b>oddělení mužské příjmové uzavřené.</b>
--	---

**Komentář:**

Respondent AL (6): *„Na psychiatrii se mi velmi zalíbilo, oproti jiným nemocnicím jsem měla pocit, že tu nevládne takové velké napjetí, a že se nemusím učit tolik odborných věcí, personál i pacienti na mě byli hodní, a moc jsem o toto místo na příjmovém oddělení usilovala.*

Respondentka KC (3): *„Myslím si, že jsem docela cílevědomá a ve svém oboru již zkušená sestra, vybrala jsem si psychiatrii, protože mě zajímala celý tento obor. Nejdříve jsem vystudovala specializační obor na dva roky – sestra pro psychiatrii, a poté jsem rovnou požádala o místo zde a povedlo (smích)... Jsem zde doposud a neměnila bych. Pracovala jsem nejdříve na mužském uzavřeném oddělení, kde agrese a násilí byla opravdu denních chlebem., zažila jsem toho hodně a asi si na vše ani už nevzpomenu....*

**Závěr:** Z rozhovorů mě zaujalo tvrzení, že práce na psychiatrii je pro respondenty zajímavá, práce je úplně jiná než na somatických odděleních. Často se zde skloňuje výraz pro ne zcela fyzicky vyčerpávající profesi. Všichni oslovení respondenti pracují na uzavřených příjmacích odděleních, kde na rozdíl od psychoterapeutických otevřených odděleních není tak viditelná psychoterapeutická a psychoedukativní složka. Převážně se zde pacienti ponechávají krátkou dobu, do 3. měsíců pro celkový zhoršený stav a zklidnění a odeznění ataky onemocnění. Při přijetí pacienta je téměř každý agresivní, protože nesouhlasí s léčbou, nebo nemá náhled na své onemocnění, nebo je pod vlivem psychoaktivních látek či alkoholu. Až na respondentku č. 6 mají všichni s psychiatrií bohaté zkušenosti.

## 6.5.2 Otázka č. 2

Tato otázka byla položena tak, abychom zjistili, jak by sami respondenti agresí definovali, byla zde použita definice Poněšického (2005, str. 22), ale byla pouze naváděcí, respondenti mohou vyjádřit definici svými slovy.

**Otázka č. 2) Teorie agrese je agrese se většinou definuje jako „psychologická (emočně motivační) mohutnost, jež má cíl poškodit přírodu, věci, lidi nebo sebe samého“ (Poněšický, 2005, s. 22). Souhlasíte s ní? Jak by jste sama definoval/a?**

<b>Respondent PM</b>	<i>„Nedokážu přesně dobře formulovat odborné termíny“</i>
<b>Respondent AK</b>	<i>„Agresi bych popsala jako <u>ventilaci negativních emocí</u>, a to formou jak verbální, tak brachiální, a to vůči okolí anebo sobě“</i>
<b>Respondent KC</b>	<i>„Jednodušeji bych ji popsala jako verbální nebo brachiální napadení s <u>újmou na zdraví</u>“</i>
<b>Respondent LS</b>	<i>„Ano, souhlasím“ Možná, bych ještě doplnil, že je to <u>průvan negativních emocí</u>“</i>
<b>Respondent LŠ</b>	<i>„Souhlasím s touto teorií, nikdy víc jsem se nad tímto nezamýšlel“</i>
<b>Respondent AL</b>	<i>„Ano, souhlasím, již jsem to zažila na vlastní kůži a není to <u>nic příjemného</u>“</i>

Komentář:

Respondent AK (2) „Agresi bych popsala jako ventilaci negativních emocí, a to formou jak verbální, tak brachiální, a to vůči okolí anebo sobě“ Lépe bych to vyjádřit neuměla...

Respondent RPM (1) „Proč se mě na to ptáš? „Nedokážu přesně dobře formulovat odborné termíny“Nejsem žádná vědma a teorie pro mě nic neznamení, ale samozřejmě vím, co to je...

Závěr: Zde je patrné, že nad teorií a podstatou agrese jako takové se nikdo více nezamýšlí, pouze R2 uvádí, že ventilace negativních emocí brachiálních i verbálních vůči okolí i sobě. Každý z nich nějaký typ agrese prožil, ale z rozhovoru vyplynulo, že popsat je svými slovy je pro ně velmi obtížné. Vydefinovala jsem si z rozhovorů slova jako negativní emoce, újma na zdraví, nic příjemného, ventilace negativních emocí.

## 6.5.3 Otázka č. 3

Z této otázky bychom chtěli zjistit konkrétní zkušenosti s agresí, druhy agrese i okolnosti, za jakých jsou zdravotníci pacienti napadáni, jaké pocity prožívají.

**Otázka 3) Popište Vaše konkrétní zkušenosti a pocity s projevy agrese na pracovišti. S kterými druhy agrese jste se na pracovišti setkala? Jak a za jakých okolností vás pacient napadl? Jak ataka probíhala, jaké jste zakoušela pocity?**

Respondent PM	„Napadl mě pacient, od kterého jsem to <u>nečekal</u> , bylo to, když jsem pracovala na záchranné stanici, <u>kopl mě do břicha a lehce pohmoždil kotník</u> . Pocity ihned poté byly ty, že jsem byla rozčilený, ale druhý den jsem na konflikt již nemyslel.
Respondent AK	„Sama jsem byla napadena jednou, neklidným pacientem, kterému jsem měla aplikovat injekci, <u>držel mě za vlasy, a nakonec mi pramen vytrhl</u> , pocity jsou <u>velmi nepříjemné</u> , v prvním okamžiku je to šok, <u>rozrušení, obavy, strach, nechuť do práce</u> , bezprostředně po napadení jsem se nemohla soustředit na nic jiného. Výhodou bylo, že krátce po mém napadení byl pacient přeložen do jiného zařízení, setkání s agresorem by bylo vtom dalším kontaktu velmi nepříjemné, byť to byl pacient“
Respondent KC	„Na aktuálním pracovišti se setkávám převážně s projevy verbální agrese, na příjmovém oddělení jsem se setkala i s projevy agrese brachiální, ale dá se říci, že jsem <u>nikdy nebyla terčem agrese</u> .
Respondent LS	„Byla to pacientka, která se mě <u>snažila pokousat</u> , byla v přijímacím procesu na oddělení, chytla mě za vlasy a snažila se mě pokousat...
Respondent LŠ	„Ze začátku jsem <u>míval strach</u> , později jsem si ale zvykl a měl jsem spíš <u>vztek</u> . Řekl bych takové zrcadlení pacientova chování. Setkal jsem se s fyzickou i verbální agresí. <u>Fyzickému útoku většinou předcházela slovní, ale nebyla to podmínka</u> . Zažil jsem i <u>útok „z</u>

	<i>ničeho nic“.</i>
<b>Respondent</b> AL	<i>„I přesto, že jsem zde krátce, mě <u>pacient napadl několikrát slovně</u>, užil výrazů jako je: Ty krávo ale i horší, ale pouze jednou mi strčil silou do ruky, když jsem mu podávala hrníček s vodou na zapití léků, nechtěl léky požit, tak mi to dal patřičně najevo...smích...</i>

## Komentář:

Respondetka AK (3) *„Sama jsem byla napadena jednou, neklidným pacientem, kterému jsem měla aplikovat injekci, držel mě za vlasy, a nakonec mi pramen vytrhl, pocity jsou velmi nepříjemné, v prvním okamžiku je to šok, rozrušení, obavy, strach, nechut' do práce, bezprostředně po napadení jsem se nemohla soustředit na nic jiného. Výhodou bylo, že krátce po mém napadení byl pacient přeložen do jiného zařízení, setkání s agresorem bylo vtom dalším kontaktu velmi nepříjemné, byť to byl pacient“*Nemohu říci, že bych kvůli tomu dávala výpověď nebo se hroutila, ale moc mi pomohl ten překlad pacienta...

Závěr: Pocity jako je vztek, nechut', zloba cítí po napadení a násilném chování pacienta téměř všichni respondenti, avšak to nedávají v rozhovoru nijak více nonverbální mimikou nebo jinými výrazy znát. Jejich hlas je klidný, když o tom hovoří. Všichni zažili verbální agresi. Fyzickou agresi zažilo 5 respondentů. Je velmi zajímavé, že oslovení pracovníci vnímali agresi převážně v okamžik napadení, druhý den na napadení již nemysleli. Jedna respondentka uvedla, že u ní to mělo za následek fakt, že byl pacient přeložen, jinak by se jí na oddělení vracelo špatně.

## 6.5.4 Otázka č. 4

Je zvolena tak, abychom zjistili, jak moc zasahuje zaměstnání do osobního života pracovníka. Jak moc se mu jeho zaměstnání do osobního života prolíná.

Otázka 4. Jaké mělo Vaše napadení pacientem důsledky v osobní rovině?

<b>Respondent PM</b>	<i>„Uvědomuji si, že kdybych agresí nezvládl, a pacient mi způsobil poranění, <u>nemohl bych fungovat ve své rodině, tak jak bych potřeboval</u>“</i>
<b>Respondent AK</b>	<i>„<u>Nespokojenost, rozladěnost, pocit, že je vše špatně... obavy, pocit selhání, pochybování o sobě... tím, že člověk na danou situaci myslí i doma, ovlivňuje to život rodiny.</u>“</i>
<b>Respondent KC</b>	<i>„<u>Asi žádné, pracovní věci si nenechávám zasahovat do osobní roviny. Většinou to přejdu jako součást práce...</u>“</i>
<b>Respondent LS</b>	<i>„<u>Po každém incidentu jsem přemýšlel, jestli to má cenu, na psychiatrii pracovat, ale nakonec jsem usoudil, že ano.</u>“</i>
<b>Respondent LŠ</b>	<i><u>V osobní asi žádné, v domácím prostředí na vše zapomenu</u>“</i>
<b>Respondent AL</b>	<i>„<u>Asi zatím jen to, že o tom doma dost hovořím. Zatím jen s rodiči, pomůže mi to lépe se s tím vyrovnat</u>“</i>

Komentář:

Respondentka AK (1) "Tato otázka je pro mě docela těžká, musím se zamyslet... chvíli přemýšlí... „Zřejmě bych to vše popsala jako nespokojenost, rozladěnost, pocit, že je vše špatně... obavy, pocit selhání, pochybování o sobě... tím, že člověk na danou situaci myslí i doma, ovlivňuje to život rodiny.“ Nemám chuť se v ten den po službě ani bavit s dětmi, ale druhý den, to ze mě většinou vyjde a pokud mám to štěstí, že hned druhý den nemusím do služby, je to fajn..."



Respondent LS (4) *"Co chceš slyšet, jestli mě to nějak ovlivnilo? „Po každém incidentu jsem přemýšlel, jestli to má cenu, na psychiatrii pracovat, ale nakonec jsem usoudil že ano.“ Občas mě tohle napadne, i když mi pacient nadává do debi..., ale asi jsem si už zvykl a neřeším to...*

Závěr: Z výpovědí vzešlo, že respondenti zažívají pocity, které by mohly ovlivnit fungování v rodině, uvědomují si, že jsou tím, kde pracují ohroženi tak, že by je mohlo povolání na nějaký čas invalidizovat, vyřadit je z běžných věcí, které v životě vykonávají. Ve spojitosti s agresí pacienta zažívají o pocity selhání a nechuti do práce. Přemýšlí o tom, jestli má cenu na psychiatrii pracovat. Pouze jedna respondentka uvedla, že jí to v osobní rovině nijak nezasahuje, nenosí si práci domů a v tomto ohledu se cítí jako profesionál.

## 6.5.5 Otázka č. 5

Touto otázkou jsme chtěli zjistit, jak sestry ve své profesi vnímají a prožívají napadení neklidným pacientem, jakou úlohu v tom sehrává pracoviště, kolektiv ev. nadřazený pracovník.

otázka č. 5 Jaké mělo důsledky napadení v profesní rovině?

<b>Respondent PM</b>	<i>„Asi to, že si pokaždé říkám, že se <u>budu více vzdělávat</u> ve smyslu zvládnání neklidného pacienta, ale většinou o tom jen hovořím...úškleb</i>
<b>Respondent AK</b>	<i>„Myslím, že v rámci profese psychiatrická sestra <u>bych mohla umět lépe tyto situace zvládnout</u> a mohla bych i své <u>zkušenosti předávat</u>. Následuje rozpačitý pohled.“</i>
<b>Respondent KC</b>	<i>„Ani v profesní rovině to nemělo pro mne žádné důsledky, přestoupila jsem z akutního příjmového oddělení na pozici staniční sestry.“</i>
<b>Respondent LS</b>	<i>„Že mě občasná nechuť do práce spojená právě s tím, že bude na <u>oddělení dusno stála místo</u>, ať už tím, že jsem nebyl vždy profesionální na pacienty, ale i na nadřízené...“</i>
<b>Respondent LŠ</b>	<i>„Zvyknul jsem si. Často jsem <u>byl na agresi připraven, očekával jsem ji</u>...“</i>
<b>Respondent AL</b>	<i>„V tu chvíli jsem si řekla, že by můj nynější <u>zaměstnavatel mohl pro nás jako sestry udělat více</u>, nebo začnu chodit na judo...smích...“</i>

Komentář:

Respondentka KC (3) „*Já ti asi nebudu moc přínosná, cítím to tak, že je s tím každý srozuměn. Ten, kdo se o práci na psychiatrii uchází, ví co mu hrozí a co ho může*

*potkat, takže ani v profesní rovině to nemělo pro mne žádné důsledky, přestoupila jsem z akutního příjmového oddělení na pozici staniční sestry.*

*Respondentka AK (2) „Já si Myslím, že v rámci profese psychiatrická sestra bych mohla umět lépe tyto situace zvládnout a mohla bych i své zkušenosti předávat.“ Možná, bych na to potřebovala ale víc času a to zase na úkor rodiny asi ani nechci, máme dost přesčasů a proto nevím, jestli bych měla úplně čas na to vzdělávat se..následuje rozpačitý pohled...”*

Závěr: Zde jsme si vydefinovali určitá zásadní slova jako je vzdělávat se, umět lépe zvládat situace a psychiatrie jako předpoklad určité agrese a násilí. Zaměstnavatel by mohl sestřím více poskytovat vzdělání, ale je otázkou, zda by bylo plně využito. Sestry si často stěžují na přesčasové hodiny a na úkor dalšího vzdělávání by některé nebyly ochotny věnovat čas dalšímu vzdělávání. Stěžují si na nedostatek personálu, který má za následek i to, že slouží v menším počtu na noční službě.

## 6.5.6 Otázka č. 6

Tato otázka zjišťuje, jak je kdo zdatný v zvládnání projevech agrese a jak se umí orientovat ve svém zaměstnání s krizovou situací. Jak je v ní proškolen, a jak sám subjektivně vnímá to, že situaci zvládá.

**otázka č. 6 Co byste mohla udělat, na základě Vaší profesní strategie, abyste preventivně zabránila projevu agrese?**

<b>Respondent PM</b>	<i>„Neodvážím se na tuhle otázku odpovědět, protože si nejsem jistý, zda <u>opravdu situace dobře zvládám</u> ...</i>
<b>Respondent AK</b>	<i>„V situaci, které jsem byla vystavena by bylo zcela jistě rozumnější <u>chvíli vyčkat, zajistit převahu personálu, více komunikovat s pacientem samotným.</u></i>
<b>Respondent KC</b>	<i>„Myslím, že právě <u>věcný, přímý přístup k pacientům a být důsledný,</u> to se mi vždy vyplatilo...úsměv</i>
<b>Respondent LS</b>	<i>„<u>Nevím, dát si panáka?</u></i>
<b>Respondent LŠ</b>	<i>„<u>Jednám instinktivně, podle toho, co jsem obkoulal za ty roky na psychiatrii...úsměv...</u></i>
<b>Respondent AL</b>	<i>„Myslím, že jsem zde krátce a <u>nemám tolik zkušeností, abych mohla v tomto směru nějak pomoci a zabránit agresi...</u></i>

Komentář:

Respondentka AL (6) „*Nevím, jestli zrovna já mohu o zvládnání agrese hovořit, protože tu nejsem ještě tak dlouho, nemám tolik zkušeností, co ostatní. Na oddělení*

*jsou nějaké standardy, jak zvládat agresi, ale myslím že situace je pokaždé stejně jiná a je důležité si to prožít na vlastní kůži.*

Závěr: Z těchto výpovědí vyplívá, že někdo má za dlouholetou praxi na psychiatrii jisté zkušenosti a uvádí jisté kroky, které jsou potřebné k zvládnutí neklidného či agresivního pacienta. Situace si vyžaduje znalosti, se kterými by měli být zaměstnanci seznámeni v rámci adaptační praxe. Dále zde hrají velkou roli zkušenosti. Je zde patrné, že se nikdo více v této oblasti nevzdělává. Jeden respondent hovoří o tom, že by si dal nejrady panáka, a asi by mu to v danou chvíli pomohlo oprostít se od nepříjemných prožitků, ale je to zcela nežádoucí jev, který bohužel provází nejednoho zaměstnance. Každý z dotázaných má jiný individuální postoj, ale převaha personálu, věcný přístup a slova dobrá zkušenost se zde opakují často.

## 6.5.7 Otázka č. 7

Otázka č. 7 nám poskytne informaci, jak důležitá je pro respondenty rodina a přátelé, zdali se o své pocity dělí se svými nejbližšími.

otázka č. 7) Sdělovala jste někdy Vaše pocity ze setkání s agresivitou na pracovišti rodinným příslušníkům či přátelům?

<b>Respondent PM</b>	<i>„<u>Ano, s manželkou o tom mluvíme</u>, je také zdravotní sestra a oba si povídáme zkušenosti z pracoviště.</i>
<b>Respondent AK</b>	<i>„<u>Ano, pro mě je to psychohygienu</u>. Verbalizací se zbavuji napětí a nepříjemných pocitů...</i>
<b>Respondent KC</b>	<i>„<u>Rodině nesdělují</u>, naučila jsem si „práci nenosit“ domů.“</i>
<b>Respondent LS</b>	<i>„<u>Ano s rodinou ano, ta mě spíše vyslechla</u>, neradila, a mně se ulevilo.“</i>
<b>Respondent LŠ</b>	<i>„<u>Ano, doma ani ne, ale s kolegyněmi se o tom bavíme dost často</u>.</i>
<b>Respondent AL</b>	<i>„<u>Ano, bavíme se o tom doma s rodinou a pomůže mi už jen to, že se vypoovídám</u>.</i>

komentář:

Respondentka KC (3) „Rodině nesdělují, naučila jsem si „práci nenosit“ domů, ale docela často se setkávám s přáteli ze stejného prostředí, tam se o tom občas bavíme, ale spíše se tomu už pak zasmějeme, nebo z toho vytáhneme pozitivní důsledek, u vína se o tom hovoří dobře...úsměv...

Respondent LS (4) „Ano s rodinou ano, ta mě spíše vyslechla, neradila, a mně se ulevilo...

Závěr: Zjistili jsme, že převážně se všichni oslovení zdravotníci o těchto incidentech, které zažijí v zaměstnání doma s rodinnými příslušníky či přáteli baví a pomůže jim to, že se vypovídají a někdo je pouze vyslyší. Vyventilování se vnímají jako psychohygienu a vnímají ji velmi kladně.

## 6.5.8 Otázka č. 8

Zde bychom chtěli zjistit jak často se v psychiatrických nemocnicích pořádají zvládací, copingové strategie jako prevence při péči o agresivní klienty. Jak sestry tyto kurzy využívají.

**otázka č. 8) Pořádá Vaše pracoviště kurzy zaměřené na zvládací "copingové" strategie jako preventivní opatření při péči o agresivní klienty?**

<b>Respondent PM</b>	<i>„Občas je zde nějaký seminář, ale byl jsem jen jednou na kurzu pořádaným příslušníkem policie: "Jak zvládat agresivního klienta"“</i>
<b>Respondent AK</b>	<i>„Ne“</i>
<b>Respondent KC</b>	<i>„Ano, využila jsem jich a párkrát. Účastnila jsem se také, ale z časových důvodů to bylo opravdu jen párkrát, nemíním práci zasvětit život“</i>
<b>Respondent LS</b>	<i>„Ne, kašlou na nás...“</i>
<b>Respondent LŠ</b>	<i>„Ne.“</i>
<b>Respondent AL</b>	<i>„Zatím to nemám přesně zjištěné, ale nějaký kurz sebeobrany tady byl, jinak o ničem „nevím.““</i>

komentář: Pouze dva respondenti odpověděli, že se semináře na téma agresivní pacient v nemocnici probíhají. Přesně kdy a jak často nedokázal formulovat nikdo. Je tedy otázkou, zda jsou sestry dostatečně informovány o tom, kdy a kde se seminář koná, nebo zda-li sestry jeví dostatečný zájem o to, aby se semináře účastnili a aktivně ho vyhledávali. Často se v odpovědích shodují nad pojmem nedostatek času, který jim brání v dohledávání si informací a zjišťování si aktuálních konferencí a seminářů pro nelékařský zdravotnický personál.



## 6.5.9 Otázka č. 9

Zde bychom chtěli zjistit, jestli se opravdu sestry zúčastňují kurzů. Zda si pamatují to, co se naučily a zda jsou schopny aspoň v kostce podat stručný komentář o každém z nich.

**otázka č. 9) Zúčastnila jste se sama akcí, které jsou orientovány na řešení problematiku?**

<b>Respondent PM</b>	<i>„<u>Jednou</u> na kurzu pořádaným příslušníkem policie: Jak zvládat agresivního klienta“</i>
<b>Respondent AK</b>	<i>„<u>Ano v rámci semináře</u>“.</i>
<b>Respondent KC</b>	<i>„<u>Ano, několikrát</u>. Názvy si moc nepamatuji, ale bylo to vlastně o tom, jak zvládnout agresivního klienta, jak s ním komunikovat, ale je pravdou že se mnohdy jednalo o incident, který se odehrává venku, například napadení nožem, nebo pacifikace pacienta do sanitního vozu...a s tím se tady na odd. nesetkáme.</i>
<b>Respondent LS</b>	<i>„<u>Ne</u>“</i>
<b>Respondent LŠ</b>	<i>„<u>Nepamatuji si</u>“</i>
<b>Respondent AL</b>	<i>„<u>Zatím ne</u>, máme hodně služeb, a ve volném čase se věnuji škole, nemám teď na nic jiného čas...“</i>

Závěr: Z výpovědí je patrné, že sestry nejsou zcela seznámeny s danou problematikou. Nemohou říci, že mají dostatek informací a zkušeností právě ze seminářů, kurzů a jiných vzdělávacích projektů. Otázkou pro další zkoumání by bylo, zda by sestry plně těchto aktivit využívaly a zda jsou o kurzech aj. v nemocnici dostatečně obeznámeny. Kurzy a semináře by se měli zaměřit přímo na zvládání

neklidného pacienta na oddělení, na určité situace, se kterými se sestry setkávají dnes a denně.

## 6.5.10 Otázka č. 10

Zde bychom chtěli zjistit, co by sestřám pomohlo k předcházení agresivních projevů agresivního pacienta, jaké mají znalosti a zkušenosti právě v oblasti prevence zvládnání neklidu.

*otázka č. 10) **Co by Vám osobně pomohlo k předcházení a eliminace agresivních projevů klienta?***

<b>Respondent PM</b>	<i>„Myslím, že by dost pomohlo, kdybychom <u>uměli všichni s klienty jednat a komunikovat</u>, myslím, že <u>nejsme zdaleka tak dobře proškolení v tomto směru.</u> “</i>
<b>Respondent AK</b>	<i>„Určitě <u>dostatečný počet personálu, menší počet pacientů na odd., následně z psychologického hlediska by pro mě osobně bylo důležité vědomí, že pokud k agresi dojde, nepřejde se to jen mlčením, že se o tom přinejmenším bude na odd. mluvit.</u> v mém případě to tak nebylo. “</i>
<b>Respondent KC</b>	<i>„Nevím, snažím se předcházet agresivním projevům právě <u>vhodnou komunikací</u>, a to se mi vyplácí. “</i>
<b>Respondent LS</b>	<i>„To sám nevím, je to těžká otázka, <u>vyloučit agresi na psychiatrii asi nejde.</u> “</i>
<b>Respondent LŠ</b>	<i>„Vzhledem k charakteru oddělení (přijímací stanice těžce dekompenzovaných pacientů) asi nic. Většinou se <u>s pacienty nedalo nijak domluvit, trvali si na svém (pusťte mě nebo uvidíte...většinou vyhrožují)</u></i>
<b>Respondent AL</b>	<i>„Když se zamyslím, tak by opravdu pomohla hlavně <u>asi zklidňující léčba medikací</u>, má vcelku rychlý nástup účinků, a ještě asi <u>mít zde na oddělení více personálu.</u> “</i>

komentář:

Respondentka AL (6) „Když se zamyslím, tak by opravdu pomohla hlavně asi zklidňující léčba medikací, má vcelku rychlý nástup účinků, a ještě asi mít zde na oddělení více personálu. Když bychom šli dále, tak bych řekla, že kdyby pacienti měli více cigaret a kávy, tak by také byli spokojenější...smích...

dotázání se: *A myslíš si, že je agrese je také o neuspokojených potřebách pacientů?*

*"To ano, samozřejmě když mě žádají celý den o cigaretu, protože nemají co kouřit, tak to má na ně také vliv..."*

Respondentka KC (3) „Nevím, snažím se předcházet agresivním projevům právě vhodnou komunikací, a to se mi vyplácí, asi má na tom podíl nejen vzdělání ale i moje vlohy komunikovat. Nejednou jsem za to byla pochválena lékařem přímo u daného konfliktu.

Závěr: Zde byly všechny odpovědi zajímavé a přínosné pro náš rozhovor. Téměř všichni respondenti by uvítali více personálu na pracovišti. Fakt, že umění komunikovat správně s pacientem je jistým pozitivním faktorem, jak agresi zvládnout bez toho, aby došlo k fyzickému napadení. Jeden respondent uvedl, že vyloučit agresi na psychiatrii prostě nejde, že to k ní patří a s podobnou myšlenkou se ztotožňuje i druhý respondent, který potvrzuje to, že verbální agrese, výhrůžky a nadávky jsou denním chlebem psychiatrických sester.

## 6.5.11 Otázka č. 11

Zde bychom chtěli zjistit, zda v sestřích vyvolá rozhovor nějaké emoce, zda je přinutí se nad daným tématem se více zamyslet.

*otázka č. 11) Má tento rozhovor pro Vás nějaký význam, či Vás přivedl na myšlenku o tématu blíže uvažovat*

<b>Respondent PM</b>	<i>„Teď když o tom mluvíme, tak si říkám, že bych měl pro <u>sebe udělat více a víc se v oboru vzdělávat</u>“</i>
<b>Respondent AK</b>	<i>„Určitě mě tento rozhovor vedl k zamyšlení. <u>Překvapilo mě, že na některé otázky bylo pro mě tak složité odpovědět...</u>“</i>
<b>Respondent KC</b>	<i>„<u>Ano.</u>“</i>
<b>Respondent LS</b>	<i>„<u>Nyní ne, řeším problémy v rodině a práce je pro mě teď druhořadá.</u>“</i>
<b>Respondent LŠ</b>	<i>„<u>O tématu blíže uvažuji.</u>“</i>
<b>Respondent AL</b>	<i>„<u>Možná jen to, že přemýšlím, že v rámci svého studia bych mohla udělat kvantitativní výzkum na to, kolik sester na psychiatrii bylo brachiálně napadených anebo dokonce musely tuto práci z důvodu pocitu nebezpečí opustit...</u>“</i>

Závěr: Odpovědi na poslední otázku jsou dost podobné. Respondenti odpovídají krátce. Respondentka č. 6 (AL) uvádí, že by si také podobné téma na svoji práci mohla vybrat, ale zaměřila by se na jiný výzkum, jinou metodou. Dokonce mě překvapilo, že zde zazněla i myšlenka více se vzdělávat a předávat zkušenosti dál. Zdálo se mi, že rozhovor v nich nějaké emoce zanechal a aspoň na chvíli si

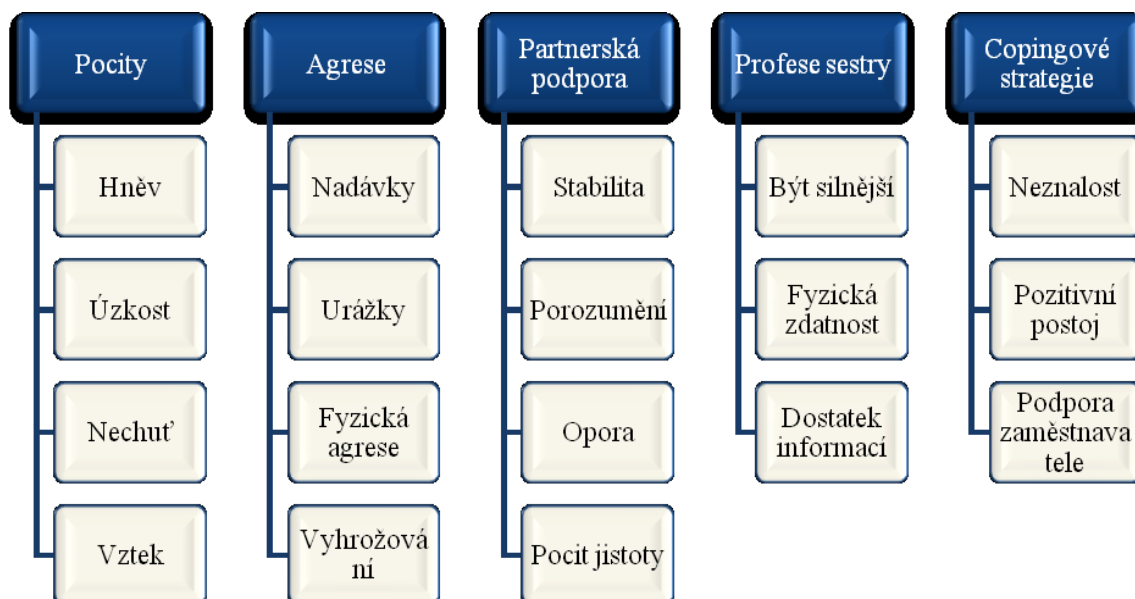
uvědomili, jak je někdy tohle povolání náročné a kde je potřeba ještě zapracovat na tom, aby pro ně bylo lépe zvládnutelné.

Když jsem asi po týdně našeho rozhovoru doptala respondentů, zda by ještě něco napsali k tématu, či si ještě něco podstatného uvědomili, respondent LŠ mi řekl, že si vlastně uvědomil, že si ani dostatečně neuvědomuje, jaké by mohlo mít dopady na jeho samotného a jeho rodinu právě agresivní jednání pacienta. Ve službě si uvědomuje, že musí jakožto muž ochránit sestru, která s ním službu vykonává, ale i sám sebe. Možná i proto pravidelně navštěvuje sportovní zařízení, kde podporuje svalovou sílu a fyzickou výkonnost. Další respondenti by chtěli být obeznámeni s výsledky výzkumu, protože je téma zajímavá a je jim velmi blízké.

## 6.6 Diskuze výsledků

Z rozhovorů s respondenty jsme si vydefinovali určité kódy, které nejvíce vystihují výpovědi dotázaných respondentů.

**Obrázek 2: Schéma kategorií a kódů**



*Zdroj: vlastní*

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

Tématem bakalářské práce byla zvolena problematika násilí a agrese vůči všeobecným sestrám na psychiatrických odděleních.

**Hlavním cílem bylo zjistit, jaké jsou zkušenosti všeobecných sester s agresí na psychiatrickém oddělení a jaké to pro ně má následky?**

Z výzkumu vyšlo, že všeobecné sestry se s agresí pacientů setkávají často. Uvedly, že verbální agrese je téměř na denním pořádku a s fyzickou agresí se setkali také všechny. Pouze jedna respondentka uvedla, že fyzická agrese nebyla namířena přímo na ní. Sestry popisují největší pocity vzteku, hněvu ihned po napadení, ale většina z nich udává, že druhý den na to nemyslí. Je otázkou, zdali je tento jen v rámci jejich

profesní tolerance. Zdali i délka praxe na psychiatrii hraje roli v tom, že sestry jsou dosti „obrněné“ a mají vytvořenou frustrační toleranci natolik, že jsou schopny fakt, že je někdo napadne vnímat opravdu pouze v daný moment.

**Dílčím cílem č. 1 bylo zjistit, jak a co sestry vnímají jako agresi na psychiatrické odd.**

Sestry jako agresi vnímají spíše fyzické napadení. Verbální agrese (urážky, vyhrožování) berou jako normální jev, který k psychiatrii patří. Vybrala jsem respondenty převážně s dlouholetou praxí a možná že právě délka praxe je jistým ukazatelem pro tento stav, který udávají všichni až na jednu nejmladší respondentku s jednoletou praxí. Sestry si práci na psychiatrii vybrali proto, že je práce přitahovala a lákala. A roli hraje i to, že se zde neuplatňuje tolik náročnosti na fyzickou a odbornou práci.

**Dílčí cílem č. 2 bylo zjistit, jaké to pro sestry má důsledky v jejich profesi, ale i na rovině osobní.**

Sestry rodinu a rodinné zázemí je vnímají jako podpůrnou složku procesu. Dokážou se vypovídat a podělit se o své pocity s partnery a mnohdy ani neočekávají rady, jen pocit vyslechnutí je pro ně důležitý. Všichni kromě jednoho respondenta R3 mají potřebu se doma vyventilovat z nepříjemných zážitků a prožitků.

**Poslední dílčím cílem č. 3 bylo zjistit, jaké mají zvládací (copingové) strategie a jak jim pomáhají organizace, v nichž pracují**

S otázkou zvládacích strategií je to složitější pro neznalost sester. Nejedna z nich se dotazovala, co přesně výraz znamená, po vysvětlení však dokázala uvést jisté faktory, které ji pomáhají zvládat zátěžové situace. Dokázala se zorientovat v dané tématice a pojmenovat určité kroky, které podnikne, když pacient vykazuje známky agrese. Sestry by uvítali více seminářů a konferencí s daným tématem, ale blíže samy nepátrají a nezjišťují si informace, které by jim dopomohli dopátrat se, kde se semináře konají.

Agrese a násilí bylo v minulých letech zpracováno mnohokrát, avšak cíle se ne přesně shodují s našimi, nebo je agrese specifikována na jiná oddělení či jiné pracovníky. Pro porovnání bych zvolila práci kolegy Jana Čapky, který napsal svoji



práci v roce 2013 s názvem Agresivita pacientů v psychiatrické praxi z pohledu ošetrovatelského personálu. Z jeho kvantitativní metody šetření vyplynulo, že se sestry více setkávají s agresí verbální než fyzickou. Jako nehůře zvládnutelný dle jeho výzkumu bylo napadení s použitím předmětů. Dále mě zaujala práce kolegyně Lenky Vašákové, která se zabývala agresí na pracovišti v roce 2016 pod názvem Bezpečí zdravotnických pracovníků versus agresivní pacient. Prováděla kvantitativní výzkum v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně. Její dílčí výzkumný cílem bylo zjistit, zda je zdravotnický personál dostatečně edukován o postupech a komunikaci při zvládnání agresivních pacientů. Převážná část respondentů odpověděla, že není dostatečně edukována a téměř nikdo z nich nepodstoupil žádný kurz sebeobrany. Odpovědi respondentů jsou téměř totožné, jako u našich respondentů.

Dle zjištěných údajů bych doporučila několik návrhu, které by mohly být využité v praxi. Doporučila bych zvýšení počtu zdravotnického personálu hlavně mužského pohlaví. Důležité je zajímat se o příčiny vzniku agrese, odhalovat souvislosti a zákonitosti agrese. Bylo by dobré zavést kurzy a semináře pro zdravotnický personál na téma komunikace s agresivním pacientem. Při napadení zdravotnického personálů zavést možnost psychologického poradenství, proškolení v možnostech a zacházení omezujících pomůcek u agresivního pacienta. Sestrám bych konkrétně doporučila, aby se více zajímali o kurzy, jež se provádějí i v jiných zařízeních, a větší motivaci pro vyhledávání si informací, aby své zkušenosti mohli předat i dále a byly schopny kvalitně zaškolit i nově přicházející personál. Celkový nedostatek zdravotnického personálu přináší pro kvalitu českého zdravotnictví pouze negativní aspekty. V nemocnicích vládne spíše nepřátelská atmosféra. Sestry jsou vyčerpané fyzicky i psychicky a jedním z podložitelných aspektů je i nárůst nežádoucích událostí.

## ZÁVĚR

S určitou formou agresivního jednání má nepochybně zkušenost každý člověk, ale jen málokterý může tvrdit, že se s ní setkává v zaměstnání. Důvodem výběru tématu je závažnost problematiky a předpoklad nedostatečného zvládnání agresivních pacientů. Z vlastní zkušenosti, bude počet kontaktů s agresivním chováním spíše přibývat, zvládnání těchto situací by mělo patřit k základnímu, profesnímu vybavení zdravotníka. Ve styku s psychicky nemocnými se nejednou setkáme s velmi vypjatými situacemi. Valná většina život ohrožujících stavů se dnes odehrává ve zdravotnickém zařízení. Obor Všeobecná sestra je tím náročný nejen po fyzické, ale i psychické stránce. Člověk je individualitou a jedinečnou bytostí a každý se jinak vyrovnává se svými či sdílenými pocity. V teoretické části jsou definovány termíny agrese a násilí, stupně a etiologie agresivního jednání, dále jsou uvedeny související pojmy, popis ošetřovatelské péče a specifika sestry na psychiatrickém oddělení. Cílem výzkumu bylo zjistit zkušenosti sester s agresi, jak ji vnímají, co za ni považují, jaké to má pro ně důsledky v profesním i osobním životě a v neposlední řadě – jaké mají copingové strategie. V praktické části jsem se pokusila získat odpovědi na předem stanovené výzkumné otázky a dopracovat se tak k hlavnímu cíli této práce. V diskuzi jsem si vydefinovala cíl práce, hlavní výzkumnou otázku a následně dílčí otázky, na něž se mi dostalo odpovědí z rozhovorů, které poskytly mnoho zajímavých, zčásti dokonce nečekaných údajů. Velmi mne zaujal přístup všeobecných sester, které se rozhodly pro práci na psychiatrii, a to i s vědomím, že agrese i násilí zde není neobvyklým jevem. Zaměstnání v tomto oboru upřednostňují hlavně z toho důvodu, že se zaměřuje na lidské osudy, lidskou psychiku, a léčba není zcela jednoznačně pouze biologická. Každý duševně nemocný prožívá svůj vlastní příběh, sestra mu může být velkou oporou a svými invencemi zároveň neodmyslitelnou součástí procesu navrácení se zpět do běžného života. Při vyhodnocování rozhovorů jsem používala kódování a následně objasnila kategorie a samotné kódy.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] BEER, M. Dominic, Stephen M. PEREIRA a Carol PATON, 2005. *Intenzivní péče v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN: 80-247-0363-7.
- [2] BURDA, Patrik, 2014. *Krizová komunikace s agresivním a hostilným pacientem*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-564-8.
- [3] COWEN, Philip., P. J. HARRISON a Tom BURNS, 2012. *Shorter Oxford textbook of psychiatry*. Sixth edition. Oxford: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-960561-3.
- [4] ČÍRTKOVÁ, Ludmila, 2009. *Forezní psychologie*. 2., upr. vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk. ISBN 978-807-3802-134.
- [5] DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. přep. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4826-9.
- [6] FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA, 2009. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2781-3.
- [7] GLADKIJ, Ivan, 2003. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press. ISBN 80-7226-996-8.
- [8] HARSA, Pavel, TUKOV Ilja, CSĚMY Ladislav, 2008. *Možnosti posuzování a měření agresivity u psychiatrických pacientů pomocí osobnostních dotazníků*. Česká a slovenská psychiatrie. 104 (8). ISSN: 1212-0383.
- [9] HARTL, Pavel a Helena Hartlová, 2010. *Velký psychologický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.
- [10] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2004. *Manuálek o násilí*. V Brně: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-397-2.
- [11] HONZÁK, Radkin, 1999. *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. 2. dopl. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-032-0.

- [12] HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA, 2002. *Psychiatrie*. Praha: Tigis. ISBN 8090013015.
- [13] KOMÁRKOVÁ, Růžena a kol., 2001. *Aplikovaná sociální psychologie*. Praha: Grada. ISBN 8024701804.
- [14] KRISTOVÁ, Jarmila, 2009. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. 3. dopl. vyd. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-160-3.
- [15] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, Psyché. ISBN 80-247-0179-0.
- [16] LÁTALOVÁ, Klára, 2013. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada, Psyché. ISBN 978-80-247-4454-4.
- [17] MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ, 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 802-4711-516.
- [28] MARTÍNEK, Zdeněk, 2015. *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. 2. aktul., roz., vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5309-6.
- [19] NAKONEČNÝ, Milan, 1996. *Motivace lidského chování*. Praha: Academia. ISBN 80-200-0592-7.
- [20] NAKONEČNÝ, Milan, 2000. *Lidské emoce*. Praha: Academia. ISBN 80-200-0763-6.
- [21] OREL, Miroslav, 2012. *Psychopatologie*. Praha: Grada, Psyché. ISBN 978-80-247-3737-9.
- [22] PETR, Tomáš, Eva MARKOVÁ a kol., 2014. *Ošetrovatel'ství v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.
- [23] PONĚŠICKÝ, Jan, 2005. *Agrese, násilí a psychologie moci*. Praha: TRITON. ISBN 80-7254-593-0
- [24] PRAŠKO, Ján, 2003. *Stop traumatickým vzpomínkám: jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha: Portál. Rádci pro zdraví. ISBN 80-7178-811-2.
- [25] PROCHÁZKA, Roman, 2014. *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4451-3.

- [26] RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ, 2006. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. Vyd. 4., rozšířené. Praha: Triton. ISBN 80-7254-746-1.
- [27] SEIFERTO VÁ, Dagmar, 2005. *Akutní neklid a agitovanost: Psychiatrie. Postgraduální medicína*. Praha: Mladá fronta, 2005(2), 108-111. ISSN 1212-4184.
- [28] STANDART č. 56/10, 2010. Ošetrovatelský manuál. Ošetrovatelský přístup k neklidným a agresivním pacientům. Psychiatrická nemocnice Brno.
- [29] ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
- [30] TILLEY, Stephen, 2005. *Psychiatric and mental health nursing: the field of knowledge*. Oxford: Blackwell Science. ISBN 9780632058457.
- [31] TRČKOVÁ, Monika, Jan TITLBACH a René POSPÍŠIL, 2006. *Agitovaný pacient ve zdravotnické péči: Diagnóza v ošetrovatelství*. 2006 (2), 69-70. ISSN 18011349.
- [32] VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4.vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.
- [33] VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1262-8.
- [34] VEVERA, Jan a kol., 2011. Agrese a násilné chování. *Postgraduální medicína: Psychiatrie*. Praha: Mladá fronta, 2011(1), 220-225. ISSN 1212-4184.
- [35] VYMĚTAL, Jan, 2003. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-740-X.

#### **Elektronické zdroje:**

CHVÁL, Josef. 2008. *Nejčastější příčiny neklidu na somatickém oddělení*. *Psychiatrie pro praxi*. Solen [online]. 9 (4), 166-168 [cit. 2018-02-25]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/04/03.pdf>

PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE BRNO, 2018. *Lůžková péče, oddělení diagnosticko terapeutické - Stanice*. [online]. © 2018 [cit. 2018-03-02]. Dostupné z: <http://www.pnbrno.cz/luzkova-pece/oddeleni-diagnosticko-terapeuticke/>

PEŇÁKOVÁ, Simona, 2011. *Aktuální výskyt agresivity pacientů ve zdravotnických zařízeních z pohledu zdravotníka*. [online]. Brno [cit. 2018-04-23]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Alexandra Žourková. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/sjf86/Bakalarska\\_prace1.pdf](https://is.muni.cz/th/sjf86/Bakalarska_prace1.pdf)

PSYCHIATRICKÁ SEKCE ČESKÉ ASOCIACE SESTER, 2015. *Reforma psychiatrické péče v České republice v roce 2015*. [online]. © 2018 [cit. 2018-04-12]. Dostupné z: <http://www.psychiatrikasekcecas.estranky.cz/clanky/reforma-psychiatricke-pece/reforma-psychiatricke-pece-v-cr-v-roce-2015.html>

ŠVARC, Jiří, 2010. *Omezující prostředky v psychiatrii*. Psychiatrie pro praxi. Solen [online]. 9 (5), 243-245 [cit. 2018-03-07]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdf/psy/2008/05/12.pdf>

VESELÝ, Jaroslav, 2008. *Patří lithium do současné psychiatrie?* MEDICAL TRIBUNE, Tribuna lékařů a zdravotníků [online]. 2008 (13) [cit. 2018-04-12]. Dostupné z <https://www.tribune.cz/clanek/11987-ad-patri-lithium-do-soucasne-psychiatrie>

VEVERA, Jan a Martin ČERNÝ, 2011. *Zvládání agitovanosti a násilného chování*. Psychiatrie pro praxi. Solen. [online]. 12 (2), 69-71 [cit: 2018-03-20]. ISSN: 1213-0508. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/psy/2011/02/06.pdf>

Vyhláška č. 391/2017 ze dne 16. listopadu 2017 kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb., In: *Ministerstvo vnitra České republiky* [online]. [cit. 2018-04-14]. Dostupné z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=391/2017&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=391/2017&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

Zákon č. 201/2017 ze dne 8. června 2017, kterým se mění zákon č. 96/2004 ze dne 4. února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Ministerstvo vnitra České republiky* [online]. [cit: 2018-03-20].

Dostupné z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=201/2017&typLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=201/2017&typLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

ZACHAROVÁ, Eva, 2009. *Agresivní pacient v klinické praxi zdravotníků*. Interní medicína pro praxi. [online]. 11 (10) [cit. 2018-03-12]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/10/09.pdf>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

aj.	a jiné
agres.	agresivních
apod.	a podobně
BZD	benzodiazepin
DSM-IV	diagnostický a statistický manuál mentálních poruch
MKN-10	mezinárodní klasifikace nemocí
odd.	oddělení
PTSS	postraumatický stresový syndrom
SSRI	Inhibitory zpětného vychytávání serotoninu
tj.	to je
tzn.	to znamená
tzv.	takzvaně



## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

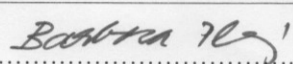
Obrázek 1: Farmakoterapie násilného chování .....	26
Tabulka 1: Specifikace respondentů.....	39
Obrázek 2: Schéma kategorií a kódů.....	58

**SEZNAM PŘÍLOH**

Žádost o umožnění provedení rozhovoru.....	73
Otázky k rozhovoru .....	74
Rozhovor s respondentem.....	76
Standart č. 56/10, 2010. ....	77

**ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PROVEDENÍ ROZHOVORU V RÁMCI  
KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU**

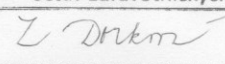
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění rozhovoru na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra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

Jméno a příjmení studenta	Lotreková Kamila	
Téma bakalářské práce	Agrese a násilí vůči všeobecným sestřím na psychiatrických odděleních	
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Bc. Plisková Barbora, Dis.	
	 ..... podpis	
Skupina respondentů		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
	<input type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
	<input type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
	<input type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 27.03.2018.

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd -1-

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

Psychiatrická nemocnice Brno  
618 32 Brno - Húskova 2  
Marie Lišková  
.....  
hlavní sestra  
razítko a podpis zástupce zařízení

## Rozhovor:

1. Popište sama sebe a řekněte, proč jste si zvolila práci na psychiatrii? (odpracovaných počet let na psychiatrickém oddělení, pracovní zkušenosti, náročnost pracoviště)
2. Teorie agrese je agrese se většinou definuje jako „psychologická (emočně motivační) mohutnost, jež má cíl poškodit přírodu, věci, lidi nebo sebe samého“ (Poněšický, 2005, s.22). Souhlasíte s ní?
3. Popište Vaše konkrétní zkušenost a pocity s projevy agrese na pracovišti. S kterými druhy agrese jste se na pracovišti setkala? Jak a za jakých okolností vás pacient napadl? Jak ataka probíhala, jaké jste zakoušela pocity?
4. Jaké mělo Vaše napadení důsledky v osobní rovině?
5. Jaké mělo důsledky napadení v profesní rovině?
6. Co byste mohla udělat, na základě Vaší copingové zkušenosti, abyste preventivně zabránila projevu agrese?
7. Sdělovala jste někdy Vaše pocity ze setkání s agresivitou na pracovišti rodinným příslušníkům či přátelům?
8. Pořádá Vaše pracoviště kurzy zaměřené na copingové strategie jako preventivní opatření při péči o agresivní klienty?
9. Zúčastnila jste se sama akcí, které jsou orientovány na řešenou problematiku?
01. Co by Vám osobně pomohlo k předcházení a eliminaci agresivních projevů klienta?
11. Má tento rozhovor pro Vás nějaký význam, či Vás přivedl na myšlenku o tématu blíže uvažovat

1. Popište sama sebe a řekněte, proč jste si zvolila práci na psychiatrii? (odpracovaných počet let na psychiatrickém oddělení, pracovní zkušenosti, náročnost pracoviště?)

Žijím, studuji dlouhá léta (18 let), pracuji si zvolila práci lékařka po smění, pracovala v nemocnici po let. psychiatrii. Nač se jí vždy zdálo zajímavé. První práce na odd. mužské v nemocnici obvodní (státní 11.)

2. Teorie agrese je agrese se většinou definuje jako „psychologická (emočně motivační) mohutnost, jež má cíl poškodit přírodu, věci, lidi nebo sebe samého“ (Poněšický, 2005, s.22). Souhlasíte s ní – ne, vyberte jinou, orientovanou na člověka...? Jak byste sama definovala agresi na pracovišti?

Agresi bych popsala jako reakci negativních emocí a to formou jak verbální tak i fyzické, vůči člověku nebo věci. Dříve bych to vyjadřovat neuměla.

3. Popište Vaše konkrétní zkušenost a pocity s projevy agrese na pracovišti. S kterými druhy agrese jste se na pracovišti setkala? Jak a za jakých okolností vás pacient napadl? Jak ataka probíhala, jaké jste zakoušela pocity?

Byla jsem přímo napadena jednou pacientem, kvůli tomu jsem měla vstříknout injekci. Ještě mě za plece a rukou mi ohromně pohltil. Pocity jsou velmi nepříjemné. A první m okamžik je to šok, rozrušení, obava, stres a pech do práce. Bezpodmínečně se napadení jsem se nemohla pustit do práce. První myšlenkou bylo, že leže po mém napadení byl pro nemocnici na jiné odd. Nežda bych si s ním sešla dál!

5. Jaké mělo Vaše napadení důsledky v osobní rovině?

Nepokoje, rozrušení, pech je nic špatného, obava, pech selhání, spochybnění osobě. Tím, že člověk padnou situací myslí má obava i obavy i obava pech.

6. Jaké mělo důsledky napadení v profesní rovině?

Myslím, že se za měi práce psych. práce byl velice umět lípe bylo situace vyřešit.  
Nežda bych pak své plánování předal.  
(Respekt pech.)

<b>PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE BRNO</b> <b>Húskova 2, 618 32 Brno</b>		
Ošetřovatelský manuál		
Standard č. 56/10 – platnost od 10.5.2010		
<b>OŠETŘOVATELSKÝ PŘÍSTUP K NEKLIDNÝM A AGRESIVNÍM PACIENTŮM</b>		Strana 3 (celkem 3)
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ vyvarujte se náhlých a nečekaných pohybů</li> <li>➤ <b>chovejte se k pacientovi občansky zdvořile, nevystupujte jako všemocní činitelé</b></li> <li>➤ nabídněte mu jistotu a podporu, nikdy mu nelžete</li> <li>➤ <b>vyhovte pacientovi, dožaduje-li se kontaktu s lékařem</b></li> <li>➤ umožněte mu krátké spojení s rodinou</li> <li>➤ <b>dbejte při řešení otevřené agrese zejména na bezpečí pacienta, na bezpečí pro ostatní pacienty, na bezpečí pro personál</b></li> <li>➤ <b>zaznamenejte</b> chování a projevy pacienta do zdravotnické dokumentace, <b>informujte lékaře a plňte jeho ordinace</b></li> <li>➤ použijte po vyčerpání všech ostatních možností ke zklidnění pacienta jako krajní řešení omezující opatření (vždy dle ordinace lékaře) a zaznamenejte do zdravotnické dokumentace. Ve výjimečných případech, vyžadující neodkladné řešení, může použití omezovacích prostředků indikovat i jiný zdravotnický pracovník nelékařského povolání, který je přítomen. Lékař musí být o takovém použití omezovacího prostředku neprodleně informován a musí potvrdit odůvodněnost omezení, dále lékař nejpozději po 12 hodinách trvání omezení rozhodne o dalším vývoji omezení</li> <li>➤ <b>zaznamenejte</b> omezení do zdravotnické dokumentace</li> <li>➤ uložte použité pomůcky na určené místo</li> </ul> <p><b>V. Komplikace</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ úrazovost pacienta samotného, ostatních pacientů a personálu</li> </ul> <p><b>VI. Zvláštní upozornění</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ zvládnutí neklidu a kontaktu s nespolupracujícím a agresivním pacientem je jedním z mnoha specifik práce sestry na psychiatrii. Při své praxi se sestra setkává s celou řadou komplikovaných situací. To, jakým způsobem je zvládne, záleží na jejich zkušenostech, teoretických základech a schopnosti zvolit vhodný přístup. Rozmanitost situací je taková, že je nemožné podat jednoznačný návod k jejich řešení.</li> <li>➤ <b>související ošetřovatelský standard č. 11/10 – „Imobilizace a bezpečnost pacienta“</b></li> </ul>		
<b>Vypracoval/a:</b> L.Goldhammerová, asistentka hlavní sestry	<b>Schválil/a:</b> Marie Lišková, hlavní sestra <b>Datum:</b> 3.5.2010	<b>Kontrola:</b> 1x za rok, při změně ihned
<b>Podklady:</b> Psychiatrická ošetřovatelská péče, E. Marková, M. Venglářová, M. Babiaková, 2006 Zákon 372/2011 Sb., O zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování v platném znění. Lékařský standard č.27/2011 Postup při použití omezovacích prostředků v Psychiatrické nemocnici Brno		