

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

Ladislav Kříž

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

NÁSILÍ NA VYBRANÉM PSYCHIATRICKÉM PRACOVIŠTI Z POHLEDU
VŠEOBECNÝCH SESTER
Ladislav Kříž

2023

Bakalářská práce

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Násilí na vybraném psychiatrickém pracovišti z pohledu všeobecných sester jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 27.4.2023

Ladislav Kříž v. r.

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Ladislav Kříž
Osobní číslo:	Z20207
Studijní program:	B0913P360004 Všeobecné ošetřovatelství
Téma práce:	Násilí na vybraném psychiatrickém pracovišti z pohledu všeobecných sester
Téma práce anglicky:	Violence at a selected psychiatric workplace from the perspective of nurses
Zadávací katedra:	Katedra ošetřovatelství

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.
- LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4454--4.
- OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3.
- PAPEŽOVÁ, Hana. *Naléhavé stavy v psychiatrii*. Praha: Maxdorf, 2014. Jessenius. ISBN 978-80-7345-425-8.
- PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.
- PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ. *Psychiatrie v primární péči*. Praha: Mladá fronta, 2013. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2798-4.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Klára Václavíková, Ph.D.**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2021**
Termín odevzdání bakalářské práce: **4. května 2023**

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

L.S.

Mgr. et Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 15. března 2023

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou hluboce děkuji vedoucí práce paní Mgr. Kláře Václavíkové, Ph.D. za pomoc, ochotu a vedení při psaní této bakalářské práce. Poděkování náleží také všem všeobecným sestřám daného psychiatrického pracoviště, které se zúčastnily výzkumného šetření. A nerad bych opomenul poděkovat své manželce a dceři za neskutečnou toleranci v průběhu mého studia.

ANOTACE

Teoretická část této bakalářské práce s názvem „Násilí na vybraném psychiatrickém pracovišti z pohledu všeobecných sester“ vysvětluje význam termínů druhů násilí, agresivních pacientů, zabezpečení bezpečného prostředí a několik onemocnění psychiatrického spektra s výskytem agresivního jednání. Dále se zabývá vhodnou komunikací (deeskalací) s agresivním pacientem a zvládnání těchto technik u pacientů s psychiatrickou diagnózou v souvislosti s vystupňovaným projevem násilného chování ve zdravotnickém zařízení. Hlavním cílem praktické části je získat přehled o výskytu agresivního chování na psychiatrickém pracovišti a zjistit úroveň spolupráce s ostatními členy personálu na daném pracovišti při zvládnání agresivního pacienta z pohledu všeobecných sester.

Dotazníkového šetření v praktické části této bakalářské práce se celkem zúčastnilo 51 respondentů a do průzkumu jich mohlo být zařazeno všech 51. Z analýzy dat vychází, že 15 stávajících všeobecných sester, v procentuálním vyjádření to je 29 %, bylo napadeno agresivním pacientem v rámci výkonu svého povolání. Dvě sestry zůstaly v důsledku fyzického napadení pacientem na dlouhodobé pracovní neschopnosti. Proto je třeba se touto problematikou zabývat a řešit násilí páchané ze strany pacienta na zdravotnickém personálu i do budoucna.

KLÍČOVÁ SLOVA

Násilí, komunikace, agresivní pacient

TITTLE

Violence at a selected psychiatric workplace from the perspective of nurses

ANNOTATION

The theoretical part of this bachelor's thesis entitled "Violence at a selected psychiatric workplace from the perspective of general nurses" explains the meaning of the terms such as violence, aggressive patients, ensuring a safe environment and several diseases of the psychiatric spectrum with the occurrence of aggressive behaviour. It also deals with appropriate communication (de-escalation), how to deal with an aggressive patient and the management of these techniques in patients with a psychiatric diagnosis in connection with the escalated manifestation of violent behaviour in a medical facility. The main goal of the practical part is to obtain an overview of the occurrence of aggressive behaviour in a psychiatric workplace and to find out the level of cooperation with other staff members at the given workplace in managing an aggressive patient from the perspective of general nurses.

Fifty-one respondents participated in the questionnaire survey in the practical part of this bachelor's thesis, and all fifty-one could be included in the survey. The data analysis shows that 15 existing general nurses, in percentage terms it is 29 %, were attacked by an aggressive patient during work. Two nurses were left on long-term disability as a result of a physical assault by a patient. Therefore, it is necessary to deal with this issue and solve the violence perpetrated by the patient on the medical staff in the future as well.

KEYWORDS

Violence, communication, aggressive patient

OBSAH

Úvod	1
1 Cíl práce.....	3
1.1 Hlavní cíl bakalářské práce	3
1.2 Dílčí cíle bakalářské práce	3
1.3 Průzkumné otázky.....	3
Teoretická část.....	4
2 Násilí, vymezení pojmů, definice	4
2.1 Násilí.....	4
2.2 Projevy agresivního chování, druhy agrese	4
2.3 Příčiny agresivního jednání	5
2.3.1 Deeskalace násilí	6
2.3.2 Fyzické omezení.....	7
2.3.3 Častá medikace při fyzickém omezení za účelem zklidnění pacienta.....	7
3 Škály pro vyhodnocování projevů agrese na vybraném psychiatrickém pracovišti	7
3.1 Broset Violence Checklist – škála pro vyhodnocování agrese	7
3.2 NGASR – škála pro sebevražedné jednání	8
3.3 Prevence rizik na psychiatrických uzavřených odděleních – vstupní filtr.....	8
4 Využití technologií pro zvýšení bezpečí pacientů i personálu	9
5 Obecné seznámení s vybraným psychiatrickým pracovištěm a jeho odděleními	9
5.1 Ambulance.....	10
5.2 Uzavřené oddělení A	10
5.3 Uzavřené oddělení B.....	10
5.4 Oddělení C	10
5.4.1 Oddělení Detox.....	11
5.4.2 Oddělení komunitní péče N1, N2.....	11

6	Vybraná psychiatrická onemocnění s možnými vyššími projevy agresivity	12
6.1	Paranoidní schizofrenie.....	12
6.2	Bipolární afektivní porucha	12
6.3	Závislosti na návykových látkách.....	12
6.4	Disociální porucha osobnosti.....	13
6.5	Organické duševní poruchy – Alzheimerova demence	13
7	Vědecké poznatky zaměřené na agresivitu pacientů, délku praxe sester, jejich průměrný věk a využití zkušeností v praxi	14
8	Průzkumná část.....	17
8.1	Hlavní cíl bakalářské práce	17
8.2	Dílčí cíle bakalářské práce	18
8.3	Průzkumné otázky.....	18
8.4	Metodika průzkumu	18
8.5	Charakteristika průzkumného souboru	19
	Zpracování dat	19
9	Výsledky dotazníkového šetření.....	20
10	Diskuze	38
10.1	Limity práce	43
11	Doporučení pro praxi.....	43
12	Závěr.....	45
13	Použitá literatura.....	47
	SEZNAM PŘÍLOH	53

SEZNAM GRAFŮ, PŘÍLOH

Graf č.1 – Věk respondentů všeobecných sester na Psychiatrické klinice ve FN HK	20
Graf č.2 – Odpracované roky na pozici všeobecné sestry	21
Graf č.3 – Délka praxe všeobecné sestry na daném psychiatrickém pracovišti	22
Graf č.4 – Dosažené vzdělání u všeobecných sester na pracovišti	23
Graf č.5 – Rozmístění personálu po odděleních psychiatrického pracoviště	24
Graf č.6 – Seřazení oddělení dle vnímání všeobecných sester podle výskytu agrese	25
Graf č.7 – Rozdělení druhu agrese dle četnosti	26
Graf č.8 – Hodnocení spolupráce všeobecných sester při zvládnání agrese pacienta s lékaři	27
Graf č.9 – Spolupráce všeobecných sester se sanitářem při zvládnání agresivního pacienta	28
Graf č.10 – Psychiatrické diagnózy a jejich rizikovost pro vznik agrese	29
Graf č.10. a – Četnost projevů agresivity ve vztahu k diagnózám v denním srovnání (min. 1x/den)	30
Graf č.10 b. - Četnost projevů agresivity ve vztahu k diagnózám v týdenním srovnání (min. 1x/týden)	30
Graf č.10 c. - Četnost projevů agresivity ve vztahu k diagnózám v měsíčním srovnání (min. 1x/měsíc)	31
Graf č.10 d. - Četnost projevů agresivity ve vztahu k diagnózám v ročním srovnání (min. 1x/rok)	31
Graf č.11 – Obavy personálu ve vztahu k projevům násilí na pracovišti	32
Graf č.12 – Napadení všeobecných sester působících na daném pracovišti	33
Graf č.12 a – V jaké době ke vzniku incidentu (projevů agrese) došlo	33
Graf č.12 b – Vznik pracovní neschopnosti u respondentek napadení pacientem	34
Graf č.13 a – Nutnost asistence policie při agresivním jednání pacienta	35
Graf č.13 b – Asistence policie – jaká situace vedla k vyžádání intervence policie	35

Graf č.14 – Preference preventivních opatřeních proti násilí	36
Graf č.15 – Absolvovaná školení všeobecných sester na daném psychiatrickém pracovišti	37
Příloha č.1 – Hodnocení rizika sebevražedného jednání (Nurses Global Assessment of Suicide Risk)	52
Příloha č.2 - Vyhodnocení rizika agrese (Broset Violence Checklist)	52
Příloha č.3 – Dotazník	53
Příloha č.4 – Souhlas	57

SEZNAM ZKRATEK A TERMÍNŮ

Automutilace	Sebepoškozování
BAP	Bipolární afektivní porucha
Broset Violence Checklist	Škála pro krátkodobou predikci násilí pacienta
ČR	Česká republika
FN HK	Fakultní nemocnice Hradec Králové
Intramuskulární aplikace	Podání léku do svalu
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
NGASR	Globální hodnocení rizika sebevraždy pacienta sestrou

ÚVOD

Téma závěrečné práce „Násilí z pohledu všeobecných sester na psychiatrickém pracovišti“ jsem si vybral, protože pracuji ve zdravotnictví v pozici všeobecné sestry a byl jsem svědkem nevybíravého chování pacientů vůči personálu, a to nejen na psychiatrickém pracovišti. Zároveň vím, co znamená být napaden pacientem v pozici všeobecné sestry, a to nejen verbálně, ale i fyzicky. Obecně násilí a jeho projevy jsou často rozebíraným tématem mezi spolupracovníky. Tématiku projevů násilného chování i závažnost tématu vnímám jako velice důležitou a potřebnou se jí zabývat a řešit. Celková bezpečnost, samotné bezpečné prostředí jak pro pacienty, tak pro personál, je naprostou prioritou pro výkon povolání všeobecné sestry na psychiatrickém pracovišti. V dnešní době jsme svědky nadužívání návykových látek v běžné populaci. Nejen toto s sebou přináší zvýšení agresivního chování pacientů vůči všeobecným sestrám na psychiatrickém pracovišti. V úvodu hned zmiňuji, že v rámci získaných informací z dotazníkového šetření na tomto pracovišti jsem zjistil, že dvě všeobecné sestry z daného psychiatrického pracoviště byly fyzicky napadeny a jako důsledek napadení měly dlouhodobé pracovní neschopnosti. V roce 2019 byl na Slovensku proveden výzkum, který zjistil, že téměř 97,2 % sester mělo zkušenosti s různými formami agrese ze strany pacientů. Z toho více než 96,8 % dotázaných uvádělo verbální formy agrese a více než 83,1 % z nich se setkalo s fyzickým napadením. Tyto výsledky naznačují, že patientská agrese je častým problémem, se kterým se zdravotničtí pracovníci potýkají, a že zdravotní sestry jsou obzvláště vystaveny riziku násilí při výkonu své práce (Dimunová, Žemličková, 2019, s. 32-33).

Dále bylo prokázáno, že i když se převážná většina psychicky nemocných pacientů nechová násilně, přesto se určitá část pacientů s poruchami psychiatrického okruhu, kterými jsou například stavy psychotické, stavy s organickými poškozeními mozku a stavy typicky u pacientů s bipolární afektivní poruchou, může projevat agresivně. Vevera zmiňuje, že s projevy agresivity či stavy s agitovaností se setká téměř každý pracovník na psychiatrickém pracovišti (Vevera, 2018, s. 213-217).

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Průzkum byl realizován na vybraném psychiatrickém pracovišti. Zúčastnily se ho všechny všeobecné sestry pracující v lednu 2023 na daném pracovišti.

Teoretická část se zabývá rozdělením násilného chování, jeho druhy a vyhodnocováním rizikového jednání, zabezpečením uzavřených psychiatrických oddělení pro minimalizaci nebezpečných projevů ze strany pacientů a maximálním zabezpečením bezpečného prostředí. Dále se zabývá vhodnou komunikací s agresivním pacientem. Je zde uvedeno i několik vybraných a rizikových psychiatrických diagnóz s následným popsáním těch psychiatrických onemocnění, která mohou vést k rizikovému až možnému násilnému jednání v průběhu pacientova pobytu na psychiatrickém oddělení.

Praktická část se zabývá průzkumem ve vybraném psychiatrickém zařízení a má za cíl zmapovat v rámci dotazníku výskyt násilného chování ze strany pacientů na jednotlivých odděleních tak, jak ho všeobecné sestry pracující na pracovišti vnímají. Zúčastnily se ho všechny všeobecné sestry pracující v lednu 2023 na daném pracovišti. Získání dat bylo realizováno metodou dotazníkového šetření. Sběru dat se účastnily všeobecné sestry a po kontrole správnosti vyplnění dotazníků bylo pro tento výzkum použito 100 % dotazníků. Na tomto pracovišti pracují pouze všeobecné sestry, nikoliv praktické sestry. Mojí motivací byl učinit tento výzkum, abych zjistil výskyt násilí na všeobecných sestrách na jednotlivých odděleních, jaká forma násilí na pracovišti převládá, jaká je spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu na pracovišti a vzít v potaz i celkové složení personálu a jeho věkové rozložení na jednotlivých odděleních daného pracoviště.

1 CÍL PRÁCE

1.1 Hlavní cíl bakalářské práce

Cílem je zhodnotit míru výskytu agresivního chování pacientů na jednotlivých odděleních daného psychiatrického zařízení a zkoumat spolupráci mezi všeobecnými sestrami a multidisciplinárním týmem v oblasti řešení agresivního chování pacientů z pohledu sester.

1.2 Dílčí cíle bakalářské práce

1. Zjistit u všeobecných sester, které z daných psychiatrických diagnóz vnímají pro rizikovost projevů agresivního chování jako nejnebezpečnější.
2. Zjistit, jaký druh agrese na pracovišti převažuje.
3. Zjistit, který druh školení o agresivním pacientovi všeobecné sestry upřednostňují a kolik sester ho i absolvovalo.

1.3 Průzkumné otázky

1. Jaká je průměrná délka praxe a jaké je maximální dosažené vzdělání u všeobecných sester na daném psychiatrickém pracovišti?
2. Jaký druh agresivního chování a jaké je následující pořadí projevů agrese na daném psychiatrickém pracovišti dle zkušeností sester?
3. Jaké typy psychiatrických diagnóz jsou z pohledu sester nejrizikovější v rámci možného rizika vystupňovaného násilí?
4. Kolik všeobecných sester na pracovišti má absolvované školení v rámci preventivního opatření proti násilí?

TEORETICKÁ ČÁST

2 NÁSILÍ, VYMEZENÍ POJMŮ, DEFINICE

2.1 Násilí

Není přesně popsána definice agrese, násilí. Obecně je používána známá Moyerova poučka, že agrese se projevuje zřetelným chováním, které má za cíl způsobit škodu nebo destruktivitu vůči jinému jedinci (Moyer, 1976) in (Látalová, 2013, s. 16). (Kunik et al., 2010) in (Látalová, 2013, s. 16) popisuje projevy agrese jako slovní nebo fyzické jednání směřující k úmyslnému způsobení škody. Ovšem v obou popisech o agresi lze jak pozorovat, tak v jednání vidět patrný účel ublížit (Látalová, 2013, s. 16). Podle Zacharové lze agresi charakterizovat jako chování, které vede k úmyslnému nebo nepřímému poškození druhé osoby (2009, s. 471).

2.2 Projevy agresivního chování, druhy agrese

Agresivní chování je děleno do několika stupňů. Prvním a nejnižším projevem agresivity je **hostilita** (nepřátelské chování nebo jednání), projevující se nesympatií, grimasováním, pohyby rukou, kde si můžeme všimnout například zatáčených pěstí, patrného napětí ve tváři, zrychleného dechu nebo snížené hloubky dechu. Druhým stupněm projevu agresivity je **verbální agrese**, která se projevuje slovním vyhrožováním, případně ponižováním okolí. Nepřímá agrese se může projevovat vyhrožujícími dopisy, kverulantstvím, opakujícími se telefonáty s následným vyhrožováním. Třetím stupněm agresivity je **brachiální agrese**, kdy může být pozorováno bouchání do věcí kolem pacienta, případně ničení věcí kolem něho. Čtvrtým, a tedy i nejdůležitějším projevem agrese, bývá **fyzické napadení** druhého. Je zde značné riziko případné újmy na zdraví napadeného (Praško, Látalová, 2013, s. 780).

Burda (2014, s. 15) rozeznává dva základní druhy agrese, a to brachiální (fyzickou) a verbální (slovní). Fyzická agrese je označení pro agresivitu, která se projevuje fyzickým násilím nebo útokem, jako jsou například údery, škracení apod. Nicméně k agresi může být využita i jiná část těla, jako jsou například nohy.

Chování v afektu – jedná se o významnou, intenzivní reakci. Pakliže nedojde ke snížení tenze, existuje velké riziko, že i při sebemenším negativním podnětu dojde k nepřiměřené reakci, projevující se nepřiměřenou odpovědí. Vždy je potřeba, aby došlo k určitému vybití nahromaděného vzteku. Při této nepřiměřené reakci ze strany pacienta a nedostatečného vybití hrozí vznik nebezpečné situace s možnými vážnými důsledky pro personál. Pacient se může dostat

do stavu, kdy nebude schopen ovládat svoje chování a může dojít k velmi intenzivní reakci (Praško, Látalová, 2013, s. 42).

2.3 Příčiny agresivního jednání

Různé faktory zvyšují riziko agresivního chování pacientů, včetně výskytu takového chování v minulosti. Dalšími mohou být organická poškození mozku, akutní psychotické epizody, intoxikace návykovými látkami, nezaměstnanost, mladší věk, sexuální deviace, emoční nestability nebo disociální poruchy osobnosti a další faktory ovlivňující chování. Agresivita může být přítomna u různých psychických poruch, včetně depresivních epizod a úzkostných poruch. Spouštěcí fáze agresivity zahrnuje připravenost pacienta k agresi a přítomnost spouštěcích faktorů, jako je špatná interpretace reality, alkohol a drogy nebo strach z bolesti. Eskalace agresivity se projevuje různými znaky, jako je hněv, křik, nadávky a rychlé pohyby. Pokud nedojde ke zklidnění situace, může situace vyústit až do agresivního jednání (Praško, Látalová, 2013, s. 780).

Spouštěče agresivního chování mohou být rozděleny na vnitřní a vnější. Mezi vnitřní faktory patří určité myšlenky a emoce, zatímco vnější faktory zahrnují vše, co obklopuje pacienta, jako jsou předměty v jeho okolí nebo osoby v jeho blízkosti. Před přijetím pacienta na oddělení může být personál informován o jeho minulém násilném chování, což může vést k očekávání, že pacient bude agresivní. Toto očekávání se může projevit v nepřátelském přístupu personálu k pacientovi, což může vyvolat obranné chování a agresi u pacienta (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007, s. 99).

Agresivita představuje závažný zdravotní problém, který může ohrozit jak pacienty, tak i poskytovatele zdravotní péče. Pacienti s demencí mohou být agresivní nebo agitovaní. To může být způsobeno deliriem nebo degenerativním onemocněním. Psychóza spojená s depresí nebo úzkostí zvyšuje riziko násilí. Dále je známo, že alkohol hraje klíčovou roli v mnoha případech agresivního chování. Navíc kombinace psychiatrické poruchy s užíváním návykových látek zvyšuje riziko projevů agresivity u pacienta (Lane et al., 2011).

Pravidla pro jednání s agresivním pacientem

Pro jednání s agresivním pacientem jsou daná jasná pravidla. Je nezbytně nutné zmapovat prostředí, kde se personál nachází. To znamená nebýt sám s agresivním pacientem v uzavřené místnosti. Pokud by již taková situace nastala, je třeba si hlídat únikový východ z místnosti. To znamená, že je třeba být blíže k východu než agresor (pacient). Dále je třeba udržovat dostatečnou vzdálenost v komunikaci. Nikdy nesmíme podceňovat slovní výhrůžky, které nám pacient sděluje. Každou informaci o násilném jednání pacienta je třeba brát vážně. Vždy je třeba mluvit pomalu, srozumitelně a klidně. Nikdy nebýt zády k pacientovi. Je nutné se

vyvarovat negativní konfrontaci v této situaci a nemoralizovat. Je vhodné s pacientem jednat v sedě a nedělat rychlé pohyby. Pokud nám pacient cokoliv sděluje, nechat ho mluvit. Často pomůže i převaha personálu, která již samotná může též zajistit deeskalaci napětí. Pokud dojde k vyhocení situace, je třeba rozhovor ukončit, ostatní personál přivolá posily. Při velkém riziku fyzické agrese může personál přivolat na pomoc i policii (Praško, Látalová, 2013, s. 781-782).

Být v konfliktu s agresivním pacientem může být pro zdravotnický personál velmi stresující a hlavně nebezpečné. Ten musí řešit nejen samotnou krizovou situaci, ale také se případně může cítit bezmocně a obávat se o svůj vlastní život. Je tedy klíčové mít povědomí o základních principech komunikace s agresivními pacienty a zabránit tak potenciálním mimořádným situacím (Evangelu, 2013, s. 60).

2.3.1 Deeskalace násilí

Jedná se prvořadou intervencí, která předchází ostatním terapeutickým aktivitám. Deeskalace se skládá ze tří složek:

- Vyhodnocením situace
- Složkou komunikační
- Taktikou pro vyjednávání

Při vyhodnocení situace je třeba si uvědomit vlastní reakce, nedat nemocnému takovou odpověď, která by vedla k impulzivnímu jednání. Vždy je zcela nutné maximálně zachovat klid, působit klidným dojmem a hledat současně příčiny pacientovi agresivity. Důležité je udržovat přiměřený oční kontakt. Postoj personálu nesmí být útočný (např. ruce v bok), ani defenzivní (např. zkřížené ruce na prsou). A nikoliv stát konfrontačně proti sobě. Při verbální komunikaci je vhodné mít odstup minimálně na délku paže od pacienta. Při verbální komunikaci je třeba myslet i na tón hlasu. Intoxikovaní pacienti nebo pacienti s demencí vnímají více náš tón hlasu než obsah našich slov. Hovoříme klidným, tichým hlasem. Pacienta oslovujeme vždy příjmením v rámci projeveného respektu k jeho osobě. Osobní slovní útoky od pacienta přehlízíme, snažíme se pochopit, co vede pacienta k projevům hněvu. Vystupujeme jako osoba, která je ochotná a schopná pomoci. Za agresivním chováním jsou často pacientovy pocity úzkosti, bezmocnosti. Vždy musí být maximální snahou personálu snížit pacientovy obavy a nabídnout mu kontrolu nad řešením situace, která vedla k pacientovu agresivnímu postoji a chování. Pokud veškeré snahy o snížení napětí selžou a pacient je nadále agresivní a situace může dále eskalovat, rozhovor ukončíme. Dále se snažíme řešit situaci přivoláním dalšího personálu, se kterým můžeme přistoupit i k fyzickému omezení pacienta, případně voláme na oddělení policii (Papežová, 2014, s. 52-53).

2.3.2 Fyzické omezení

V případě, kdy osoba vykazuje příznaky duševní poruchy nebo intoxikace a jeho chování vykazuje zjevné známky okamžitého nebezpečí, je možné použít fyzické omezení. Fyzické omezení lze použít i v případě, když selžou veškeré techniky k deeskalaci projevů násilí, je ovšem třeba mít dostatek personálu pro bezpečné fyzické omezení pacienta (Praško, Látalová, 2013, s. 782).

2.3.3 Častá medikace při fyzickém omezení za účelem zklidnění pacienta

Nejčastěji je užíváno léčivo Haloperidol 5mg cestou intramuskulární aplikace. Též bývají podávány intramuskulárně léky z řad benzodiazepinů, jako je například Diazepam 20 mg. Výjimečně je ordinován lékařem Haloperidol a Diazepam současně, tato medikace se aplikuje pro zvládnutí stavů u rezonantních mánií s projevy agresivity. Jinak se obecně kombinaci medikace vyhýbáme. Též častou medikací pro zklidnění pacienta s projevy agrese může být podání látky levopromazin – Tisercin 25 - 50mg (Praško, Látalová, 2013, s. 782).

3 ŠKÁLY PRO VYHODNOCOVÁNÍ PROJEVŮ AGRESIVITY NA VYBRANÉM PSYCHIATRICKÉM PRACOVIŠTI

Škály pro vyhodnocení projevů agresivity jsou automatickou součástí vedení dokumentace na psychiatrických odděleních. Na psychiatrickém pracovišti často všeobecné sestry pracují s hodnotícími škálami pro vyhodnocování rizika agrese (Broset Violence Checklist) a hodnocení rizika sebevražedného jednání (Nurses Global Assessment of Suicide Risk – NGASR) (Petr, Marková, 2014, s. 89).

Na tomto mnou vybraném psychiatrickém pracovišti pracují sestry se škálami v rámci vyhodnocování rizik možného projevu agrese (Broset Violence Checklist) a škály NGASR pro vyhodnocení rizika sebevražedného jednání. Proto je v této bakalářské práci zmiňuji a níže i popisuji podrobněji.

3.1 Broset Violence Checklist – škála pro vyhodnocování agrese

Tato škála si dává za cíl informovat o rizicích agresivního chování. Při správném vyplnění škál nám může dát potřebnou informaci o včasném rozpoznání rizika u potenciálně agresivního chování pacienta v následujících 24 hodinách (Příloha č. 2) (Petr, Marková, 2014, s. 90).

3.2 NGASR – škála pro sebevražedné jednání

Pro zhodnocení rizika sebevražedného jednání se získávají informace od pacienta přímými otázkami, jeho pozorováním nebo z dokumentace. Hodnoticí škála se skládá z počtu patnácti otázek. Odpovědi na otázky 1 až 5 jsou hodnoceny při pozitivitě třemi body. U ostatních otázek, tedy otázek 6–15, lze získat po jednom bodu. Pokud vyhodnotíme u pacienta celkem v tomto testu 0-7 bodů, je nízké riziko sebevražedného jednání. Celkový počet 8–13 bodů vypovídá o středním riziku v rámci sebevražedného jednání. V případě, že pacient hodnoticí škálou získá 14–25 bodů, je očekávatelné vysoké riziko sebevražedného jednání (Příloha č. 1) (Petr, Marková, 2014, s. 89).

3.3 Prevence rizik na psychiatrických uzavřených odděleních – vstupní filtr

Na psychiatrických odděleních se často můžeme setkat s rizikovými situacemi, kdy část pacientů má natolik narušenou psychiku, že může docházet k ohrožení pacientů jimi samotnými, nebo může docházet k ohrožení okolí. Tito pacienti nemusí ovládat svoje chování, někdy mohou mít poruchy chování v rámci chorobného nebo nedostatečného náhledu jako projev nemoci. Největší rizika pro zdravotníky pečující o duševně nemocné jsou projevy agrese, stavy sebepoškozování, sebevražedné jednání pacientů, či projevy zanedbávání se. Zvýšeně riziková jsou pacienti s psychotickými příznaky, těžce depresivní pacienti, osoby s disociální poruchou osobnosti, geriatrictí pacienti v kombinaci s delirií. Riziko výskytu nežádoucích událostí nikdy nelze vyloučit. Nejen psychiatrická oddělení musí neustále v systému vyhodnocování nežádoucích mimořádných událostí činit taková opatření s výstupy, aby se dalším podobným situacím předcházelo. Riziko automutilace, případně jiný druh sebepoškození pacienta nikdy nelze vyloučit, ale pokud si pacient ublíží, nese to rodina pacienta těžce, často je taková událost ze strany rodiny vnímána jako selhání zdravotnického zařízení a projev nedostatečné péče (Petr, Marková, 2014, s. 166).

Důsledným monitoringem na oddělení a odebíráním potenciálně nebezpečných předmětů se snižuje rizikovost následného nebezpečného jednání. Je třeba vysvětlit smysl těchto bezpečnostních opatření nejen pacientům, ale i doprovodům pacienta, členům pacientovi rodiny. S tím souvisí často i zprvu nepochopení jak samotnými pacienty, tak i jejich rodinami. Toto opatření je naprosto důležité pro zajištění bezpečného prostředí pro pacienty. Odebírání nebezpečných předmětů je úkolem zdravotnických pracovníků zvláště na uzavřených psychiatrických odděleních. Odebírají se do úschovy například skleněné a ostré předměty, zápalky, zapalovače, dále kabelky s dlouhými pásky, opasky, potřeby na holení a další podobné

rizikové předměty. Součástí těchto opatření je pravidelné vyhodnocování rizik na pracovišti (Petr, Marková, 2014, s. 168).

Velmi důležitým parametrem ke snižování napětí a konfliktů na odděleních je vytvoření psychoterapeutického programu pro pacienty. Programy pacienty zabaví, zaměstnají, rozvolní atmosféru na oddělení a dochází ke snížení rizika nebezpečného jednání (Petr, Marková, 2014, s. 169-170).

4 VYUŽITÍ TECHNOLOGIÍ PRO ZVÝŠENÍ BEZPEČÍ PACIENTŮ I PERSONÁLU

Významným pomocníkem vedle samotné ostráživosti zaměstnanců a důsledného osobního monitoringu pacientů na odděleních je i využití kamerového systému. Ten pomáhá personálu při monitoringu pacientova chování i mimo přímý osobní dohled. Díky kamerovému systému má možnost personál sledovat pacientovo chování i na pokojích, denních místnostech a chodbách oddělení. Je třeba si však uvědomit, že monitorovány nejsou místnosti jako toalety, sprchy, a právě z toho vyplývá, že tyto místnosti jsou velmi rizikové pro možnost vzniku sebepoškození pacienta. Další technologie, které personálu pomáhají pro zajištění bezpečí jsou například tzv. náramkové hodinky, které má personál často k dispozici na uzavřených odděleních. Pomocí náramkových hodinek má personál možnost si v kritických situacích zavolat okamžitě pomoc ostatních zdravotnických pracovníků. Ať už se jedná o zjištění pokusu o sebevraždu pacienta na pokoji, či samotné napadení zdravotníka na oddělení. Další technologií pro bezpečnost jsou elektronicky ovládané vstupní dveře na oddělení. Jejich ovládání je zabezpečeno elektronickým systémem, který znemožňuje opustit samovolně uzavřené psychiatrické oddělení (Petr, Marková, 2014, s. 168-169).

5 OBECNÉ SEZNÁMENÍ S VYBRANÝM PSYCHIATRICKÝM PRACOVIŠTĚM A JEHO ODDĚLENÍMI

Psychiatrické pracoviště má k dispozici 60 lůžek pro akutní péči a 56 lůžek pro péči následnou. Poskytuje psychiatrickou neodkladnou i plánovanou péči v celém spektru duševních poruch (<https://www.fnhk.cz/psych>).

5.1 Ambulance

Kromě všeobecné psychiatrické ambulance poskytuje klinika ambulantní služby v poradně pro léčbu afektivních poruch, v dětské a dorostové psychiatrické ambulanci a v ambulanci pro léčbu alkoholismu a jiných toxikománií (ambulance pro léčbu závislostí). Od roku 2000 probíhá na ambulanci pro léčbu alkoholismu a jiných toxikománií psychiatrické FN HK substituční metadonový program pro nemocné pacienty, kteří jsou závislí na opiátech (<https://www.fnhk.cz/psych>).

5.2 Uzavřené oddělení A

Toto oddělení s kapacitou 15 lůžek slouží jako příjmové akutní oddělení a specializuje se na léčbu různých druhů duševních poruch. Mezi tyto poruchy patří organické duševní poruchy, odvykací stavy při závislosti na návykových látkách, schizofrenie a jiné psychotické poruchy, afektivní poruchy, duševní poruchy vyvolané stresem spojeným se sebevražedným jednáním a poruchy příjmu potravy. Oddělení přijímá pacienty ve věku 18 let a více. Mezi nejčastěji používané léčebné metody patří farmakoterapie, elektrokonvulzivní terapie a psychoterapie (<https://www.fnhk.cz/psych>).

5.3 Uzavřené oddělení B

Oddělení B je uzavřené a koedukované s kapacitou 25 lůžek. Zabývá se léčbou různých druhů duševních poruch, jako jsou organické duševní poruchy, odvykací stavy při závislosti na návykových látkách, schizofrenie a další psychotické poruchy, afektivní poruchy a duševní poruchy vyvolané stresem spojeným se sebevražedným jednáním. Oddělení přijímá pacienty od 18 let věku a léčbu poskytuje prostřednictvím nejčastěji používaných metod, jako je farmakoterapie, elektrokonvulzivní terapie, režimová léčba a psychoterapie. Kromě toho je kladen důraz na komplexní biopsychosociální přístup k pacientům a týmovou spolupráci personálu na všech úrovních, aby se pacientům poskytla optimální péče (<https://www.fnhk.cz/psych>).

5.4 Oddělení C

Oddělení C je otevřené koedukované oddělení zaměřené především na léčbu pacientů s afektivními a neurotickými poruchami. Hospitalizace na tomto oddělení je realizována na základě doporučení ambulantního psychiatra. Kontraindikací k přijetí na toto oddělení jsou zejména závažné průběhy onemocnění z výše uvedených okruhů, aktuální riziko sebevražedného jednání, psychotická symptomatika. Doporučení k hospitalizaci je nutno zaslat na ambulanci

kliniky, kde bude pacient zařazen do pořadníku čekatelů na léčbu. Oddělení současně poskytuje i doléčovací pobyty pro pacienty přeložené z obou uzavřených oddělení kliniky, jejichž zdravotní stav již nevyžaduje hospitalizaci v uzavřeném režimu. Toto oddělení nabízí komplexní psychiatrickou léčbu, jejímž těžištěm je režimová léčba v terapeutické komunitě. Denně je na programu ranní rozcvička, setkání komunity, lékařská vizita, nácvik relaxačních technik; s frekvencí 2 – 4x týdně pracovní terapie, 1x týdně arteterapie, skupinová terapie a edukace. Individuální psychoterapie je poskytována dle potřeby. Pacienti mají možnost vycházek mimo areál nemocnice, jednou za 2 týdny se nabízí probatorní víkendová propustka do místa bydliště. Cílem hospitalizace je stabilizace psychického stavu pacienta prostřednictvím exaktní diagnostiky, racionální farmakoterapie, zahájení psychoterapie v podmínkách oddělení. S ohledem na možný a relativně často chronický průběh psychických poruch se při propuštění doporučuje pokračovat v léčbě formou ambulantní psychiatrické a psychoterapeutické péče (<https://www.fnhk.cz/psych>).

5.4.1 Oddělení Detox

Pacienti, přicházejí na oddělení Detox za účelem absolvování střednědobé odvykací léčby, jsou přijímáni na příjmové oddělení detoxu. Pacienti přicházejí z domova nebo překladem z detoxifikačního pobytu ve spádovém zdravotnickém zařízení. Nemocní jsou objednávaní přes ambulanci pro léčbu alkoholismu a jiných závislostí (Provozní řád psychiatrické kliniky).

5.4.2 Oddělení komunitní péče N1, N2

Celková kapacita v komunitní léčbě je 50 míst. Léčí se zde muži i ženy starší 18 let. Oddělení N1 je pouze mužské oddělení a oddělení N2 je koedukované. Obě oddělení jsou součástí terapeutické komunity.

Léčí se zde pacienti závislí na alkoholu, nealkoholových drogách, patologickém hráčství a dalších formách návykového chování, jako je například návykové hraní počítačových her, nutkavé nakupování apod. (Provozní řád psychiatrické kliniky).

6 VYBRANÁ PSYCHIATRICKÁ ONEMOCNĚNÍ S MOŽNÝMI VYŠŠÍMI PROJEVY AGRESIVITY

6.1 Paranoidní schizofrenie

Jedná se o psychotické onemocnění. Dochází k narušení vnímání a myšlení. Poruchy vnímání jsou halucinace a myšlení projevující se bludy. V akutním stádiu onemocnění se pacient projevuje podivným, špatně pochopitelným chováním. Choroba má sklon k progresi onemocnění. Často je přítomno magické myšlení, vztahovačnost a podezřívavost. Onemocnění se projevuje nejistotou, která vede ke zvýšenému napětí a někdy i ke vzniku projevů agresivity vůči sobě nebo okolí. Psychotické prožitky provázejí hlavní psychotické příznaky – bludy a halucinace. Snižuje se schopnost navazovat nové sociální kontakty s ostatními lidmi, snižuje se školní výkon, snižuje se také uplatnění ve společnosti. Osobnost se zvolna mění, dochází ke snižování kognitivních funkcí, vzniká citové oploštění, do popředí se formují poruchy nálady, může docházet i k vystupňovaným afektům. Prvotně je to okolí pacienta, které si všímá změn a nápadností v chování pacienta (Hosák, Hrdlička, Libiger, s. 181-183).

6.2 Bipolární afektivní porucha

Bipolární afektivní porucha je charakterizována cyklickými stavy nálady, kdy se střídají období hypomanické, manické a období depresivní. Tyto stavy jsou oddělené remisemi nebo přechodem do opačné polaritě a mohou se lišit v délce a frekvenci. Někdy se mohou vyskytovat i fáze smíšené, kdy jsou přítomny kombinované příznaky mánie a deprese nebo se rychle střídají manická a depresivní období (Ocisková, Praško, 2015 s. 78). BAP obvykle začíná v adolescenci nebo rané dospělosti. Studie ukazují, že u žen jsou depresivní epizody častější než u mužů, u kterých se objevují více vyrovnané poměry mezi manickými a depresivními fázemi (Látalová, 2010 s. 56).

6.3 Závislosti na návykových látkách

Alkohol

Alkohol představuje jednu z nejzávažnějších a nejrozšířenějších forem závislosti. Existuje mnoho faktorů, které mohou vést k závislosti a zneužívání alkoholu, včetně genetických, biologických, psychologických a sociálních příčin. Účinek alkoholu na organismus nejvíce připomíná látky se sedativními účinky. Po požití se alkohol vstřebává do krve a následně do celého těla, přičemž játra mají významnou roli při jeho vstřebávání. Dlouhodobé nadměrné požívání alkoholu může způsobit jak somatické, tak psychické následky. Psychicky se škodlivé užívání alkoholu může projevit

například vznikem deprese, může přejít až do stavů schizofrenních poruch. Alkohol také ovlivňuje chování, které se může projevit agresivitou (Dušek, Večeřová, s. 211-215).

Ilegální návykové látky (drogy)

Mezi nejrozšířenější drogy dostupné na českém trhu jsou konopné látky, extáze, halucinogenní houby, LSD, pervitin, opiáty. Důvodem, proč lidé vyzkouší návykové látky, může být velmi často zvědavost, kdy po užití psychoaktivních látek lze dosáhnout příjemných změn psychického stavu, či mírnit dosavadní nepříjemné pocity. Po delším či kratším užívání návykové látky vzniká závislost, ať už se jedná o závislost psychickou, či fyzickou. Pod vlivem návykové látky si člověk nepřipouští problémy. Ovšem v pozadí se skrytě vyvíjí problémy vznikající závislosti. Nezaměstnanost, dluhy, trestná činnost, sociální izolace, to všechno jsou důsledky užívání drog. Dlouhodobé užívání těchto látek vede ke vzniku změn na mozku a jeho funkcí. Dochází ke změnám postoje k psychoaktivní látce a změnám způsobu užívání (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015).

6.4 Disociální porucha osobnosti

Typicky se setkáváme u těchto lidí s povrchně zdvořilým a příjemným vystupováním, ale vše je jen z toho důvodu, že tito jedinci usilují pouze o získání výhody. Mají charakteristicky naučený vzorec chování, který odráží nezáměr o druhé lidi a jejich práva. Druzí jsou pro ně pouze „kořisti“ k dosažení svých prospěchů. Projevy chování se v dospělosti vyznačují vysokou promiskuitou, kriminálním chováním, zneužíváním druhých. Toto chování nelze ovlivnit zkušeností ani trestem. U takto disponovaných osob se setkáváme s velmi nízkou frustrační tolerancí a nízkým prahem pro výbuchy agresivity a násilného jednání. Chybí jim soucit a empatie, jsou lhostejní ke společenským pravidlům a závazkům a morálce. Nemívají pocity viny. Obvykle obviňují za své nezdary druhé osoby, svoje protiprávní jednání omlouvají a racionalizují, případně bagatelizují. Často jsou uživateli i návykových látek (Ocisková, Praško, 2015, s. 203-204).

6.5 Organické duševní poruchy – Alzheimerova demence

Obvykle se s organickými poruchami setkáváme ve stáří pacienta, ale existují i výjimky. Jako příklad, kdy se můžeme setkat s organickými poruchami v jakémkoliv věku, jsou stavy, které mohou být zapříčiněny poúrazovými nebo po zánětlivých stavech mozku. Nejčastější příčinou je obecně demence. Existuje mnoho typů demencí. Nejčastější je Alzheimerova demence. Velmi často je Alzheimerova demence kombinovaná s vaskulárním postižením mozku. Rizikovým

faktorem je vyšší věk. Onemocnění se zprvu projevuje latentně, příznaky jsou patrné až při těžším postižení mozku (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015, str. 119-120).

Projevy jsou v průběhu nemoci různé, často dochází ke kognitivním poruchám.

Postiženy jsou i psychické funkce v podobě poruch myšlení, kdy mohou vznikat bludy, halucinace, dochází k poruše orientace, úpadku osobnosti, intelektu, poruchám emocí a jednání, až ztrátě soběstačnosti. To se může projevovat neklidem až agresivitou s projevy násilí. Projevy jsou v průběhu nemoci různé, často dochází ke kognitivním poruchám. Často se můžeme s těmito projevy setkat na lůžkových odděleních při hospitalizacích takto postižených pacientů. Také deliria jsou častou příčinou zhoršení aktuálního stavu. Typicky se prohlubuje zmatenost a neklid (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015, s. 123-125).

7 VĚDECKÉ POZNATKY ZAMĚŘENÉ NA AGRESIVITU PACIENTŮ, DÉLKU PRAXE SESTER, JEJICH PRŮMĚRNÝ VĚK A VYUŽITÍ ZKUŠENOSTÍ V PRAXI

V poslední době je velkým tématem v oblasti zdravotnictví agresivita pacientů. Stále více studií ukazuje, že se zvyšuje počet případů, kdy personál je napaden pacienty.

Jedna z těchto studií byla provedena Dominovou na Slovensku, kde se zkoumala míra agresivity pacientů hospitalizovaných na psychiatrických odděleních vůči sestřím. Z výsledků vyplynulo, že 97,2 % sester mělo zkušenost s různými formami agrese ze strany pacientů. Nejčastěji se jednalo o verbální formu agrese, se kterou se setkala 96,8 % respondentů, a o fyzické napadení bez použití útočné zbraně, které zažilo 83,1 % sester. Dalších 22,8 % sester uvedlo projev agrese s použitím nějakého předmětu (2019).

Jeden z výzkumů, který se uskutečnil v roce 2017 v čínském Wu-chanu, ukazuje, že sestry, které ošetřují své pacienty, čelí vysokému riziku násilí na pracovišti. Podle výsledků výzkumu více než 94 % sester hlásilo, že byly vystaveny násilnému chování ze strany pacientů. Verbální násilí bylo zaznamenáno u 92,1 % sester, sexuální obtěžování u 63,4 % a fyzické napadení u 81,9 % (Yang et al., 2018).

Podobné výsledky byly získány i v jiných zemích. Studie, ve které byl vzorek tvořen 260 zdravotními sestrami pracujícími v pěti různých zemích (Polsko, Česká republika, Slovensko, Turecko a Španělsko), ukázala, že počet sester, které zažívají jak verbální, tak i fyzickou agresi od pacientů, stále roste. Z celkového počtu respondentů v této studii potvrdilo 20,4 % sester, že byli

během posledních 12 měsíců fyzicky napadeni a 76,9 % z nich uvedlo, že nebylo možné incidentu zabránit. Dále pak 60,9 % respondentů zažilo verbální agresi. Většina agresivních případů je způsobena samotnými pacienty, zatímco menší podíl tvoří napadení ze strany rodinných příslušníků pacientů nebo návštěv. Tyto situace jsou velkým problémem pro zdravotnická zařízení i pro personál, kteří čelí vysokému riziku zranění a psychického stresu. Výzkumy ukazují, že násilí, bez ohledu na to, zda je fyzické nebo psychické, je více než alarmujícím problémem v oblasti světového zdravotnictví (Babiarczyk et al., 2019).

Výzkum provedený v roce 2018 v Německu prokázal nepříjemnou situaci týkající se agresivních pacientů v zdravotnických zařízeních. Cílem průzkumu bylo zjistit frekvenci násilí a zvládnání agresivního chování ze strany zdravotníků. K tomu byl použit dotazník, který byl odeslán hodnotící instituci. Celkem se zapojilo 81 různých zdravotnických zařízení a 1984 zdravotníků. Výsledky ukázaly, že během posledních dvanácti měsíců 94,1 % respondentů zažilo verbální agresi a 69,8 % fyzickou agresi. Zdravotníci z nemocnic a zařízení pro zdravotně postižené udávali nejvyšší četnost výskytu agresivního chování ze strany pacientů. Téměř třetina respondentů se kvůli častým napadením cítila v zaměstnání pod velkým tlakem a stresem (Schablon et al., 2018, s. 4).

Hayashi provedl studii, která se zabývala faktory zvyšujícími riziko vzniku pooperačního deliria a agrese u pacientů po operaci plic. Celkem se do výzkumu zapojilo 570 lidí ve věku mezi 35 a 88 lety, z čehož 369 bylo mužského pohlaví. Bylo zjištěno, že doba trvání pooperačního deliria se pohybovala mezi 1 a 30 dny. Pacienti s vyšším počtem vykouřených cigaret denně měli větší riziko vzniku deliria po operaci, stejně jako ti, kteří byli starší. Z celkového počtu pacientů se delirium vyskytlo u 6,7 % v průměrném věku 75,5 let (2019, s. 5).

Studie, kterou provedla Ziaei v roce 2018, se také zabývala tématem násilí ve zdravotnictví. Pro tuto studii bylo použito 200 článků, aby byl proveden celkový přehled této problematiky. Výsledky ukázaly, že 35 až 80 % zdravotnického personálu, především zaměstnanci ambulantních oddělení, byli konfrontováni fyzickým násilím a 100 % z nich bylo při verbálním násilí na svém pracovišti (2019).

V Jeruzalémě byla provedena studie v roce 2017, která se zaměřovala na faktory vzniku násilí vůči zdravotnímu personálu. Cílem bylo popsat faktory, které vedou k násilnému chování pacientů vůči zdravotním sestřím a lékařům. K tomuto účelu bylo použito 678 vyplněných dotazníků, z nichž 34 % bylo od sester a 66 % od lékařů. Dále bylo provedeno 18 rozhovorů jak s oběťmi, tak i pachateli násilí. Zdravotníci i pacienti uvedli podobné faktory jako rizikové. K nejčastějším

příčinám násilí patřilo nevhodné chování zdravotníka (39 % respondentů), nevhodné chování pacienta či návštěvy v nemocnici (26 %), nevhodné organizační podmínky (17 %) a dlouhé čekání (10 %). Kromě toho sdělilo 35 % dotázaných, že jejich chování bylo příčinou ke vzniku konfliktní situace s nemocným (Shafran-Tikva et al., 2017, s. 5).

Výzkum provedený autory Piao, Jin a Lee se zaměřil na možné faktory, které mohou vést k výskytu deliria. K tomuto účelu byla použita analýza klinických dat pacientů poskytnutých z nemocnic v Jižní Koreji. Z výsledků vyplývá, že nejčastějším spouštěčem deliria je vyšší věk, konkrétně 65 let a více, a také infekční onemocnění, které mělo 38 až 40 % pacientů. Navíc 87 % pacientů podstoupilo operační zákrok, což může představovat další problém pro výskyt deliria (2018, str. 10).

Bártlová, Hajduchová a Prajsová prováděly průzkum mezi sestrami pracujícími v nemocnicích ČR, který měl zjistit jejich názory na bezpečnost pacientů při používání omezovacích prostředků. Z výsledků průzkumu vyplynulo, že většina sester považuje riziko zdravotního poškození pacientů při používání omezovacích prostředků, jako je například kurtování, za velmi malé. Nicméně sestry pracující na chirurgických a interních odděleních udávaly vyšší riziko poškození než sestry na jiných typech oddělení. Průzkum také ukázal, že vzdělání a praxe sester nemají vliv na riziko poškození pacientů při používání omezovacích prostředků (2015, s. 91).

Lepiešová se zaměřila na zkušenosti zdravotních sester s agresí pacientů na Slovensku. Data byla získána pomocí dotazníkového šetření, které ukázalo, že 97,4 % sester se během posledních 12 měsíců setkala s agresí hospitalizovaných pacientů. 96,8 % sester zažilo verbální agresi a 83,3 % sester se setkala s fyzickou agresí, z nichž 77,7 % byla bez použití zbraně a 27,5 % s použitím zbraně. Studie ukázala, že zdravotní sestry z různých pracovišť se setkávají s různými formami agresivního chování hospitalizovaných (2015, str. 309).

Lze formulovat i následující variantu: Anne Beck a Andreas Heinz zkoumali faktory, které souvisejí s agresí u lidí, kteří konzumují alkohol. Z výsledků studie vyplývá, že pouze menšina lidí, kteří pijí alkohol, projevuje agresivní chování. Závislost na alkoholu je však druhou nejčastější příčinou sebevražd, přičemž počet sebevražd způsobených závislostí na alkoholu se pohybuje mezi 15 a 43 %. Výzkum navíc ukázal, že sklon jedince k projevům agresivity po konzumaci alkoholu závisí nejen na neurobiologických faktorech, ale také na jeho osobních očekávaných účinků alkoholu (2013).

Výzkum Estry-Behar se zaměřil na násilí v ošetrovatelské problematice a byl proveden pomocí šetření mezi 39 894 sestrami z deseti evropských zemí. Výsledkem bylo, že 22 % dotazovaných

sester bylo napadeno, nejčastěji ve Francii. Násilí nejčastěji vzniká na odděleních psychiatrie, geriatrie a v ambulantní pohotovostní službě. Více než polovina sester pracujících v prostředí s vysokou mírou násilí uvažuje o změně zaměstnání (2008, str. 109).

Virk provedl studii zaměřenou na násilné a agresivní incidenty na odděleních akutní lůžkové psychiatrie pro dospělé. Během sledovaného období došlo k 73 incidentům agresivního chování, z nichž 53 se týkalo pacientů a 20 zaměstnanců. Mezi nejvýznamnější rizikové faktory účasti na agresivních incidentech patřilo mužské pohlaví a diagnózy schizofrenie, schizoafektivní poruchy a poruchy užívání návykových látek. Přibližně polovina pacientů, kteří se podíleli na agresivních incidentech, trpěla sekundární poruchou související s užíváním návykových látek (2017).

Höschl uvádí ve svém odborném článku délku praxe sestry na psychiatrickém pracovišti jako jeden z významných faktorů, kdy zkušenosti sester získaných délkou praxe představují výhodu v rizikových jednání, například při verbální agresivitě pacienta vůči zdravotníkovi (2019).

Další článek prezentuje význam vzdělávání sester a jejich zkušenosti s ošetřováním nemocných jako významný lidský kapitál pro zdravotnickou instituci. Poukazuje například na odchody zkušených sester a nahrazování těchto zkušených sester sestrami smluvními, což má za následek významný pokles ošetrovatelské kvality péče (Bartel et al., 2014).

Zdravotní sestry registrované v oblasti duševního zdraví se získanou praxí představují velkou skupinu odborníků. Tito zkušení zdravotníci se podílí na prevenci a vzdělávání. Dále mohou být užiteční například v prevenci a poskytování informací o návykových látkách (About Psychiatric-Mental Health Nursing, 2023).

Jednou ze zajímavých informací získanou výzkumem a uvedenou v jedné databázi je průměrný věk zaměstnané psychiatrické sestry, který činí 43 let (Get the job you really want, 2013).

8 PRŮZKUMNÁ ČÁST

8.1 Hlavní cíl bakalářské práce

Cílem je zhodnotit míru výskytu agresivního chování pacientů na jednotlivých odděleních daného psychiatrického zařízení a zkoumat spolupráci mezi všeobecnými sestrami a multidisciplinárním týmem v oblasti řešení agresivního chování pacientů.

8.2 Dílčí cíle bakalářské práce

1. Zjistit u všeobecných sester, které z daných psychiatrických diagnóz vnímají pro rizikovost projevů agresivního chování jako nejnebezpečnější.
2. Zjistit, jaký druh agrese na pracovišti převažuje.
3. Který druh školení o agresivním pacientovi všeobecné sestry upřednostňují a kolik ho i absolvovalo.

8.3 Průzkumné otázky

1. Jaká je průměrná délka praxe a jaké je maximální dosažené vzdělání u všeobecných sester na daném psychiatrickém pracovišti?
2. Jaký je druh agresivního chování a jaké je pořadí projevů agrese na daném psychiatrickém pracovišti dle zkušeností všeobecných sester?
3. Jaké typy psychiatrických diagnóz jsou z pohledu sester nejrizikovější v rámci možného vystupňování rizika násilí?
4. Kolik všeobecných sester na pracovišti má absolvované školení v rámci preventivního opatření proti násilí?

8.4 Metodika průzkumu

Zvolena byla metoda kvantitativní formou nestandardizovaného dotazníkového šetření. Dotazník je vlastní tvorby. Obsahuje 15 otázek. Otázky (č.1, 3, 4) z dotazníku mají za úkol definovat všeobecné sestry dle věku, délky jejich výkonu povolání všeobecné sestry. Další otázky (č. 3, 4) zjišťují délku praxe na současném psychiatrickém pracovišti a dosažení maximálního stupně vzdělání v rámci všeobecných sester. V dalších otázkách (č. 5, 6, 7) dotazníku zjišťují, jak vnímají dle svých zkušeností jednotlivá oddělení na pracovišti dle rizikovosti konfrontace s agresivním pacientem a jaký druh agrese je nejčastější. Jako inspirace dotazníku byla použita literatura Látalové (Agresivita v psychiatrii, 2013) a moje vlastní podněty, vycházející z mé délky praxe na psychiatrickém pracovišti. V dalších otázkách (č. 8, 9) zkoumám, jaká je spolupráce s dalšími členy personálu při zvládnání projevů násilí na pracovišti. V dalších otázkách (otázka č. 10 a, b) se dotazník zaměřuje na jednotlivé psychiatrické diagnózy. Jaké diagnózy jsou z hlediska rizikovosti projevů násilí nejčastější a jaká je četnost výskytu projevů jednotlivých diagnóz ve vztahu agresivity. Dále také zjišťují, ve které denní době je výskyt projevů násilí četnější (otázka č.11). Dále v rámci dotazníkového šetření zjišťují vlastní zkušenost všeobecných sester s projevy násilí (otázka č. 12, a, b, 13)

a vlastní zkušeností se zvládním projevů agrese a v jakém čase a situaci to bylo. Závěrem se zaobírám zjištěním, zda jsou všeobecné sestry školeny pro jednání s agresivním pacientem a jaký typ školení preferují (otázka č. 14, 15).

8.5 Charakteristika průzkumného souboru

Záměrem bylo oslovit všechny pracující sestry na daném pracovišti. Podotýkám, že na pracovišti jsou zastoupeny výhradně sestry všeobecné, nikoliv sestry praktické.

Do vzorku byly zařazeny všeobecné sestry ze sedmi vybraných oddělení lůžkové i ambulantní péče vybraného psychiatrického pracoviště. Celkem bylo rozdáno 51 dotazníků a z tohoto počtu bylo vráceno všech 51, dotazníky byly řádně vyplněny a všechny byly zařazeny do průzkumu. Sdělují, že všechny sestry s dotazníkem a jeho vyplněním souhlasily.

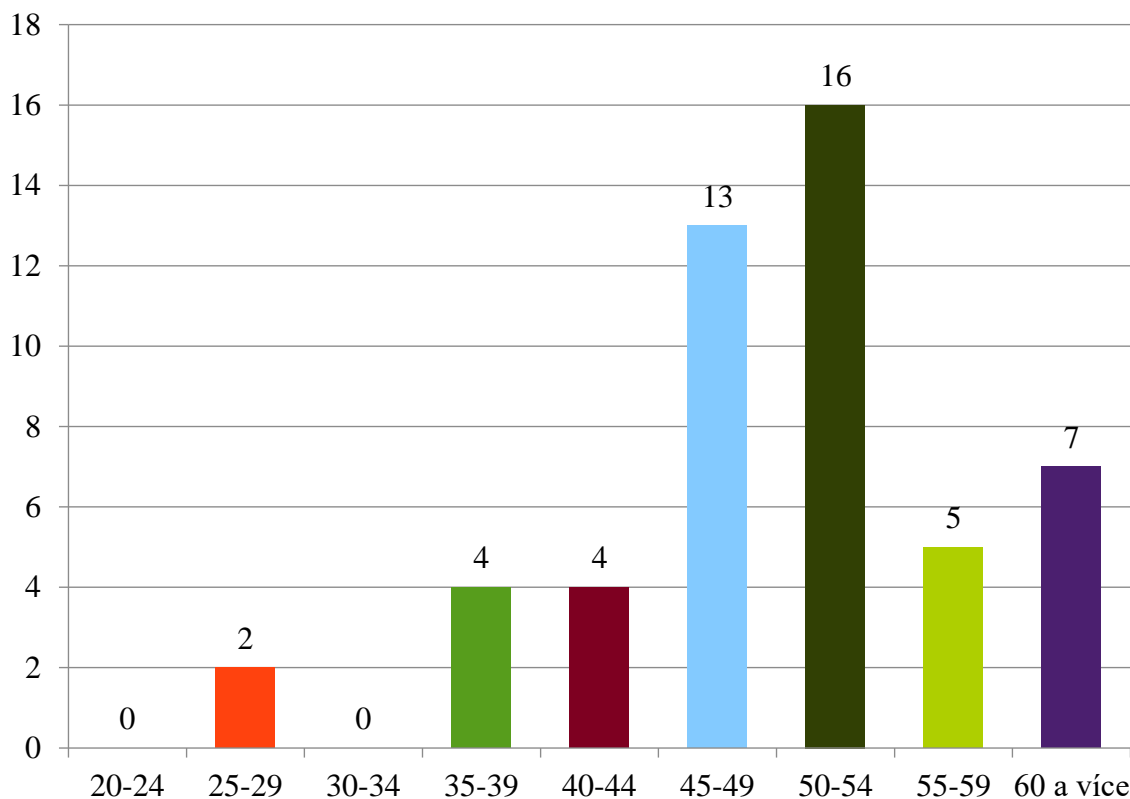
Zpracování dat

Pro zpracování a interpretaci výsledků dotazníkového průzkumu byl použit program Microsoft Office Word a Excel. Grafy a přílohy jsou popsány a vysvětleny.

9 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

1. Kolik je Vám let?

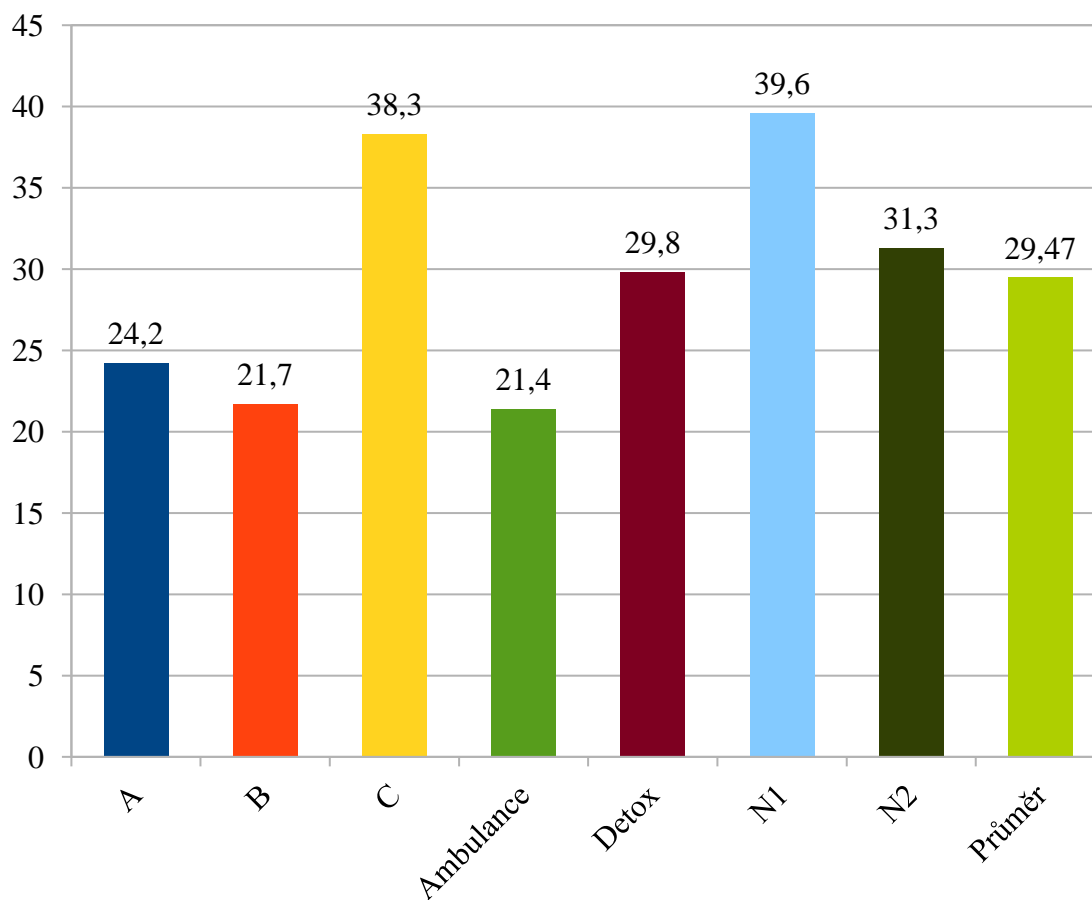
Graf č.1 – Věk všeobecných sester pracujících na psychiatrickém pracovišti



Graf č. 1 ukazuje věkové rozložení všeobecných sester pracujících na vybraném psychiatrickém pracovišti. Ve věku 25-29 let pracují dvě sestry (3,92 %), ve věku 35-39 let pracují čtyři sestry (7,84 %). Stejně tak ve věkovém složení 40-44 let (7,84 %). Ve věku 45-49 let pracuje na pracovišti (25,49 %). Největší zastoupení pracujících sester je ve věku 50-54 let (31,37 %), ve věku 55-59 let je zastoupeno pět sester (9,8 %) a ve věku 60 a více let pracuje sester sedm (13,73 %).

2. Kolik let pracujete v oboru všeobecná sestra?

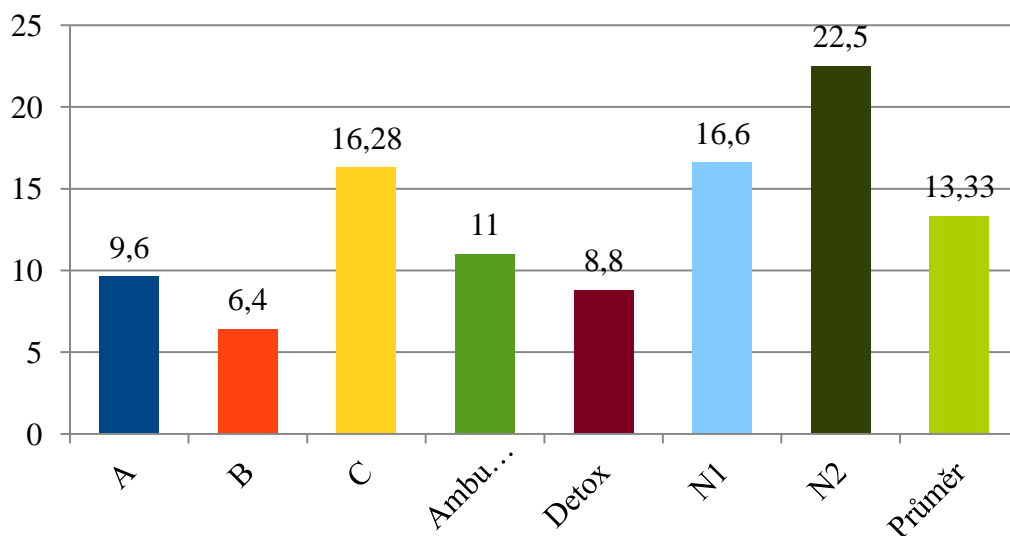
Graf č. 2 – Odpracované roky na pozici všeobecné sestry



Graf č. 2 sleduje průměrnou délku praxe v oboru všeobecných sester na jednotlivých odděleních daného psychiatrického pracoviště. Na základě vyhodnocení sledujeme průměrnou délku praxe na pracovišti v délce 29,47 let. Na oddělení „A“ je délka praxe výkonu všeobecných sester 24,2 let, na oddělení „B“ je to praxe výkonu povolání všeobecných sester v délce 21,7 let, na oddělení „C“ je to 38,3 let a na ambulanci 21,4 let. Délka praxe výkonu všeobecných sester na oddělení Detox v délce 29,8 roků, na oddělení N1 praxe výkonu povolání všeobecných sester v délce 39,6 let, na oddělení „N2“ v délce 31,3 roků.

3. Kolik let pracujete na vybraném psychiatrickém pracovišti?

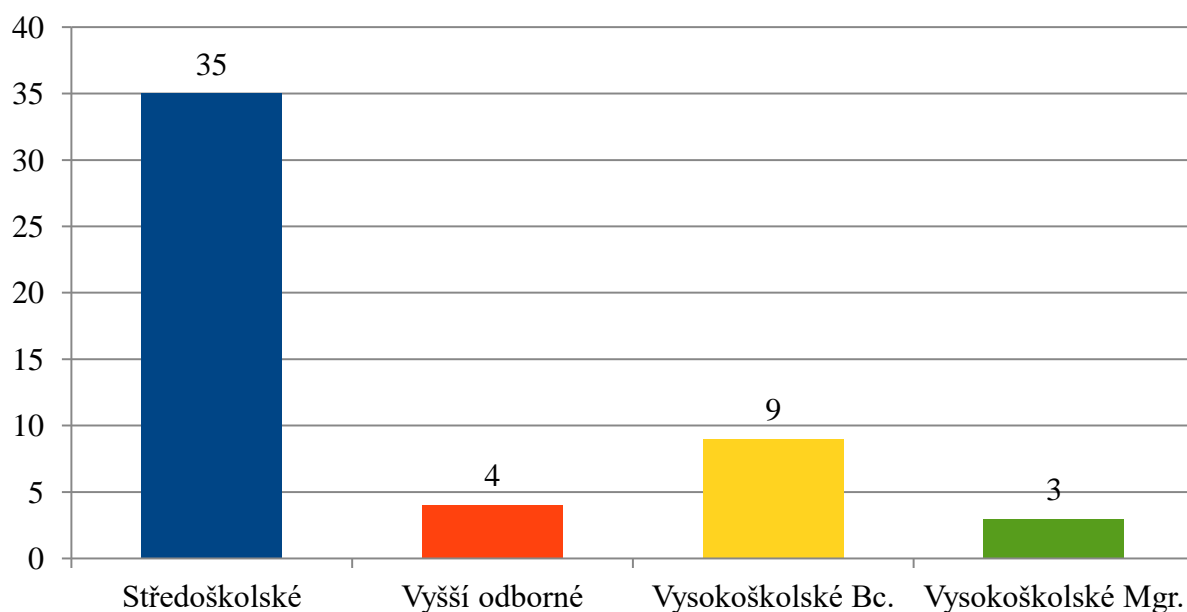
Graf č.3 – Délka praxe všeobecných sester na daném psychiatrickém pracovišti



Graf č.3 vyhodnocuje celkovou praxi výkonu jednotlivých všeobecných sester na odděleních na daném pracovišti a jejich průměry. Na oddělení „A“ pracují sestry s průměrnou délkou praxe na pozici všeobecné sestry 9,6 roků, na oddělení „B“ s průměrnou délkou praxe 6,4 let, na oddělení „C“ je to 16,28 let, na ambulanci je průměrná délka praxe všeobecných sester 11 let. Na oddělení Detox pracují sestry s průměrnou délkou praxe 8,8 roků, na oddělení N1 je to v délce praxe 16,6 let, na oddělení N2 je to průměr 22,5. Celková průměrná délka praxe na pozici všeobecných sester na daném psychiatrickém pracovišti je 13,33 let.

4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

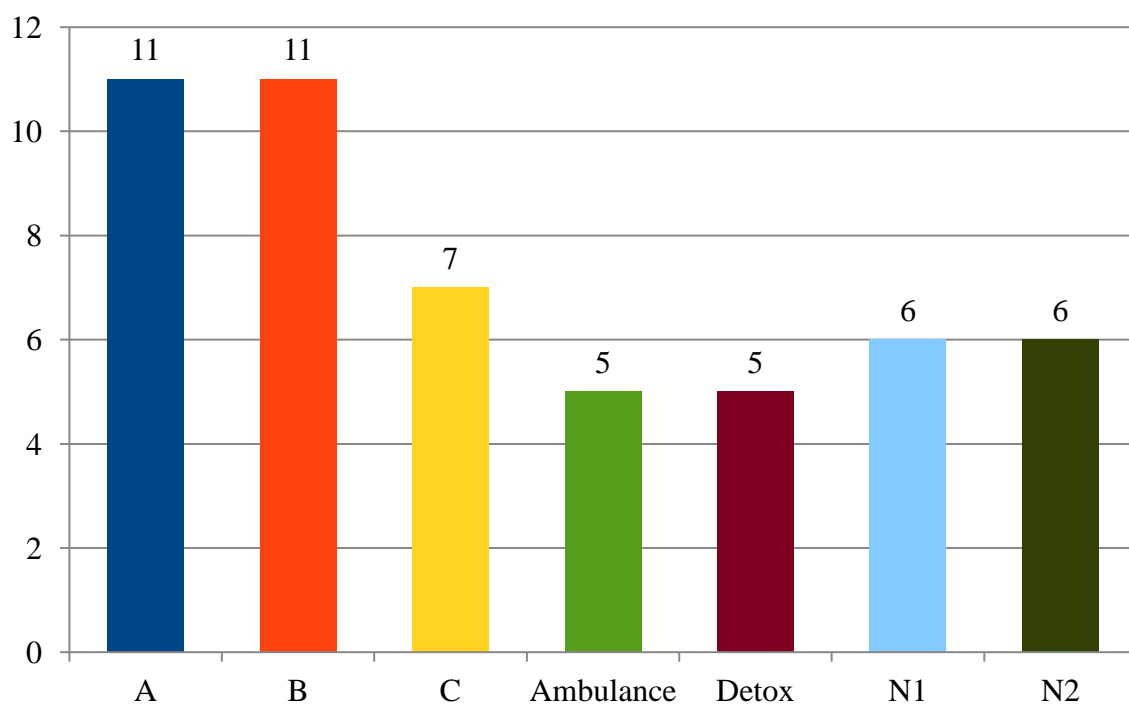
Graf č.4 – Dosažené vzdělání u všeobecných sester na pracovišti



Z grafu č.4 vychází dosažené nejvyšší vzdělání v rámci všeobecných sester na pracovišti. Z celkového počtu 51 sester má 35 sester středoškolské vzdělání všeobecné sestry, 4 sestry mají vyšší odborné (Dis.) vzdělání, vysokoškolské s titulem bakalář má dosaženo 9 sester a s dosaženým magisterským vzděláním pracují na pracovišti 3 sestry.

5. Na jakém oddělení v současnosti pracujete?

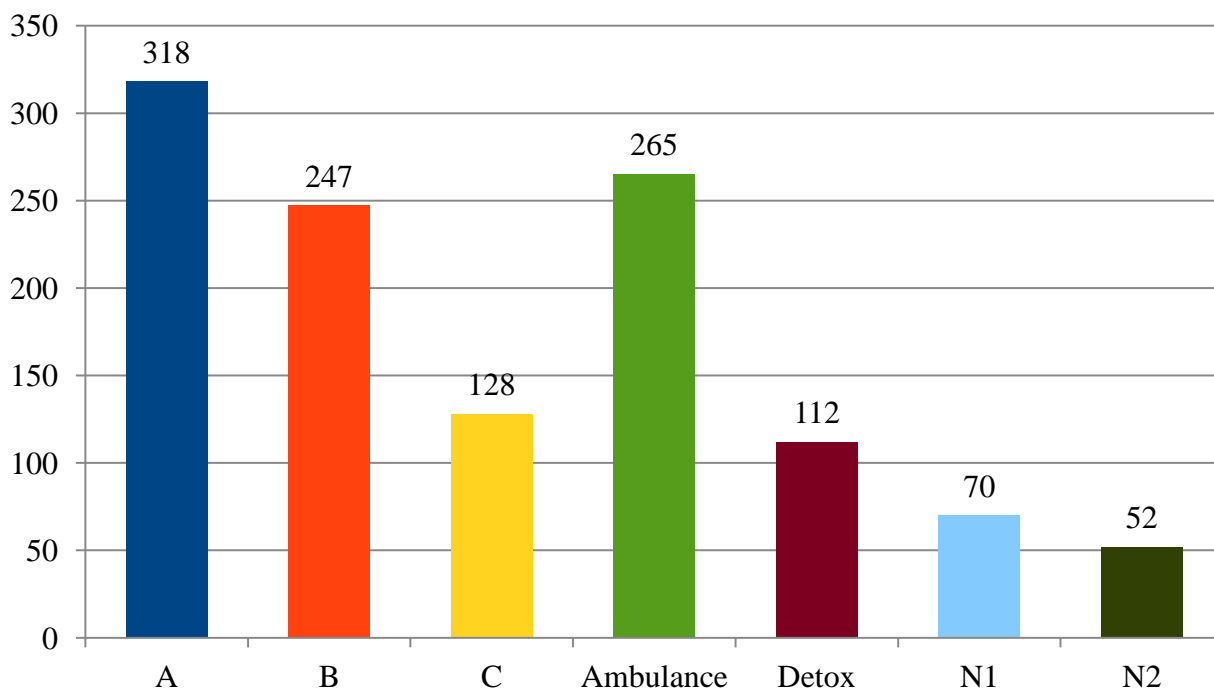
Graf č.5 – Rozmístění personálu po odděleních psychiatrického pracoviště



Graf č. 5 nám udává personální obsazení po jednotlivých odděleních na pracovišti. Oddělení „A“ i „B“ je zastoupeno v každém po 11 všeobecných sestrách. Oddělení „C“ je zastoupeno po 7 sestrách a ambulance je obsazena pěti sestrami. Na oddělení Detox pracuje 5 sester, na odděleních N1 a N2 pracuje na každém oddělení po šesti všeobecných sestrách.

6. Na jakém oddělení psychiatrického pracoviště se dle Vašeho mínění nejčastěji setkáváme s projevy agrese?

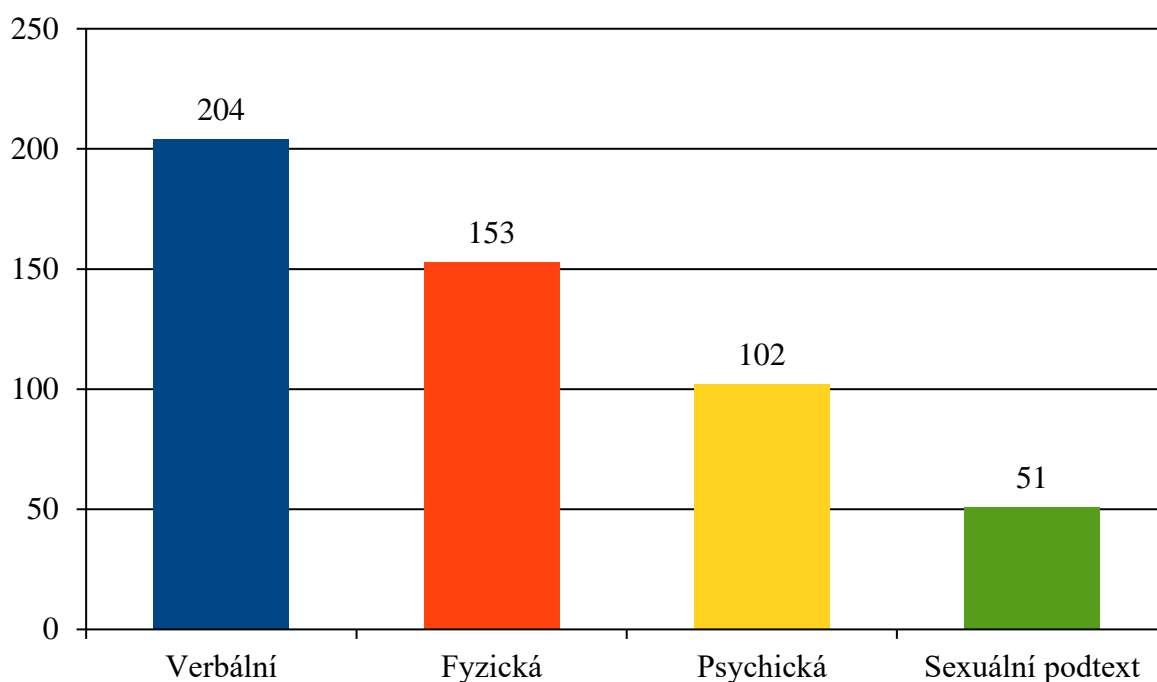
Graf č. 6 – Seřazení oddělení dle vnímání všeobecných sester podle výskytu agrese



Graf č. 6 popisuje vnímání všech všeobecných sester působících na pracovišti projevů agresivity po jednotlivých odděleních, kterými dané pracoviště disponuje. V rámci obodování vychází jako nejrizikovější oddělení „A“, druhým v pořadí je ambulantní pracoviště, na třetím místě projevy agrese sestry vnímají oddělení „B“. Oddělení „C“ je čtvrté v pořadí. Páté pořadí vychází v rámci rizikovosti projevů agrese oddělení Detox. Pak následuje oddělení N1 a oddělení N2 je vnímáno jako nejklidnější z pohledu vnímání rizikovosti projevů agrese.

7. Jaký druh agrese je dle Vašich zkušeností nejčastější?

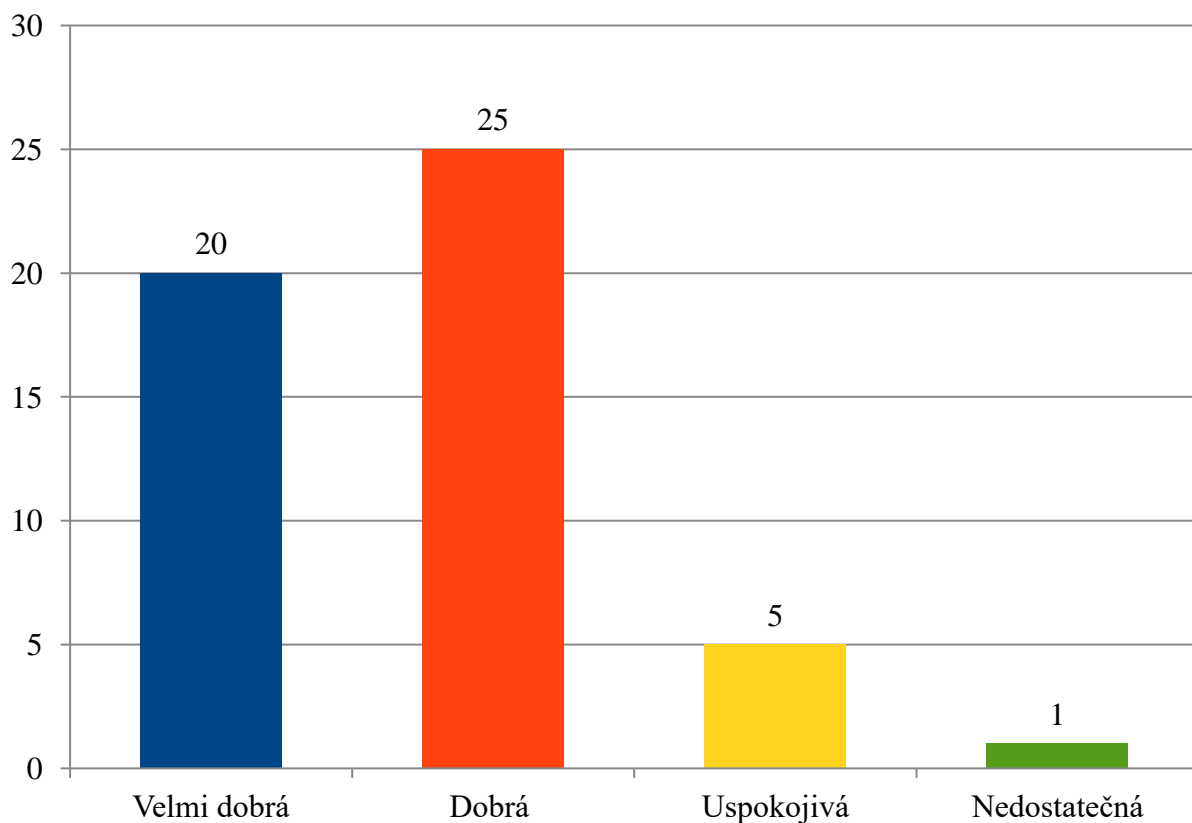
Graf č.7 – Rozdělení druhu agrese dle četnosti



Graf č. 7 vystihuje druhy agrese, se kterými se mohou všeobecné sestry na pracovišti setkat z nabízených možností. Všechny respondenty se shodly na jednoznačném pořadí. Na prvním místě všechny respondenty umístily projevy verbální agresivity, na druhém místo daly fyzickou agresivitu, na třetí daly agresi psychickou a sexuální podtext projevů možné agresivity daly na poslední, tedy čtvrté místo z nabízených možností.

8. Jak hodnotíte spolupráci s lékaři při zvládnání agrese s nutností fyzického omezení pacienta?

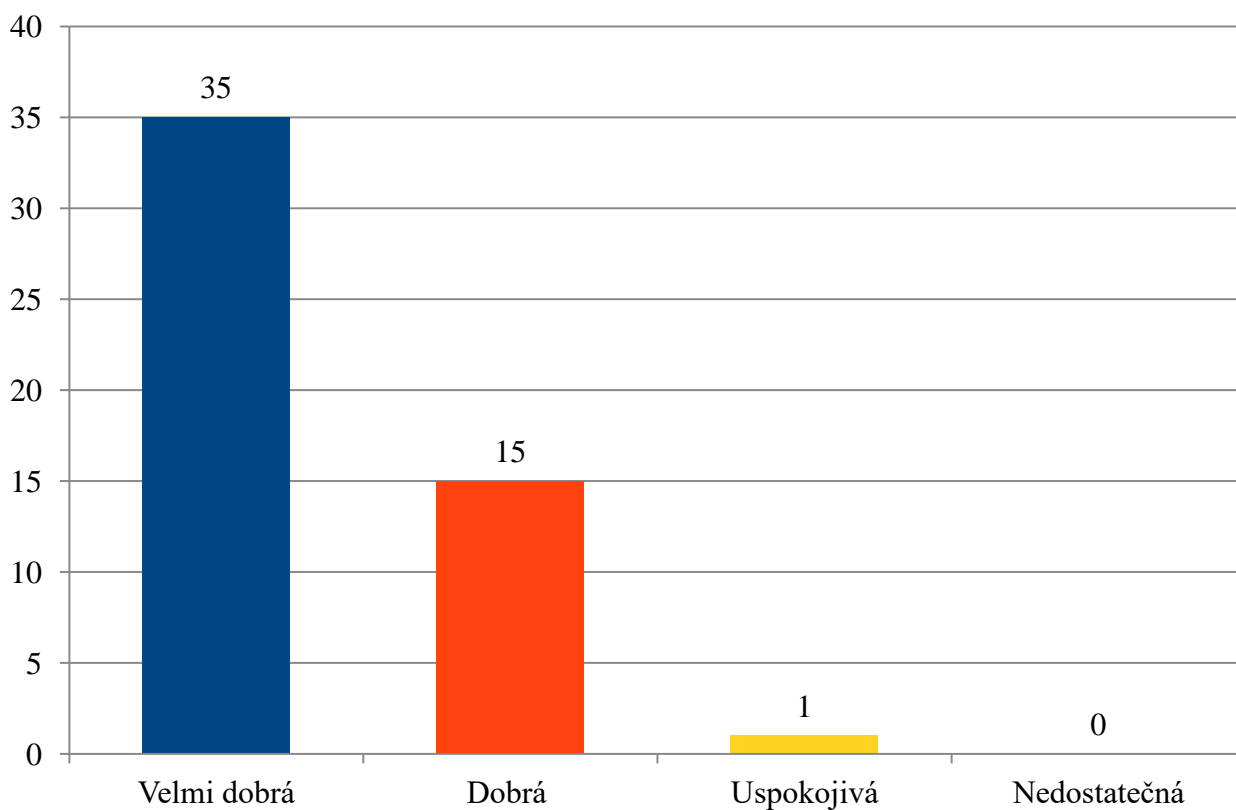
Graf č. 8 – Hodnocení spolupráce všeobecných sester při zvládnání agrese pacienta s lékaři



Graf č. 8 zobrazuje hodnocení spolupráce s lékaři při zvládnání neklidného pacienta s projevy agrese. Zde lze vidět, že spolupráci jako velmi dobrou hodnotí 39,21 % všeobecných sester, jako dobrou ji hodnotí 49 % respondentů, na úrovni uspokojiví ji hodnotí 9,8 % sester na pracovišti. Jako nedostatečnou ji hodnotí pouze jedna sestra, tzn. 1,96 %.

9. Jak hodnotíte spolupráci se sanitáři při zvládnání agrese s nutností fyzického omezení pacienta?

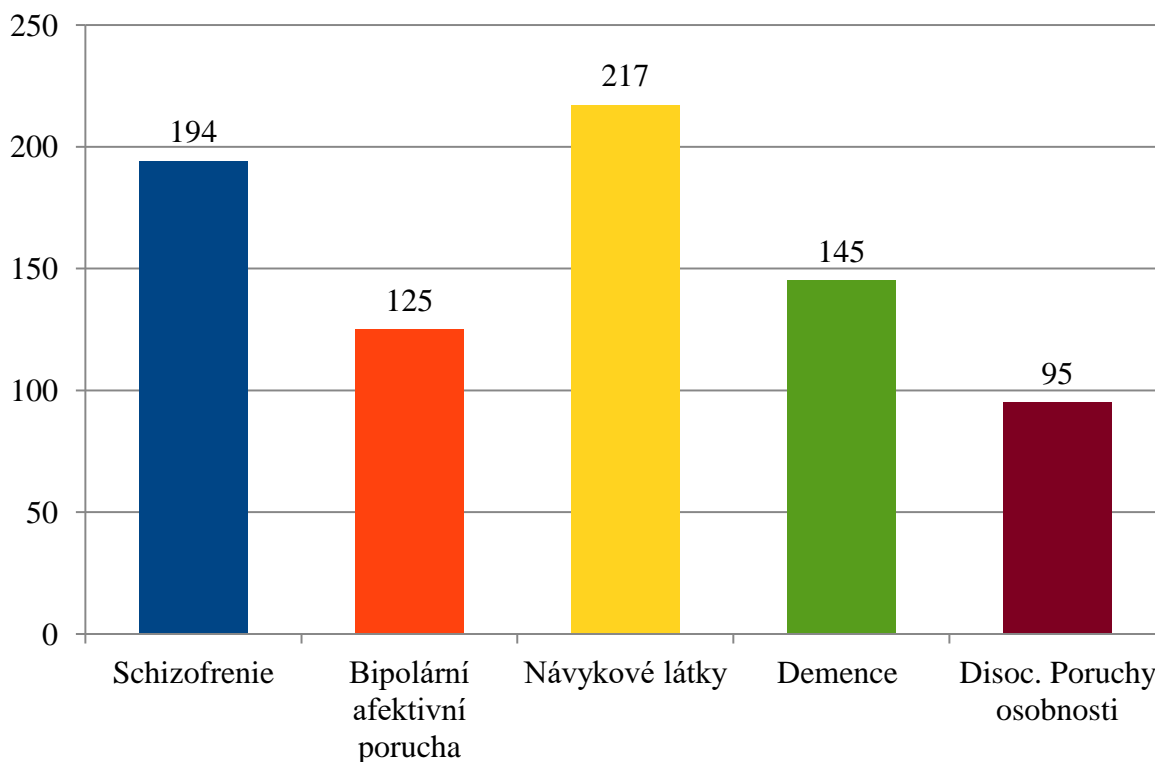
Graf č.9 – Hodnocení spolupráce všeobecných sester při zvládnání agresivního pacienta se sanitáři



Graf č. 9 zobrazuje hodnocení spolupráce se sanitáři při zvládnání neklidného pacienta s projevy agresivity. Zde lze vidět, že spolupráci jako velmi dobrou hodnotí 35 sester, tzn. 68,63 % všeobecných sester, jako dobrou ji hodnotí 29,41 % dotázaných, na úrovni uspokojující ji hodnotí pouze jedna sestra, což představuje v procentuálním vyjádření 1,96 %.

10. Jaké typy psychiatrických diagnóz jsou z pohledu všeobecných sester nejnebezpečnější v rámci potenciálního vystupňování projevů agrese a jejich zvládnání?

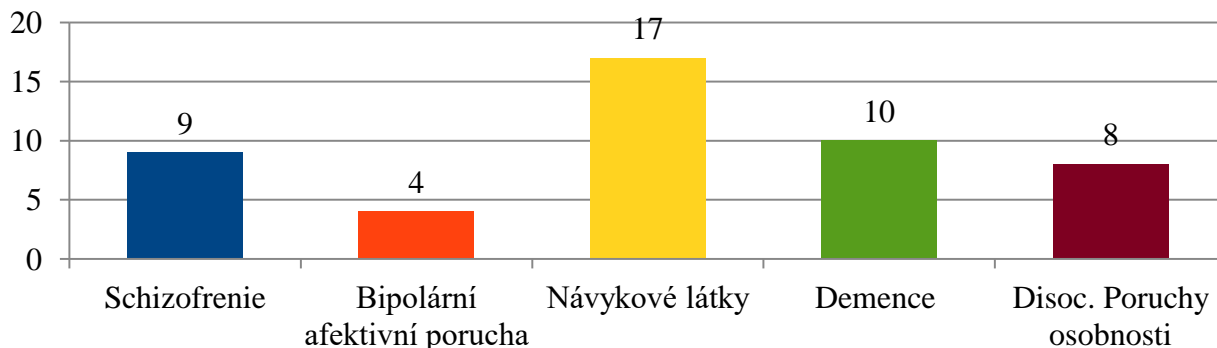
Graf č.10 – Psychiatrické diagnózy a jejich rizikovost pro vznik agrese



Mezi nejnebezpečnější z psychiatrických diagnóz pro vznik projevů agresivity, a tedy možného násilného chování, všeobecné sestry vybraly užívání návykových látek u pacientů. Dále jako rizikovou diagnózu pro vznik agresivního chování sestry daly onemocnění schizofrenie. S větším odstupem jsou to stavy demence, bipolární afektivní poruchy a disociální poruchy osobnosti.

**10. a – Četnost agresivity ve vztahu k diagnózám v denním srovnání
a) každý den**

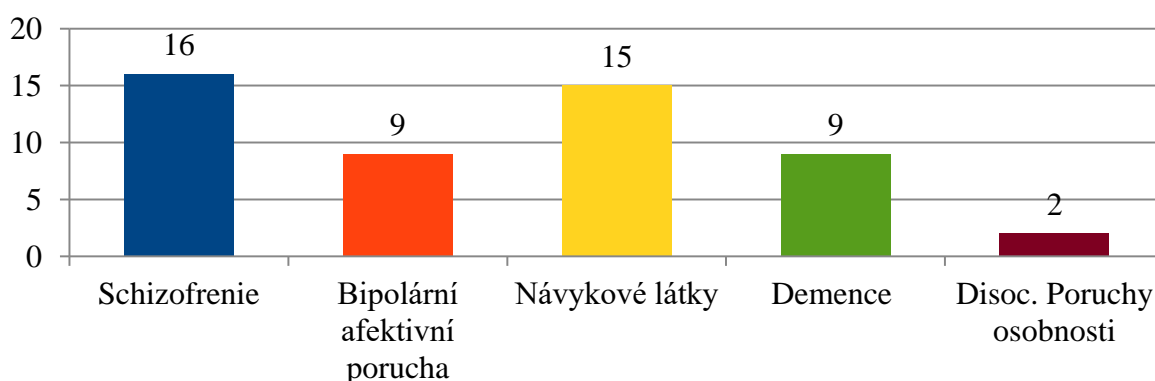
**Graf č. 10. a – četnost projevů agresivity ve vztahu k diagnózám v denním srovnání
(min. 1x/den)**



Graf č. 10 a – Popisuje četnost agresivity ve vztahu k diagnózám (každodenní riziko projevů agresivity). V rámci bodových hodnot četnosti výskytu ve vztahu k diagnózám a její možné každodenní četnosti jako nejrizikovější vnímají v dotazníku sestry pacienty intoxikované návykovými látkami (17 dotázaných), další diagnózy mají odstupňované jako stavy demence (10 dotázaných), stavy schizofrenie (9 dotázaných), dále stavy disociální poruchy osobnosti (9) a 4 respondenti vnímají jako rizikové onemocnění s bipolární afektivní poruchou.

10. b. - Četnost agresivity ve vztahu k diagnózám v týdenním srovnání

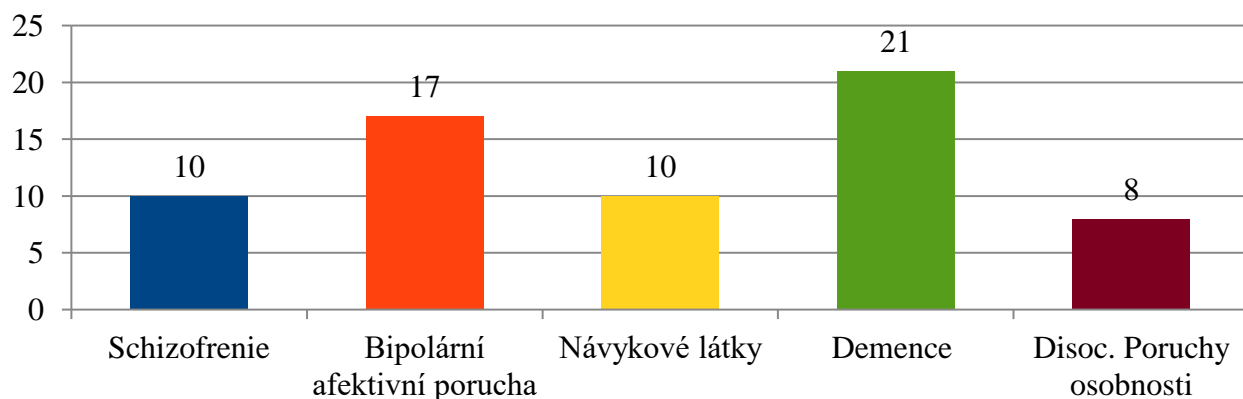
**Graf č. 10 b. - četnost projevů agresivity ve vztahu k diagnózám v týdenním srovnání
(min. 1x/týden)**



Graf č. 10 b. popisuje v rámci bodování respondentů četnost výskytu 1x/ týdně s projevy agresivity následovně: 16x odpověděly sestry u schizofrenie, 15x u stavů intoxikovaných pacientů, 9x zařadili respondenti onemocnění bipolární afektivní poruchy a stavy demence a 2x stavy u disociálních poruch osobností.

10. c – Četnost agresivity ve vztahu k diagnózám

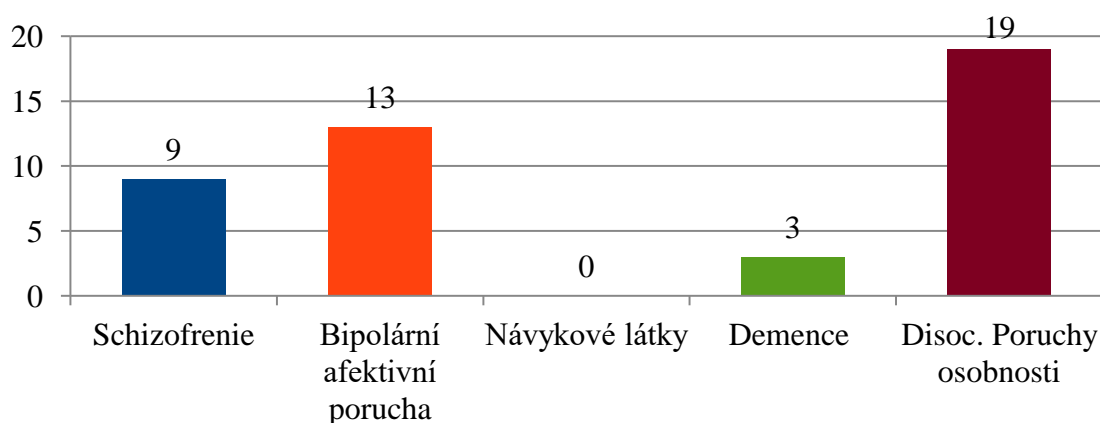
Graf č. 10 c. - Četnost projevů agresivity ve vztahu k diagnózám v měsíčním srovnání (min. 1x/měsíc)



Jako velmi pravděpodobné se respondentům jeví setkání se se stavy agresivity u nemocných s demencí (21x), dále u bipolární afektivní poruchy (17x), deset dotázaných pravděpodobnost četnosti s projevy násilného chování ve vztahu k diagnózám vidí u onemocnění schizofrenie a návykových látek a 8 respondentů u stavů disociální poruchy osobnosti.

10.d – Četnost agresivity ve vztahu k diagnózám

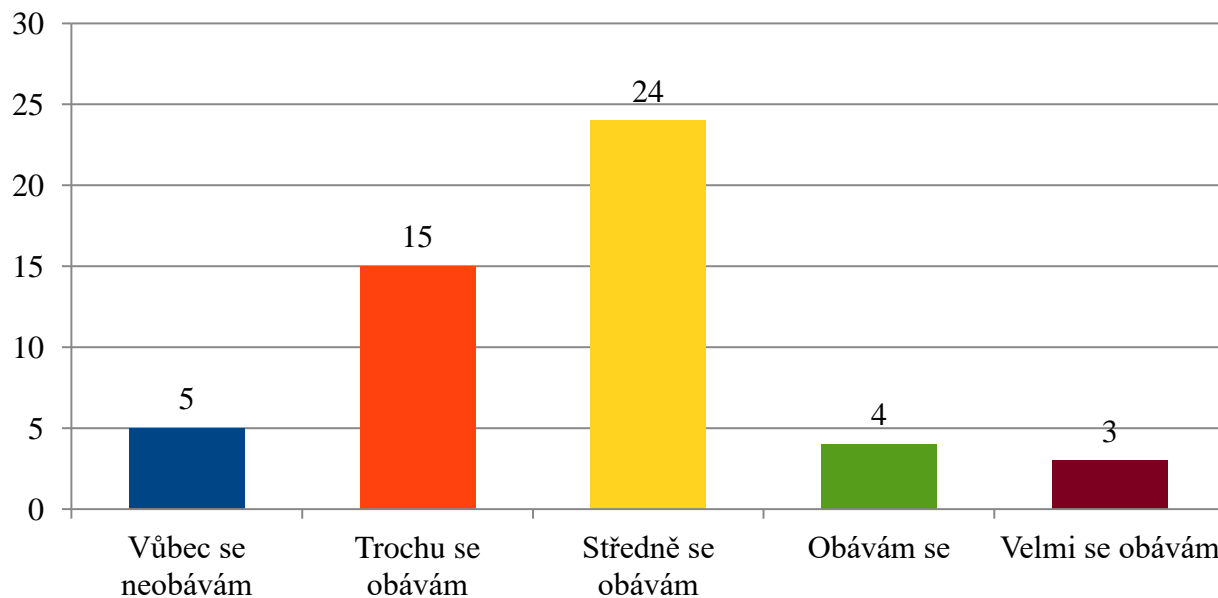
Graf č. 10 d. - Četnost projevů agresivity ve vztahu k diagnózám v ročním srovnání (min. 1x/rok)



To, že se alespoň jednou za rok setkají u daných onemocnění respondentky s projevy agresivity, vnímají devatenáctkrát u disociální poruchy osobnosti, třináct z dotázaných to vnímá u bipolární afektivní poruchy, devět dotázaných u onemocnění schizofrenie a tři u stavů demence. Jednoznačně vyplývá, že intoxikace návykovými látkami a projevy agrese je častější než jedenkrát za rok.

11. Jak moc se obáváte násilí na psychiatrickém pracovišti?

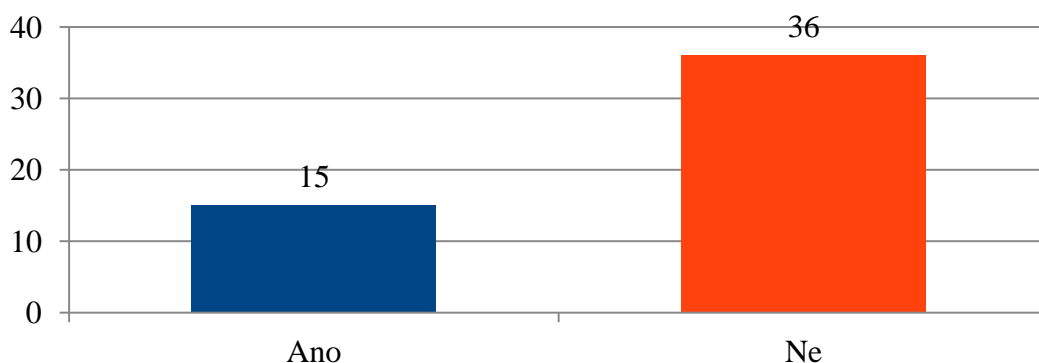
Graf č. 11 – Obavy personálu ve vztahu k projevům násilí na pracovišti



Dotazem personálu na vnímání obav při projevech násilí na pracovišti odpovědělo 24 dotázaných (47 %), že se obávají středně, že se obává trochu odpovědělo 15 dotázaných (29,43 %), že se neobává odpovědělo 5 respondentů (9,8 %). Naopak, že se obávají odpověděly 4 respondentky (7,84 %). To, že se velmi obájí těchto situací s projevy násilí odpověděly 3 sestry (5,88 %).

12. Byla jste v pozici všeobecné sestry na psychiatrickém pracovišti fyzicky napadena?

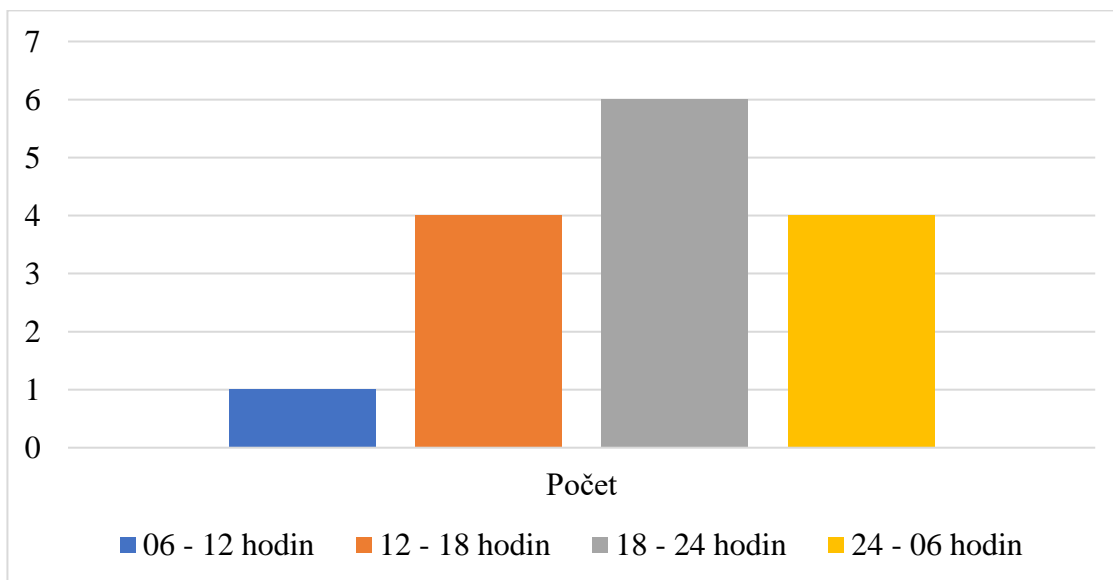
Graf č. 12 – napadení všeobecných sester působících na daném pracovišti



Na základě dotazníku u současných pracovníků vyšlo najevo, že 15 respondentů bylo fyzicky napadeno (29,4 %), ostatní všeobecné sestry v počtu 36 napadeno nebylo (70,6 %).

12.a) V které době k incidentu na pracovišti došlo?

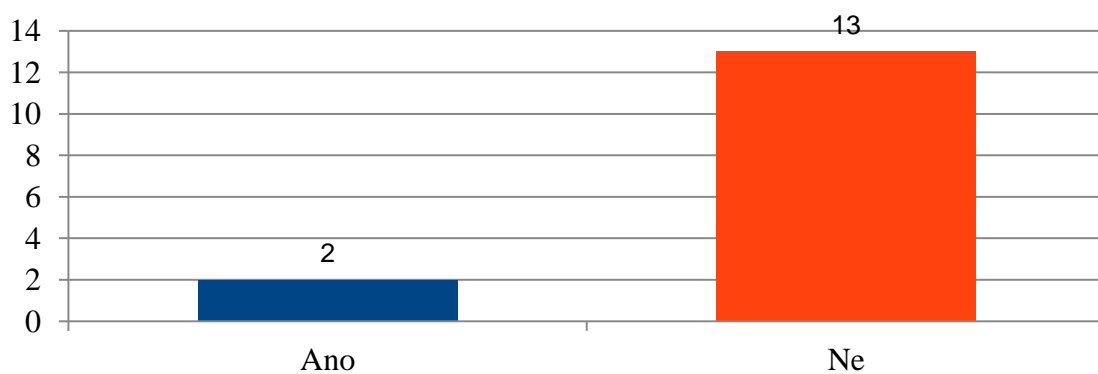
Graf č. 12. a. – v jaké době ke vzniku incidentu (projevů agrese) došlo



Na základě vyhodnocení, v jaké denní době došlo k napadení personálu vyplývá, že riziková je doba převážně večerní a noční, kdy v rozmezí 18–24 h došlo k napadení u šesti dotázaných a v době 24–6 h bylo napadeno po čtyřech sestřích. V ranní době došlo k napadení pouze v jednom případě a odpolední době (12–18 h) byly napadeny čtyři respondentky.

12. b) Došlo v důsledku napadení k Vaší pracovní neschopnosti?

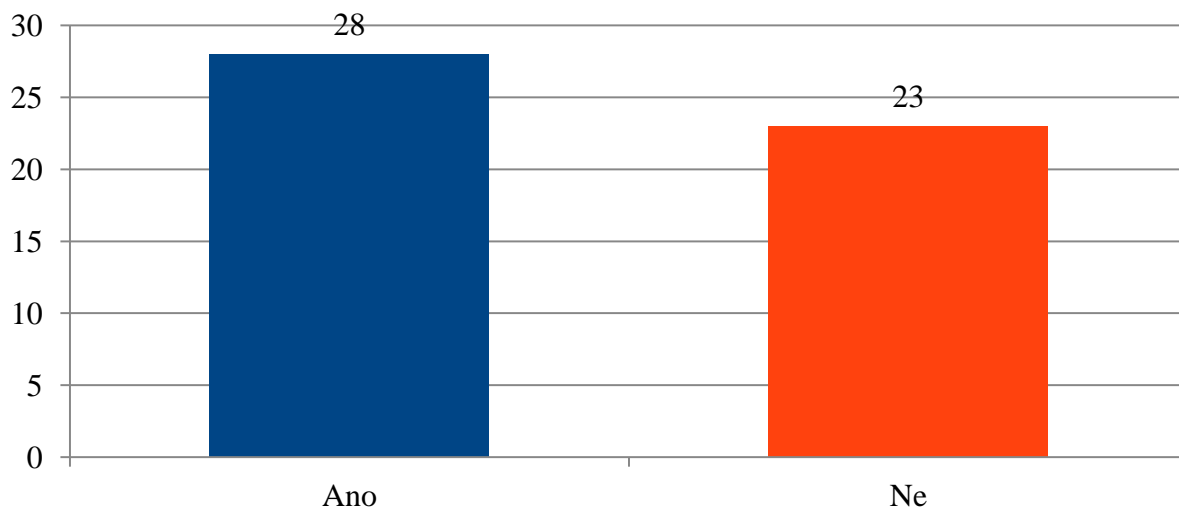
Graf č. 12 b. – Vznik pracovní neschopnosti u respondentek napadením pacientem



Na základě zjištění dvě všeobecné sestry při konfrontaci s fyzickým napadením měly pracovní neschopnost. U zbylých 15 se fyzické napadení obešlo bez pracovní neschopnosti.

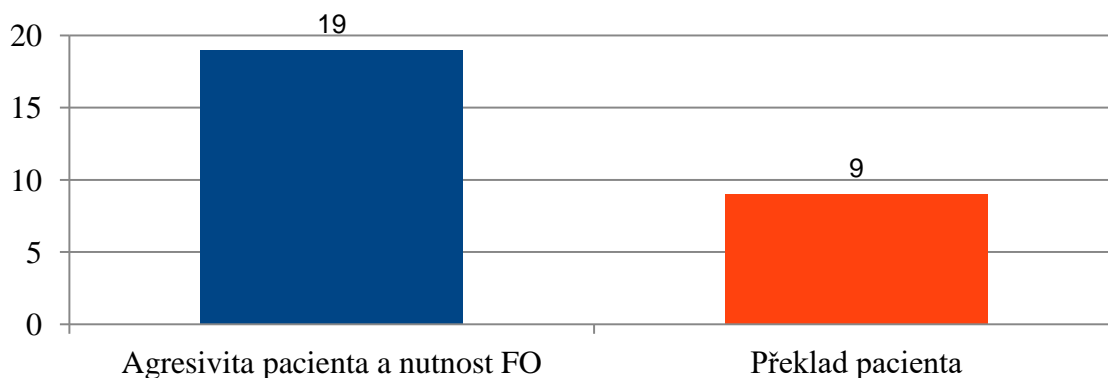
13. Zažila jste osobně situaci, kdy bylo nezbytné přivolat na pomoc policii z důvodu agresivního jednání pacienta?

Graf č. 13 a) – Nutnost asistence policie při agresivním jednání pacienta



Celkem 28 sester (55 %) bylo přítomno situaci, kdy vzhledem k agresivnímu chování pacienta bylo třeba přizvat k řešení situace policii, 23 (45 %) sester tuto situaci nezažilo, nebo se jí osobně neúčastnilo.

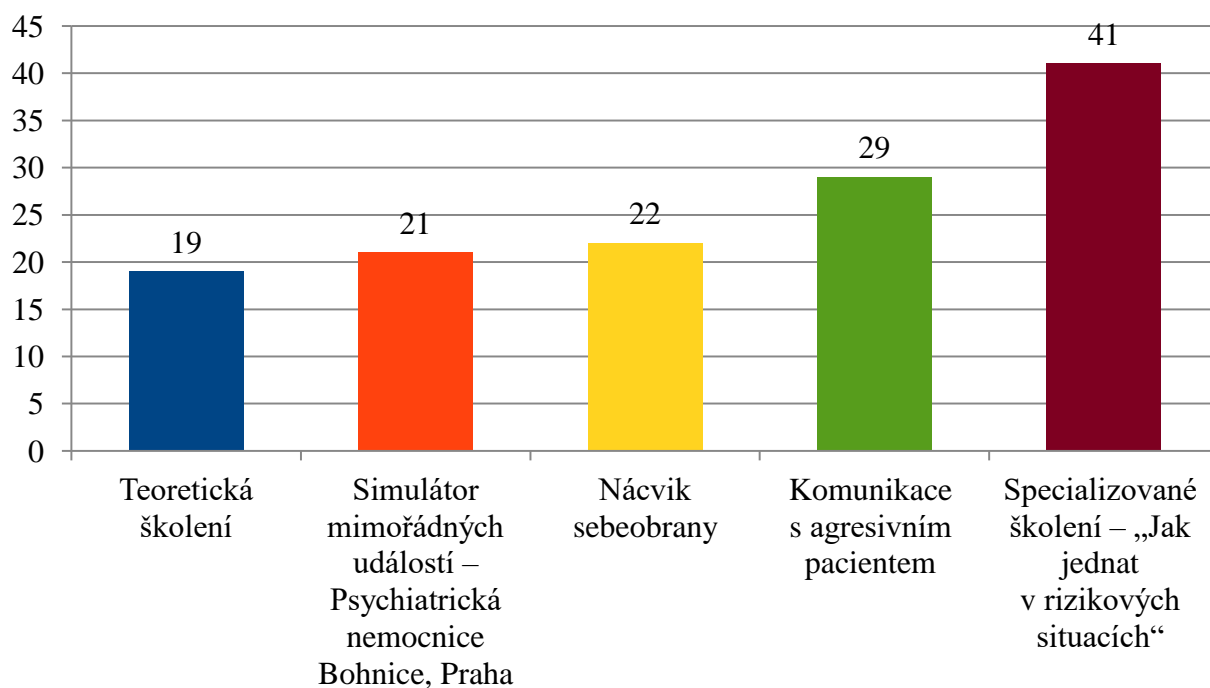
Graf č. 13 b – Asistence policie – jaká situace vedla k vyžádání intervence policie



Asistence policie byla třeba v 19 případech na základě agresivity pacienta s nutností fyzického omezení. V devíti případech byla policie přizvána, kdy byl pacient překládán do jiného zdravotního zařízení a personál na oddělení zhodnotil předem jako nutnost přivolání policie kvůli zajištění bezpečnosti všech zúčastněných.

14. Jaká preventivní opatření proti násilí na pracovišti preferujete? Lze zaškrtnout více možností.

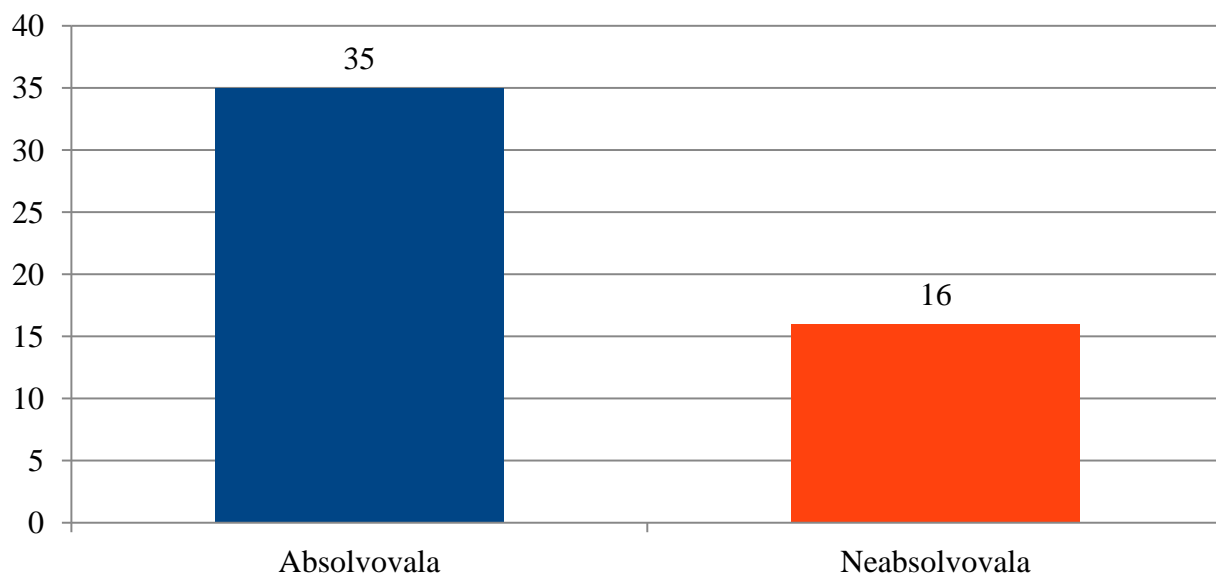
Graf č.14 – Preference preventivních opatření proti násilí



V rámci preventivních opatření proti násilí na pracovišti respondenti preferují školení „Jak jednat v rizikových situacích“. Školení již na pracovišti proběhlo v roce 2020 a lze na základě tohoto grafu usuzovat, že školení by bylo vhodné opakovat. Z interpretace výsledků toho grafu jednoznačně vyplývá vhodnost tohoto specializovaného školení, kterému všeobecné sestry daly nejlepší hodnocení.

15. Absolvovala jste některé z výše uvedených školení?

Graf č.15 – Absolvovaná školení všeobecných sester působících na daném psychiatrickém pracovišti



Na podkladě výsledků lze spatřit, že 35 respondentek již absolvovalo školení týkající se rizikových chování pacientů a 16 všeobecných sester žádné školení neabsolvovalo. V procentuálním hodnocení 68,5 % všeobecných sester školení absolvovalo a 31,5% školení nemá.

10 DISKUZE

Tato část bakalářské práce se zabývá vyhodnocením odpovědí na průzkumné otázky. Hlavním cílem bylo zjistit výskyt násilného chování a jaký druh agrese převládá při výkonu povolání všeobecných sester na daném psychiatrickém pracovišti a proškolení personálu v oblasti zvládnutí agresivního pacienta. Analýza získaných dat od respondentů provedená prostřednictvím dotazníkového šetření byla využita k vyhodnocení otázek. Při srovnávání výsledků jsem se převážně zaměřil na zdroje, které již byly představeny v teoretické části bakalářské práce.

Průzkumná otázka č.1: Jaké je věkové složení personálu, průměrná délka praxe a jaké je maximální dosažené vzdělání u sester na daném pracovišti s porovnáním jiných studií?

Na základě zjištěného je možné popsat, že věkové složení je rozloženo následovně. V kategorii 20-24 let nepracuje žádná sestra, z druhé kategorie, tedy rozložení věku v rozmezí 25-29 let pracují na pracovišti pouze dvě sestry, v rozmezí 30-34 opět není zastoupena žádná všeobecná sestra, ale v rozmezí 35-39 let je patrný již vyšší počet všeobecných sester, a to přesně čtyři. Ve věkovém rozložení 40-44 let jsou zastoupeny čtyři sestry a ve věku 45-49 let je zastoupeno 13 sester. V rozmezí 50-54 let jich je zastoupeno nejvíce, přesně šestnáct. V rozmezí 55-59 jich je 5 a ve věku 60 a více let je počet zastoupen na vybraném pracovišti v počtu 7 všeobecných sester. Co se týká všeobecných sester pracujících na psychiatrickém pracovišti, je délka praxe následovná: Oddělení A je zastoupeno v aktuálním složení v průměrné délce praxe 9,6 let, na oddělení B je průměr odpracovaných let 6,4 let, na oddělení C je věk praxe působení na psychiatrické klinice v délce 16,28 let a na ambulanci, kde pracuje 5 sester, je počet let s průměrnou praxí na klinice 11 let. Na oddělení N1 je průměrná praxe personálu 16,6 let, na oddělení N2 je délka praxe 20,75 roků a na oddělení DETOX je průměrná délka praxe na pracovišti v délce 8,8 let. V nejvyšším dosaženém vzdělání v oboru všeobecné sestry je následující rozvržení: Středoškolské studium má ukončeno 35 sester. Vyšší odborné mají 4 sestry. Vysokoškolské vzdělání typu bakalářského má ukončeno 9 sester a magisterské studium má zastoupení v počtu 3 sester.

Na základě prováděných podobných výzkumů, kterými se zabývaly i jiné studie, porovnám jejich výsledky s výsledky z mého šetření. V rámci studie konané na zkušenosti thajských psychiatrických sester vychází v přehledu, že studie se zúčastnily sestry z pracoviště ve věku 43 let, kdy průměrná jejich zkušenost s péčí o duševně nemocné byla 8,3 roků, které provedli (Kleebthong, Chareosuk) v roce 2018. Při porovnávání výsledků z thajského šetření a mého vyplývá, že délka praxe v tomto věkovém složení je 8,3 roků. V mém šetření na daném psychiatrickém pracovišti vychází délka praxe u sester na psychiatrickém pracovišti 13,33 let.

Závěrem lze konstatovat, že zkušenost sester a délka jejich praxe je jedním z mnoha faktorů, které mohou příznivě přispět k možnosti lepšího zvládnání neklidných pacientů.

Další podobná kvalitativní studie, kde lze srovnávat věkové rozložení personálu na psychiatrii je studie konaná v Turecku (Şimşek Arslan et al., 2021), které se účastnilo vybraných 1100 sester působících na psychiatrických pracovištích a ukazuje věkové poměry sester. Ve věku 20–30 let je zastoupeno 10 % sester, ve věku 31–40 let působí 30 % dotázaných, ve věku 41–50 let je to 50 % sester a ve věku 51–60 let působí 10 % dotázaných. Dalším porovnávacím faktorem je stupeň vzdělání u sester z dotazovaného vzorku. Zde vyplývá, že střední školu má vystudovanou z působících sester z tureckého šetření 110 dotázaných, což představuje 10 procent sester, vyšší formu vysokoškolského studia má 330 sester, což představuje 30 % dotázaných. Dosažené vzdělání univerzitního typu má celkem 60 % sester z průzkumného vzorku. Z šetření lze vysledovat, že věkové zastoupení sester v kategorii 41–60 let je největší a celkem zastoupeno 60 % sester.

Na základě dat lze porovnat dosažené výsledky z turecké studie a mého výzkumného šetření. To znamená, že při porovnání mé studie a studie turecké vychází, že procentuální zastoupení ve věkovém složení 40–60 let je na straně studie z Turecka 60 % a 74,5 % na mém zkoumaném pracovišti. Lze jednoznačně spatřit rozdíl v podobném věkovém složení 40–60 let o 14,5 % ve prospěch mého sledovaného pracoviště, které se nachází v ČR. Opět se lze domnívat, že zkušenost může být jedním z faktorů, kterým lze ovlivnit zvládnání krizových situací na pracovišti. Při porovnávání dosaženého vzdělání tureckých sester a všeobecných sester na daném pracovišti jsou výsledky značně rozdílné. Na mém zkoumaném pracovišti má střední vzdělání 68,6 % sester, vyšší formu vzdělání má dokončeno 25,5 % a vysokoškolské vzdělání mají vystudované 5,9 % sester. Z tohoto vyplývá, že je značný rozdíl v dokončeném typu vzdělání u posuzovaných sester z Turecka. Ale také je třeba brát na zřetel, že se již nezkoumá celý vzdělávací systém tureckého vzdělávání sester.

Další studie pro srovnání je studie z Japonska z roku 2019 (Matsumoto). Dotazníkového šetření se zúčastnilo 577 psychiatrických sester pracujících ve 13 psychiatrických léčebnách v oblasti Chugoku. Z údajů lze vyčíst, že ve věku 40–49 let, což je největší zastoupená věková skupina, pracuje 34,9 % z celkového počtu všech sester. Délka praxe těchto psychiatrických sester má největší zastoupení v délce praxe 10–19 let. Druhou nejpočetnější skupinou jsou sestry s délkou praxe 3–9 let v procentuálním zastoupení 25,8 %.

Ke zhodnocení této studie s porovnáním mnou vyzkoumaného lze porovnat věkové rozmezí 40-49 let a jeho poměr v zastoupení jako celku. Poměr tohoto věkového rozhraní je 33 % u mého šetření a šetření porovnávaného, kde je zastoupení 34,5 % sester z celkového zastoupení. Rozdíl je tedy velice nepatrný, lze tedy zhodnotit, že věkové zastoupení sester ve věku 40–49 let je téměř bez rozdílu na porovnaných pracovištích.

Dále je třeba zmínit i významnou osobu v oboru psychiatrie prof. MUDr. Cyrila Höschla DrSc., který v článku „Povolání sestry stojí na umění komunikace s pacientem“ zmiňuje jak významným a cenným faktorem jsou zkušenosti psychiatrické sestry nabyté během své dlouhodobé kariéry při výkonu na psychiatrickém pracovišti. Jako příklad uvádí, kdy psychiatrický pacient sestře může nadávat, což je ovšem velmi často projevem psychopatologie v rámci pacientova duševního onemocnění či poruchy. Právě s takovými projevy se setkávají sestry na psychiatrických pracovištích velmi často a musí být adekvátně připraveny reagovat a nevyvést se z míry (Höschl, 2019). Proto se na základě zkušeností sester na daném pracovišti lze zabývat průměrnou délkou praxí na jednotlivých odděleních a na základě již popsaného sledovat zkušenosti sester na jednotlivých odděleních a celkový průměr délky praxe na pracovišti. Je zcela patrné, že výsledky z grafu lze interpretovat tak, že na daném pracovišti převládají velmi zkušené sestry, což má jistě velmi dobrý dopad jak na samotné pacienty, o které pečují zkušené všeobecné sestry a jistě to má velký význam i pro samotné sestry, které díky získaným zkušenostem zvládají péči ve složitých situacích lépe než sestry, které jsou na začátku své kariéry a například vulgární pacient je může vyvést z pracovního klidu a mohou hůře zvládat tyto situace, kdy potenciální vygradování verbální agrese v agresi brachiální (fyzickou) už znamená pouhý krůček.

Průzkumná otázka č. 2: S jakým druhem agresivního chování se personál setkává nejčastěji?

Výsledky na tuto otázku byly od všech sester jednoznačné. Všeobecné sestry odpověděly ve shodném pořadí dle nabízených možností projevů násilí. Na první místo byla umístěna verbální agrese. Jako druhou nejčastější formu násilí udávají projevy fyzického násilí. Na třetím místě byly seřazeny psychické formy násilí a jako poslední byly dle zkušeností seřazeny formy násilí se sexuálním podtextem.

Na základě vyhodnocení dotazníkového šetření se dotazovaný personál setkává nejčastěji s verbálním projevem agrese, který uvedlo všech 51 sester na prvním místě, tedy všech 100 % dotázaných. Z výzkumu Dimunové (2019), který byl prováděn na psychiatrických pracovištích na Slovensku vyplývá, že 97,2 % sester bylo konfrontováno s výskytem agrese. Osobní zkušenost se slovní agresí uvedlo 96,8 % sester. Fyzickou agresivitu bez použití zbraně zmínilo 83,1 % sester.

Zkušenost s agresivitou s použitím útočné zbraně mělo 22,8 % sester. Z daného výzkumu vychází, že verbální projev agrese je nejčastější.

Z průzkumu Schablona (2018), kterého se zúčastnilo 81 různých zdravotnických zařízení a celkem 1984 zaměstnanců vyšlo najevo, že 94,1 % dotázaných bylo konfrontováno s verbálním projevem agrese a 69,8 % zažilo fyzický projev agrese.

I další zahraniční výzkumy potvrzují skutečnost, že zdravotnický personál s ohledem na projev násilí se na pracovišti nejčastěji setkává s verbální agresí než s fyzickými útoky (Babiarczyk et al., 2019).

Další z výzkumů, který se uskutečnil v roce 2017 v čínském Wu-chanu, ukazuje, že sestry, které ošetřují své pacienty, čelí vysokému riziku násilí na pracovišti. Podle výsledků výzkumu více než 94 % sester hlásilo, že byly vystaveny násilnému chování ze strany pacientů. Verbální násilí bylo zaznamenáno u 92,1 % sester, sexuální obtěžování u 63,4 % a fyzické napadení u 81,9 % (Yang et al., 2018).

Na základě těchto výzkumů a šetření lze jednoznačně potvrdit, že formy násilí se nejčastěji projevují v pořadí, kdy se zdravotníci setkávají jednoznačně nejčastěji s formou agrese verbální, fyzický útok (brachiální forma agrese) není tedy nejčastější. Stejných výsledků bylo dosaženo i v mém šetření, kdy se nejčastěji setkávají všeobecné sestry s verbálním násilím a poté až s agresí fyzickou. Takto to uvedly všechny dotazované sestry na daném psychiatrickém pracovišti, kde šetření probíhalo. Všech 100 % sester uvedlo, že nejčastěji se setkávají s projevy verbální agrese, poté s projevy fyzického násilí, na třetím místě zůstalo hodnocení projevů psychické agrese a nejméně častěji se setkávají s projevy násilí se sexuálním podtextem vůči sestřám. Z toho vyplývá, že výsledky na mnou zkoumaném pracovišti korespondují s výsledky jiných studií.

Průzkumná otázka č. 3: Jaké typy psychiatrických diagnóz jsou z pohledu sester nejrizikovější v rámci možného vystupňování rizika násilí?

Virk (2017) ve své studii přezkoumával násilné a agresivní incidenty na odděleních akutní lůžkové psychiatrie pro dospělé. V průběhu sledovaného období došlo k 73 incidentům agresivního chování, z nichž 53 se týkalo pacientů a 20 zaměstnanců. Mezi nejvýraznější rizikové faktory účasti na agresivních incidentech patřily diagnózy schizofrenie, schizoafektivní poruchy a poruchy užívání návykových látek. U poloviny pacientů, kteří se podíleli na agresivních incidentech, byla sledována sekundární porucha související s užíváním návykových látek.

Všeobecné sestry označily užívání návykových látek u pacientů za nejnebezpečnějších psychiatrickou diagnózu spojenou s projevy agresivity a možným násilným chováním. Dále na druhém místě uvedly schizofrenii jako rizikovou diagnózu pro vznik agresivního chování. Na ni navazovaly stavy demence, bipolární afektivní poruchy a disociální poruchy osobnosti.

V rámci tohoto srovnání výsledků z uvedené studie (Virík, 2017) a srovnání šetření na daném psychiatrickém pracovišti vycházejí výsledky velice podobně. Jako obecné srovnání pro rizikovost vzniku agresivního chování uvádějí všeobecné sestry na vybraném pracovišti jako nejrizikovější právě intoxikace návykovými látkami. V těchto situacích jednají velmi často takoví lidé nepředvídatelně a pro sestry je to evidentně nejrizikovější skupina pacientů. Dalším onemocněním s možnou vysokou měrou projevů agresivity se na základě výsledků jeví pacienti v rámci schizofrenního rozsahu onemocnění. I zde je patrné srovnání těchto studií, které uvádím pro porovnání.

Průzkumná otázka č. 4: Jaké metody školení proti násilí preferují a kolik jich už nějaké školení z nabízených možností absolvovalo v minulosti?

Z uvedeného počtu 51 sester, které se zúčastnily dotazníkového šetření vyplývá, že často sestry v rámci své preference zaškrtnly více možností v preventivních opatřeních proti násilí formou nabízených školení. Nejvíce preferencí získalo školení „Jak jednat v rizikových situacích“, které se konalo v rámci školení zvládání násilného chování na vybraném pracovišti v roce 2020. Toto školení sestry ohodnotily 45 body, 35 bodů dostalo školení Komunikace s agresivním pacientem, které se koná v Národním centru ošetrovatelství nelékařských zdravotnických oborů v Brně. Návuk sebeobrany byl hodnocen 22 body, 21 body simulátor mimořádných událostí, které se konají v Psychiatrické nemocnici Bohnice a 19 bodů získalo školení teoretické.

Z uvedeného počtu sester a vrácených dotazníků vyšlo najevo, že školeních na zvládání projevů agrese se zúčastnilo 35 sester a 16 sester žádné podobné školení neabsolvovalo.

Němec (2017) provedl šetření ve své bakalářské práci a z ní vyplývá, že 58,5 % respondentů absolvovalo určité školení v rámci zvládání agresivních pacientů, zatímco 41,5 % dotazovaných toto školení neabsolvovalo. Dále uvádí, že 68,71 % personálu si školení ke zvládání agresivního pacienta žádá a zbylých 31,29 % personálu nemá o případná školení ke zvládání násilného chování ze strany pacienta zájem. Jedná se o zdravotnické pracoviště se zaměřením na pracoviště akutní psychiatrické péče.

Na základě tohoto srovnání psychiatrických pracovišť je zřejmé, že v mnou popisovaném pracovišti má školení absolvované 68,2 % všeobecných sester a celkem 31,8 % všeobecných sester

dosud školení neabsolvovalo. Výsledky lze tedy porovnat a sledat, že na daném psychiatrickém pracovišti mnou zkoumaném jsou výsledky v proškolení personálu o 9,7 % lepší.

10.1 Limity práce

Jedním z limitů mé bakalářské práce je celkový počet respondentů v mém šetření na daném psychiatrickém pracovišti. Přestože bylo odevzdáno 100 % dotazníků, dotazovaných bylo 51. Celkové výsledky nelze zobecňovat v širším pohledu, ale výsledky mají velký přínos pro dané pracoviště, kde se šetření mezi všeobecnými sestrami uskutečnilo.

11 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě zjištěných výsledků doporučuji všem personál vzdělávat v eliminaci násilného chování, kterého se část pacientů na psychiatrickém pracovišti může dopouštět v rámci svých psychických poruch či psychiatrických onemocněních. Ví se, že za jedním z častých projevů agresivního chování mohou intoxikovaní pacienti. Hlavním výstupem této bakalářské práce je tedy doporučení proškolení personálu.

Pacienti s psychickými onemocněními mohou být náchylní k agresivnímu chování, obzvláště pokud jsou pod vlivem návykových látek.

Doporučení pro personál je účastnit se například online kurzů zaměřených na problematiku agresivních pacientů, a to pro zdravotnické pracovníky (nejen pro všeobecné sestry). To má podle mého názoru a vlastních zkušeností potenciál velmi pozitivně ovlivnit kvalitu péče o tyto pacienty. V dnešní době, kdy jsou zdravotníci vystaveni vysoké pracovní zátěži, mohou být tyto kurzy velmi užitečné, protože poskytují flexibilitu a umožňují pracovníkům učit se z pohodlí svého domova a v čase, který je pro ně nejvíce vyhovující.

Kurzy zaměřené na problematiku agresivních pacientů by mohly pomoci zdravotnickým pracovníkům zlepšit své komunikační schopnosti a naučit se efektivním způsobům řešení konfliktních situací. To by mohlo vést k nižšímu počtu incidentů s agresivními pacienty ve zdravotnickém zařízení a zmírnit obavy zdravotnických pracovníků při výkonu svého povolání všeobecné sestry.

Vzhledem k tomu, že každý zdravotnický pracovník potřebuje kvalitní vzdělávání a výcvik, aby mohl lépe plnit svou práci, doporučil bych zvážit i další způsoby, jak poskytnout podporu pro vyškolení zdravotnických pracovníků v této oblasti, jako jsou například semináře a workshopy. Tyto metody mohou být vhodné pro ty, kteří preferují osobní interakci a interakci s dalšími

zdravotnickými pracovníky, což může vést k většímu předávání zkušeností a lépe přizpůsobit výcvik.

V daném psychiatrickém pracovišti aktuálně probíhá od prosince 2022 školení všeobecných sester a sanitářů v rámci kurzů Eskalace a deeskalace konfliktu ve školicím středisku NCO NZO v Brně. Kurz je určen právě k řešení mimořádných situací vztahujících se k problematice násilných projevů ze strany pacientů a jejich zvládnání personálem.

Dalším doporučením pro praxi je nadále udržovat velmi dobré hodnocení vzájemné spolupráce při zvládnání agresivního pacienta v rámci spolupráce s lékaři, tak i sanitáři na daném pracovišti. Je třeba v maximální míře udržet stávající pracovníky, neboť jak již bylo zmíněno, nejen samotná vzdělanost, ale i délka praxe příznivě ovlivňuje zvládnání nejrůznějších forem násilného chování pacientů vůči personálu.

12 ZÁVĚR

Jak již vyplývá z názvu mé bakalářské práce „Násilí z pohledu všeobecných sester na daném psychiatrickém pracovišti“ téma jsem si vybral proto, že s násilím se nejen všeobecné sestry, ale všech zdravotnický personál setkával, setkává a setkávat bude. Z vlastní zkušenosti dobře vím, že projevy agresivity jsou vážným a velmi nebezpečným faktorem v ošetrovatelské péči o psychiatrické pacienty. Všeobecné sestry jsou vystavovány riziku konfrontace s násilím ze strany pacienta nejvíce, protože při výkonu povolání sestry jsou s pacienty ve styku nejdelší čas z celého personálu na pracovišti.

Všech 51 všeobecných sester, které pracují na tomto pracovišti, se zapojilo do průzkumného šetření a všechny dotazníky byly vráceny plně vyplněné. Byl jsem mile překvapen touto vysokou mírou účasti, což mi umožnilo získat důkladný a reprezentativní přehled v rámci našeho pracoviště.

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit míru výskytu agresivního chování na jednotlivých odděleních daného psychiatrického pracoviště. Na základě získaných informací od všech sester jsem si udělal velmi přesný přehled, kde nejčastěji se všeobecné sestry na daném pracovišti setkávají s agresivním jednáním. Ze sběru dat jednoznačně vychází, že uzavřená psychiatrická oddělení a ambulantní provoz jsou pro výskyt takového jednání pro sestry nejrizikovější. Uvádím, že akutní příjmové oddělení psychiatrického pracoviště je nejrizikovější pro svoji vysokou četnost agresivního jednání ze strany pacienta vůči všeobecným sestřím, které pracují na daném pracovišti, a tudíž ho i dobře znají. Druhým sektorem, které je vnímáno pro časté setkání s projevy agrese je ambulantní provoz. Třetím oddělením pro svoji rizikovost setkání projevů agrese je uzavřené oddělení B.

Druhým hlavním cílem bylo získat přehled o vzájemné spolupráci v rámci multidisciplinární péče a vzájemné provázanosti a spolupráci při zvládnutí agresivního pacienta s nutností následného fyzického omezení. Výsledkem pro mě bylo velice překvapivé zjištění, že vzájemnou spolupráci při zvládnutí neklidného pacienta hodnotí sestry lépe u spolupráce se sanitáři. Přesto musím zhodnotit, že vzájemná spolupráce je jako celek hodnocena velice příznivě.

Dalším stěžejním cílem bylo zmapovat, s jakým druhem agresivního chování se všeobecné sestry na daném pracovišti setkávají nejčastěji. Velice zajímavé je, že všechny odpověděly ve shodném pořadí. To znamená, že nejčastěji jsou vystaveny násilí verbálnímu, druhá v pořadí je fyzická agrese, třetí psychická a nejméně jsou vystaveny agresi sexuálního charakteru a podtextu.

Jako alarmující a nesmírně závažné zjištění z dotazníku bylo, že při konfrontaci s pacientem s projevy fyzického násilí byly dvě sestry zraněny a došlo u nich v důsledku incidentu ke vzniku pracovní neschopnosti. Nejen na této informaci je vidět, jak důležité je tématem násilí se v ošetrovatelství zabývat.

Díky této bakalářské práci jsem získal detailní přehled o násilí na daném psychiatrickém pracovišti, jak ho všeobecné sestry vnímají a čemu jsou v rámci svého výkonu povolání vystaveny a jakým rizikům čelí.

Dále je třeba udržovat na vysoké úrovni vzájemnou spolupráci multidisciplinárního týmu při zvládnutí neklidného nebo agresivního pacienta.

Závěrem chci dodat, že celý průzkum, interpretace výsledků a možné porovnání s jinými studiemi mi bylo nesmírně cenné a udělal jsem si díky zadání mé bakalářské práce ucelený přehled na psychiatrickém pracovišti v mnoha oblastech. Samotná bakalářská práce mi poskytla spoustu cenných informací i vzhledem k tomu, že na daném psychiatrickém pracovišti pracuji ve vedoucí funkci pro nelékařské zdravotnické pracovníky.

13 POUŽITÁ LITERATURA

About Psychiatric-Mental Health Nursing. *American Psychiatric Nurses Association* [online]. © 2023 [cit. 2023-4-11]. Dostupné z: <https://www.apna.org/about-psychiatric-nursing/>

BABIARCZYK, Beata, Agnieszka TURBIARZ, Martina TOMAGOVÁ, Renáta ZELENÍKOVÁ, Ebru ÖNLER a David SANCHO CANTUS. Violence against nurses working in the health sector in five European countries—pilot study. *International Journal of Nursing Practice* [online]. 2019, **25**(4), e12744-n/a [cit. 2023-04-11]. ISSN 1322-7114. Dostupné z: doi:10.1111/ijn.12744

Bartel, Ann P., Nancy D. Beaulieu, Ciaran S. Phibbs, a Patricia W. Stone. 2014. Human Capital and Productivity in a Team Environment: Evidence from the Healthcare Sector. *American Economic Journal: Applied Economics* [online]. 2014, **6** (2): 231-59 [cit. 2023-4-11]. ISSN 1945-7790. Dostupné z: DOI: 10.1257/app.6.2.231

BÁRTLOVÁ, Sylva, Hana HAJDUCHOVÁ a Jitka PRAJSOVÁ. Nurses' opinions regarding patient safety in connection with the use of restraints in patients in Czech hospitals. *Kontakt* [online]. 2015, **17**(2), e73-e79 [cit. 2023-4-11]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: doi:10.1016/j.kontakt.2015.04.001

BECK, Anne a Andreas HEINZ. Alcohol-Related Aggression. *Deutsches Aerzteblatt Online* [online]. 2013 [cit. 2023-4-12]. ISSN 1866-0452. Dostupné z: doi:10.3238/arztebl.2013.0711

BURDA, Patrik. *Krizová komunikace s agresivním a hostilním pacientem*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014. ISBN 978-80-7013-564-8.

ČADILOVÁ, Věra, Hynek JŮN a Kateřina THOROVÁ. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. 243 s. ISBN 978-80-7367-319-2.

DIMUNOVÁ, Lucie a Alžběta ŽEMLIČKOVÁ. Agresia pacientov voči sestram na psychiatrických pracoviskách. *Osetrovateľstvo* [online]. 2019, **9**(1) [cit. 2021-04-11]. Dostupné z: <https://www.osetrovateľstvo.eu/files/2019/31-agresia-pacientov-voci-sestram-na-psychiatrickych-pracoviskach.pdf>

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Grada, 2015. 648 s. ISBN 978-80-247-9854-7.

ESTRYN-BEHAR, Madeleine, Beatrice VAN DER HEIJDEN, Donatella CAMERINO, Clementine FRY, Olivier LE NEZET, Paul Maurice CONWAY a Hans-martin HASSELHORN. Violence risks in nursing—results from the European ‘NEXT’ Study. *Occupational Medicine (Oxford)* [online]. 2008, **58**(2), 107-114 [cit. 2023-04-11]. ISSN 0962-7480. Dostupné z: doi:10.1093/occmed/kqm142

EVANGELU, Jaroslava Ester. *Krizová komunikace: efektivní zvládnání krizových a zátěžových situací*. Vyd. 1. Ostrava: Key Publishing, 2013. 95 s. Monografie. ISBN 978-80-7418-175-7.

Get the job you really want. *Zippia. The Carrer Expert* [online]. © 2023 [cit. 2023-4-11]. Dostupné z: <https://www.zippia.com/psychiatric-nurse-jobs/demographics/>

HAYASHI, Kazuki, Makoto, MOTOISHI, Satoru, SAWAI, Kanna, HORIMOTO a Jun HANAOKA. Postoperative delirium after lung resection for primary lung cancer: Risk factors, risk scoring system, and prognosis. *PLOS ONE* [online]. 2019, **14**(11) [cit. 2023-4-11]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0223917

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Vydání první. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. 647 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

HÖSCHL, Cyril. Povolání sestry stojí na umění komunikace s pacientem – rozhovor. *Florence* [online]. 2019, **15**(4), 2-6 [cit. 2023-4-11]. ISSN 1801-464X. Dostupné z: <https://www.florence.cz/zpravodajstvi/nazory-volny-cas/povolani-sestry-stoji-na-umeni-komunikace-s-pacientem/>

KLEEBTHONG, Duangkaew, Sukjai CHAREONSUK a Lisbeth KRISTIANSEN. Thai Psychiatric Nurses' Experiences and Perceptions of the Professional Role When Caring for Older People Displaying Depressive Symptoms. *Open Journal of Nursing*. 2018, **08**(01), 45-59. ISSN 2162-5336. Dostupné z: doi:10.4236/ojn.2018.81004

LANE, Scott D., Kimberly L. KJOME a F. Gerard MOELLER Neuropsychiatry of aggression. *Neurologic Clinics*. 2011, **29**(1), 49-64. ISSN 0733-8619. Dostupné z: doi.org/10.1016/j.ncl.2010.10.006

LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2013. 235 s. Psyché. ISBN 978-80-247-4454-4.

LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. 247 s. Psyché. ISBN 978-80-247-3125-4

LEPIEŠOVÁ, Martina, Martina TOMAGOVÁ, Ivana BÓRIKOVÁ, Ivan FARSKÝ, Katarína ŽIAKOVÁ a Radka KURUCOVÁ. Experience of nurses with in-patient aggression in the Slovak Republic. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online]. 2015, **6**(3), 306-312 [cit. 2023-04-11]. ISSN 2336-3517. Dostupné z: doi:10.15452/CEJNM.2015.06.0020

MATSUMOTO, Yoko a Shin-ichi YOSHIOKA. Factors influencing psychiatric nurses' job satisfaction levels: Focusing on their frequency of experiencing negative emotions toward patients and support at their workplaces. *Yonago Acta Medica* [online]. 2019, **62**(4), 293-304 [cit. 2023-04-11]. ISSN 0513-5710. Dostupné z: doi:10.33160/yam.2019.11.006

NĚMEC, Tomáš. *Násilí a agresivita na zdravotnickém pracovišti se zaměřením na pracoviště akutní psychiatrické péče*. Praha, 2017. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství.

OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, 2015. 374 s. Psyché. ISBN 978-80-247-5199-3.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Naléhavé stavy v psychiatrii*. Praha: Maxdorf, 2014. 495 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-425-8.

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 295 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4236-6.

PIAO, Jinshi, Yinji JIN a Sun-mi LEE. Triggers and nursing influences on delirium in intensive care units. *Nursing in Critical Care* [online]. 2018, **23**(1), 8-15 [cit. 2023-04-11]. ISSN 1362-1017. Dostupné z: doi:10.1111/nicc.12250

PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ. *Psychiatrie v primární péči*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. 855 s. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2798-4.

Provozní řád psychiatrické kliniky. [online], 2017. Hradec Králové: FNHK. [cit. 2023-04-11]. Dostupné z: intranet FN Hradec Králové

Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové [online], ©2022. Hradec Králové: FNHK. [cit. 2023-04-11]. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/psych>

SCHABLON, Anja, Dana WENDELER, Agnessa KOZAK, Albert NIENHAUS a Susanne STEINKE. Prevalence and consequences of aggression and violence towards nursing and care staff in Germany—A survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2018, **15**(6), 1274. [cit. 2023-04-11]. ISSN 1661-7827. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph15061274

ŞİMŞEK ARSLAN, Buket a Kadriye Buldukoğlu. Being a Nurse Working in a Psychiatric Department: A Qualitative Study. *Journal of Psychiatric Nursing* [online]. 2021, **12**(1), 67. [cit. 2023-04-11]. ISSN 1309-3568. Dostupné z: doi:10.14744/phd.2020.00236

SHAFRAN-TIKVA, Sigal, David CHINITZ, Zvi STERN a Paula FEDER-BUBIS. Violence against physicians and nurses in a hospital: How does it happen? A mixed-methods study. *Israel journal of health policy research*, 2017, **6**(1), 59. [cit. 2023-04-11] Dostupné z: doi:10.1186/s13584-017-0183-y

VEVERA, Jan, Andrea NICHTOVÁ, Věra STRUNZOVÁ, Tomáš PETR a Alexander NAWKA. Deeskalace – základní intervence ke zvládnání násilí. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2018, **114**(5), 213-217. ISSN 1212-0383. Dostupné také z: http://www.csppsychiatr.cz/dwnld/CSP_2018_5_213_217.pdf

VIRK, Inderpreet. Aggression Rate in Acute Inpatient Psychiatric Units: Impact of Substance Abuse and Psychosis. *Journal of Psychiatric Nursing* [online]. 2017, **3**(1). [cit. 2023-04-11]. ISSN 2573-2935. Dostupné z: doi:10.15406/mojamt.2017.03.00025

YANG, Bing Xiang, Teresa E. STONE, Marcia A. PETRINI a Diana L. MORRIS. Incidence, Type, Related Factors, and Effect of Workplace Violence on Mental Health Nurses: A Cross-sectional Survey. *Archives of Psychiatric Nursing* [online]. 2018, **32**(1), 31-38 [cit. 2023-04-11]. ISSN 0883-9417. Dostupné z: doi:10.1016/j.apnu.2017.09.013

ZACHAROVÁ, Eva. Agresivní pacient v klinické praxi zdravotníků. *Interní medicína pro praxi*. 2009, **11**(10), 471. ISSN 1212-7299. Dostupné také z: <http://www.internimedica.cz/pdfs/int/2009/10/09.pdf>

ZIAEI, Maryam, Ali MASSOUDIFAR, Ali RAJABPOUR-SANATI, Ali-Mohammad POURBAGHER-SHAHRI a Ali ABDOLRAZAGHNEJAD. Management of Violence and Aggression in Emergency Environment; a Narrative Review of 200 Related Articles. *Adv J Emerg Med* [online]. 2019, **3**(1), e7. Dostupné z: doi: 10.22114/AJEM.v0i0.117.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Hodnocení rizika sebevražedného jednání

Příloha č. 2 - Vyhodnocení rizika agrese

Příloha č. 3: Dotazník

Příloha č. 4: Souhlas

Příloha č. 1 – Hodnocení rizika sebevražděného jednání (Nurses Global Assessment of Suicide Risk), (Petr, Marková, 2014, str. 89)

1. Beznaděj	ano (3)	ne (0)
2. Deprese a ztráta zájmu a potěšení	ano (3)	ne (0)
3. Plán spáchat sebevraždu	ano (3)	ne (0)
4. Aktuální ztráta blízkého člověka nebo rozpad vztahu	ano (3)	ne (0)
5. Sebevražděný pokus v anamnéze	ano (3)	ne (0)
6. Přítomnost stresových událostí	ano (1)	ne (0)
7. Perzekuční hlasy (kritizující, nadávající, příkazující apod.) a přesvědčení (pronásledování, ohrožování, ovlivňování na dálku)	ano (1)	ne (0)
8. Vážné duševní problémy nebo sebevražda v rodinné anamnéze	ano (1)	ne (0)
9. Varovné známky sebevražděného záměru (rozloučení, majetkové vyrovnání)	ano (1)	ne (0)
10. Psychóza v anamnéze	ano (1)	ne (0)
11. Ztráta manžela/ky nebo životního partnera	ano (1)	ne (0)
12. Známky sociálního stažení	ano (1)	ne (0)
13. Socioekonomická strádání v anamnéze	ano (1)	ne (0)
14. Užívání alkoholu nebo jiných toxických látek v anamnéze	ano (1)	ne (0)
15. Přítomnost terminálního onemocnění	ano (1)	ne (0)

Příloha č. 2 - Vyhodnocení rizika agrese (Broset Violence Checklist), (Petr, Marková, 2014, str. 90)

Zmatenost	Ano (1)	Ne (0)
Podrážděnost	Ano (1)	Ne (0)
Výbušnost	Ano (1)	Ne (0)
Slovní vyhrožování	Ano (1)	Ne (0)
Agrese vůči věcem	Ano (1)	Ne (0)

Příloha č. 3: Dotazník

Vážená všeobecné sestry,

prosím Vás o vyplnění dotazníku k závěrečné práci, která se zaměřuje na téma „Násilí z pohledu všeobecných sester na daném psychiatrickém pracovišti“.

Vaše odpovědi zakroužkujte, vyplňte dle požadavků u otázek, případně v některých otázkách vlastními slovy dopište.

Předem Vám děkuji za vyplnění dotazníku.

Ladislav Kříž

1. Kolik vám je let? (prosím zaškrtněte)

- 20-24 25-29 30-34 35-39 40-44
 45-49 50-54 55-59 60+

2. Kolik let pracujete v oboru všeobecná sestra?

.....

3. Kolik let pracujete na tomto psychiatrickém pracovišti?

.....

4. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání? (prosím zaškrtněte)

- a) Středoškolské
b) Vyšší odborné
c) Vysokoškolské: bakalářské magisterské

5. Na jakém oddělení v současnosti pracujete? (prosím zaškrtněte)

- a) A
- b) B
- c) C
- d) AMB
- e) N1
- f) N2
- g) Detox

6. Na jakém oddělení daného psychiatrického pracoviště se nejčastěji setkáte s projevy agrese dle Vašeho mínění? Prosím seřad'te oddělení pomocí čísel 1–7 od nejméně rizikového až po oddělení nejrizikovější. (Zaškrtněte)

(A, B, C, AMB, Detox , N1, N2)

	1	2	3	4	5	6	7
Oddělení A							
Oddělení B							
Oddělení C							
Ambulance							
Detox							
N 1							
N 2							

7. Jaký druh agrese je dle Vašich zkušeností nejčastější? Přiřad'te pořadí (1 – nejčastější, 4 – nejméně časté)

- a) Verbální.....
- b) Fyzické (brachiální)
- c) Sexuální
- d) Psychické

8. Jak hodnotíte spolupráci s lékaři při zvládnání vystupňované agrese s nutností fyzického omezení pacienta? (Pokud jsou nedostatečná, prosím zdůvodněte proč).

- a) Velmi dobrá
- b) Dobrá
- c) Uspokojující
- d) Nedostatečná:
.....

9. Jak hodnotíte spolupráci se sanitáři při zvládnání vystupňované agrese s nutností fyzického omezení pacienta? (Pokud jsou nedostatečná, prosím zdůvodněte proč).

- a) Velmi dobrá
- b) Dobrá
- c) Uspokojující
- d) Nedostatečná:
.....

10. Jaké typy psychiatrických diagnóz jsou z Vašeho pohledu nejnebezpečnější v rámci potenciálního vystupňování rizika projevů agrese a jejich zvládnání? (zaškrtněte prosím v tabulkách a) a b)).

a) Označte pořadím: 0 – bez rizika, 5 – nejrizikovější

Schizofrenie	0	1	2	3	4	5
Bipolární afektivní porucha	0	1	2	3	4	5
Závislosti na návykových látkách	0	1	2	3	4	5
Stavy demence	0	1	2	3	4	5
Disociální porucha osobnosti	0	1	2	3	4	5
Jiné	0	1	2	3	4	5

b) Prosím zaškrtněte, je možné více variant. Četnost agresivity ve vztahu k diagnózám.

	Každý den	Jednou týdně	Měsíčně	Jednou za rok	Nikdy
Schizofrenie					
Bipolární afektivní porucha					
Závislosti na návykových látkách					
Stavy demence					
Disociální porucha osobnosti					
Jiné					

11. Jak moc se obáváte násilí na svém aktuálním psychiatrickém pracovišti?
Ohodnoťte: 1–5, přičemž 1 = vůbec se neobávám, 2 = trochu se obávám, 3 = středně se obávám,
4 = obávám se, 5 = velmi se obávám (prosím zaškrtněte váš pohled na obavy)

1 2 3 4 5

12. Byla jste v pozici všeobecné sestry na tomto pracovišti fyzicky napadena pacientem?

- a) ano – odpovězte prosím i na otázky č. 12 a) a 12 b)
- b) ne – přejděte prosím k otázce č. 13

12. a) V které době k incidentu na pracovišti došlo?

6-12 hod. 12-18 hod. 18-24 hod. 24-6 hod.

12. b) Došlo v důsledku incidentu k vaší pracovní neschopnosti?

Ano Ne

13. Zažila jste osobně situaci, kdy bylo nezbytné přivolat na pomoc policii z důvodu agresivního jednání pacienta?

a) Ano, v jaké situaci?

.....

b) Ne

14. Jaká preventivní opatření proti násilí na pracovišti preferujete? (prosím zaškrtněte – lze zaškrtnout více možností)

- a) teoretická školení
- b) simulátor mimořádných událostí – Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha
- c) nácvik sebeobrany
- d) komunikace s agresivním pacientem – kurzy NCONZO, Brno
- e) specializované školení – např. „Jak jednat v rizikových situacích?“ (naposledy konané v r. 2020)

15. Absolvoval/a jste některé z výše uvedených školení? Případně jiná? Uveďte název školení.

- a) Absolvovala
- b) Neabsolvovala
- c) Jiná

Příloha č. 4: Souhlas

**Souhlas se zveřejněním organizační struktury, popisů
oddělení Psychiatrické kliniky
Fakultní nemocnice Hradec Králové**

Udělují souhlas se zveřejněním organizační struktury, popisů oddělení Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice Hradec Králové v bakalářské práci Ladislava Kříže na FZS UPCE.

Náměstkyně ošetrovatelské péče FN HK Mgr. Dana Vaňková

Primářka Psychiatrické kliniky FN HK MUDr. Jela Hrnčiarová

Dne: 20.4.2023