

**Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Praha 5**

**KOMUNIKACE VŠEOBECNÝCH SESTER
S AGRESIVNÍM PACIENTEM**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

PETR DOBEŠ

Praha 2012

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

**KOMUNIKACE VŠEOBECNÝCH SESTER
S AGRESIVNÍM PACIENTEM**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

PETR DOBEŠ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Veronika Blažková Ph.D.

Praha 2012



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Dobeš Petr
3. B VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 5. 4. 2011 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komunikace všeobecných sester s agresivním pacientem

Communications between General Nurses and an Aggressive Patient

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Veronika Blažková, PhD.

V Praze dne: 1. 9. 2011

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedl v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

v Praze dne

podpis

Poděkování

Děkuji všem, kteří mi pomáhali a podporovali mě při vypracování mé bakalářské práce. Zejména děkuji PhDr. Veronice Blažkové Ph.D. za odborné vedení celé bakalářské práce, dále za poskytování rad a materiálových podkladů a cenné kritické připomínky.

Děkuji svým rodičům, kteří mi jsou oporou.

ABSTRAKT

DOBEŠ, Petr. *Komunikace všeobecných sester s agresivním pacientem*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Veronika Blažková, Ph.D. Praha 2012

Bakalářská práce je zaměřena na komunikační dovednosti všeobecných sester v kontaktu s agresivním pacientem. V teoretické části práce se zaměřujeme na základy mezilidské komunikace, komunikaci v ošetrovatelství a postupně navazujeme na problémové situace a zvládnání agresivního chování pacientů. Krátce shrnujeme použití omezovacích prostředků s ohledem na respektování všech právních norem a lidskou důstojnost. Pokračujeme dále přes zvláštní skupinu velmi křehkých psychiatrických pacientů až ke specifické ošetrovatelské péči o neklidné pacienty. V praktické části práce bylo úkolem zjistit, jak všeobecné sestry reagují, komunikují s agresivním pacientem, a zda-li rozpoznají blížící se útok ze strany pacienta. Nedílnou součástí je zjištění, jakými bezpečnostními prvky zařízení disponuje v těchto situacích.

Klíčová slova

Agresivní pacient. Komunikace. Omezovací prostředek. Psychiatrický pacient. Všeobecná sestra.

The thesis is focused on Communication of Nurse's Skills in Contact with Aggressive Patient. The theoretical part is focused on the basics of interpersonal communication, communication in nursing and gradually the problem situations and coping with aggressive behavior of patients. Briefly I summarized the use of restrictive means regarding to compliance with all legal standards and human dignity. I began with a special group of very fragile psychiatric patients and also specific nursing care of restless patients. The practical part was to find out how general nurses respond, communicate with aggressive patients, and whether to recognize impending attack by patients.

Next part is inherent in finding to determine what equipment has safety features in this situation.

Key words:

Aggressive Patient. Communication. Restrictive Means. Psychiatric Patient. General Nurse.

Obsah:

ÚVOD.....	11
1 KOMUNIKACE.....	13
1.1 Komunikační přenos	14
1.2 Komunikace v ošetrovatelství.....	15
2 AGRESE	17
2.1 Agresivní pacient.....	18
2.2 Úzkostný pacient.....	19
2.3 Depresivní pacient	20
2.4 Sestro, měj se na pozoru!	21
2.5 Nejčastější výskyt agresivity.....	23
3 PŘÍSTUP K AGRESIVNÍM PACIENTŮM.....	24
3.1 Používání omezovacích prostředků	26
3.2 Přístup k psychiatrickým pacientům	28
3.3 Bezpečnost zdravotnického zařízení.....	29
4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O NEKLIDNÉHO PACIENTA.....	30
5 EMPIRICKÁ ČÁST	33
5.1 Průzkumný problém	33
5.2 Metodika průzkumu	34
5.3 Průzkumný soubor	34
5.4 Analýza výsledků průzkumu.....	35
5.5 Interpretace výsledků průzkumu	48
5.6 Diskuse	50

5.7 Doporučení pro praxi.....	52
ZÁVĚR	54
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	55
PŘÍLOHY	I
Příloha A – Souhlas se sběrem dat v NMSKB Praha.....	I
Příloha B – Souhlas se sběrem dat v PLB	II
Příloha C - Standard ošetrovatelské péče o neklidné pacienty.....	IV
Příloha D – Formulář hlášení mimořádné události	VI
Příloha E - Nestandardizovaný dotazník	VIII

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Jste muž, žena?	35
Tabulka 2 – Uved'te oddělení, na kterém pracujete	35
Tabulka 3 – Vypracování standardů v zařízeních	36
Tabulka 4 – Je ve vašem zařízení ustanovena skupina na kontrolu kvality ošetrovatelské péče?.....	37
Tabulka 5 – Disponuje vaše nemocnice signalizačním zařízením pro přivolání dalších pracovníků, v případě hrozící nebo probíhající agrese?.....	37
Tabulka 6 – Setkal/a jste se při výkonu svého zaměstnání s agresivním pacientem?.....	38
Tabulka 7 – Je ve vašem zařízení osoba, která se specializuje na zvládnání a komunikaci s agresivním pacientem?	38
Tabulka 8 – Jaké je vaše pracovní zařazení?	39
Tabulka 9 – Při výskytu agresivního jednání si přivolám posilu:	40
Graf č. 1 Reakce sester z PLB na agresivní chování.....	40
Graf č. 2 Reakce sester z NMSKB při setkání s agresivním pacientem.....	41
Tabulka 10 - Setkal/a jste se s agresorem i z řad zdravotnického personálu na pracovišti?	42
Tabulka 11 – Byl/a jste při nástupu do zaměstnání v rámci školení BOZP, proškolen/a o komunikaci a zvládnání agresivního pacienta?.....	42

Tabulka 12 - Jaké omezovací prostředky používáte při zvládnání agrese?....	43
Graf č. 3 - Používání omezovacích prostředků v PLB.....	43
Graf č. 4 – Použití omezovacích prostředků v NMSKB.....	44
Tabulka 13 – Vzpomínáte si, jestli v posledním roce, odešel z vašeho pracoviště nějaký zaměstnanec z důvodu napadení pacientem?.....	45
Tabulka č. 14 – Při setkání s agresivním pacientem (pacient přechází z místa na místo, neustále vyžaduje pozornost, kveruluje):	46
Tabulka 15 – Při hrozící brachiální agresi ze strany pacienta k okolí, volím tento postup:.....	47

ÚVOD

Stále častěji se setkáváme v našem životě s výskytem agresivity. Důsledky, které s sebou nese agresivní chování mohou mít až fatální následky, jak pro napadené tak i pro samotné agresory. Nemůžeme zapomenout ani na rodinu či blízké osoby agresora. Toto téma jsem jsi vybral pro svou bakalářskou práci na základě vlastních zkušeností s agresivními jedinci z řad pacientů, ale i kolegů z pracoviště.

V současně době bují obchodování s drogami, mladým lidem chutná po konzumaci těchto látek pocit síly a ztrácejí zábrany. Neuvědomují si, jak rychle spadnou k zemi a jak těžké bude postavit se z kolenou na nohy. Nemluvě o jejich trpících matkách a otcích – pokud jsou dospělí a to nejen biologicky, ale a to především mentálně. Dospělost v tomto případě můžeme charakterizovat jako zodpovědnost.

V této souvislosti nemůžeme opomenout média, která přesycují společnost agresivitou. Mohli bychom říci, čím méně krve, rvaček, vulgárních slov, tím méně zábavný pořad. V hlavním televizním čase je až absurdní, když zprávy začínají krvavými scénami vražd, dopravních nehod, nahánění policejními vozy a končí scénkami s lachtánky.

Moderní kočárky mnoho matek používá spíše jako “buldozer“ k protlačení si cesty mezi davy šílených turistů. Lidská neomalenost vyústíje až k prezírání agresivity.

Ve zdravotnických zařízeních jsou sestry první na ráně agresivním jedincům. Může to začít jen pouhým zpožděním vyšetření v ambulanci a máme útok. Sestry jsou prvními, kdo svléká “klienty pod vlivem“. V uvozovkách právě proto, že z větší části to ani klienti nejsou, jelikož nezaplatí. Sestra či kdokoliv z pomáhajících profesí si z těchto situací odnáší mnohdy nejen nepříjemný odér na oblečení nebo parazity, ale i v případě napadení, šrámy na těle i na duši.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, jak sestry komunikují, jednají a zda-li zvládnou předjímat riziko útoku ze strany pacienta. Zaměřil jsem se především

na komunikační dovednosti sester a dodržování základních právních norem a respektu člověka jako osobnosti v případě používání restriktivních metod. Tato práce se skládá ze dvou částí. Teoretická část se zaměřuje na základy zdravé mezilidské komunikace přes komunikaci s agresivním pacientem s cílem porozumět tomu, proč je dotyčný jedinec agresivní. Tato část končí vysoce specializovanou ošetrovatelskou péčí o neklidné pacienty. V praktické části jsem zvolil kvantitativní metodu průzkumu a zvolenou technikou byl nestandardizovaný dotazník. Celkový počet respondentů bylo 56 všeobecných sester. Z Psychiatrické léčebny Bohnice v celkovém počtu 26 a z Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského celkem 30 sester.

1 KOMUNIKACE

Termín komunikace definuje Hartl v psychologickém slovníku jako “dorozumívání, sdělování přičemž komunikace není specifickým lidským jevem, existuje i u živočichů. V psychologii jde především o přenos myšlenek, emocí, postojů a jednání od jedné osoby ke druhé“ (HARTL, 2000, s. 265).

Latinský slovník Thesaurus linguae latinae vysvětluje slovo “komunikace“ výstižně “communicare est multum dare“ což je v překladu “komunikovat znamená mnoho dávat“. Na tento překlad bychom nikdy neměli zapomínat. Nejen při výkonu ošetrovatelské praxe, ale v životě (KŘIVOHLAVÝ, 1988, s.19).

Komunikaci dále dělíme na verbální – sdělování slovy, neverbální – sdělování gesty, mimikou, vizikou¹, kinetikou, haptikou, chronemikou, proxemikou, posturologií. Komunikujeme též činy – svou aktivitou, jednáním nebo chováním. Myslím si, že mnoho lidí nemusí ani mluvit. Jejich činy mluví často za ně. Ať už se jedná o kladné či záporné činy. V psychologii se označují za evalvací či devalvací tzn. o zvyšování či snížení úcty k druhému člověku.

Komunikace má pět funkcí:

- Předat zprávu – informovat (informativní funkce)
- Edukovat – naučit, zasvětit (instruktážní funkce)
- Přesvědčit někoho, aby změnil svůj postoj (persuasivní funkce)
- Domluvit se, vyjednat – dospět k dohodě (vyjednávací funkce)
- Pobavit – rozptýlit, rozveselit druhé či sebe (zábavní funkce)

Domnívám se, že nejvíce potřebnou dovedností pomáhajících profesí jsou funkce instruktážní a vyjednávací, kdy je potřeba pacienty edukovat např. o chystaném vyšetření či přesvědčit nemocného bez náhledu na léčbu, aby začal užívat předepsané léky a tím předešel dalším komplikacím jeho onemocnění (KŘIVOHLAVÝ, 2005).

¹ Vizika – oční kontakt, délka očního kontaktu – v ošetrovatelství důležitá informace

1.1 Komunikační přenos

Cílem každé komunikace je dorozumět se, domluvit se. Cestu, kudy probíhá informace označujeme v sociální psychologii jako komunikační řetězec či komunikační kanál. Představme si přímku, kdy na začátku je zakreslen bod A (vysílač) a na konci bod B (přijímač). Cestu z bodu A do bodu B označíme komunikačním kanálem, na kterém se mohou přichytit komunikační šумы (mechanické, psychické). Tyto šумы mohou vést ke špatnému pochopení sdělované informace a proto je velmi důležitá zpětná vazba (LINHARTOVÁ, 2007). Jestliže existuje komunikace mezi oběma subjekty, lze ji označit za obousměrnou. Jednosměrným informačním kanálem označíme tok informací, kdy se přenáší pouze jedním směrem. Tento kanál lze využít např. při direktivní komunikaci, verbálním odkloněním pacienta od neadekvátních požadavků. Nesmíme ovšem zapomenout na kapacitu informačního kanálu – což lze chápat jako maximum informací, které mohou přejít za určitý časový úsek. Množství informací, které se přenášejí za určitou časovou jednotku komunikačním kanálem pojmenujeme informačním tokem.

Člověk komunikuje v prostředí, kde se v danou chvíli nalézají s neživými i živými objekty. To zejména proto, že čerpá energii z těchto objektů. Psychika člověka komunikuje s organismem a organismus s okolím. Tento komunikační kanál funguje i opačně. A tady lze na velmi jednoduchém příkladu uvést vznik frustrace. Pokud okolím neposkytne organismu to, co od okolí očekává, organismus začne strádat a to se projeví na psychice (DRAGOMIRECKÝ, 2005). Z této teorie o komunikaci je patrné, že “člověk je otevřený energoinformační systém“. Každá informace v sobě nese energii. Psychika zahrnuje všechny “informační děje, probíhající v organismu“ (KYMROVÁ, 2011, s.81)

1.2 Komunikace v ošetrovatelství

Z předchozí kapitoly můžeme vycházet v následujícím pojednáním o komunikaci v ošetrovatelské praxi pro pomáhající profese. Pro sestru je v první fázi nejdůležitější navázat dobrý kontakt s pacientem. Tento předpoklad označíme jako "předinterakční fázi", kdy se sestra dozví základní údaje pacienta, zejména jméno, adresu, anamnézu. V této fázi by si měla sestra ujasnit, o čem bude s pacientem hovořit. Následuje "vstupní fáze", která udává v jakém vztahu bude probíhat další komunikace mezi sestrou a pacientem. V této fázi se navazuje vztah, vytváří se důvěra, vyjasňují se problémy, vytvoří se dohoda o povinnostech pacienta, ale i sestry. Následuje "pracovní fáze" v tomto období jsou si pacient a sestra nejbližší. Zajímá-li se sestra o pacienta, zvyšuje se její empatie. Myslím si, že lidé pracující v pomáhajících profesích by měli více komunikovat s pacienty o jejich problémech, pocitech. Ale též neopomenout sledovat neverbální projevy pacienta, aby mohlo dojít ke zlepšení stavu pacienta. Po celou dobu kontaktu s pacientem je nutné, aby sestra respektovala nemocného jako jedinečnou bytost, byla ohleduplná a povzbuzovala pacienta k vytyčeným cílům. Na základě vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že u pacientů závislých na psychoaktivních látkách tento přístup velmi dobře funguje. Projeví zájem se léčit, ale musí mít podporu. Někdy se ovšem destruktivní proces užívání drog a alkoholu nelítostně podepíše na těchto jedincích.

K výkonu ošetrovatelské péče lze zařadit tři druhy komunikace:

- Sociální – neplánovaná, neformální
- Strukturovaná – je naplánovaná (např. edukace diabetika)
- Terapeutická – zklidnění pacient

Způsoby, kterými sestra komunikuje s pacientem, jsou verbální a neverbální.

Z verbální složky komunikace by měl mít na paměti pomáhající především

jednoduchost tzn. nepoužívat příliš odborný slovník, nemluvit hantýrkou. Další složkou je zřetelnost – sestra vyjádří přesnými slovy, co chce říci. Nepoužívá dvojsmyslné výroky. Sestra si musí i načasovat rozhovor s pacientem, aby byl schopen pochopit sdělované a měl dostatek času na dotazy. Sestra, která má vytvořený dobrý vztah s pacientem, působí pro něj důvěryhodně, což je další složkou verbální komunikace.

Z neverbální komunikace je pro sestru důležitá kinetika – pohyb těla, chůze, mimika – výraz tváře, zejména očí a úst třetí složkou je gestika – pohyby rukou (KOZIEROVÁ, 1991).

Z mimoslovní komunikace můžeme vyčíst spoustu informací o dotyčném jedinci. Zejména emoce, nálady, snahu o sblížení, ale i afekt. Jedinec zatínající ruce v pěst sděluje okolí připravenost k útoku. Vizikou nám sděluje pacient pomocí očních zornic (miózu² či mydriázu³) nenávist či přátelské naladění. Počtem mrknutí zase projevuje svou nervozitu či klid. Literatura uvádí, že klidný jedinec mrkne průměrně 5x za minutu, nervózní až 20x častěji. Mimika v oblasti čela zase informuje o překvapení, oči a víčka prozrazují emoce smutku či strachu, tvář a nos ukazuje emoce štěstí. Haptika je sdělování dotekem. Každý z nás potřebuje dotek. Ale i dotek může ublížit. Dotykem vyjádříme podporu, náklonnost, účast (POKORNÁ, 2008).

² Mióza – zúžená zornice

³ Mydriáza – rozšířená zornice

2 AGRESE

Snad každý zdravotnický pracovník se setkal při výkonu své práce s agresivním pacientem. V současné době, kdy roste počet uživatelů drog a lidí závislých na alkoholu je třeba počítat a být připraven na možnost výskytu agresivního jednání při poskytování ošetrovatelské péče. Je-li sestra dobře připravena adekvátně reagovat se mnohdy zjistí až po tom, co je napadena. Troufám si tvrdit, že žádná škola než život sám nezajistí dostatečnou připravenost na tyto situace. Personál pracující na psychiatrickém pracovišti je většinou proškolen o zvládání těchto klientů, ale s agresivitou se setkáváme i jinde než na psychiatrii. Po několika letech práce na psychiatrickém oddělení jsem došel k závěru, že sestry z nemocnic jsou jistě velmi šikovné, ale mnohdy reagují na pacienty zmatené či agresivní též agresivně, než sestry pracující v psychiatrii. Mnohdy by si měla vzít lexaurin raději sestra než pacient. Tady bych uvedl velmi hezký příklad nervózní sestry pracující na oddělení anestezie a resuscitace, kdy pacient při vědomí na umělé plicní ventilaci se chce poškrábat na nose a v tom na něj křičí sestra přes celé oddělení “pane Novák, netahejte za ty hadičky nebo vám přivážu ruce”.

V předcházející kapitole o komunikaci jsme si napsali, že je důležité navázat s pacientem kontakt, naslouchat mu, nechat jej mluvit, nevyvracet mu jeho názory, dohodnout se s ním. K tomu abychom částečně pochopili, proč jsou lidé agresivní je třeba znát základní pojmy. Zejména bychom si měli uvědomit, že agresivní jednání může být normální, směřované k přežití. Zatímco násilí páchané na druhé osobě je už patologií agresivity za účelem poškodit. Lidé, kteří jsou impulzivní obvykle nechtějí někomu ublížit na rozdíl od jedinců, kteří si plánují a promýšlejí své násilné činy. Do této druhé skupiny můžeme zařadit jedince s poruchou osobnosti, vrahy či např. v současnosti hodně známý případ masového vraha Anderse Breivika , ale také lidi jednající pod vlivem bludů a halucinací (VEVERA, 2011).

2.1 Agresivní pacient

S agresivním pacientem se můžeme setkat v období jeho frustrační fáze, kdy se mu staví překážky ke splnění jeho cíle např. nedobrovolná hospitalizace na psychiatrii. Tento pacient může jednat agresivně vůči okolí či sobě. Na nepsychiatrickém oddělení jsem se setkal spíše s jedinci verbálně agresivními než na oddělení psychiatrie. Jednalo se o akutní příjmové oddělení rozdělující se na mužskou a ženskou část. Už sice z názvu oddělení plyne, že na tomto oddělení nebudou klidní pacienti, ale převládala zde spíše agrese brachiální. Dospěl jsem k zajímavému zjištění, jak rozdílně reagují agresivní ženy a muži. Agresivní muži většinou plivou na pacifikující personál, ženy škrábou, plivou, tahají za vlasy a kopou. Z nejčastějších oblastí kopou do břicha. Z tohoto důvodu je velmi nutné, aby si sestry – ženy uvědomily rizika docházení do pracovního procesu v časném stádiu těhotenství. Na kterémkoliv oddělení se sestra může setkat s pacientem projevujícím se autoagresivně – sebepoškozujícím jednáním. Jedná se o agresivitu namířenou proti sobě s cílem buď upoutat pozornost anebo skutečně se poškodit. Sebepoškozující chování může být autodestruktivní či masochistické. Někteří autoři uvádějí, že i tetování je projevem masochismu.

Autoagrese může někdy přecházet až v suicidální pokus, kdy dotyčný volá o pomoc, ale také může být promyšleným jednáním za účelem trýznit okolí (DUŠEK, 2005).

Měřením agresivity se zabývala studie provedená na Psychiatrické klinice VFN v Praze a 1. LF UK, kde na základě vyhodnocení psychodiagnostických metod (osobnostní dotazníky) od pacientů, u kterých se očekával výskyt agresivity, došli autoři k závěru, že toto měření není jednoduché a vyžaduje odbornou zkušenost (SBORNÍK REFERÁTŮ, 2009).

2.2 Úzkostný pacient

Úzkost může být spouštěčem agresivního jednání, proto se domnívám, že nemůžeme opomenout, zabývat se i těmito pacienty. Praktický slovník medicíny jednoduše a zřetelně definuje úzkost “jako neurózu, která nemá zřetelnou příčinu na rozdíl od fobie“. Úzkostní jedinci tento stav těžce snášejí a popisují (VOKURKA, 2008, s.30). Psychologický slovník tento stav více rozebírá jako “strach bez předmětu, jedinec má strach a neví z čeho, má pocit, že by s ním měl něco dělat, ale neví co“. Odkazuje nás do minulosti, kdy tento termín poprvé použil Sigmund Freud (1894), kdy popisoval úzkostnou neurózu jako syndrom rozdílný od neurastenie (HARTL, 2000, s.659).

Úzkostní pacienti v nás mohou vyvolat nepříjemné pocity v podobě nejistoty - jak mám co říct, udělat, abych to neudělal špatně a pacient si nestěžoval. Tito nemocní chtějí být pod ochranou, být v bezpečí. Toto jejich prožívání může být někdy projeveno i agresivním projevem např.“budu si na vás stěžovat“. Sestra, která v úvodní fázi nenavázala s pacientem dobrý kontakt toto nemůže poznat a automaticky pacienta zařadí do kolonky “agresivní“ a dál se s ním nebaví, ba dokonce mu věnuje už jen péči nezbytně nutnou. Jenom, aby s ním nemusela mluvit a byla z práce rychle doma. Tady si dovolím podotknout, že sestra – nezná a neumí.

Spojením agresivního a úzkostného pacienta vzniká “úzkostný pedant“, se kterým se setkal naprosto každý zdravotník. Tento nešťastně projevující se pacient si neustále na cokoli stěžuje, dokonce si někdy píše i deníček s podrobnými zápisky, co mu kdo řekl. Takový pacient vyžaduje pozornost personálu a vždy ji dosáhne. Měřicí technikou stavu úzkosti je Hamiltonova škála úzkosti, kdy pacient v odpovědích škáluje výskyt příznaků. Do úzkostných poruch zařazujeme neurotické poruchy a poruchy vyvolané stresem. Fobické úzkostné poruchy, obsedantně-kompulzivní poruchu, reakce na závažný stres (HONZÁK, 1999).

2.3 Depresivní pacient

Velmi obezřetná by měla být sestra u pacientů depresivních. Tento stav je mnohdy různě dlouhý a hloubka deprese “ (HONZÁK, 1999, s.113). přesahuje běžně uznávaný význam ztráty, kterou dotyčný utrpěl“. Pacienti s diagnózou deprese jsou nespolupracující v léčbě, v péči o sebe sama. Chodí po oddělení jako tělo bez duše, nemají chuť mluvit. Když komunikují, většinou nemají chuť žít, nic pro ně nemá smysl. Je nezbytné, aby si sestra uvědomila, že riziko suicidálního pokusu je u depresivních pacientů vysoké. Proto je nutné, aby byl pacient důkladně observován. Stále platí, aby ošetřující personál přistupoval k depresivním pacientům slušně, aby i výzvy k provedení např. hygienické péče byly slušné bez direktivity a devalvace. Nezřídka jsem se setkal s výskytem agresivního jednání z řad personálu, kdy už neměli trpělivost bavit se s pacientem a použili násilí. Výše popsané chování považuji za naprosto nepřijatelné a je to v rozporu nejen s etikou, ale i s výkonem této práce vůbec.

Depresivní stavy jsou velmi častou psychickou poruchou, řadíme je do afektivních poruch. Depresivní epizoda se vyznačuje relapsy a chronicitou. Nezřídka též dokonány suicidii.

Dle příznaků rozlišujeme lehkou depresivní epizodu, středně těžkou depresivní epizodu, těžkou depresivní epizodu bez psychotických příznaků či s psychotickými příznaky. U depresivních pacientů nejčastěji podáváme stabilizátory nálady (Depakine, Valproát), antidepresiva (Zoloft) a sledujeme projevy onemocnění. Deprese začíná většinou ztrátou zájmu a únavou. “Odezní v průměru u 50% nemocných do 6 měsíců spontánně“(RABOCH, 2001, s.261).

Měřítkem pro určení deprese bývá často otázka lékaře směřující na to, aby pacient uvedl, kolik má energie, nejčastěji ve škále 0 – 10, kdy nula je stav bez energie a deset je vysoká energie.

2.4 Sestro, měj se na pozoru!

Nejčastějším spouštěčem je agresivního jednání jsou návykové látky, zejména alkohol. Z dalších můžeme uvést pervitin, kokain, heroin – při vyšších dávkách, halucinogeny a opiáty. Lidský mozek potřebuje ke své funkci krom jiných látek cukr. V případě požití vyšších dávek alkoholu dochází ke snížení hladiny cukru, na což je mozek velmi citlivý, proto může dojít u těchto jedinců ke stavům neklidu či zlosti, ale alkohol sám o sobě nevyvolá agresivitu. Největším spouštěčem jsou v těchto chvílích situace, ve kterých se dotyčný nalézá, zejména pobyt v restauračním zařízení, stresové faktory z okolí. Alkohol ze začátku uvolňuje, potlačuje zábrany. S přibývajícemi promilemi roste možnost vzniku afektivního zkratkového jednání, zlosti, zvyšuje se sexuální odbržděnost – mnoho lidí si z těchto chvil nese “památku“ na celý život. Alkohol jako i jiné drogy v neposlední řadě ničí rodinu, vztahy. Alkohol je nejvíce nebezpečný právě proto, že je nejdostupnější.

U drog nealkoholového typu se projevuje agresivita ještě více. Farmakologický účinek těchto látek přímo podněcuje k agresivitě. Drogově závislí jedinci během intoxikace nebo v období, kdy jim droga chybí, udělají všechno pro to, aby ji získali. Tímto se zvyšuje kriminalita. Drogy jsou pro organismus nebezpečné především z důvodu výše popsaném, ale také z důvodu degradace organismu, vzniku psychotických poruch, úzkostných a depresivních stavů či rozvoji paranoidní schizofrenie (RABOCH, 2001). Sestra, která poskytuje ošetrovatelskou péči tomuto jedinci by se měla mít velice na pozoru a znát signály hrozící agrese, postup zvládnání a jednání s agresivním pacientem.

Mezi nejčastější signály, které jsou předzvěstí možného útoku, je možno zařadit projevy, kdy jedinec neustále vyžaduje pozornost, neustále kveruluje na péči, neklid v nohou - přechází z místa na místo, přibližuje se do těsné blízkosti druhých lidí, do jejich osobního prostoru, verbální projev je hlučný, vulgární,

familierní nebo hostilní, zatínání rukou do pěstí, rychlé pohyby očí či hlavou, paranoidní nastraženost (MARX, 2003). Dále by si měla sestra všimnout semknutých rtů, z viziky je možno uplatnit znalost pozorování zornic, které jsou zúžené, probodávají nás pohledem.

Je-li tento člověk "stálým klientem" zdravotnického zařízení, kde se v danou chvíli poskytuje péče, měla by též zhodnotit zkušenosti z minulých hospitalizací, zda-li se dotyčný projevoval agresivně, vyhrožoval personálu.

U psychiatrických pacientů sestra zhodnotí i stav, má-li pacient náhled na své onemocnění a stav, ve kterém se nachází. Pakliže dojde k závěru, že pacient nemá náhled je nutností, aby nezůstávala s pacientem o samotě (NOVÁK, 1996).

2.5 Nejčastější výskyt agresivity

Na psychiatrickém oddělení jsem se setkal s výskytem agresivního jednání zejména u pacientů v akutní psychóze. Z dalších onemocnění můžeme jmenovat temporální epilepsii, která se projevuje mrátkotným stavem, kdy pacient v období před záchvatem může reagovat agresivně. Mezi další skupinu pacientů zařadíme jedince trpící mozkovou dysfunkcí, kteří se projevují asociálně. Tato porucha se vyskytuje u mladých lidí, kteří se projevují až mimořádně agresivně a může vyústit až k vraždě se sexuálním podtextem (RABOCH, 2001).

Z jiných psychiatrických diagnóz mohu uvést stavy agitované mánie, agitované deprese, deliria – zejména u alkoholiků, kdy je nutno, aby byl pacient i několik dnů omezen v lůžku. Připomenul bych, že tento odvykací stav je velmi nepříjemný nejen pro pacienta, ale pro ošetřující personál. Tito lidé všechno vnímají a nemůžou se o sebe vůbec postarat. V neposlední řadě se agresivita vyskytuje i u různých osobnostních poruch např. hystriónská porucha. Na nepsychiatrických pracovištích se můžeme setkat s agresivitou u pacientů s pooperační zmateností, pacientů, kteří se probouzejí z “umělého spánku“ na jednotkách intenzivní péče.

V čekárnách odborných ambulancí se občas taky vyskytne jedinec, který útočí na sestru, že už čeká dost dlouho. Zde bychom mohli říci, že chyba je na straně personálu, který nedostatečně komunikuje s pacienty nebo ambulance nemá zaveden funkční systém objednávání k vyšetření (KOVAŘÍKOVÁ, 2009).

3 PŘÍSTUP K AGRESIVNÍM PACIENTŮM

Je všeobecně známo, že agrese plodí agresi. Proto sestra či kdokoliv z členů ošetrovatelského týmu by se měl v kontaktu s tímto pacientem především zklidnit a navázat s pacientem, pokud to je možné, terapeutický vztah. Jasným cílem v této situaci je zajištění bezpečnosti jak pro personál, tak pro pacienta. Pomáhající osoba by v těchto chvílích neměla odvracet zrak od tohoto klienta. Bylo by dobré, aby znala znaky z neverbálních projevů, které ukazují na blížící se nebezpečí. Sestry většinou s těmito pacienty moc nekomunikují, jak jsme již podotkli v předešlé kapitole. Tento stav pro ně není příjemný, mohou mít strach, a to především z vlastní neznalosti komunikace. Nelze nekomunikovat. V kapitole o komunikaci jsme rozebrali podrobněji. K navázání terapeutického vztahu je třeba komunikace. Sestra by měla ctít pacientův osobní prostor, neměla by se stavět mezi pacienta a dveře, aby agresor mohl kdykoliv opustit místnost. Nebezpečí hrozí i tehdy, dotýká-li se sestra nezklidněného pacienta. Dotek může agresor vnímat jako agresi, nezřídka i zaútočí. Měli bychom nechat pacienta mluvit, neokřikovat jej, nabídnout mu místo k sezení. Bylo by dobré, aby sestry odhodily všechny pocity odporu a zlosti a vlastním klidem pacienta zklidnily. Aby přijaly tohoto jedince jako jedinečnou bytost.

Samozřejmě vždy situaci posuzujeme individuálně. Bude-li pacient demolovat vybavení oddělení či ambulance, v žádném případě po něm sestra neskočí, ale bude dbát zejména své vlastní bezpečnosti a bezpečnosti dalších lidí vyskytujících se v blízkosti agresora (KŘIVOHLAVÝ, 2004).

V případě ošetřování neklidného pacienta na oddělení, sestra nikdy nechodí k těmto pacientům sama. Dbá na odstranění všech věcí, které by mohly sloužit jako zbraně – jídelní příbory, sklenice, nůžky, ale i zápalky. Byl jsem svědkem události, kdy začalo hořet na pokoji. A to jen z důvodu, že pomocný personál nedostatečně plnil své povinnosti. Sestra by se měla v kontaktu s tímto

pacientem snažit, verbálně jej usměrňovat. To, že situaci okamžitě hlásí službu konajícímu lékaři zde ani nezmiňuji, považujeme to za naprosto jasnou věc. Po konzultaci s lékařem lze objednat i psychiatrické konzilium, kdy se určí další farmakologický postup případně překlad na psychiatrické pracoviště. V případě používání omezovacích prostředků se sestra řídí standardy ošetřování neklidného pacienta, které by měla každá nemocnice mít. Zde bych rád upozornil na to, že použití omezovacího prostředku indikuje lékař nikoliv sestra. Výjimkou může být akutní psychiatrické pracoviště, kde se předpokládají tyto stavy a personál je dostatečně vyškolen. Nicméně i zde musí omezení potvrdit lékař. Připomínáme, že i pacient hospitalizovaný nedobrovolně, má svá práva. Sestra se řídí při poskytování péče nejen etikou, ale zná a akceptuje práva pacientů (KOVAŘÍKOVÁ, 2009).

3.1 Používání omezovacích prostředků

Téměř ve všech zdravotnických i sociálních zařízeních se můžeme setkat s používáním omezovacích prostředků. Měli bychom si hned na začátku říci, že použití restriktivních metod ve zdravotnickém zařízení je až na posledním místě. Omezovací prostředek lze definovat jako soubor terapeutických opatření, která omezují pacienta v pohybu. Patří sem:

- Hospitalizace pacienta proti jeho vůli
- Aplikace psychofarmak proti vůli pacienta
- Omezení pacienta v lůžku
- Umístění pacienta do terapeutické izolace

Personál, který používá těchto metod, by si měl v první řadě uvědomit, že se jedná zejména o aplikaci z důvodu zajištění bezpečnosti pacienta nikoliv jako trest či ulehčení práce. Nebo v případě, kdy pacient ohrožuje sebe či okolí. Rádi bychom zde upozornili na to, že i přivázaná končetina s infuzí je omezení pacienta a je nutno tento úkon pečlivě zaznamenat. Používání těchto prostředků se řídí právními předpisy:

- Úmluva o lidských právech a biomedicíně
- Listina základních práv a svobod
- Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákoník
- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu
- Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád
- Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník

Ministerstvo zdravotnictví ČR v této souvislosti vydalo 30.9.2009 věstník č. 5/2009, který upravuje standardní postupy k používání omezovacích prostředků (MARKOVÁ, 2006).

Použití omezovacího prostředku zásadně indikuje pouze lékař, ale jak jsme se zmínili v předešlé kapitole, lze dle vyhlášky č. 424/2004 Sb., která upravuje činnost zdravotnických pracovníků, aby tento výkon indikovala i všeobecná sestra. Je ale nezbytně nutné, aby bez zbytečného odkladu informovala lékaře. Tato vyhláška dále ukládá nemocnicím a zdravotnickým zařízením, aby

vytvořily standardy k ošetřování agresivních pacientů a používání omezovacích prostředků (viz.příloha C). Vzhledem k tomu, že užití těchto restriktivních metod snižuje důstojnost pacienta, je nutné, aby k tomuto úkonu bylo přistoupeno až po vyčerpání všech možností zklidnění pacienta.

Sestra provádí podrobný zápis o tomto výkonu do ošetřovatelské dokumentace. Je nezbytné, aby bylo vše chronologicky a správně zapsáno s přesným datem, časem a podpisem osoby, která provede omezení pacienta. Pokud sestra nezná odborné pojmy, popisuje situaci předcházející omezení pacienta, svými slovy. Zásadně si nevymýšlí! Toto lze klasifikovat jako trestný čin.

Po vlastním omezení je nutná zvýšená ošetřovatelská péče, péče o vyprazdňování, sledování fyziologických funkcí v intervalech určených standardy zdravotnického zařízení a sledování celkového stavu pacienta. Dojde-li k užití restriktivních metod, zahajuje se detenční řízení⁴, kdy lékař popíše do formuláře zdravotní stav pacienta a důvody nedobrovolné hospitalizace či omezení v lůžku nebo pobyt v izolační místnosti. Tento formulář se poté doručí místně příslušnému soudu, kde došlo k omezení pacienta. Soudní úřednice jsou povinny se tímto oznámením zabývat a většinou do 3 dnů či týdne se dostavují k ověření situace na oddělení, kde proběhne rozhovor mezi lékařem a pacientem a provede se záznam. Dle zkušeností z psychiatrického pracoviště mohu uvést, že do týdne je k dispozici rozhodnutí soudu o tom, zda-li je hospitalizace oprávněná či nikoliv. Jedná-li se o pacienta v bezvědomí, který nemusí být omezený v lůžku, detenční řízení se zahajuje též (DOHNALOVÁ, 2001).

⁴ Detenční řízení je řízení o vyslovení přípustnosti převzetí do ústavu zdravotnické péče a držení v ústavu zdravotnické péče .

3.2 Přístup k psychiatrickým pacientům

S duševně nemocnými pacienty se můžeme setkat ve kterémkoliv zdravotnickém zařízení. Tito pacienti jsou přivezeni do zdravotnického zařízení často nedobrovolně a mnohdy i ve stavu ztráty kontaktu s realitou. Je nezbytné se zmínit, že i tyto pacienti mají svá práva. "Právním postavením duševně nemocných se zabývají dvě mezinárodně uznávané listiny, a to Deklarace lidských práv duševně nemocných (Světová federace duševního zdraví, 1989) a Deklarace lidských práv a duševního zdraví (Mezinárodní federace duševního zdraví, 1989)" (RABOCH, 2001, s.515). I na tyto pacienty se vztahuje kodex práv pacientů, které jsme zmínili výše.

Psychiatrickí pacienti jsou dle mého názoru velmi křehkými bytostmi, které je třeba velmi citlivě vnímat. Myslím si, že na akutním psychiatrickém pracovišti by měl pracovat personál mentálně zralý bez osobnostních poruch. Je jasné, že v dnešní době nedostatku ošetrovatelského personálu je to obtížná věc, ale bylo by dobré, kdyby se to dařilo. Není nic horšího než, když přijde na sesternu úzkostný pacient a žádá po sestře lék na zklidnění a ta na něj vyštěkne, že nemá čas a přitom sedí na facebooku. Místo internetových hrátek by měla promluvit s pacientem o jeho těžkostech na klidném místě, bez rušivých elementů, brát jej vážně, nevyvracet pacientovi jeho bludné myšlenky. Měla by vyjádřit pochopení, že ví o tom, jak jsou nepříjemné. V žádném případě nehodnotí pacientovi životní události a nezlehčuje situaci.

U dementních pacientů můžeme aplikovat ke zklidnění proces zrcadlení, kdy pacient vnímá zejména jakým stylem s ním mluvíme a snaží se jej napodobit. Buďme tedy vstřícní a laskaví. Těchto lidí je naopak dobré se dotýkat a usmívat se na ně. Při zvládání neklidu na psychiatrickém pracovišti bychom si měli být vědomi, že z důvodu dlouhodobého terapeutického vztahu, psychiatrie chrání pacienty před represivními složkami. A to zejména před policií, tzn., že i když je pacient masivně neklidný, není možné na něj volat policii, ale přivolat posily z řad dalších zaměstnanců psychiatrie. Ale i zde situaci vyhodnocujeme individuálně.

U psychiatrických pacientů platí mnohdy i to, že mají stanoveného opatrovníka, kterého je třeba informovat, aby podepsal souhlas s hospitalizací. Může to být úředník sociálního odboru městské části či rodinný příslušník. Opatrovníka určuje soud .

3.3 Bezpečnost zdravotnického zařízení

Zajištění bezpečnosti ve zdravotnickém zařízení by mělo být primárním cílem této instituce. Mnoho nemocnic se v poslední době stává tzv.akreditovanými nemocnicemi. Nejznámější je akreditace Joint Commission International (JCI) – což je organizace udělující mezinárodní akreditaci. Nemocnice, které tuto akreditaci chtějí, musí projít velkým procesem změny, zejména v oblasti zajištění bezpečí v nemocnici. MUDr. David Marx doporučil základní pravidla bezpečnostního systému, díky kterým se zdravotnické zařízení stane bezpečnější. Vyjádřil podporu projektu zajištění bezpečí prostředí ze strany managementu. Management by dle jeho slov měl dát “jasně najevo, že nebude tolerovat žádná bezpečnostní rizika, bude edukovat zaměstnance o varovných signálech“ (MARX, 2003, s.25). V této souvislosti je dále uvedeno, že je nutné proškolit zaměstnance v rámci školení BOZP o postupech a zvládnání agresivního pacienta, návštěvy či kolegy. Dále zavedení alarmového systému pro přivolání pomoci. Alarmy by měly být rozmístěny po celém zdravotnickém zařízení v případě psychiatrie je nosí u sebe personál. Dalším bezpečnostním systémem je fyzická ochrana – tzn. jmenovky (personál nenosící jmenovky porušuje práva pacientů) a přístupová práva na jednotlivá pracoviště. “Cílem tohoto opatření není jen zajistit bezpečné prostředí, ale i vytvořit takovou atmosféru, která je vnímána jako bezpečná“ (MARX, 2003, s.25). V případě napadení personálu agresivním pacientem je službu konající sestra povinna vypsát formulář Hlášení mimořádné události (viz.příloha D) a směřovat jej na nadřízené pracovníky. A nikdy neopomenout provést záznam do knihy úrazů.

4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O NEKLIDNÉHO PACIENTA

Ošetřovatelská péče o neklidného či agresivního pacienta začíná již v momentě příjmu a samotný příjem může být spouštěčem agresivního jednání. Proto by měla sestra znát základní postupy péče o pacienty. Osoba poskytující péči těmto klientům by se měla snažit o vytvoření terapeutického vztahu tzn. komunikovat s pacientem o jeho těžkostech, nikdy nezůstávat s pacientem osamocen v uzavřené místnosti, nenarušovat osobní prostor pacienta, přivolat si posily z řad personálu, sestra přistupuje k pacientovi čelem nikde ne zezadu. Mluví srozumitelně, jasně, vyhýbá se familiárnostem, ujišťuje se, že pacient daným sdělením rozumí. Přistupuje klidně, není nervózní, nebagatelizuje. V žádném případě se nechová ironicky a není nezdvořilá. Neposkytuje přehnanou péči, která způsobuje pasivní jednání pacienta. V případě vystupňované agresivity postupuje dle standardů a omezí pacienta v lůžku. Nikdy nezapomíná na přítomnost dalších členů ošetřovatelského týmu. Obecně platí, že při pacifikaci pacienta by mělo být alespoň 5 členů týmu, kdy na jednu končetinu připadá jeden člověk a pátý aplikuje neklidovou medikaci, nejčastěji cestou intramuskulární aplikace psychofarmak. Při použití omezovacího prostředku např. upínací pásy v lůžku (kurty), provede podrobný záznam do ošetřovatelské dokumentace, kde popíše i svými slovy situaci, která vedla k omezení pacienta. U takto omezeného pacienta sestra vykonává zvýšenou ošetřovatelskou péči, sleduje vitální funkce – krevní tlak, puls, dech. Dbá na prevenci aspirace např. z důvodu zahlenění. Zaměřuje svou pozornost i na prokrvení končetin. Pečuje o základní potřeby nemocného např. močení. Rodinu pacienta v tomto stavu zásadně informuje o tomto kroku lékař. Po ukončení omezení sestra stále sleduje chování pacienta a provádí zápis do dokumentace (MARKOVÁ, 2006).

Všeobecná sestra plní ordinace lékaře podáváním psychofarmak. Nejčastěji se u organických poruch podávají léky z řady antipsychotik (tiapridal, haloperidol, zyprexa), anxiolytika (diazepam). Nebo se tyto dvě skupiny kombinují. U stavů mánie aplikujeme antipsychotika u depresivních poruch anxiolytika (HOSÁKOVÁ, 2007).

Cílem péče o neklidného pacienta je jeho zklidnění a navrácení do stavu soběstačnosti. Proto bych použil k ošetřování neklidných nemocných model Marjory Gordon, který si klade za cíl zodpovědnost jedince za své zdraví. Po vyhodnocení všech dvanácti vzorců zdraví, tento model pomůže sestře zjistit, zda-li se u něj jedná o chování funkční či dysfunkční. Dysfunkční vzorec je projev současného onemocnění, nebo ukazuje na možný problém. Pakliže sestra zjistí dysfunkci, musí vytvořit ošetřovatelskou diagnózu tohoto problému a pokračuje dále v ošetřovatelském procesu (PAVLÍKOVÁ, 2006)

Z nejčastější ošetřovatelských diagnóz bych vybral z Nanda Taxonomie II tyto:

- Neefektivní léčebný režim (00078)
- Neefektivní podpora zdraví (00099)
- Nedostatečná výživa (00001)
- Zvýšený objem tělesných tekutin (00026)
- Porušený spánek (00095)
- Únava (00093)
- Akutní zmatenost (00128)
- Strach (00148)
- Úzkost (00146)
- Neefektivní zvládnání zátěže (00069)
- Riziko zranění (00035)
- Riziko sebepoškození (00139)
- Riziko násilí k jiným osobám (00138)

(MAREČKOVÁ, 2006).

Všeobecná sestra (viz. Zákon č.96/2004 Sb.) vykonávající péči o tyto pacienty po zvládnutí akutního neklidu vyhodnotí Barthelův test základních všedních činností a případně změří hladinu úzkosti Hammlitonovou škálou. Samozřejmostí je pokračování sledování pacienta a jeho začleňování do kolektivu, zjišťování náhledu na onemocnění a navrácení zpět do normálního života. Sestra může zajistit i následnou péči o pacienta v podobě psychoterapií. V Praze např. Denní stacionář Ondřejov, kde je možná i psychiatrická ambulantní péče, psychoterapie a jiné druhy terapií. Disponuje též akutním

centrem – krizové centrum, kde je přítomen psycholog, psychiatr, psychiatrická sestra. Tito pracovníci vykonávají i terénní práce, kdy navštěvují klienty v jejich prostředí a jsou jim nápomocni při resocializaci a též dohlížejí na dodržování léčebného režimu tzn. zda-li pacient užívá léky. Mezi další centra mohu zařadit Centrum krizové intervence v psychiatrické léčebně Bohnice a RIAPS na Žižkově, kde je možná i dočasná hospitalizace, maximálně však 5 dnů. Pro osoby závislé na psychoaktivních látkách např. zařízení DROP-IN, Sananim, Remedis. V posledním jmenovaném je dostupná péče hepatologa, internisty, psychologa a psychiatra. V současné době začalo toto zařízení nabízet i možnost registrace k praktickému lékaři, protože mnoho jejich klientů nemá ani praktického lékaře.

5 EMPIRICKÁ ČÁST

5.1 Průzkumný problém

Komunikace všeobecných sester s agresivním pacientem

Průzkumné cíle

- Cíl 1** Zjistit, jak komunikují všeobecné sestry s agresivním pacientem.
- Cíl 2** Zjistit, jaké používají omezovací prostředky všeobecné sestry při zvládnutí agresivního pacienta.
- Cíl 3** Zjistit, je-li personál edukován o komunikaci s agresivním pacientem.
- Cíl 4** Zjistit, zda-li mají zdravotnická zařízení vypracovány standardy ošetrovatelské péče o neklidného pacienta.

Průzkumné hypotézy

Hypotéza 1 Předpokládáme, že sestry z PLB lépe zvládají agresivního pacienta než sestry z NMSKB.

Hypotéza 2 Domníváme se, že jsou lépe vybaveny omezovacími prostředky v PLB než v NMSKB.

Hypotéza 3 Domníváme se, že personál v PLB je edukován o komunikaci s agresivním pacientem na rozdíl od personálu v NMSKB.

Hypotetické tvrzení

Domníváme se, že většina sester z Psychiatrické léčebny Bohnice zvládá komunikaci s agresivním pacientem lépe než sestry z Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze.

5.2 Metodika průzkumu

Metodika průzkumu je nestandardizovaná, kvantitativní. Jako průzkumnou metodu ke sběru informací jsem zvolil dotazník. Průzkum probíhal v měsících prosinec 2011 až leden 2012.

Technika dotazníku

Dotazník obsahoval 15 otázek. Všechny otázky v dotazníku byly uzavřené. Respondenti mohli vybírat i více možností.

Dotazníků bylo rozdáno celkem 56. Návratnost dotazníků byla 100%.

K hypotéze 1 se vztahovaly otázky 9, 14, 15. K hypotéze 2 se vztahovala otázka 12. Hypotézu 3 jsem ověřil otázkami 3, 4, 11. Otázky 1, 2, 8 byly zaměřeny na sběr demografických údajů.

5.3 Průzkumný soubor

Průzkumný soubor tvořily všeobecné sestry z Psychiatrické léčebny Bohnice a Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze. Z Psychiatrické léčebny v Bohnicích bylo celkem 26 (100%) respondentů a z Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského bylo 30 (100%) respondentů. Celkový počet dotázaných byl 56 (100%) a návratnost dotazníků byla všech 56 (100%).

Technika dotazníku

Dotazník obsahoval 15 otázek. Všechny otázky v dotazníku byly uzavřené. Respondenti mohli vybírat i více možností.

Dotazníků bylo rozdáno celkem 56. Návratnost dotazníků byla 100%.

K hypotéze 1 se vztahovaly otázky 9, 14, 15. K hypotéze 2 se vztahovala otázka 12. Hypotézu 3 jsem ověřil otázkami 3, 4, 11. Otázky 1, 2, 8 byly zaměřeny na sběr demografických údajů.

5.4 Analýza výsledků průzkumu

Otázka 1 – Jste muž, žena?

Tabulka 1 – Jste muž, žena?

	PLB		NMSKB	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) muž	12	46,15%	3	10,00%
b) žena	14	53,85%	27	90,00%
Celkem	26	100,00%	30	100,00%

Odpovědělo celkem 56 (100%) respondentů, z toho bylo 26 (100%) z Psychiatrické léčebny Bohnice dále jen PLB a 30 (100%) z Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze dále jen NMSKB. Z PLB bylo 12 (46,15%) mužů a 14 (53,85%) žen. Z NMSKB byli 3 (10,00%) muži a 27 (90,00%) žen respondentek.

Otázka 2 – Uveďte oddělení, na kterém pracujete

Tabulka 2 – Uveďte oddělení, na kterém pracujete

	Psychiatrická léčebna Bohnice				NMSKB			
	Absolutní četnost		Relativní četnost		Absolutní četnost		Relativní četnost	
	Žena	Muž	Žena	Muž	Žena	Muž	Žena	Muž
a) ARO/JIP	0	0	0,00%	0,00%	7	1	25,93%	33,33%
b) Interna	0	0	0,00%	0,00%	8	0	29,63%	0,00%
c) Chirurgie	0	0	0,00%	0,00%	3	0	11,11%	0,00%
d) Psychiatrie	14	12	100,00%	100,00%	4	1	14,81%	33,33%
e) Int. ambulance	0	0	0,00%	0,00%	5	1	18,52%	33,33%
Celkem	14	12	100,00%	100,00%	27	3	100,00%	100,00%

Na otázku č. 2 odpovědělo 56 respondentů tj. 100%, z toho bylo pracujících v psychiatrické léčebně 14 žen a 12 mužů, v NMSKB pracujících na psychiatrii 4 ženy a 1 muž. Z oddělení ARO/JIP odpovědělo 7 žen a 1 muž, z interního oddělení odpovědělo 8 žen, z chirurgie 3 ženy, z interní ambulance 5 žen a 1 muž.

Otázka 3

Máte ve vaší nemocnici vypracovány standardy ošetrovatelské péče o agresivního pacienta?

Tabulka 3 – Vypracování standardů v zařízeních

	PLB		NMSKB	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	24	92,31%	2	6,67%
b) ne	0	0,00%	20	66,67%
c) nevím	2	7,69%	8	26,67%
Celkem	26	100,00%	30	100,00%

Z výsledku vyplývá, že v PLB 26 (100%) respondentů odpovědělo, že 24 (92,31%) ví, že mají vypracovány standardy péče o neklidného pacienta a 2 (7,69%) neví, zda-li jsou vypracovány.

V NMSKB odpovědělo 30 (100%), že si myslí, že jsou vypracovány 2 (6,67%) respondenti, 20 (66,67%) uvedlo, že nejsou a 8 (26,67%), že neví.

Otázka 4 – Je ve vašem zařízení ustanovena skupina na kontrolu kvality ošetrovatelské péče?

Tabulka 4 – Je ve vašem zařízení ustanovena skupina na kontrolu kvality ošetrovatelské péče?

	PLB		NMSKB	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	24	92,31%	0	0.00%
b) ne	2	7,69%	30	100,00%
Celkem	26	100,00%	30	100,00%

Z celkového počtu respondentů v PLB 26 (100%) odpovědělo 24 (92,31%), že má ustanovenu kontrolní skupinu a 2 (7,69%), že nemá.

V NMSKB odpovědělo 30 (100%), že nemá v zařízení stanovenou skupinu na kontrolu ošetrovatelské péče.

Otázka 5 – Disponuje vaše nemocnice signalizačním zařízením pro přivolání dalších pracovníků, v případě hrozící nebo probíhající agrese?

Tabulka 5 – Disponuje vaše nemocnice signalizačním zařízením pro přivolání dalších pracovníků, v případě hrozící nebo probíhající agrese?

	PLB		NMSKB	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	25	96,15%	9	30,00%
b) ne	1	3,85%	21	70,00%
Celkem	26	100,00%	30	100,00%

Z uvedeného vyplývá, že z celkového počtu 26 (100%) dotázaných v PLB uvedlo, že má zařízení signalizaci k přivolání pomoci 25 (96,15%) a 1 (3,85%), že nemá.

V NMSKB uvedlo z 30 (100%) zaměstnanců 9 (30%), že zařízení disponuje signalizací a 21 (70%), že ji nedisponuje.

Otázka 6 – Setkal(a) jste se při výkonu svého zaměstnání s agresivním pacientem?

Tabulka 6 – Setkal/a jste se při výkonu svého zaměstnání s agresivním pacientem?

	PLB		NMSKB	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	25	96,15%	29	96,67%
b) ne	1	3,85%	1	3,33%
Celkem	26	100,00%	30	100,00%

Z tabulky vyplývá, že z dotazovaných jedinců v PLB 26 (100%) se setkalo s agresivním pacientem 25 (96,15%) a pouze 1 (3,85%) se s agresorem při výkonu povolání neseťkal.

V NMSKB se z celkového počtu dotázaných 30 (100%) setkalo s agresorem z řad pacientů 29 (96,67%) a pouze 1 (3,33%) se neseťkal.

Otázka 7 – Je ve vašem zařízení osoba, která se specializuje na zvládání a komunikaci s agresivním pacientem?

Tabulka 7 – Je ve vašem zařízení osoba, která se specializuje na zvládání a komunikaci s agresivním pacientem?

	PLB		NMSKB	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	19	73,08%	5	16,67%
b) ne	7	26,92%	25	83,33%
Celkem	26	100,00%	30	100,00%

Z 26 (100%) odpovědí z PLB plyne, že 19 (73,08%) dotázaných uvádí, že je přítomna osoba na zvládnání komunikace s agresorem a 7 (26,93%), že není.

V NMSKB uvádí z 30 (100%) 5 (16,67%) respondentů, že zařízení má takto vyškolenou osobu a 25 (83,33%) sděluje, že v zařízení tato osoba není.

Otázka 8 – Jaké je vaše pracovní zařazení?

Tabulka 8 – Jaké je vaše pracovní zařazení?

	PLB		NMSKB	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Všeobecná sestra	26	100,00%	30	100,00%
b) Zdravotnický asistent	0	0,00%	0	0,00%
c) Zdravotnický záchranář	0	0,00%	0	0,00%
d) sanitář	0	0,00%	0	0,00%
Celkem	26	100,00%	30	100,00%

Z uvedeného plyne, že z PLB bylo 26 (100%) dotázaných zařazených jako všeobecná sestra.

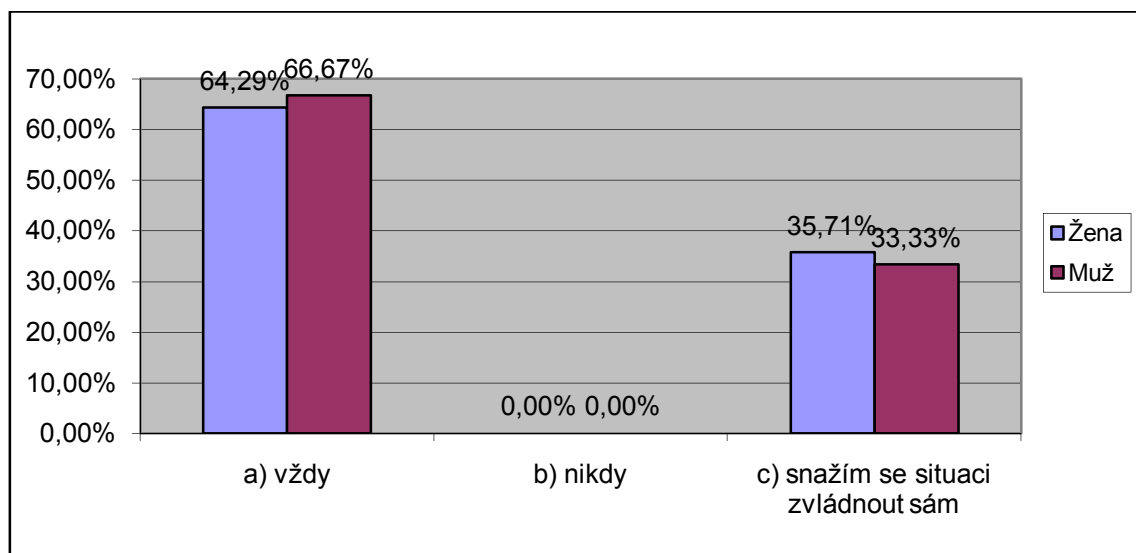
V NMSKB bylo také všech 30 (100%) dotázaných na pozici všeobecné sestry.

Otázka 9 – Při výskytu agresivního jednání si přivolám posilu:

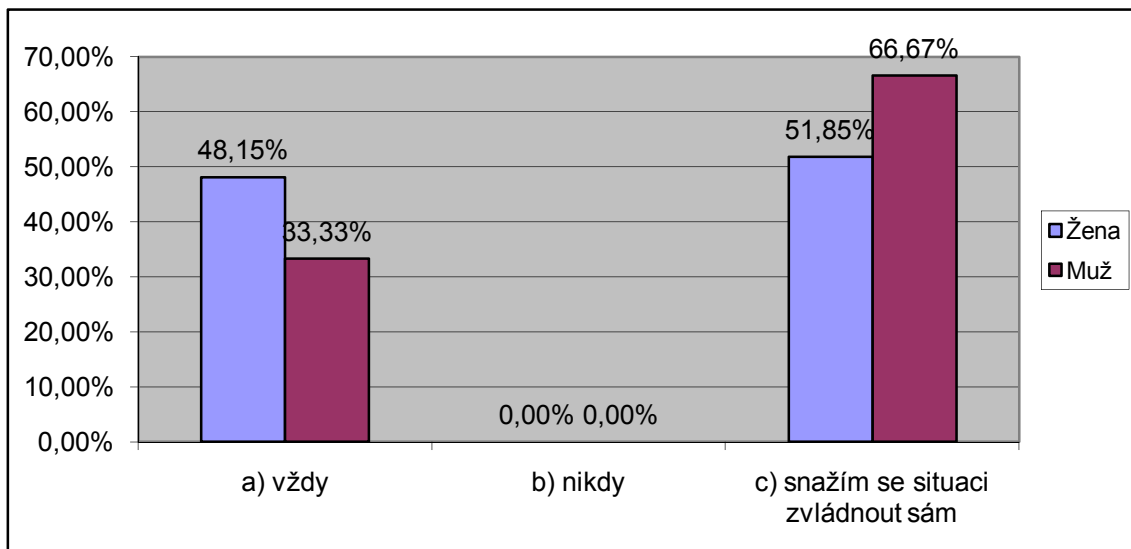
Tabulka 9 – Při výskytu agresivního jednání si přivolám posilu:

Odpověď	PLB				NMSKB			
	Absolutní četnost		Relativní četnost		Absolutní četnost		Relativní četnost	
	Žena	Muž	Žena	Muž	Žena	Muž	Žena	Muž
a) vždy	9	8	64,29%	66,67%	13	1	48,15%	33,33%
b) nikdy	0	0	0,00%	0,00%	0	0	0,00%	0,00%
c) snažím se situaci zvládnout sám	5	4	35,71%	33,33%	14	2	51,85%	66,67%
Celkem	14	12	100%	100%	27	3	100%	100%

Graf č. 1 Reakce sester z PLB na agresivní chování



Graf č. 2 Reakce sester z NMSKB při setkání s agresivním pacientem



Z grafu 1 plyne, že 14 (100%) žen z PLB si při výskytu agresivního chování přivolá posilu vždy 9 (64,29%) žen a 5 (35,71%) sester se situací snaží zvládnout samy. Z 12 (100%) mužů si posilu přivolá vždy 8 (66,67%) a 4 (33,33%) se situací snaží zvládnout sami.

V následujícím grafu č. 2 jsou znázorněny odpovědi sester z NMSKB, kdy z celkového počtu žen 27 (100%) si přivolá posilu vždy 13 (48,15%) žen, 14 (51,85%) žen se situací snaží zvládnout samy. U mužů z celkového počtu 3 (100%) si pouze 1 (33,33%) přivolá posilu a 2 (66,67%) se situací snaží zvládnout sami.

Otázka 10 – Setkal/a jste se s agresorem i z řad zdravotnického personálu na pracovišti?

Tabulka 10 - Setkal/a jste se s agresorem i z řad zdravotnického personálu na pracovišti?

Odpověď	PLB		NMSKB	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	3	11,54%	6	20,00%
b) ne	23	88,46%	24	80,00%
Celkem	26	100,00%	30	100,00%

Z odpovědí z PLB vyplývá, že z 26 (100%) dotázaných se setkalo na pracovišti s agresorem z řady spolupracovníků 3 (11,54%) a 23 (88,46%) se s tímto jedincem neseťkalo.

Z dotázaných v NMSKB 30 (100%) se setkalo s tímto spolupracovníkem 6 (20%) a neseťkalo se s ním 24 (80%).

Otázka 11 – Byl/a jste při nástupu do zaměstnání v rámci školení BOZP proškolen/a o komunikaci a zvládání agresivního pacienta?

Tabulka 11 – Byl/a jste při nástupu do zaměstnání v rámci školení BOZP, proškolen/a o komunikaci a zvládání agresivního pacienta?

Odpověď	PLB		NMSKB	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	17	65,38%	1	3,33%
b) ne	9	34,62%	29	96,67%
Celkem	26	100,00%	30	100,00%

Z tabulky č. 11 je zřejmé že z 26 (100%) dotázaných v PLB bylo edukováno o komunikaci s agresorem 17 (65,38%) a nebylo proškoleno 9 (34,62%).

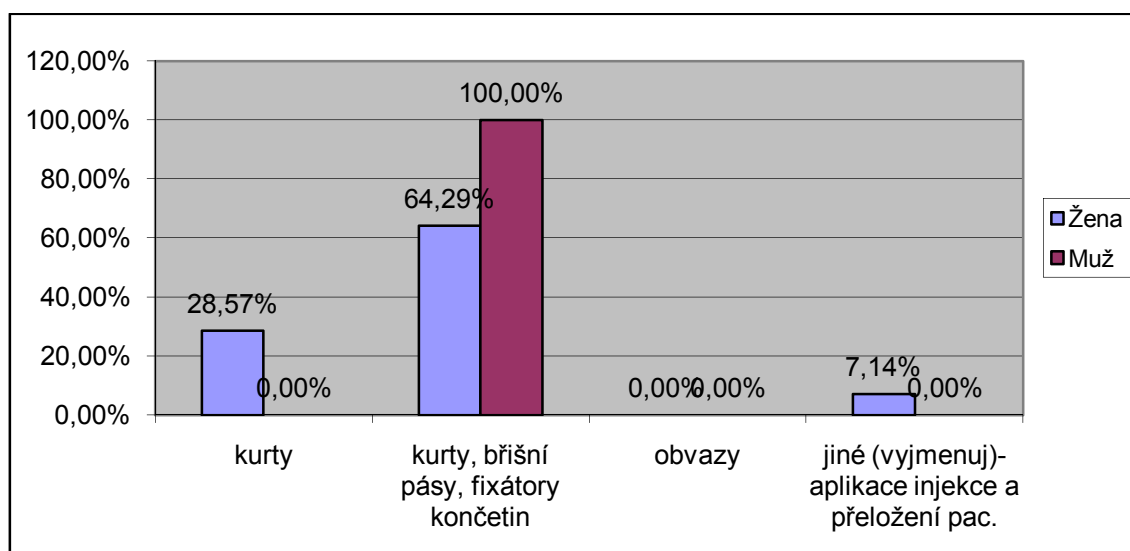
Naopak z NMSKB byl proškolen o komunikaci pouze 1 (3,33%) ze 30 (100%) respondentů a 29 (96,67%) nebylo edukováno, jak v těchto situacích postupovat.

Otázka 12 – Jaké omezovací prostředky používáte při zvládnání agrese?

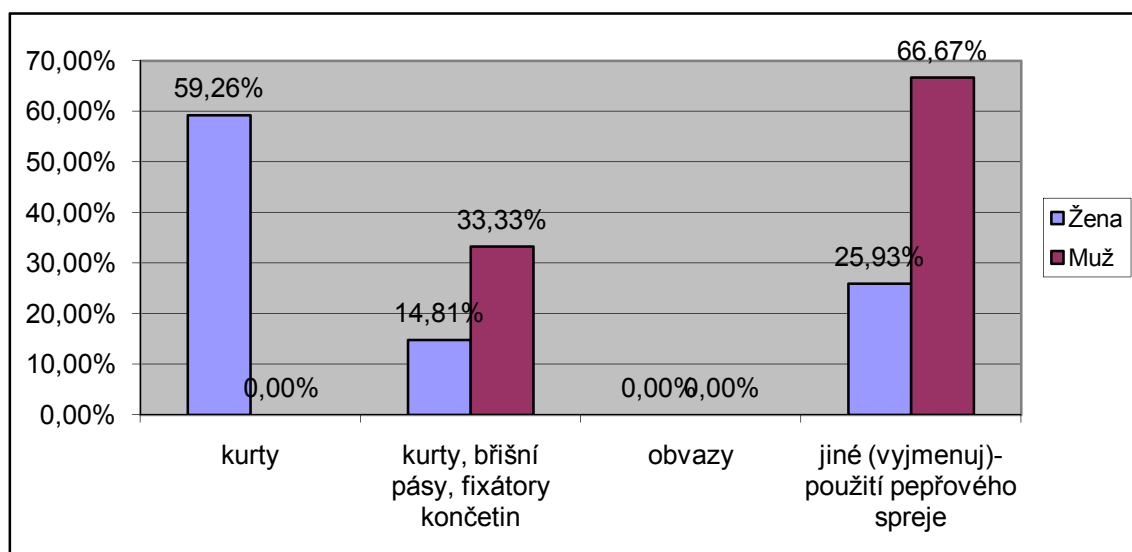
Tabulka 12 - Jaké omezovací prostředky používáte při zvládnání agrese?

Odpověď	PLB				NMSKB			
	Absolutní četnost		Relativní četnost		Absolutní četnost		Relativní četnost	
	Žena	Muž	Žena	Muž	Žena	Muž	Žena	Muž
a) kurty	4	0	28,57%	0,00%	16	0	59,26%	0,00%
b) kurty, břišní pásy, fixátory končetin	9	12	64,29%	100,00%	4	1	14,81%	33,33%
c) obvazy	0	0	0,00%	0,00%	0	0	0,00%	0,00%
d) jiné (vyjmenuj)	1	0	7,14%	0,00%	7	2	25,93%	66,67%
Celkem	14	12	100,00%	100,00%	27	3	100,00%	100,00%

Graf č. 3 - Používání omezovacích prostředků v PLB



Graf č. 4 – Použití omezovacích prostředků v NMSKB



Z grafu č. 3 je zřejmé, že ze 14 (100%) žen v PLB zvolilo odpověď a) kurty 4 (28,57%) ženy, odpověď b) kurty, břišní pásy, fixátory končetin zvolilo 9 (64,29%). Odpověď za d) zvolila 1 (7,14%) žena s tím, že pacientovi aplikuje neklidovou medikaci a přeloží jej na akutní oddělení.

Z celkového počtu 12 (100%) dotázaných mužů v PLB všech 12 (100%) variantu b) kurty, břišní pásy, fixátory končetin.

V NMSKB ze všech dotázaných žen 27 (100%) zvolilo variantu a) kurty 16 (59,26%) respondentek, variantu b) kurty, břišní pásy, fixátory končetin zvolili 4 (14,81%) dotázané. Variantu d) vyjmenuj, zvolilo 7 (25,93%) a zde je výsledkem při zvládnání agresivního pacienta použitím pepřového spreje.

U 3 (100%) mužů z NMSKB zvolil variantu b) kurty, břišní pásy, fixátory končetin 1 (33,33%) a variantu za d) vyjmenuj, zvolili 2 (66,67%) s tím, že by opět použili pepřový sprej.

Otázka 13 – Vzpomínáte si, jestli v posledním roce, odešel z vašeho pracoviště nějaký zaměstnanec z důvodu napadení pacientem?

Tabulka 13 – Vzpomínáte si, jestli v posledním roce, odešel z vašeho pracoviště nějaký zaměstnanec z důvodu napadení pacientem?

Odpověď	PLB		NMSKB	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	2	7,69%	2	6,67%
b) ne	20	76,92%	26	86,67%
c) nevzpomínám si	4	15,38%	2	6,67%
Celkem	26	100,00%	30	100,00%

Na základě získaných výsledků z PLB z celkového počtu 26 (100%) respondentů si na odchod zaměstnance z důvodu napadení agresivním pacientem za poslední rok vzpomínají 2 (7,69%), variantu, kdy neodešel, zvolilo 20 (76,92%) respondentů a nevzpomínají si 4 (15,38%).

V NMSKB ze 30 (100%) respondentů odpověděli 2 (6,67%) ano, ne odpovědělo 26 (86,67%) a nevzpomínají si 2 (6,67%).

Otázka 14 – Při setkání s agresivním pacientem (pacient přechází z místa na místo, neustále vyžaduje pozornost, kveruluje) :

Varianty odpovědí

- a) jej okřiknu, ať se zklidní, vyhrožuji mu použitím omezovacího prostředku, volám policii
- b) jsem vlídný/á, podám mu ruku, pozorně naslouchám, neotáčím se zády k němu, přivolám si posily
- c) povolám posily, omezím pacienta v lůžku

Tabulka č. 14 – Při setkání s agresivním pacientem (pacient přechází z místa na místo, neustále vyžaduje pozornost, kveruluje):

Odpověď	PLB		NMSKB	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
odpověď a)	0	0,00%	0	0,00%
odpověď b)	23	88,46%	22	73,33%
odpověď c)	3	11,54%	8	26,67%
Celkem	26	100,00%	30	100,00%

Ze získaných dat z PLB z celkového počtu 26 (100%) dotázaných ne zvolil nikdo variantu a) jej okřiknu, ať se zklidní, vyhrožuji mu použitím omezovacího prostředku, volám policii. Variantu b) jsem vlídný/á, podám mu ruku, pozorně naslouchám, neotáčím se k němu zády, přivolám posily, zvolilo 23 (88,46%) dotázaných. Variantu c) povolám posily, omezím pacienta v lůžku, zvolili 3 (11,54%) respondenti.

V NMSKB z celkového počtu 30 (100%) respondentů nikdo ne zvolil variantu a), 22 (73,33%) zvolilo variantu b) jsem vlídný/á, podám mu ruku, pozorně naslouchám, neotáčím se k němu zády, přivolám posily. Variantu c) povolám posily, omezím pacienta v lůžku, zvolilo 8 (26,67%) respondentů.

Otázka 15 – Při hrozící brachiální agresi ze strany pacienta k okolí, volím tento postup:

Variety odpovědí

- a) snažím se pacienta verbálně zklidnit, příp. aplikuji neklidovou medikaci, pokračuji ve sledování pacienta a v případě nutnosti jej omezím v lůžku
- b) snažím se pacienta verbálně zklidnit, příp. aplikuji neklidovou medikaci, pokračuji ve sledování pacienta a v případě nutnosti jej omezím v lůžku na dobu nezbytně nutnou. Provedu přesný záznam do zdravotnické dokumentace. Stav popisuji i vlastními slovy, jestliže nedokážu odborně pojmenovat.
- c) Nejprve pacienta zpacifikuji, omezím v lůžku, aplikuji neklidovou medikaci, provedu záznam do zdravotnické dokumentace

Tabulka 15 – Při hrozící brachiální agresi ze strany pacienta k okolí, volím tento postup:

Odpověď	PLB		NMSKB	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
odpověď a)	2	7,69%	2	6,67%
odpověď b)	24	92,31%	26	86,67%
odpověď c)	0	0,00%	2	6,67%
Celkem	26	100,00%	30	100,00%

Z 26 (100%) odpovědí z PLB vyplývá, že 2 (7,69%) respondenti volí při hrozící agresi ze strany pacienta k okolí odpověď a) snaží se pacienta verbálně zklidnit, příp. aplikují neklidovou medikaci, pokračují ve sledování pacienta a příp. jej omezí v lůžku. Odpověď b) snaží se pacienta verbálně zklidnit, aplikují neklidovou medikaci, pokračují ve sledování klienta a v případě nutnosti omezí pacienta v lůžku na dobu nezbytně nutnou, provedou přesný záznam do zdravotnické dokumentace a stav popisují i vlastními slovy, pakliže neumí popsat odborně, zvolilo 24 (92,31%) respondentů. Odpověď c) nezvolil v PLB nikdo z dotázaných.

V NMSKB z 30 (100%) odpovědí zvolili variantu a) 2 (6,67%), odpověď b) zvolilo 26 (86,67%) respondentů. Odpověď c), kdy nejprve pacienta zpacifikuje, omezí v lůžku, aplikuje neklidovou medikaci a provede záznam do zdravotnické dokumentace, zvolili 2 (6,67%) respondenti.

5.5 Interpretace výsledků průzkumu

Na základě výsledků z průzkumu se nám potvrdila hypotéza 1, kdy jsme předpokládali, že sestry v PLB lépe zvládají agresivního pacienta než sestry z NMSKB. K této hypotéze se vztahovaly otázky 9, 14, 15. U otázky 9 odpovědělo, že 14 (100%) žen z PLB si při výskytu agresivního chování přivolá posilu vždy 9 (64,29%) žen a 5 (35,71%) sester se situaci snaží zvládnout sami. Z 12 (100%) mužů si posilu přivolá vždy 8 (66,67%) a 4 (33,33%) se situaci snaží zvládnout sami.

V NMSKB odpovědělo z celkového počtu žen 27 (100%), že si přivolá posilu vždy 13 (48,15%) žen, 14 (51,85%) žen se situaci snaží zvládnout sami. U mužů z celkového počtu 3 (100%) si pouze 1 (33,33%) přivolá posilu a 2 (66,67%) se situaci snaží zvládnout sami. Z toho výsledku je zřejmé, že sestry pracující v Psychiatrické léčebně jsou obezřetnější při setkání s agresivním pacientem.

U otázky 14 ze získaných dat z PLB z celkového počtu 26 (100%) zvolilo variantu b) jsem vlídný/á, podám mu ruku, pozorně naslouchám, neotáčím se k němu zády, přivolám posily 23 (88,46%) dotázaných. Variantu c) povolám posily, omezím pacienta v lůžku, zvolili 3 (11,54%) respondenti.

V NMSKB z celkového počtu 30 (100%) respondentů 22 (73,33%) zvolilo variantu b) jsem vlídný/á, podám mu ruku, pozorně naslouchám, neotáčím se k němu zády, přivolám posily. Ale variantu c) povolám posily, omezím pacienta v lůžku, zvolilo 8 (26,67%) respondentů. Z toho vyplývá, že sestry, které v NMSKB si zvolily položku c), jsou více pohodlnější a raději pacienta omezí v lůžku než, aby situaci řešily.

U položky 15 plyne z výsledků, že z 26 (100%) odpovědí z PLB 2 (7,69%) respondenti volí při hrozící agresi ze strany pacienta k okolí odpověď a) snaží se pacienta verbálně zklidnit, příp. aplikují neklidovou medikaci, pokračují ve sledování pacienta a příp. jej omezí v lůžku. Odpověď b) snaží se pacienta verbálně zklidnit, aplikují neklidovou medikaci, pokračují ve sledování klienta a v případě nutnosti omezí pacienta v lůžku na dobu nezbytně nutnou, provedou přesný záznam do zdravotnické dokumentace a stav popisují i vlastními slovy, pakliže neumí popsat odborně, zvolilo 24 (92,31%) respondentů. Odpověď c) nezvolil v PLB nikdo z dotázaných.

V NMSKB z 30 (100%) odpovědí zvolili variantu a) 2 (6,67%), odpověď b) zvolilo 26 (86,67%) respondentů. Odpověď c), kdy nejprve pacienta zpacifikuje, omezí v lůžku, aplikuje neklidovou medikaci a provede záznam do zdravotnické dokumentace, zvolili 2 (6,67%) respondenti. Ze zjištěných dat z NMSKB je zřejmé, že může být pro respondenty, kteří označili položky a) a c), jednodušší pacienta zpacifikovat, aplikovat neklidové injekce, omezit jej v lůžku. Ale již pro ně není zábavné situaci chronologicky popsat a řádně zapsat do ošetrovatelské dokumentace. Hypotéza 1 se nám potvrdila.

K hypotéze 2, kdy se domníváme, že jsou lépe vybaveny omezovacími prostředky v PLB než NMSKB se vztahovala otázka 12. Zde odpověděli ze 14 (100%) žen v PLB kurty 4 (28,57%), odpověď kurty, břišní pásy, fixátory končetin zvolilo 9 (64,29%). Odpověď za d) zvolila 1 (7,14%) žena s tím, že pacientovi aplikuje neklidovou medikaci a přeloží jej na akutní oddělení.

Z celkového počtu 12 (100%) dotázaných mužů v PLB všech 12 (100%) variantu, kurty, břišní pásy, fixátory končetin.

V NMSKB ze všech dotázaných žen 27 (100%) zvolilo variantu kurty 16 (59,26%) respondentek, variantu kurty, břišní pásy, fixátory končetin zvolili 4 (14,81%) dotázané. Variantu vyjmenuj, zvolilo 7 (25,93%) a zde je výsledkem při zvládnutí agresivního pacienta použití pepřového spreje.

U 3 (100%) mužů z NMSKB zvolil variantu kurty, břišní pásy, fixátory končetin 1 (33,33%) a variantu vyjmenuj, zvolili 2 (66,67%) s tím, že by opět použili pepřový sprej.

Z výsledků je opět zřejmé, že v PLB jsou lépe vybaveni omezovacími prostředky než v NMSKB, kde dokonce používají pepřový sprej. Hypotéza 2 se nám potvrdila.

Hypotézu 3 jsem ověřoval otázkami 3 a 11. Ve 3 otázce se ptáme, zda-li mají nemocnice vypracovány standardy ošetrovatelské péče o agresivního pacienta. Z výsledku vyplývá, že v PLB 26 (100%) respondentů odpovědělo, že 24 (92,31%), že mají vypracovány standardy péče o neklidného pacienta a 2 (7,69%) neví, zda-li jsou vypracovány.

V NMSKB odpovědělo 30 (100%), že si myslí, že jsou vypracovány 2 (6,67%) respondenti, 20 (66,67%) uvedlo, že nejsou a 8 (26,67%), že neví.

U otázky 11 se ptáme, zda-li byli respondenti při nástupu do zaměstnání proškoleni v rámci BOZP, o komunikaci a zvládnutí agresivního pacienta.

Z odpovědí je zřejmé že z 26 (100%) dotázaných v PLB bylo proškolen o komunikaci s agresorem 17 (65,38%) a nebylo proškolen 9 (34,62%).

Z NMSKB byl proškolen o komunikaci s agresivním pacientem pouze 1 (3,33%) ze 30 (100%) respondentů a 29 (96,67%) nebylo proškolen jak v těchto situacích postupovat. Je naprosto zřejmé, že hypotéza 3 se nám potvrdila.

Hypotetické tvrzení, kdy se domníváme, že většina sester z Psychiatrické léčebny Bohnice zvládá komunikaci s agresivním pacientem lépe než sestry z NMSKB jsem ověřoval otázkami 9, 14, 15, 3, 4, 11. Podle výsledků se nám hypotetické tvrzení potvrdilo.

5.6 Diskuse

Výsledky mého průzkumu jsem srovnával zejména s autory specializujícími se na akutní psychiatrickou péči a autorem, který se v České republice zaměřuje na udělování mezinárodní akreditace JCI a podílí se na tvorbě standardů k zajištění bezpečnosti zdravotnických zařízení.

Na základě prostudování materiálů MUDr. Davida Marxe specializujícího se na bezpečnost zdravotnických zařízení jsem položil 3 otázky, které měly objasnit, zda-li zařízení mají bezpečnostní prvky ochrany zaměstnanců. Do této skupiny patřila i otázka o edukaci nově nastoupivších zaměstnanců do pracovního poměru. Z hodnocení dotazníků vyplývá, že Psychiatrická léčebna Bohnice (dále jen PLB) je bezpečnějším pracovištěm než Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského (dále jen NMSKB). Dr. Marx ve svém článku informuje o nutnosti edukace všech nových zaměstnanců při setkání se s agresivním jedincem. Tuto premisu jasně splnila PLB, jelikož jsou všichni zaměstnanci proškolení o těchto situacích a vědí, jak mají reagovat. Z bezpečnostních prvků má PLB signalizační zařízení na přivolání posil při hrozícím či probíhajícím útoku pacienta k okolí. Další myšlenkou Dr. Marxe byly vytvořené standardy ošetřovatelské péče o neklidného pacienta. PLB tyto standardy má a dokonce je v tomto zařízení ustanovena skupina na kontrolu kvality ošetřovatelské péče. Z toho plyne, že se zaměřuje především na kontrolu znalostí standardů. V NMSKB, bohužel, nejsou vytvořeny standardy

ošetřovatelské péče. V této souvislosti bych odkázal na tabulku 3 str.36, kdy 20 respondentů odpovědělo, že standardy nemají, 8 dokonce, že neví a 2 respondenti si myslí, že standard vypracovaný mají. Z tohoto výsledku je možné usuzovat na neznalost a je možno se domnívat, že v případě, kdy sestra neví, jak má reagovat, může zareagovat chybně a toto zařízení se může dostat do zbytečných právních sporů. Je na škodu, že v tomto zařízení neexistuje skupina na kontrolu kvality ošetřovatelské péče, ale na druhou stranu můžeme tvrdit, když není, co kontrolovat, nemusí se skupina zřizovat. Ovšem případné soudní spory jsou určitě dražší než zaplatit několika sestrám za tuto činnost (MARX, 2003).

K porovnání výsledků o komunikačních schopnostech a předjímání agresivního jednání jsem použil literaturu autorů Hany Kovařikové a Stanislava Jirkovského. Pan Jirkovský byl mým kolegou na oddělení akutní psychiatrické péče a mohu z vlastní zkušenosti potvrdit jeho erudovanost v této oblasti.

Z hodnocení otázky 9 o zajištění vlastní bezpečnosti vyplývá, že zaměstnanci PLB jsou daleko více opatrnější při setkání se s agresivním pacientem než respondenti v NMSKB. V NMSKB se snaží spíše situaci zvládnout sami. V této souvislosti bych velmi rád poukázal na otázku 12 týkající se používání omezovacích prostředků. Je až zarážející, že v NMSKB zvolí respondenti při zvládnání agrese použití pepřového spreje. Zde se opět ukazuje na neznalost postupů vedoucí k eskalaci agresivního chování. Úkolem zdravotnického zařízení je primárně pacienty chránit před těmito metodami (KOVAŘÍKOVÁ, JIRKOVSKÝ, 2009).

5.7 Doporučení pro praxi

Na základě získaných odpovědí od respondentů z NMSKB doporučuji managementu Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského, aby hlavní sestra co nejdříve ustanovila skupinu pro tvorbu standardů ošetrovatelské péče a následně při vytvoření každého standardu, proběhlo školení všech zaměstnanců, kteří přijdou do kontaktu s pacientem. Po proškolení personálu, které provede osoba podílející se na vytvoření standardu, je nutné, aby skupina pro tvorbu standardů kontrolovala na všech odděleních dodržování těchto postupů. Tyto kontroly by měly provádět všeobecné sestry s minimálně bakalářským stupněm vzdělání. Dále doporučuji, aby hlavní sestra upozornila na poradě staničních sester, které se konají vždy jednou měsíčně, všechny přítomné, že zdravotnické zařízení není bitevní pole a má za úkol všechny pacienty chránit. Je nutné, aby staniční sestry edukovaly všeobecné sestry, zdravotnické asistenty a sanitáře o zákazu používání pepřového spreje. S přihlédnutím na individuální situaci. Pro řadové sestry doporučuji prostudování všech zákonů vyjmenovaných v kapitole 3.1. Dále znalost a poskytování péče dle ošetrovatelských standardů.

Skupině kontroly kvality ošetrovatelské péče v Psychiatrické léčebně Bohnice doporučuji častější kontroly znalosti standardu péče o neklidného pacienta, aby nedocházelo k tomu, že personál nebude tuto problematiku znát a bude si myslet, že standard snad ani neexistuje. Byť se jedná o malé procento respondentů v tomto zařízení je výskyt agresivního jednání větší než v NMSKB.

V PLB se jednalo spíše o provádění častějších kontrol úrovně znalostí ošetrovatelských standardů v péči o neklidného pacienta, ovšem v NMSKB se jednalo o absolutní neznalost základních pravidel viz. otázka č 12 str.43 , graf č.4, kdy personál použil při zvládnání agrese pepřový sprej. Této odpovědi napomáhá i fakt, že NMSKB neměla vypracovány standardy ošetrovatelské péče o neklidného pacienta viz. otázka 3. Z těchto zjištění vyplynulo, že se sestra mohla domnívat, jak má jednat, ale pakliže to neumí, může zareagovat chybně a zařízení může být právně postiženo. V otázce 11 str.42, se opět potvrdila neznalost sester, jak mají postupovat při zvládnání agrese. Ze 30 (100%) respondentů odpovědělo 29 (96,67%), že nebylo proškoleny v rámci

školení BOZP o postupech a komunikaci s agresivním pacientem. Znalosti respondentů z NMSKB v této oblasti nejsou dostatečné a je na managementu nemocnice, jak se k tomuto zjištění postaví.

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak všeobecné sestry komunikují s agresivním pacientem. Výsledky z průzkumu ze dvou zdravotnických zařízení (Psychiatrické léčebny Bohnice a Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského) ukazují jasně, že je nutná stálá edukace všech zaměstnanců z těchto pracovišť. Cíl bakalářské práce byl splněn.

Na základě prostudované literatury a zjištěných výsledků z dotazníkového šetření jsem byl nemile překvapen neznalostí postupů zvládnání agresivních pacientů ze strany všeobecných sester z Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského. Někteří respondenti uvádějí dokonce používání peřového spreje při zvládnání agresivity. Toto je naprosto nepřijatelné ve zdravotnickém zařízení, kde si přijede pacient pro pomoc. Nechci si ani představit situaci, kdy celá čekárna bude čichat odér peřového spreje. Na druhou stranu jsem byl mile překvapen personálem z Psychiatrické léčebny Bohnice, kdy jsem se nedočkal ani v jednom případě neadekvátní odpovědi v otázkách na zvládnání agrese. Dále jsem byl potěšen, že personál PLB je více opatrnější při setkání se s těmito jedinci na rozdíl od sester v NMSKB.

Z této práce vyplynulo, že neznalost této problematiky je opravdu velké a je nutné, aby byly sestry proškoleny o postupech zvládnání těchto situací. Ať už formou kurzů v rámci celoživotního vzdělávání či výukou na bakalářském stupni studia ošetřovatelství.

Do budoucna by bylo vhodné, aby se studenti ve svých závěrečných pracích věnovali depresivním pacientům. Tato skupina velmi křehkých jedinců si to zaslouží.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. DOHNALOVÁ, Hana. 2011. *Medicína pro praxi*. Problematika užívání omezovacích prostředků zdravotnických zařízení a v ústavech poskytující sociální služby. Olomouc : Solen, 2011, roč. 8, č. 2, s.86 - 88. ISSN 1214-8687.
2. DRAGOMIRECKÝ, Andrej. 2005. *Teorie osobnosti*. Praha : Stratos, 2005. ISBN 80-85962-21-7.
3. DUŠEK, Karel. 2005. *První pomoc v psychiatrii*. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0197-9.
4. HARTL, Pavel; HARTLOVÁ, Helena. 2000. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
5. HONZÁK, Radkin. 1999. *Komunikační pasti v medicíně*. Praha : Galén, 1999. ISBN 80-7262-032-0.
6. HOSÁKOVÁ, Jiřina. 2007. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. Opava : Slezská univerzita v Opavě, 2007. ISBN 978-80-7248-442-3.
7. KOZIEROVÁ, Barbara; ERBOVÁ, Glenora; OLIVIERIOVÁ, Rita. 1995. *Ošetrovatel'stvo 1*. Martin : Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
8. KOVAŘÍKOVÁ, Hana; JIRKOVSKÝ, Stanislav. 2009. *Sestra*. Problematika hospitalizovaných agresivních pacientů. Praha : Mladá fronta, 2009, roč. 19, č. 6, s. 34. ISSN 1210-0404.
9. KREKULE, Petr. 2009. Sborník referátů XXXI. Soudně psychiatrické a psychologické konference. In: HARSA, P.; ŽUKOV, I.; CSÉMY, L. *Možnosti posuzování a měření agresivity u psychiatrických pacientů*. Praha : Galén, 2009. s. 20 - 23. ISBN 978-80-7262-634-2.

10. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2004. *Jak přežít vztek, zlost a agresi*. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0818-3.
11. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 1988. *Jak si navzájem lépe porozumíme*. Praha : Svoboda, 1988. ISBN 25-095-88.
12. KYMROVÁ, Eva. 2011. *Holistické přístupy v psychologii*. Praha : Vysoká škola zdravotnická o.p.s, 2011. ISBN 978-80-904955-0-0.
13. LINHARTOVÁ, Věra. 2007. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.
14. MAREČKOVÁ, Jana. 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
15. MARKOVÁ, Eva; VENGLÁŘOVÁ, Martina; BABIAKOVÁ, Mira. 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
16. MARX, David. 2003. Jak minimalizovat riziko útoků ve zdravotnických zařízeních. *Zdravotnické noviny*. Praha 2003, roč. 52, č. 23, s. 24 - 25. ISSN 0044-1996.
17. NOVÁK, Tomáš; CAPPONI, Věra. 1996. *Sám proti agresi*. Praha : Grada Publishing, 1996. ISBN 80-7169-253-0.
18. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1211-3.
19. POKORNÁ, Andrea. 2008. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. ISBN 978-80-7013-466-5.

20. RABOCH, Jiří; ZVOLSKÝ, Petr et al. 2001. *Psychiatrie*. Praha : Galén, 2001. ISBN 80-7262-140-8, Praha : Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0390-X.
21. VEVERA, Jan. 2011. Zvládání agitovanosti a násilného chování. *Psychiatrie pro praxi*. 2011, roč. 12, č. 2, s. 69 - 71, ISSN 1213-0508.
22. VOKURKA, Martin; HUGO, Jan. 2008. *Praktický slovník medicíny*. Praha : Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-159-2.
23. VYBÍRAL, Zbyněk. 2005. *Psychologie komunikace*. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7178-998-4.

Seznam literatury je zpracován dle normy ISO 690: 2.

PŘÍLOHY

Příloha A – Souhlas se sběrem dat v NMSKB Praha

Mgr. Šárka Šlégrová
Hlavní sestra
Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského
Vlašská 36
Praha 1

Věc : Žádost o schválení sběru dat k bakalářské práci

Vážená hlavní sestro,

Jmenuji se Petr Dobeš a jsem studentem 3. Ročníku obor všeobecná setra, Vysoké školy zdravotnické o.p.s, Duškova 7, Praha 5. V současné době píši bakalářskou práci na téma komunikace všeobecných sester s agresivním pacientem. Dovoluji si Vás požádat o schválení dotazníku ke sběru dat. Dotazníky jsou anonymní a data z nich budou použita výhradně k mé bakalářské práci.

Děkuji za spolupráci



v Praze dne : 10. Ledna 2012

Petr Dobeš
Vysoká škola zdravotnická o.p.s
Duškova 7, Praha 5

Povoluje sběr dat v NMSKB

Nemocnice Milosrdných sester
sv. Karla Boromejského v Praze
Vlašská 36, 118 33 Praha 1
Hlavní sestra

Mgr. Šárka Šlégrová



Příloha B – Souhlas se sběrem dat v PLB

19.3.12

Email: Atlas.cz

Od: "Petr Dobeš" <petrdobes@jathis.cz>
Kom: "Jana Akrmannová" <jana.akrmannova@plbohnice.cz>
Předmět: dotazník k Bc. práci
Datum: 14.12.2011 16:36
Velikost: 31,1 kB
Přílohy: DOTAZNÍK_-konečná.doc

Vážná hlavní sesuv,

na základě naší dřívější komunikace si Vám dovoluji zaslat, ke schválení, schválený dotazník k mé bakalářské práci. Žádám o umožnění průzkumu na pavilonu č. 27, a pavilonu č. 30.

Děkuji

S pozdravem

Petr Dobeš
tel. 737 447 298

Od: "Jana Akrmannova" <Jana.Akrmannova@plbohnice.cz>
Komu: <petrdobes@atlas.cz>
Předmět: FW: Re: Petr Dobeš dotazník k bakalářské práci
Datum: 19.12.2011 13:04
Velikost: 8,8 kB

Dobrý den,

etická komise vyslovila souhlas s použitím dotazníku s doporučeními, viz. níže.

S pozdravem
Jana Akrmannová

Bc. Jana Akrmannová
hlavní sestra
Psychiatrická léčebna Bohnice
Ústavní 91
181 02 Praha 8

email: jana.akrmannova@plbohnice.cz

tel.: 284 016 124

mob.: +420 774 490 309

>>> Jan Pomykacz 16.12.2011 9:41 >>>
posílám včerejší schválení.

Petr Dobeš
Vysoká škola zdravotnická o.p.s
Duškova 7, Praha 5

Žádost studenta 3. Ročníku Vysoké školy zdravotnické o.p.s obor všeobecná sestra. V současné době píše bakalářskou práci, ve které se zabývá komunikací všeobecných sester s pacienty. Získaná data budou použita pouze k této bakalářské práci.

Etická komise dotazník posoudila a dotazník z etického pohledu schválila, po stránce obsahové má dvě doporučení::

u bodu 4:

„Jestliže jste v otázce č.4 odpověděli ano, zodpovězte, zda-li je ve vašem zařízení ustanovena skupina na kontrolu kvality poskytování ošetrovatelské péče.

Příloha C – Standard ošetrovatelské péče o neklidné pacienty

Standard č. 1

Téma : Terapeutická izolace pacienta, omezení v lůžku

Platnost standardu: od 1.6.2003

Číslo pro : Pl. Dobruška

Kontrola : 1 x ročně

Omezení – buď terapeutické omezení pohybu pacienta při ukládání v lůžku nebo umístění pacienta do terapeutické izolace.

kód	struktura	kód	Proces	kód	výsledek
S 1	Omezení pacienta musí vždy indikovat lékař ve výjimečných případech. Lze omezit i pacienta i dohledně (vyšší) – tj. na bezpečnostní důvěry. Reaktivně provádějí omezení a poté znovu informovat lékaře, který ordinaci zapisuje do dekursu.	P 1	Pacient se nepodává neuspokojivý stav pacienta zvláštními verbálními usměrňujícími či neklidovými mediálními příznaky v úvodu jako poslední kritérií možnosti omezení pacienta. Sestra popíše stav pacienta a není – tj. aktuálně (tzn. jako dříve) omlouvaná možnost omezení, přivolá lékaře. Je – tj. omezení omlouvaná, nebo rozhodne – tj. o něm přivolá lékař, zodpovědí za jeho správné provedení vedoucí sestra.	V 1	Nemocné vzhledem ke svému aktuálnímu stavu neohroží sebe ani nikoho ve svém okolí, resp. nebude svým chováním zneklidňovat či ohrožovat ostatní nemocné, event. i jejich návštěvy.
S 2	Na oddělení jsou k dispozici kůry a sestra zná místa jejich uložení. Na odd. je terapeutická izolace.	P 2	Sestra se snaží uvolnit, pro něj psychopříjemnou formou vysvětlit důvody vedoucí k omezení (je – tj. to možné), informovat jej o dalším postupu a event. i časové perspektivě děje omezení. Na počátku omezení je pacientovi známa TK a P, vedoucí – tj. to jako star, je známa v co nejvíce nejbližší době. Čas počátku omezení sestra výrazně zaznamená do dekursu.	V 2	Ke omezení nemocného bylo přistoupeno po vyčerpání všech možností ke zklidnění neuspokojivého stavu a omezení bylo realizováno v souladu s příslušnými interními předpisy – pod supervizí lékaře, ze správné izolace, pouze po nebezpečně mluvením dehtu.
S 3	Na oddělení jsou dostupné náskopy pro soud Územní o neklidovlnosti vstupu.	P 3	Vlastní omezení provádí sestra za pomoci osahatých zdravotníků. Není – tj. na odd. k dispozici desaterý počet personálu, požádá o výpomoc: CPP – tel. linka 144.	V 3	Báhen omezení nedošlo k poškození pacienta jeho základní potřeby byly dostatečně uspokojovány. Dle možnosti ovlivňujících stavu pacienta byl nemocnému umožněn i po dehtu omezení kontakt s jeho blízkými.
		P 4	Před umístěním pacienta do terapeutické izolace mu personál odbere vše, čím by se mohl poškodit.	V 4	Četř průběh omezení byl přehledný, logický a srozumitelný zdravotníkům.
		P 5	Při omezení pacienta na lůžku či v TI kontroluje SŽP průběh stavu pacienta a nejdle v hodnocení (při využití TI – 2 hodnocení) intervencí provádí zápis zjištěných údajů do dekursu. Předemtem kontrol jsou především stav vědomí a intenzita udržení příst. s oddělením na star prokurenti kontroly. Zápis obsahuje zjištěné potřeby pacienta ve smyslu rozhodnutí a pokračování či ukončení omezení. Vc		


P 6	dříchodivových interakcích (neutě – li lékař jinak) než SZP TR a P. V průběhu omezení je pacientovi poskytována kompletní péče s ohledem na jeho stav. Účinná je úroveň klást na bytelnosti vyhodnocení, provedení dechových a event. negativních distálních omezení končící (oděty, keramický, Argenta, prevence prochlazení).		
P 7	Návštěvy neurologů při omezení jsou rovněž možnou – li vyslevení základních lékařem. Je vhodné aby jejich přítomnost nebyl příliš dlouhý, odehrával se ze zvláštního personálu a návštěva nemocného byla schopna akceptovat omezení opatření. V případě psychomotorní se SZP občas na lékařské se žádosti o rozhodnutí, event. i pauzování návštěvy.		
P 8	Je – li předtím své vůlí omezení pacient s dobrovolným vstupem, další SZP ve spolupráci s lékařem a CIPP neprůběžně zadržují vstup na neobdobný		
P 9	Je – li pacient nepřetržitě omezen v lůžku 3 hodiny nebo v terapeutické izolační 12 hod., musí další tvrdit omezení každé 3 hod. nebo 12 hod. opět uvolňovat lékař.		
P 10	Při ukončení omezení SZP zaznamená výrazně do dechovny žas, kdy bylo omezení ukončeno a popíše stav pacienta.		

Zdroje
Směrnice ředitele č. 7 / 2002, Směrnice ředitele č. 3 / 2002

Jana Černá
hlavní sestra

MUDr. Zdeněk Baňný
ředitel PLB

Příloha D – Formulář hlášení mimořádné události

	HLÁŠENÍ MIMOŘÁDNÉ UDÁLOSTI			
	MIMOŘÁDNÁ UDÁLOST:		ZJIŠTĚNÍ UDÁLOSTI:	
datum:		čas:		
datum:		čas:		
1. KOMU SE UDÁLOST PŘIHODLA: (jméno, příjmení, r.č., z kterého oddělení, event. telefon)				
<input type="checkbox"/> pacient: z oddělení:				
<input type="checkbox"/> návštěva:				
<input type="checkbox"/> stážisté, studenti:				
<input type="checkbox"/> zaměstnanec nemocnice:				
2. UDÁLOST ZJIŠTĚNA KÝM:		3. SVĚDEK:		
jméno:		jméno:		
funkce:		funkce:		
4. ZÁPIS PŘIHOUDA KÝM: jméno, funkce:				
5. DRUH MIMOŘÁDNÉ UDÁLOSTI:				
<input type="checkbox"/> selhání zdravotnické techniky při resuscitační péči <input type="checkbox"/> nepředvídatelné úmrtí pacienta při diagn. či terap. výkonu <input type="checkbox"/> mimořádná událost – podávání léků <input type="checkbox"/> mimořádná událost – rehabilitační výkony <input type="checkbox"/> problém se souhlasem pacienta s léčbou a léčeb. plánem <input type="checkbox"/> riziko stížnosti pacienta <input type="checkbox"/> napadení pacienta jiným pacientem (verbální/fyzické) <input type="checkbox"/> napadení zaměstnance pacientem (verbální/fyzické) <input type="checkbox"/> sebezranění <input type="checkbox"/> popálení <input type="checkbox"/> pokus o sebevraždu / dokonaná sebevražda		<input type="checkbox"/> pád (vyplňte hod 7) <input type="checkbox"/> úraz na pevný objekt <input type="checkbox"/> ztráta či poškození majetku pacienta <input type="checkbox"/> ztráta či poškození ústavního majetku <input type="checkbox"/> svévolný odchod pacienta z ústavu <input type="checkbox"/> pacient se nevrátil z vycházky/propustky <input type="checkbox"/> pozdní návrat pacienta z vycházky/propustky <input type="checkbox"/> podezření na domácí násilí, týrání <input type="checkbox"/> zanedbaný pacient z domova <input type="checkbox"/> zanedbaný pacient z jiného ústavu <input type="checkbox"/> casus socialis		
<input type="checkbox"/> nozokomiální infekce: upřesněte				
<input type="checkbox"/> jiná událost: upřesněte				
<input type="checkbox"/> dekubit: <input type="checkbox"/> při přijetí: stupeň rozměry lokalizace				
<input type="checkbox"/> vznik za pobytu: stupeň rozměry lokalizace				
<input type="checkbox"/> změny za pobytu: stupeň rozměry lokalizace				
<input type="checkbox"/> vícečetné dekubity: stupeň a lokalizace				
<input type="checkbox"/> výstupní hodnocení dekubitu: (při překladu na jiné oddělení, při propuštění pacienta)				
stupeň rozměry lokalizace				
<input type="checkbox"/> vícečetné dekubity: stupeň a lokalizace				

Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského, Vlašská 36, 11833 Praha 1

6. LOKALITA MIMOŘÁDNÉ UDÁLOSTI:

název oddělení, místa, kde k mimořádné události došlo:

- | | | | |
|---|--|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> pokoj pacienta | <input type="checkbox"/> pokoj jiného pacienta | <input type="checkbox"/> WC | <input type="checkbox"/> koupelna |
| <input type="checkbox"/> chodba | <input type="checkbox"/> výtah | <input type="checkbox"/> schodiště | <input type="checkbox"/> jídelna |
| <input type="checkbox"/> laboratoř | <input type="checkbox"/> Rentgen | <input type="checkbox"/> posluchárna | <input type="checkbox"/> šatna |
| <input type="checkbox"/> venkovní areál nemocnice | | | |

jiné místo:

7. OKOLNOSTI PÁDU:

Příčina pádu:

- uklouznutí
- mokrá podlaha
- ztráta vědomí
- záchvat
- pád z lůžka
- převoz
- závada zařízení
- imobilizace pacienta
- závratě
- jiné příčina:

Obuv:

- uzavřená
- speciální
- pantofle
- s páskem přes patu
- přezívky
- žádná obuv

Hybnost pacienta:

- plně mobilní
- částečně mobilní
- imobilní
- chůze samostatně
- chůze s doprovodem
- chůze s pomůckou
- klid na lůžku

Zařízení/opatření:

- polohovací lůžko
- obě postranice
- jedna postranice
- postranice nepoužity
- signalizace v dosahu
- vozík
- poučení pacienta o prevenci pádu

Vědomí a psychický stav pacienta: v normě dezorientace zmatenost psychická alt.

pod vlivem psychoaktivní látky, léku pod vlivem alkoholu

Senzorická porucha:

porucha zraku porucha sluchu hluchota slepota

8. STRUČNÝ POPIS UDÁLOSTI: (datum, čas zápisu, popis události, jmenovka s parafou zapisujícího)

Vyjádření lékaře: (datum, čas zápisu, popis události, jmenovka s parafou zapisujícího)

9. INFORMOVÁNÍ RODINY (blízké osoby) PACIENTA: (datum, čas, kdo informován, jmenovka a parafa lékaře)

Formulář „Hlášení mimořádné události“ vyplňte nejdele do 24 hodin po zjištění mimořádné události.

DOTAZNÍK

Vážené kolegyně, Vážení kolegové,

jmenuji se Petr Dobeš, jsem studentem 3. ročníku Vysoké školy zdravotnické o.p.s obor všeobecná sestra. V současné době píši bakalářskou práci, která se zabývá komunikací všeobecných sester s pacienty. Dovoluji si vás, požádat o vyplnění tohoto anonymního dotazníku. Získaná data budou použita pouze k této bakalářské práci. Vámi zvolenou odpověď zaškrtněte a zvolte pouze jednu možnost.

Děkuji za spolupráci

Petr Dobeš

Vysoká škola zdravotnická o.p.s

Duškova 7, Praha 5

1. Jste

- a) muž b) žena

2. Uvedte oddělení, na kterém pracujete

- a) ARO, JIP, b) Interna c) Chirurgie d) Psychiatrie

e) Ambulance

3. Máte ve vaší nemocnici vypracovány standardy ošetrovatelské péče o agresivního pacienta ?

a) ano b) ne c) nevím

4. Je ve vašem zařízení ustanovena skupina na kontrolu kvality poskytování ošetrovatelské péče.

a) ano b) ne

5. Disponuje vaše nemocnice signalizačním zařízením pro přivolání dalších pracovníků, v případě hrozící nebo probíhající agrese?

a) ano b) ne

6. Setkal(a) jste se při výkonu svého zaměstnání s agresivním pacientem?

a) ano b) ne

7. Je ve vašem zařízení osoba, která se specializuje na zvládání a komunikaci s agresivním pacientem?

a) ano b) ne

8. Jaké je vaše pracovní zařazení?

a) Všeobecná sestra b) zdravotnický asistent

c) Zdravotnický záchranář d) sanitář/ ošetrovatel

9. Při výskytu agresivního jednání si přivolám posilu

a) vždy b) nikdy c) snažím se situaci zvládnout sám/a

10. Setkal/la jste se s agresorem i z řad zdravotnického personálu na pracovišti?

a) ano b) ne

11. Byl/a jste při nástupu do zaměstnání v rámci školení BOZP proškolen/a o komunikaci a zvládnání agresivního pacienta?
- a) ano b) ne
12. Jaké omezovací prostředky používáte při zvládnání agrese?
- a) "Kurty" b) "kurty", břišní pásy, fixátory končetin
b) Obvazy d) jiné (vyjmenuj) :
13. Vzpomínáte si, jestli v posledním roce, odešel z vašeho pracoviště nějaký zaměstnanec z důvodu napadení pacientem?
- a) ano, odešel b) ne c) nevzpomínám si
14. Při setkání s agresivním pacientem (pac. přechází z místa na místo, neustále vyžaduje pozornost, kveruluje) :
- a) Vyzvu jej, ať se zklidní, vyhrožuji mu použitím omezovacího prostředku, volám policii
b) Jsem vlídný/á, podám mu ruku, pozorně naslouchám, neotáčím se zády k němu, přivolám si posily
c) Povolám posily, omezím pacienta v lůžku
15. Při hrozící brachiální agresi ze strany pacienta k okolí, volím tento postup :
- a) Snažím se pacienta verbálně zklidnit, příp. aplikuji neklidovou medikaci, pokračuji ve sledování pacienta a v případě nutnosti jej omezím v lůžku.
b) Snažím se pacienta verbálně zklidnit, příp. aplikuji neklidovou medikaci, pokračuji ve sledování pacienta a v případě nutnosti jej omezím v lůžku na dobu nezbytně nutnou. Provedu přesný záznam do zdravotnické dokumentace. Stav popisuji i vlastními slovy, jestliže nedokážu odborně pojmenovat.
c) Nejprve pacienta zpacifikuji, omezím v lůžku, aplikuji neklidovou medikaci, provedu záznam do zdravotnické dokumentace .