

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U AGRESIVNÍHO PACIENTA V
NEMOCNIČNÍM ZAŘÍZENÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

DOMINIKA NOVÁ

Praha 2017

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U AGRESIVNÍHO PACIENTA V
NEMOCNIČNÍM ZAŘÍZENÍ**

Bakalářská práce

DOMINIKA NOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

Praha 2017



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

Nová Dominika
3. A VŠ

Schválení tématu bakalářské práce

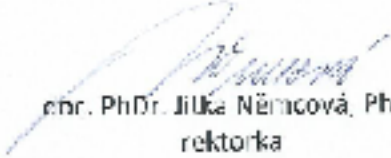
Na základě Vaší žádosti ze dne 3. 11. 2016 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetřovatelský proces u agresivního pacienta v nemocničním zařízení

Nursing Process in an Aggressive Patients in Hospital

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

V Praze dne: 3. 11. 2016


mgr. PhDr. Jilka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji paní Mgr. Haně Tošnarové, Ph.D. za ochotu a všechny rady během vedení mé práce.

Dále děkuji svým kolegům a kolegyním ve VFN a rodině za trpělivost a podporu.

ABSTRAKT

NOVÁ, Dominika. *Ošetrovatelský proces o agresivního pacienta*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, PhD., Praha 2017. 79 s.

Bakalářská práce na téma Ošetrovatelský proces o agresivního pacienta je rozdělena na dvě části - teoretickou a praktickou.

V teoretické části je vysvětlen pojem agrese a jsou zde popsány možné projevy agrese, dále jsou zde definovány omezovací opatření a jejich indikace. Samostatná kapitola je věnována základům efektivní komunikace.

Praktická část formou kazuistiky popisuje ošetrovatelský proces o konkrétního pacienta s agresivními projevy.

Cílem bakalářské práce je přehledně shrnout klasifikaci agrese, nastínit základy efektivní komunikace ve zdravotní péči a ty zohlednit v ošetrovatelském procesu o agresivního pacienta.

Klíčová slova

Agrese. Agresivní pacient. Konfliktní jednání. Násilí. Omezovací prostředky. Péče o agresivního pacienta. Restriktivní pomůcky. Základy komunikace.

ABSTRACT

NOVÁ, Dominika. *Nursing process of aggressive patient*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Level of qualification: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Hana Tošnarová, PhD., Praha 2017. 79 s.

This Bachelor thesis on the nursing process of aggressive patient is divided into two parts – theoretical and practical.

Theoretical part is focused on explanation of the concept ‚aggression‘, description of acts of violence, potential sources of conflict between the patient and nursing staff. Restrictive measures and their indications are also defined. Separate chapter is focused on basics of effective communication.

Practical part describes nursing process of aggressive patient with aggressive behavior.

The aim of the thesis is a clear summary of aggression classification, outline the basics of effective communication during health care and take these basics into account within the nursing process of aggressive patient.

Keywords

Agresse. Aggressive behavior. Aggressive patient. Effective communication. Nursing process of aggressive patient. Restrictive measures.

PŘEDMLUVA

Domáhání propuštění na negativní revers, nadávky, urážky či dokonce výhrůžky nebo fyzická napadení. Agrese má mnoho projevů a mnoho příčin. Z výzkumů vyplývá, že ještě před pár lety většina zdravotníků o násilném chování pacientů pouze slyšela, ale nebyla s ním bezprostředně konfrontována. Nejnovější průzkumy však hovoří opačně - situace se vyvíjí neutěšeně, násilí přibývá.

Jak ale nelehké situaci a vypjaté atmosféře předcházet? A když už nastane - jak jí úspěšně čelit? A existuje typologie konfliktních osobností, nebo se mohou násilné sklony projevit u každého hospitalizovaného? Všechny tyto otázky mě vedly k výběru tématu bakalářské práce.

Myslím si, že je nezbytně nutné, aby základy efektivní komunikace a účinné techniky k zachování sebeúcty a zároveň respektu ovládala každá všeobecná sestra. V rámci komplexnosti ošetrovatelského procesu by si zároveň měla uvědomovat možné zdroje konfliktů mezi ní a pacientem, měla by je eliminovat a jestliže ke konfliktu dojde, měla by mít situaci pod kontrolou.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD	13
1 AGRESE.....	16
1.1 ETIOLOGIE AGRESE.....	17
1.1.2 AGRESIVNÍ CHOVÁNÍ U OSOB S DUŠEVNÍMI PORUCHAMI	21
1.2 DĚLENÍ AGRESE	23
1.3 PROJEVY AGRESE	25
1.4 FÁZE AGRESE	26
2 OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY.....	28
2.1 LEGISLATIVA	28
2.1.1 DETENČNÍ ŘÍZENÍ	28
2.2 POSTUP UŽITÍ OMEZOVACÍCH PROSTŘEDKŮ.....	29
2.3 NEFARMAKOLOGICKÝ POSTUP	31
2.4 FARMAKOLOGICKÝ POSTUP	33
3 KRIZOVÁ KOMUNIKACE	37
3.1 ZÁSADY VERBÁLNÍ KOMUNIKACE S AGRESIVNÍM PACIENTEM	39

3.2 ZÁSADY NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE	40
4 POPIS OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU.....	41
4.1.KAZUISTIKA PACIENTA	45
5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	75
ZÁVĚR	78
SEZNAM LITERATURY	80
SEZNAM PŘÍLOH	86

SEZNAM ZKRATEK

BMI	- Body Mass Index - index tělesné hmotnosti
CMP	- centrální mozková příhoda
CNS	- centrální nervová soustava
ČLS JEP	- Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
DK	- dolní končetina
CHOPN	- chronická obstrukční plicní nemoc
LDN	- léčebna dlouhodobě nemocných
NANDA	- North American Nursing Diagnosis Association
NPB	- náhlá příhoda břišní
PL	- praktický lékař
VFN	- Všeobecná fakultní nemocnice
SpO₂	- saturace - okysličení těla
VAS	- Vertebrogenní algický syndrom, stupnice bolesti

Zdroj: (VOKURKA, HUGO a kol., 2010)

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Antihypertenziva	- léky proti vysokému krevnímu tlaku - hypertenzi
Deeskalační techniky	- uklidnění, uvolnění napětí, zmírnění konfliktu
Epilepsie	- skupina poruch mozku projevujících se opakovanými záchvaty
Halucinace	- falešný vjem něčeho, co neexistuje
Hostilní	- nenávistný, nepřátelský
Hypotenze	- pokles krevního tlaku
Noncompliance	- neochota spolupracovat, nevyhovění, nedodržení (např. diety, léčebného režimu)
Pneumonie	- zánět plic, při kterém je postižen větší úsek plic
Sepse	- těžká infekce provázená celkovými systémovými projevy zánětu
Somnolence	- lehčí porucha vědomí se sníženou bdělostí
Tachykardie	- zrychlení srdeční frekvence nad 90 / min
Tumor	- nádor, popř. jakékoliv zvětšení či zduření určité části těla
Urémie	- závažný stav vznikající v důsledku těžké poruchy funkce ledvin, neschopnost ledvin udržovat vnitřní prostředí a eliminovat z těla metabolity

Zdroj: (VOKURKA, HUGO a kol., 2010, KLIMEŠ, 2010)

ÚVOD

Všeobecná sestra je osobou, se kterou je pacient během hospitalizace v nejužším kontaktu, setkává se s ní nejčastěji. Sestra se podílí na pacientově příjmu, edukuje ho, podává mu léky, zjišťuje míru jeho bolesti a diskomfortu, pacienta překládá na jiné oddělení, propouští jej. Jakkoliv je jeho oporou, leckdy může být i “hromosvodem”. Agrese a násilí ve zdravotnictví celosvětově stoupá a je proto důležité agresivní chování řešit.

Agrese a útoky ze strany pacientů jsou často vysvětlovány a do jisté míry tolerovány omluvou, že je pacient vystaven stresujícímu neznámému prostředí. Odborníci ale upozorňují na nejednotnost vzniku agrese, existuje hned několik teorií.

Agresi dle faktorů, které k ní vedou, rozlišujeme na ty podmíněné genetickou výbavou jedince a na takzvané organické, dále na faktory psychologicko-neurologické a na faktory vývojové a sociologické (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014).

Ve starší literatuře se uvádí, že některé studie dědičnost agrese nepotvrzují, jiné však prokazují, že geny jsou významnější než vlivy prostředí.

V zahraničí se agresivním chováním pacientů zabývají vědci poměrně často a detailně. V České republice se konal výzkum zaměřený na prevenci násilí ve zdravotnictví a sociální péči v roce 2010 a přítomnost agrese potvrdil (HOFMANOVÁ, 2010).

Bakalářská práce v teoretické části vysvětluje pojem agrese, její etiologii, dělení a projevy. Vymezuje pojem hostilita a zmiňuje základy efektivní komunikace, definuje omezovací prostředky a jejich indikaci.

V praktické části je formou kazuistiky popsán ošetřovatelský proces o konkrétního agresivního pacienta. Jsou stanoveny ošetřovatelské diagnózy a navrhnuty vhodné intervence, následuje zhodnocení.

Cílem bakalářské práce je shrnout agresi včetně její etiologie a projevů, vystihnout základy efektivní komunikace a ty zohlednit v ošetřovatelském procesu o pacienta s násilnými projevy chování.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1.

Shrnout informace o agresi, její etiologii, dělení a projevy, popsat omezovací prostředky.

Cíl 2.

Popsat základy správné komunikace s pacientem.

Vstupní literatura:

BURDA, P. (2014). *Krizová komunikace s agresivním a hostilním pacientem*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 52 s. ISBN 978-80-7013-564-8.

LÁTALOVÁ, K. (2013). *Agresivita v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada. 234 s. ISBN 978-80-247-4454-4.

PETR, T., E. MARKOVÁ a kol. (2014). *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. 296 s. ISBN 80-247-1151-6.

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborných publikací a článků, které byly použity pro vypracování bakalářské práce, probíhalo od června 2016 do ledna 2017. Materiál ke zpracování rešerše byl čerpán v Národní lékařské knihovně na základě zadané rešerše. Časové období českých i zahraničních zdrojů bylo vymezeno obdobím 2006 až po současnost. Zdrojem byla databáze Medvik, CINAHL, Academic Search Complete, Medline, Theses.

Z dohledané literatury bylo citováno na základě tematické blízkosti s cíli bakalářské práce.

Pro tvorbu praktické části byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1.

Popsat ošetrovatelský proces o pacienta s agresivními projevy chování.

Cíl 2.

Vytvořit doporučení pro komunikaci s agresivním pacientem.

Popis výběru kazuistiky

Pro vypracování praktické části byla vybrána kazuistika pacienta hospitalizovaného ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze na III. interní klinice, který vykazoval agresivní chování. Sběr dat probíhal v lednu 2017.

1 AGRESE

Slovo agrese pochází z latinského ad-gredior - přistoupit blízko, napadnout. Tento jev můžeme nahlížet z hlediska psychologického, psychopatologického, psychiatrického i z pohledu ošetřovatelství, definice pojmu se tedy různí. Obecně se však autoři shodují, že je agrese chápána jako jakákoliv forma chování, jejímž cílem je záměrně někoho poškodit nebo mu ublížit. Agrese nemusí vždy vyjadřovat jenom negativní projev v chování. Agresivní postoj může mít i sociálně žádoucí efekt, například v případě překonávání překážek k vytyčenému cíli (HARSA, et al. 2012).

Z pohledu ošetřovatelství je agrese útočné jednání s cílem záměrně nebo nezáměrně ublížit. Sestra je mnohdy první osoba, která se v klinické praxi s pacientem setkává. Je to právě ona, která s ním komunikuje v čekárně, přijímá ho na oddělení, předává pokyny, které nemocného směřují na další vyšetření, ošetření zranění. Sestra je osobou, která může vnímat výkyvy nálad, změny v chování a reakce nemocného člověka (ZACHAROVÁ, 2009). Pacienti se uchylují k agresi jako k formě obranné reakce, zároveň ji ale používají jako nástroj k dosažení svých cílů, například zkrácení čekací doby, upřednostnění před jinými pacienty.

Nezbytnou součástí každé definice je úmysl, protože každá agrese je zjevná, tedy lze ji pozorovat, a chování je záměrné, tedy má svůj účel.

Na agresi navazuje agresivita. V odborné literatuře se tyto pojmy buď vůbec nerozlišují, nebo je agresivita vysvětlena jako tendence k útočnému jednání. Slovo vychází z latinského aggressio - výpadek, útok. Jedná se o útočnost projevující se jednáním, které poškozuje věci nebo osoby. Agresivita je reakcí na ohrožení, naučeným způsobem prosazování vlastních přání nebo projevem vnitřního puzení. Agresivní chování posiluje pocit moci, v jistých skupinách i prestiž. Agrese může být podporována nebo tlumena způsobem výchovy (BURDA, 2014). Na agresivitu můžeme nahlížet i jako na formu porušení sociálních norem. Mezi formy agresivity řadíme verbální (slovní), fyzickou agresivitu vůči předmětům a psychickou agresivitu vůči lidem.

S agresivním chováním souvisí i hostilita, což je negativistický postoj, leckdy až s projevy nepřátelství. Jedná se o nepřátelský postoj vůči sobě a okolí s agresivními projevy chování (BURDA, 2014).

O projevech agrese ze strany pacientů hovoří různá výzkumná šetření. Uvádí se, že 87,8 % dotázaných sester se setkalo s nějakým druhem agrese ze strany klienta (PEŇÁKOVÁ, 2011).

V jiné studii se píše, že bylo 59 % respondentů dokonce fyzicky napadeno (VYHÝBALOVÁ, 2011).

Pacient, který vyžaduje zdravotnickou pomoc, je do jisté míry v krizové situaci a s tou se musí vyrovnat. To se odráží na jeho psychice, na změnách nálady a rozpoložení, na jeho emocích.

„Emoce považujeme za širší konceptuální rámec, uvnitř nějž jsou afekty a nálady rozlišovány především podle průběhového, časového měřítka. Afekt znamená emoční výkyv trvající minuty až hodiny. Nálada oproti tomu je emoční stav trvající delší dobu a často charakterizující temperament nebo osobnost” (LÁTALOVÁ, 2013, s. 12).

1.1 Etiologie agrese

Existuje několik pohledů na zdroje agrese a z pohledu psychologie k nim není jednotný přístup.

Poněšický (2010) rozlišuje podle příčiny vzniku 3 druhy agrese. Agresi jako vrozenou pudovou sílu, agresi získanou v důsledku frustrací a dělení dle smíšeného humanistického konceptu. Toto dělení velmi dobře vystihuje důvody agresivního chování u pacientů.

- **Agrese jako vrozená pudová síla** - pohlížíme na ni jako na vrozenou vlastnost. Prvním zastáncem teorie, že agrese je vrozená a pudová, je Konrad Zachariaez Lorenz¹. Dle Lorence se u agrese nejedná primárně o pouhou reakci na příslušný podnět, nýbrž o pudové, neustále narůstající vnitřní napětí, jež hledá ve svém okolí příležitost k vybití (LÁTALOVÁ, 2013). Lidskou agresi jako vrozený jev s biologickými kořeny zkoumal i Zikmund Freud, jeho teorie je známá jako Freudova teorie agrese. Ve svých teoriích popsal existenci vždy dvou pudů a jejich rovnováhu či nerovnováhu. Mezi pudem k životu a pudem ke smrti, mezi Erotem a Thanatem, mezi konstruktivním a destruktivním. Freud vykládal agresi jako projev základního pudu ke smrti. Tento projev je směřován navenek, aby ničil vlastní organismus zevnitř (BURDA, 2014).
- **Agrese získaná v důsledku frustrací** - v tomto případě se jedná o následek nepřekonaných překážek nebo psychických traumat. Pro tento jev se používá termín frustrace - agrese, jedná se o stav vyvolaný překážkou na cestě k cíli, respektive ohrožení, oddálení nebo znemožnění uspokojit určitou potřebu. Překážka pak může být vnější nebo vnitřní. Frustrační teorie platí hlavně v případě aktuálních agresivních reakcí. Připravenost k násilnému reagování, která by měla být naopak dle této teorie tím slabší, čím méně frustrací zažije například dítě ve výchově (LÁTALOVÁ, 2013). Pokud jsou tedy uspokojeny základní potřeby, chování nejeví známky agrese. Je tedy důležité, aby se zdravotníci maximálně snažili uspokojit všechny pacientovy potřeby v rámci předcházení konfliktním situacím. Pocity frustrace by měly být minimalizovány, tedy pacient by měl mít pocit bezpečí a jistoty, neměl by trpět bolestí, měl by mít srozumitelné a jasné informace.

¹ Rakouský zoolog, zakladatel moderní etologie. Zabýval se instinktivním chováním zvířat a dostal v roce 1973 Nobelovu cenu za fyziologii a lékařství.

- **Smíšený - humanistický koncept** - tento pohled je rozšířený především v oboru psychologie. Zásadní postavou pro formování tohoto konceptu byl Erich Fromm², který uznával, že v každém člověku existuje předpoklad k agresivitě, ta se pak projeví jako důsledek nevhodných sociálních podmínek. Člověk je dle Fromma ve své podstatě a přirozenosti dobrý, je mu vlastní benigní, konstruktivní agresivita sloužící k překonání překážek na cestě k uspokojování potřeb a k obraně jeho vitálních zájmů (LÁTALOVÁ, 2013). Agresivita je tak nástrojem k překonávání překážek. Pacient může agresivním chováním překonávat překážky jakými jsou čekací doby, ignorovaná nebo bagatelizovaná bolest zdravotnickými pracovníky, neporozumění a podobně.

Setkáváme se i s vymezením **biologických příčin** agrese. Biologická příčina agrese je popsána italským lékařem, biologem a kriminalistou Ceasarem Lombrosem. Autor se zaměřil na agresi z pohledu kriminalistiky. Tato biologická teorie násilí má i svá rizika. Dle Lombrosa je 25 % kriminálníků vrozených, zbylých 75 % spáchá zločin v afektu nebo využije příležitost. Skutečnost, že zločinci porušují zákon, je podle Lombrosa projevem primitivního stádia jejich vývoje. Autor na základě tohoto zjištění popisoval určité fyziognomické znaky člověka, které vedou ke kriminalitě a agresi. Tato teorie může vyústit v jednu velmi nebezpečnou situaci. Na základě vědeckého podkladu mohou být označeny skupiny lidí za potencionálně nebezpečné nebo z určitých pohledů jako nižší. Problémem je zevšednění a paušalizace na základě této teorie. Představa, že existují skupiny lidí, kteří mohou být označeni vědecky za nižší, našla ve 20. století široké uplatnění a vedla k nuceným sterilizacím v USA a v nacistickém Německu k vraždění na základě smrti ze soucitu, které platila zdravotní pojišťovna. Ještě během Lombrosova života byla tato kriminalistická antropologie vědeckou obcí zavržena jako nevědecká a se známkami předsudků (BURDA, 2014).

² Německo-americký psycholog, humanistický filosof a sociolog. Zabýval se sociokulturními vlivy působícími na člověka, zakladatel neopsychoanalýzy.

Na projevy agrese má vliv i **působení hormonů**, mluví se zejména o vlivu testosteronu. Řada výzkumů prokázala, že vysoká hladina testosteronu souvisí s protispolečenským chováním. Je popisováno, že u odsouzených jedinců za násilné trestné činy byla naměřena vyšší hodnota testosteronu. Riziko násilného chování zvyšuje i nadužívání anabolických steroidů (FISCHER, 2009).

Role se příkládá i **dědičnosti**. Podstatně dříve, než je osobnost člověka ovlivněna výchovou a učením, je ovlivňována prenatalně a perinatálně. Odhaduje se, že genetická výbava přispívá k násilnému chování v rozmezí 44-72 % (VEVERA, et al. 2011).

Důležité je i prostředí při vzniku agresivních projevů chování. Důležitý faktor je to především z pohledu ošetřovatelství. Mezi všechna zamýšlená prostředí, která člověka ovlivňují, řadíme mimo to, kde je nyní poskytována ošetřovatelská péče, i prostředí, kde pacient vyrůstal, jeho pracovní prostředí, sociální prostředí. Prostor a jeho působení má zásadní dopad na osobu a její zdraví. Ošetřovatelství bere v úvahu, že člověk je v soustavné interakci se svým prostředím jako systémem, který významně ovlivňuje osobu jako systém a zdraví jako systém (FARKAŠOVÁ, 2006).

Kultovní osobnost ošetřovatelství Florence Nightingale ve svém humanistickém modelu popisuje prostředí jako základní pojem při poskytování efektivní péče. Prostor se stává ústředním pojmem celého modelu. Nejedná se jen o fyzické prostředí, ale také o emocionální a sociální. Emocionální prostředí má vliv na stránku zdravého člověka i nemocného jedince. Škodlivé fyzické prostředí negativně působí na emocionální prožívání jedince (PAVLÍKOVÁ, 2006).

Můžeme ovlivnit prostředí, ve kterém se odehrává interakce s pacientem. Pokud se pacient v prostředí, kde se odehrává komunikace, necítí dobře, může tato skutečnost ovlivnit pacientovo rozpoložení. Nevhodné prostředí může vytvářet určitou vzdálenost, která může být zdrojem nepřátelských a agresivních projevů. Nevhodné pro komunikaci jsou prostory, kde je nedostatek soukromí, hluk, špatné osvětlení. Sestra by se měla pokusit pro komunikaci s pacientem zajistit intimitu,

klid, dostatečné osvětlení a čas, aby měl pacient prostor pro dotazy a neměl pocit časové tísně.

Obecně lze říci, že neklid a agrese mohou vzniknout prakticky v rámci všech psychických poruch – organických, návykových, schizofrenních, afektivních, úzkostných, u poruch osobnosti, u mentálních retardací, u poruch chování v dětství a dospívání.

Především v rámci konziliární psychiatrické praxe musíme odlišit nepsychiatrické příčiny neklidu. Neklidné chování jako projev somatogenních delirií může být způsobeno traumatem hlavy, neuroinfekcí, tumorem CNS, epilepsií, některými infekcemi (pneumonie, tyfus), generalizovanými nádory, metabolickými a endokrinními chorobami (urémie, dehydratace, jaterní selhání, hypoglykemie, iontová dysbalance atd.).

U polymorbidních pacientů musíme také vyloučit psychotické a deliriózní stavy navozené medikací (analgetika, anticholinergika, kortikoidy, antiparkinsonika, onkologické a antibakteriální léky, kardiaka a další jiné) a brát v úvahu lékové interakce (HANUŠKOVÁ, 2008).

1.1.2 Agresivní chování u osob s duševními poruchami

Agresivní chování u osob s duševními poruchami může být rozděleno do tří skupin: impulzivní, psychotické a instrumentální. Impulzivní agrese není plánována, vyplývá z nedostatku zábran v chování (behaviorální inhibice) a z nezájmu o následky chování. Psychotická agresivita více či méně přímo vyplývá z psychotické symptomatologie (např. halucinace, paranoidní bludy a porucha zpracování informací u mánie). Instrumentální agrese je plánovaný čin spáchaný s cílem uspokojit potřebu. Tento typ útoku je běžný jak u pacientů (zejména u poruch osobnosti a abúzu návykových látek), tak u běžné populace (LÁTALOVÁ, 2013).

Faktorovou analýzou strukturovaných rozhovorů zkoumajících bezprostřední důvody jednotlivých útoků u hospitalizovaných psychotických pacientů bylo zjištěno, že pouze asi 20 % případů bylo způsobeno pozitivními psychotickými příznaky. Zmatenost, impulzivita a nepříznivé osobnostní rysy byly příčinou zbývajících 80 % útoků. Některé kořeny agresivního chování v duševní nemoci lze vysledovat v genetických faktorech, jiné z časných vlivů prostředí, jako je například prenatální expozice toxickým látkám či traumatizace a zneužívání v dětství. Genetické faktory ovlivňují faktory vnějšího prostředí. Pozdější vlivy zahrnují obecné kriminogenní faktory, jako je nízké socio-ekonomické postavení a nízká úroveň dosaženého vzdělání. Etiologie agresivního chování je u psychických poruch mimořádně složitá (LÁTALOVÁ, 2009).

Specifickou skupinu pacientů, kteří mohou prokazovat agresí, tvoří pacienti trpící deliriem. Delirium je různě intenzivní kvalitativní porucha vědomí, doprovázená poruchami dalších psychických funkcí a poruchami chování. Pro deliria je charakteristický náhlý vznik, bouřlivý průběh, většinou kratší trvání v řádech hodin, dnů nebo týdnů. Jedná se o stavy přechodné a recidivující (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014).

Mezi organické příčiny patří atroficko-degenerativní onemocnění mozku, mozkové tumory a traumata mozku. Tato postižení vedou jednak k poruchám metabolismu CNS, jednak k poruchám kognitivních funkcí (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014).

Jako somatogenní příčiny se uplatňují somatogenní tělesná onemocnění, která vedou k hypoxii CNS nebo k poruše mozkového metabolismu. Deliria se vyskytují také v terminálních stádiích různých onemocnění, etiologickým faktorem deliria je také dehydratace (PETR, MARKOVÁ a kol., 2014).

K nejnápadnějším symptomům produktivního deliria patří agresivní chování, zvýšené psychomotorické tempo, neklid. Může se projevovat jako bloudění po oddělení, neúčelné přecházení či přerovnávání věcí, braní cizích věcí, lehání do lůžek

jiných pacientů. Takové chování je vnímáno jako velmi rušivé a zneklidňující jak pro ostatní pacienty, tak pro personál. Pro pacienta samotného pak představuje zvýšené riziko pádu či úrazu. Některé projevy mohou narušovat průběh léčby, například vytahování kanyl a močových katétrů, strhávání obvazů. Pacienti do té doby klidní a spolupracující se mohou agresivně bránit i obvyklým manipulacím při osobní hygieně nebo oblékání. Může se objevit verbální agrese jako křik, nadávky, vulgarismy (KALVACH, 2008).

1.2 Dělení agrese

Pro agresivitu jakožto útočné jednání je zásadní osobnostní charakteristika jedince, tedy to, zda u něho převládají **introvertní** nebo **extrovertní** sklony. Pro introvertní osobnost je charakteristická vnitřní agrese. Pocity jsou prožívány uvnitř, projevem může být vnitřní neklid, sebepoškozování (kouření, alkoholismus). U osoby s extrovertními vlastnostmi je typická vnější agrese. Tento člověk projevuje svoje pocity navenek a je možné je snadno identifikovat.

Dále rozlišujeme agresi **extrapunitivní** a **intrapunitivní**. Extrapunitivní agrese je druhem vnější agrese, kdy se člověk pokouší hledat chybu v ostatních. Agresivní projevy jsou vedeny proti okolí, člověk vidí příčiny svojí frustrace v ostatních, v některých případech je i zkreslen reálný náhled na situaci a může dojít až k paranoidním prvkům v obviňování okolí. Intrapunitivní agrese je naopak typická tím, že člověk hledá chyby v sobě samém. Pociťuje pocit selhání, bezmoci a neúčinnosti. V extrémních případech může končit tento druh agresivity demonstrativní nebo dokonanou sebevraždou (BURDA, 2014).

Nejčastější je dělení agrese na **brachiální** a **verbální**. Brachiální agrese je závažná, nebezpečná. Vzhledem k tomu, že nemusí být vždy vedena rukou (brachium - horní část končetiny mezi ramenním a loketním kloubem), byl by přesnější termín fyzická. Nejčastěji jsou k agresi používány dolní končetiny (kopnutí

do dveří) nebo ruce (facka, pěst) než paže. Tato agrese může být namířena proti člověku nebo proti předmětům. Pokud je vedena proti druhé osobě, tak se jedná o heteroagresi, pokud proti sobě samému, jedná se o autoagresi. Cílem této agrese je obrana, zastrašování, získání výhod pro sebe (BURDA, 2014). S hostilními projevy často souvisí verbální agrese. Ta je buď **přímá**, kdy pacient sestře přímo vynadá, urazí ji, nebo **nepřímá**. Pro nepřímou agresi jsou typické dopisy či telefonáty. **Ideatorní agrese** je taková, kdy si jedinec pouze představuje, jak někomu vynadá, ale nezrealizuje to (VENGLÁŘOVÁ, MAHROVÁ, 2006).

Na základě společenské nebezpečnosti dále dělíme agresivní projevy na agresivitu **zlostnou**, **instrumentální** a **spontánní**. Pro zlostnou agresivitu je typické, že není nástrojem pro dosažení cíle, ale jedná se momentální, nepromyšlené a zkratkovité chování, pro něž je typické, že je ohraničené poměrně krátkým časovým úsekem. Jde spíše o impulzivní výraz afektu s minimální nebezpečností. Pokud se jedná o odplatu, jde již o jednání, které je společensky nebezpečné. Instrumentální agresivita není primárním jednáním, ale nástrojem pro dosažení určitého cíle. Je plánovaná a pacient může mít připravený určitý scénář, různé možnosti vývoje. Někdy může být i tato agresivita reaktivní, kdy se jedná o činnost k odvrácení škod, cílem tedy je vlastní ochrana, ochrana blízkých. Pokud se instrumentální agresivita zaměří na uspokojování vlastních potřeb, je vnímána negativně. V konkrétních případech se může jednat o agresivitu, která může být pro pacienta důležitá třeba v souvislosti s dosažením pracovní neschopnosti, předepsání určitých léků, vynucení hospitalizace ze sociálních důvodů a podobně. Spontánní agresivita je naopak nepromyšlená, člověk ji má v sobě zakořeněnou a může se projevovat již v dětství. Jedná se o patologii chování. Je to agresivní chování, kdy způsobení bolesti přináší emocionální uspokojení a uspokojení potřeb, někdy potřeb, které jsou abnormální a patologické (FISCHER, ŠKODA, 2009).

Zdravotnický pracovník může většinu agresivních projevů ovlivnit svojí profesionalitou, povědomím o agresi, komunikací a přístupem k pacientovi. Pokud se ale jedná o agresivitu způsobenou prostředím, ve kterém pacient vyrůstal nebo

převzetím vzorců chování, je velký problém ovlivnit tento fakt a je třeba s ním pracovat (BURDA, 2014).

1.3 Projevy agrese

Pokud u pacienta dojde v krizové situaci k vyvrcholení hněvu a zlosti, můžeme pozorovat projevy **explozivní** nebo **implozivní**. Explozivní projevy zdravotník lehce identifikuje, protože jsou viditelné a slyšitelné, může se jednat o agresivitu verbální či dokonce fyzickou, kdy je zdravotník přímo ohrožen napadením. Někteří lidé jsou tak zachvázeni svým hněvem, že nedovedou přestat nadávat, křičet a urážet. Slova mohou být spojena i s činem - udeřením, uhozením, píchnutím, kopnutím. Opačný způsob vedení agrese je implozivní, který nemusí ošetřující personál navenek identifikovat. Pacient může být v tomto případě až nepřirozeně klidný, apatický, pasivní. Nebezpečné na tom je, že k explozi agrese může dojít v momentě, kdy to nejméně čekáme. Někteří autoři užívají i pojem pasivní agrese, kdy někteří chápou výbuch hněvu jako společensky nepřijatelný, silou vůle se snaží utlumit veškeré zlostné projevy. Jde o udržení vnitřního napětí v určitých mezích. Daná osoba prožívá emocionální vzrušení v jeho plné realitě, ale ví, že agresí by situaci nevyřešila. Implozivní projevy agrese se mohou projevit izolací pacienta, nezájmem o rozhovor, zvýšenou únavou až sebetrápením (BURDA, 2014).

Před samotnými projevy agrese lze často vyzpozorovat varovné signály, které by neměly zůstat bez povšimnutí. Typickým signálem je **neklid**, tedy předstupeň blížící se agrese. Bohužel i v nemocnici ne vždy mají neklid a agresivní projevy chorobný podklad. Většinou se jedná o vyústění pacientových frustrací, o projevy impulzivní osobnosti nebo emočně nestabilní osobnosti. Je třeba si všimnout předchozí anamnézy v dokumentaci, zda nemá pacient anamnézu násilných činů, jaké má pracovní návyky, sociální anamnézu a podobně. Dalším signálem může být

vyhrožování (např. “Vy nevíte, kdo já jsem...počkejte, já vám ukázu...”), nadávky, výhrůžky.

Z neverbálních projevů lze u pacienta vyzorovat **psychomotorický neklid**, typickým příkladem je přecházení z místa na místo, rychlé pohyby, bouchání dveřmi. Podrážděnost se projevuje zvyšováním hlasu na spolupacienty, personál, začínání rozhovorů s cizími lidmi v čekárně apod. Projevy zlosti se v obličejí značí změnou barvy, našpulením rtů, svraštělým obočím. Člověk se sklonem k agresi má i specifické projevy gestiky, kdy má postavu vzpřímenou, tělo v tenzi a lze pozorovat trhavé zlostné pohyby. Pacient může zvolit i opačný způsob - tedy pasivitu, nereagování na podněty, odmítání rozhovoru, negaci všeho (BURDA, 2014). Pokud včas není přerušena neverbální fáze projevů agrese, může vyústit až do fáze poškozování věcí. Pacient může ve vzteku i ničit dokumentaci - trhat lékařské zprávy, ničit majetek nemocnice - vyrývat nadávky na zeď, bouchat pěstmi, opakovaně teatrálně zvonit. Nejnebezpečnější je až fyzické napadení, ve které může vše vyústit.

1.4 Fáze agrese

K fyzickému napadení může dojít i bez varovných signálů, typičtější ale je, že se agresivní projevy stupňují a eskalují. První fází bývá **spouštěč**. Charakteristické je, že pacient začíná ignorovat určité společenské normy, jeho chování se odkloňuje od normálu. Spouštěč může být pacientem verbalizován, nebo zůstane skrytý. Další fází je **eskalace**, kdy pacient vykazuje známky chování, které není racionální. Může se projevit tím, že se jedinec až patologicky soustředí na dosažení svých cílů a nemusí adekvátně reagovat na intervenci zdravotníka. V krizové fázi je pacient zcela impulzivní, přestává vnímat okolí a absolutním středem se stává jeho problém. V různě dlouhém časovém horizontu přichází fáze **uklidnění**. V této fázi není žádoucí po pacientovi chtít vysvětlení nebo žádat omluvu, něco mu vyčítat nebo jej poučovat. Z medicínského hlediska má v oběhu momentálně zvýšenou

hladinu adrenalinu, která může vést k dalšímu napadení. V poslední fázi pacient cítí vyčerpání, lítost, možná stud - tato fáze je označována jako **postkrizová deprese** (BURDA, 2014).

Jestliže jednáme s agresivním pacientem, je třeba si uvědomit jeho rozzlobenost, nával emocí a fakt, že veškeré informace z naší strany filtruje podle svých zájmů.

2 OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY

Důvody patologického chování a jednání jsou různorodé - od chorobného stavu přes strach z akutní neočekávané příhody až po dosavadní zdraví a životní styl. Roli hraje i psychiatrická diagnóza, akutní otrava, předávkování drogami či naopak jejich odnětí při závislosti. Příčiny mohou být i kombinované. V akutní situaci, kdy pacient ohrožuje sebe i ostatní, je nevyhnutelným opatřením úvodní a přechodné fyzické omezení.

2.1 Legislativa

Omezovací prostředky jsou definovány jako prostředky použité k omezení volného pohybu pacienta. Druhy omezovacích prostředků a zásady použití jsou stanoveny v zákoně č. 372/2011, § 39 Sb., o zdravotních službách. Zákon č. 372/2011, § 39 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování Ministerstva zdravotnictví České republiky, stanovuje indikaci použití omezovacího prostředku za podmínek plnění účelu odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví, bezpečnosti pacienta či jiných osob, a to vždy jen po nezbytně dlouhou dobu, tedy dobu trvání důvodů jejich užití (ČESKO, 2011).

Omezovací prostředky lze použít po té, co byly za účelem zklidnění pacienta bezúspěšně použity jiné mírnější postupy než je použití omezovacích prostředků, například slovní uklidnění zdravotnickým pracovníkem. Při použití omezovacího prostředku musí být dbáno důstojnosti člověka a jeho soukromí (ČESKO, 2011).

2.1.1 Detenční řízení

Pokud je pacient hospitalizován přes svůj nesouhlas, nemocnice oznámí jeho přijetí do 24 hodin soudu (ČESKO, 2011). Ten zahájí řízení o vyslovení přípustnosti

tohoto postupu (tzv. detenční řízení). V tomto řízení si může pacient zvolit zástupce (zmocněnce) nebo mu soud ustanoví opatrovníka pro řízení z řad advokátů. Zmocněnec či opatrovník je povinen hájit práva klienta, měl by uvádět skutečnosti, které nasvědčují tomu, že u něho nebyly splněny podmínky pro nedobrovolnou hospitalizaci. V řízení ho musí soud vyslechnout, stejně tak i ošetřujícího lékaře a další osoby, o jejichž vyslechnutí by požádal. Při výslechu by měl pacient uvést, proč se domnívá, že ho nemocnice neměla hospitalizovat bez jeho souhlasu. Soud musí do 7 dnů od počátku hospitalizace rozhodnout, zda byla hospitalizace odůvodněná (resp. v souladu se zákonem), či nikoliv. Následně musí být toto rozhodnutí doručeno pacientovi (do 24 hodin od vydání usnesení). Soud zároveň učiní jiná vhodná opatření, aby se mohl pacient vhodnou formou s obsahem rozhodnutí seznámit a měl jej k dispozici. Rozhodnutí se dále doručí zástupci, zmocněnci či opatrovníkovi pro řízení a nemocnici. Proti rozhodnutí soudu lze podat odvolání (ANON, 2017).

Pokud soud rozhodne o tom, že k hospitalizaci nedošlo ze zákonných důvodů, nebo že tyto důvody již netrvají, nařídí propuštění. Nemocnice je pak povinna pacienta propustit neprodleně po doručení tohoto soudního usnesení. Zároveň platí, že žádné rozhodnutí soudu vydané v detenčním řízení nebrání tomu, aby byl pacient propuštěn z rozhodnutí svého lékaře (ANON, 2017).

2.2 Postup užití omezovacích prostředků

Úvodem je třeba dát agresorovi jasně najevo, že agrese a násilí nebudou tolerovány podle platné směrnice a systému, které v daném zdravotnickém zařízení jsou přijaty a jsou funkční.

V ordinaci nebo na pokoji by neměly být nebezpečné předměty, kterých by se mohl nebezpečný pacient chopit a ohrožovat jimi personál. Zdravotník by měl být blíže dveřím, aby se nemohl stát rukojmím. Na oddělení by mělo být k dispozici

poplašné zařízení propojené na okamžitě dostupnou bezpečnostní službu. Postup má být schválen jako směrnice daného zdravotnického zařízení a pracovníci s ním musí být dostatečně seznámeni. Pro exponované zdravotnické pracovníky pořádá vedení zdravotnického zařízení často kurzy a zácvik k osvojení si krizové komunikace, hmatů i chvatů, které mohou v dané situaci efektivně využít. Personál by měl být ujištěn, že zajištění jeho bezpečnosti je pro zaměstnavatele prioritou.

Pacient by nikdy neměl být ošetřován či vyšetřován pouze jedinou přítomnou osobou. Je třeba se vyhnout konfrontačním tématům a konfrontaci. Pokud nelze tuto zásadu splnit, je třeba v rizikové situaci včas zavolat pomoc další kompetentní osoby (DRÁBKOVÁ, 2011).

Primární je v taktice pořadí postupu zjištění, popřípadě vyloučení organické příčiny agresivního rázu chování a důležitá je **anamnéza**. Například senior v dosud stabilizovaném zdravotním stavu může aktuálně být v úvodní fázi urosepsy, mladý pacient po rvačce může mít iniciální projevy mozkolebečního poranění - kontuze mozku. Extrémně riziková je kombinace hemoragického šoku, která se u starších jedinců užívajících warfarin projevuje současně s jejich vaskulární demencí a aterosklerotickou nepřizpůsobivostí (DRÁBKOVÁ, 2011). Všechny tyto skutečnosti se projevují na chování pacienta. Je nutné brát v potaz pacientovu předcházející chorobu s psychiatrickou diagnózou a mentálními příznaky, alkoholismus, užívání farmak, celkový vzhled, nálada, zájmy, osobní sebek péče, držení těla.

Somatické vyšetření vždy zahrnuje vedle celotělového orientačního vyšetření i základní neurologickou a neuropsychickou klinickou symptomatologii - vyšší mentální mozkové funkce, orientovanost/desorientaci, přítomnost meningiálních známek, ložiskových příznaků a neurologických výpadků. K dalším údajům patří oběhové parametry - kvalita a frekvence tepu, hodnota krevního tlaku, tělesná teplota, počet dechů a kvalita dýchání, hladina glukózy v krvi.

Pokud dojde k agresivním projevům pacienta, můžeme zasáhnout **nefarmakologickým postupem** nebo **farmakologickým postupem**.

2.3 Nefarmakologický postup

Zaměřujeme se především na deeskalační taktiku, tedy na empatický, nekonfrontační přístup, v němž nicméně zdravotníci stanoví jasné požadavky a meze vzájemného chování a jednání. Pacientovi je třeba naslouchat, ale zdržet se poznámek a komentářů, které by ho mohly provokovat. Využíváme zklidňující archetypy - pacienta posadíme, nabídneme mu něco k pití, jídlu.

Vyvarujeme se výhružným gestům a prodlužování přímého očního kontaktu, snažíme se vyzvat ke spolupráci spolupacienty, další zdravotníky. Zjišťujeme, co přesně pacient v danou chvíli požaduje a nakolik je to zdravotně nutné a neodkladné.

Často je nejbezpečnější zavolat včas pomoc a zůstat v bezpečné vzdálenosti od pacienta na délku jedna a půl jeho paže do příchodu posily. Represivní složky mohou dosáhnout rychlého zklidňujícího účinku na pacienta již svou rozhodnou upřímností (DRÁBKOVÁ, 2011).

Fyzické omezení používáme pouze v případě, kdy pacient bezprostředně ohrožuje sebe nebo své okolí a vyčerpali jsme jiné prostředky k jeho zklidnění. Za fyzické omezení považujeme:

- manuální fixaci (omezení pacienta ošetřujícím personálem, provádí ji 3–5 vyškolených pracovníků, kteří pacienta drží ve stoje nebo na zemi po dobu několika minut)
- ochranné pásy nebo kurty
- ochranný kabátek nebo vesta
- síťové lůžko

- místnost určená k bezpečnému pohybu, tzv. izolační místnost (ČESKO, 2011, HANUŠKOVÁ, 2008)

Fyzické omezení má trvat co nejkratší dobu, rozhoduje o něm lékař, který jasně definuje a dokumentuje důvody vedoucí k omezení a jeho délku. Fyzicky omezenému pacientovi je třeba věnovat zvýšenou ošetrovatelskou péči, kontrolovat jeho životní funkce, dbát o jeho hydrataci, sledovat prokrvení končetin (v intervalu 20 minut). Lékař musí kurtovaného pacienta každé 2–3 hodiny kontrolovat a rozhodnout o dalším postupu, případně další omezení znovu naordinovat a popsat důvody. Pacient také musí být srozumitelně svému stavu informován o důvodech fyzického omezení.

Užití prostředků fyzického omezení musí být řádně písemně dokumentováno. Vždy musí být popsán důvod, proč jsme k omezení pacienta přistoupili, uveden čas počátku a konce omezení, zápisy ošetrovatelské intervence, podpisy lékaře a ošetřujícího personálu. O použití omezovacího prostředku musí být bez zbytečného odkladu informován zákonný zástupce pacienta, o čemž se rovněž činí záznam.

K neodkladnému fyzickému omezení pacienta, který ohrožuje sebe i ostatní, je nutný tým vzájemně spolupracujících a poučených lidí. Pacientovi nesmí vzniknout přídatné poranění - nejčastěji je ohroženo zápěstí zlomeninou či paže hematomem. Ani zasahující zdravotníci nesmí utrpět zranění.

V průběhu léčby neklidu je třeba stále hodnotit aktuální stav pacienta a podle něj upravovat a měnit použité léčebné prostředky. Při déle trvajícím fyzickém omezení je třeba věnovat pozornost prevenci dekubitů a tromboembolie, umožnit pravidelný příjem tekutin a potravy, hygienu.

V praxi se osvědčuje proškolení personálu minimálně jednou ročně všude tam, kde jsou omezovací prostředky používány - podmínky si stanovují samostatná zdravotnická zařízení (HANUŠKOVÁ, 2008). Pokud pacient do 24 hodin od začátku

fyzického omezení nepodepíše souhlas s fyzickým omezením, musí být zahájeno řízení dle §75 zákona č. 292/2013 Sb. (ČESKO, 2013).

Někteří autoři, např. Těšinová (2014) udávají, že po úchopu pacienta, myšleno ve smyslu omezení, není nutné zahajovat detenční řízení. Praxe však ukazuje, že se návrh detence odesílá při užití veškerých omezovacích prostředků dle patné legislativy.

2.4 Farmakologický postup

Cílem farmakoterapie je zvládnutí akutního neklidu, agresivního chování a zmírnění rizika sebepoškození. Současně se zkracuje doba nutnosti fyzického omezení a tím i strádání pacienta.

Od farmakoterapie očekáváme rychlý nástup účinku, navození mírné sedace. Po zklidnění pacienta máme další prostor pro stanovení diagnózy a dalších terapeutických postupů (například vyloučení či potvrzení organické příčiny neklidu po provedených vyšetřeních, nerealizovatelných u neklidných pacientů).

I když při farmakoterapii preferujeme podávání medikace per os (p. o.), při nespolupráci pacienta se neobejdeme bez parenterálního podávání psychofarmak, intramuskulárně (i. m.), eventuálně intravenózně (i. v.). Nevýhody léčby p. o. mohou být sníženy použitím rychle rozpustných tablet nebo roztoku léku.

Pro farmakoterapii neklidu jsou vhodné benzodiazepiny, klasická i atypická antipsychotika, antihistaminika (Promethazin). Upřednostnit bychom měli farmaka s rychlým nástupem účinku a krátkou dobou působení. U agresivních pacientů bývá výběr psychofarmak omezen na ta, která jsou k dispozici i pro parenterální aplikaci. Obecně platí, že antipsychotika druhé generace dostupné v parenterální formě mají rychlejší nástup účinku, kratší poločas a méně nežádoucích účinků než klasická antipsychotika.

Farmaka musíme volit podle aktuální psychiatrické symptomatiky. U úzkostných stavů preferujeme benzodiazepiny, u agitované deprese nevolíme incizivní a depresogenní antipsychotika, nejvhodnější je zde kombinace antipsychotik druhé generace a benzodiazepinů. Těžkou volbu máme u neklidných pacientů, u kterých je podezření na intoxikaci, kde jsou de facto všechna psychofarmaka kontraindikována. Pokud nepostačí jen fyzické omezení, je lékem volby ke zvládnutí neklidu Haloperidol, který je méně sedativní (HANUŠKOVÁ, 2008).

Sedace je indikována výběrově. Užitý přípravek je vždy plně přizpůsoben věku pacienta, jeho BMI, přípravkům, které pacient užívá a jeho komorbiditě a návykům, např. na benzodiazepiny nebo na alkohol, nevykonnosti jater a/nebo ledvin.

Při hypotenzii se přednostně volí poloha vleže se zvýšením dolních končetin. Je třeba zajistit průchodnost horních cest dýchacích, dále podat inhalačně kyslík, založit periferní žilní přístup a zahájit infuzní terapii, doplnění glukózy je indikováno při hypoglykemii, thiamin se podává při podezření na Wernickeho encefalopatii při alkoholismu. Ke zklidnění je nejčastěji používán Diazepam v dávce 5 mg nebo Olanzapin v dávce 5 mg (DRÁBKOVÁ, 2011).

Pacient se sleduje, monitoruje, protože může náhle vzniknout hypotenze, zejména při hypohydrataci, sepsi, infekci, při léčbě antihypertenzivy.

Nejčastěji se setkáváme s těmito látkami:

Benzodiazepiny mají odstupňovaný účinek závislý na velikosti dávky - anxiolytický, sedativní, hypnotický, anestetický, až dosáhnou stropního afektu a jejich účinek se dále nezvýší, ale prodlouží. Jejich orgánová toxicita je minimální, vedou k hluboké sedaci, ke svalové hypotonii, k zapadnutí kořene jazyka. Účinek se vystupňuje při současném podání Metadonu.

- **Diazepam** se rychle vstřebá i po perorálním podání, má riziko kumulativního prodlužování a prohlubování účinků.

- **Midazolam** je na rozdíl od Diazepamu hydrosolubilní, lze jej podat per os, i. m., i. v. intraoseálně, popřípadě inhalačně v aerosolu. Má rychlý nástup účinku. Zvýšení dávky má mohutnější účinek než Diazepam.

Antipsychotika se podávají opakovaně s odstupem minimálně 2 hodiny, nekombinují se s benzodiazepiny a mají velmi rychlý nástup.

- **Olanzapin** je hlavním představitelem atypických antipsychotik nové generace, lze jej podat per os i injekčně i. m. Účinek nastupuje rychle, obzvláště dávky 5-10 mg jsou rychle účinné. Může vzácně vyvolat extrapyramidové projevy, ale jsou podstatně vzácnější než po klasických antipsychoticích. K nežádoucím účinkům se řadí somnolence, hypotenze, tachykardie.
- **Haloperidol** lze podat i. m., účinek nastupuje rychle a trvá 2-4 hodiny. Nežádoucí účinky se projeví prodlouženou sedací a hypotenzí. Není vyloučen vývoj maligního neuroleptického syndromu, zejména po opakovaném podání (RABOCH, PAVLOVSKÝ a kol., 2012).

Ordinace farmak:

Ordinace psychofarmak a zvládnání agresivních projevů pacientů se v psychiatrii řídí doporučeními ČLS JEP (RABOCH a kol., 2010):

- **Diazepam** - 5-10 mg per os nabob i. v., maximální dávka titračně 30 mg, přípravek se nepodává i. m., účinek je delší v porovnání s Midazolamem.
- **Midazolam** - 5-10 mg i. m., maximální dávka nitračně 20 mg, nástup účinku je rychlý. K nejzávažnějším nežádoucím účinkům patří hluboká sedace, kdy je potřeba zaměřit se na průchodnost dýchacích cest, na dostatečnost dýchání, podat inhalačně kyslík. Další komplikací bývá hypotenze - je třeba poloha vleže, zajištění i. v. periferního přístupu s podáním infuzní terapie. Může vzniknout i paradoxní reakce neklidem, hypertenzí - doplní se medikace Olanzapinem za

intenzivního sledování základních životních funkcí pacienta při kombinovaném útlumu.

- **Olanzapin** - 5-10 mg per os, popř. injekčně, maximální dávka je 30 mg. K nežádoucím účinkům se řadí hypotenze - vyžaduje polohu vleže, i. v. periferní přístup a infuzní terapii. Při vzniku křečí je antikonvulzivní volbou podání benzodiazepinu - silnější antikonvulzivní účinek bez výraznějšího prohlubování sedace je vlastností Diazepamu v porovnání s Midazolamem.

Snížené dávkování, podávané titračně je indikováno u starších osob, při nízkém BMI, pro dehydrataci, komorbiditě, při ebrietě a požití dalších látek (DRÁBKOVÁ, 2011).

Monitorování v průběhu sedace

Pacient musí být uložen v bezpečné poloze, aby byly zajištěny jeho dýchací cesty, optimální je inhalační oxygenoterapie. Sleduje se Glasgow Coma Scale a skóre, krevní tlak, tělesná teplota, frekvence dýchání a velikost zornic. Monitoruje se reprezentativní křivka EKG z pohledu rytmu, frekvence, měří se saturace kyslíku, glukometrem se zkontroluje glykémie. O průběhu a o užitých omezovacích prostředcích se vedou přesné a pravdivé záznamy ve zdravotnické dokumentaci (KAPOUNOVÁ, 2007).

V praxi je nejzásadnější umění rychle rozpoznat nástup agrese a její příčiny, podle toho pak volit vhodnou taktiku verbálního zklidnění a případně farmakoterapii. Pokud je vlivem neklidu v ohrožení sám pacient a ostatní jedinci v okolí, je třeba použít omezovací prostředky, ačkoliv je jejich používání mnohdy veřejností kritizováno. Pacient často nespolupracuje a terapie probíhá proti jeho vůli. Přesto je dodržování doporučených prostředků nutné, protože poskytuje nejlepší péči pacientům a zároveň je to právní ochrana pro ošetřující personál.

3 KRIZOVÁ KOMUNIKACE

Na všeobecné sestry jsou v oblasti komunikace kladeny vysoké nároky. Zdravotnictví je oborem většinou právě o komunikaci a ta dobře a profesionálně vedená nebývá automatická, je třeba trénink a rozvoj. Ve vypjatých situacích pacienti očekávají pochopení, lidský přístup a účast.

- **Naslouchání** - je třeba pacienty nejen poslouchat, ale vnímat je, věnovat jejich slovům pozornost a podávat doplňující dotazy, i když se může zdát, že nám pacient vše řekl.
- **Pozornost** - vyjádření pozornosti, byť několikaminutové, je stěžejní pro pocit důvěry mezi pacientem a ošetřujícím personálem.
- **Otázky** - je třeba se pacienta ptát nejen na to, co zapíšeme následně do dokumentace. Pacient musí cítit, že nám záleží na něm jako na bytosti holisticky - člověk je bio-psycho-sociální jednotka. Zvláštní pozornost věnujeme dotazům na pacientovy pocity.
- **Pochopení** - jestliže pacient tvrdí, že má bolest, respektujeme to a jednáme s ním šetrně.
- **Dbáme na pacientovo soukromí** - respektujeme pacientovo soukromí psychické i fyzické.
- **Poskytování informací** - každý krok v ošetřovatelském procesu musí být pacientovi vysvětlen a na jeho otázky je třeba odpovídat srozumitelně.
- **Respekt** - respektujeme pacientovu osobnost, neboť pečujeme o něho, ne o jeho diagnózu a příznaky.
- **Úcta** - s pacientem komunikujeme uctivě. Pečlivě volíme slova - představíme se, nemluvíme přehnaně odborně ani nepoužíváme zdrobněliny. Mluvíme srozumitelně.

- **Empatie a lidskost** - i zdravotník se někdy může ocitnout na nemocničním lůžku jako pacient (PEKARA, 2015).

Vždy je lepší vynaložit maximální úsilí, aby ke konfliktům nedošlo, než je následně řešit. Experti na mimořádné události ve zdravotnictví se shodují na tom, že kdyby existoval jediný aspekt v procesu poskytování zdravotní péče, který by mohl přinést zlepšení, byla by to efektivní verbální komunikace. Rozhodující roli v prevenci konfliktu tak sehrává především profesionální chování zdravotnického personálu - představení a okomentování každé činnosti, kterou provádíme. Pacienti dokáží ocenit **slušnost** a **trpělivost**. Ve stresové situaci by se profesionál měl vyvarovat při verbálních a fyzických hrozbách oplácení. Takové techniky násilí neřeší, spíše eskalují. Doporučuje se využití techniky tzv. **zrcadlení**, kdy neříkáme pacientovi, co má dělat, ale jak se chová. Například místo „Přestaňte tady řvát a okamžitě se uklidněte!“ je vhodnější zvolit variantu „Křičíte. Zkuste mi prosím říct, co se stalo, že jste tak rozzuřený?“. Tímto lze dosáhnout deeskalace (PEKARA, 2015).

Agrese je vyjádření motivace, potřeby. Na straně pacienta či klienta jsou to potřeby pomoci, podpory, bezpečí, záchrany života svého nebo blízkých, přijetí jako plnohodnotné bytosti, vybití emocí pramenících z nevědění a bezmoci a další podobné motivy. Na straně ošetřujícího personálu agrese vyjadřuje potřebu obstát ve své profesi, zachovat si tvář před sebou, kolegy i pacienty, cítit se ve svém pracovním prostředí bezpečně, ochránit své tělo i duši, zvládnout úkol co nejrychleji a správně. Na obou stranách to nejsou potřeby, které se navzájem vylučují, a tedy neměly by vést nutně ke konfliktu. Jsou to potřeby, které se mohou doplňovat, a to za podmínky pochopení celé situace a její podstaty profesionálem. Stejný zdroj síly, který projevuje pacient (ať už verbálně či neverbálně), má i zdravotník. Vztek, který vůči pacientovi a jeho jednání cítíme, můžeme přetavit v **konstruktivní jednání**. Strach je energizující motivací k účinné ochraně, tedy převzetí situace do svých rukou (TOMANOVÁ, 2015).

Úskalí krizové komunikace je v tom, že v krizové situaci vnímání lidí nemusí odpovídat reálnému stavu. V období ohrožení může pacient vnímat informace zkresleně. Prevencí před vypuknutím krize je **včasná identifikace**. Neznamená to ale, že by měla být krizová komunikace zaměňována za falešné uklidňování (BURDA, 2014).

Před samotnou krizovou situací by měl zdravotník chápat její obsah a formu včetně všech úskalí. Krizová komunikace je postavena na **budování důvěry** a na odhadnutí rizika.

Základem efektivní krizové komunikace je **jasná formulace** informace, tedy sdělení volíme stručná a věcná. Pracujeme i s tónem hlasu, hlasitostí, intonací řeči, snažíme se o pozitivní formulace během komunikace (minimalizujeme záporny ne, nikdo, nikdy, nic).

Cílem krizové komunikace je předcházet agresi, snižovat nebezpečí, úzkost a napětí.

3.1 Zásady verbální komunikace s agresivním pacientem

Základním principem je změnit konfrontaci na diskuzi. Není vhodné pacientovi vyhrožovat, naopak se spíše snažíme vyjádřit dopady jeho nevhodného chování. Místo „Uvidíte, tohle vás bude mrzet!“ volíme spíše „Když tady křičíte, rušíte ostatní pacienty.“ Případné pacientovy výhrůžky nebagatelizujeme, ale bereme je vážně. Konkrétně se pacienta ptáme, co chce udělat, opakujeme jeho slova, čímž mu nastavujeme zrcadlo. Máme na paměti, že pacientovy agresivní výroky nejsou proti nám osobně, ale proti systému a celému světu. Nesmíme být vztahovační, ale je třeba si udržet odstup a být nad věcí (BURDA, ŠOLCOVÁ, 2015).

Nikdy nereagujeme na agresivitu agresivitou. Užívání impulzivních a teatrálních odpovědí je vyčerpávající a nevhodné. Vyvarujeme se i nereálným

slibům, které můžou sice na chvíli zmírnit agresivní projevy, ale po jejich nenaplnění může agrese ještě vygradovat. Raději mluvíme neutrálně, neurčitě. Místo „po vyšetření vás pustíme“ volíme „počkáme, jak dopadne vyšetření“. Nereálné limity mohou pacienta naopak spíše ještě vyprovokovat.

Snažíme se také vyvarovat intruzi, neboli skákání do řeči.

3.2 Zásady neverbální komunikace s agresivním pacientem

Jednáme v souladu se všeobecně platnými zásadami. Nesvíráme ruce v pěst a nedáváme je do kapsy, dbáme na to, abychom k agresorovi nikdy nebyli otočeni zády. Nebezpečný je i ostentativní odchod, během kterého dochází nejčastěji k napadení. Vyvarujeme se prudkých gest, neboť pokud je pacient například pod vlivem návykové látky, vnímá spíše naše neverbální projevy daleko více než ty verbální, proto se je snažíme mít pod kontrolou. Postoj těla nesmí být konfrontační, ale defenzivní. Korigujeme taktéž proxemickou stránku komunikace - není vhodné přistupovat na tzv. oční souboje, pracujeme se vzdalováním a přibližováním se (BURDA, ŠOLCOVÁ, 2015).

4 POPIS OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU

Praktická část popisuje ošetřovatelský proces o pacienta, který vykazuje známky agresivního chování za použití ošetřovatelského modelu funkčních vzorců zdraví Marjory Gordon.

Pro tvorbu praktické části byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1.

Popsat ošetřovatelský proces o agresivního pacienta.

Cíl 2.

Vytvořit doporučení pro komunikaci s agresivním pacientem.

Jak je výše uvedeno, k vytvoření praktické části jsem si vybrala ošetřovatelský model funkčních vzorců zdraví **Marjory Gordon**, z důvodu jeho častého využívání během studia a univerzálnosti využití.

Východiskem pro Marjory Gordon pro sestavení modelu byla holistická a humanistická filosofie. Zdůrazňuje humanistický přístup v ošetřovatelské praxi.

Model je založen na interakčním vztahu jedince a prostředí, na osobu se pohlíží holisticky jako na bytost, pro kterou jsou typické funkční vzorce, které se promítají do kvality života, zdraví a rozvoje lidského potenciálu. Prostor pak ovlivňuje funkční vzorce zdraví jedince. Zdravím se rozumí biologická, sociální a psychologická rovnováha, na kterou působí vývojové, kulturní, duchovní faktory. Jestliže dojde k narušení rovnováhy, mluvíme o dysfunkčním stavu, kdy je nutné stanovit ošetřovatelskou diagnózu (PAVLÍKOVÁ, 2006).

Ke správnému stanovení ošetrovatelské diagnózy vyvinula M. Gordon funkční a dysfunkční vzorec zdraví. „*Vzorci sú úseky správania sa jedinca v určitom čase a reprezentujú základné ošetrovateľské údaje v subjektívnej a objektívnej podobe*“ (PAVLÍKOVÁ, 2011, s. 94). Předpokladem je, že všichni mají stejné vzorce chování, které ovlivňují kvalitu života, zdraví a schopnosti. Při prvním kontaktu s pacientem má sestra za úkol sběr základních informací vycházejících z třinácti funkčních vzorců zdraví. Cílem je zjistit, zda má jedinec jednotlivé vzorce zdraví funkční a nalézt ty, které jsou dysfunkční nebo potencionálně dysfunkční. K pojmenování ošetrovatelského problému slouží diagnostický systém NANDA International. Jeho definování vede ke specifickým ošetrovatelským intervencím (FARKAŠOVÁ a kol., 2006).

„Model fungujícího zdraví“ neboli funkční vzorec zdraví Marjory Gordon je nejkompexnější pojetí člověka v ošetrovatelství, které bylo zatím vytvořeno. Podle tohoto rámce sestra hodnotí stav nemocného i zdravého člověka.

Soubor třinácti vzorců funkčního zdraví zkoumá funkční chování jedince ve zdraví a dysfunkční chování v nemoci. Narušením jednoho vzorce dojde k narušení celého organismu.

Mezi 13 vzorců řadíme:

1. Vnímání zdraví - udržování zdraví zahrnuje činnosti a strategie jedince, které vedou ke zlepšení jeho zdravotního stavu.

Třídy: Povědomí o zdraví, management zdraví.

2. Výživa - metabolismus řeší problematiku přijímání, vstřebávání a využívání živin potřebné k zachování a regeneraci tkání a produkci energie.

Třídy: Přijímání potravy, trávení, vstřebávání, metabolismus, hydratace.

3. Vylučování - obsahuje odstraňování odpadních produktů z těla (exkreční funkce střev, močového měchýře a kůže).

Třídy: Vyprazdňování moči, gastrointestinální funkce, funkce pokožky a respiračního aparátu.

4. Aktivita - odpočinek - zahrnuje aktivity k udržení tělesné kondice, aktivity denního života a volného času.

Třídy: Spánek - odpočinek, aktivita - tělesný pohyb, energetická rovnováha, kardiovaskulární plicní odezva, starostlivost o sebe.

5. Vnímání - poznávání zahrnuje smyslové a kognitivní schopnosti jedince - bolest, orientace, řeč, schopnosti rozhodování, aj.

Třídy: Pozornost, orientace, poznání, komunikace, cítění - vnímání.

6. Vnímání sebe sama - sleduje, jak jedinec vnímá svoji osobnost, jaký má k sobě vztah.

Třídy: Sebepojetí, sebeúcta, obraz těla.

7. Vztahy - zkoumají interpersonální vazby mezi jedinci a jejich role ve společnosti.

Třídy: Role ošetřovatele, rodinné vztahy, vykonávání rolí.

8. Sexualita - řeší sexuální orientaci, reprodukční období, změny a spokojenost.

Třídy: Sexuální identita, sexuální funkce, reprodukce.

9. Zvládnutí zátěže - odolnost proti stresu zahrnuje míru tolerance zvládnutí náročných životních situací.

Třídy: Posttraumatická odezva, odezva na zvládnutí zátěže, neurobehaviorální stres.

10. Životní principy - zkoumají hodnoty a víru jedince určující specifické myšlení, jednání a názory.

Třídy: Hodnoty, víra, soulad hodnot, víry a činů.

11. Bezpečnost - ochrana se zabývá ochranou před tělesným poškozením a poškozením imunitního systému.

Třídy: Infekce, tělesné poškození, násilí, rizika životního prostředí, obranné procesy, termoregulace.

12. Komfort - zahrnuje duševní, tělesnou a sociální pohodu a klid.

Třídy: Tělesný komfort, komfort prostředí, sociální komfort.

13. Růst a vývoj - zkoumá všechny odlišnosti od normálního psychického a tělesného vývoje jedince.

Třídy: Růst, vývoj.

(ŽIAKOVÁ, JAROŠOVÁ, ČÁP, 2007)

4.1 KAZUISTIKA PACIENTA

Kazuistika pacienta je zpracována podle rozšířené verze **Marjory Gordon**, odpovídající Nanda International 2015-2017.

Muž ve věku 77 let přijat na III. interní kliniku Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

Základní údaje o pacientovi

Jméno a příjmení: L. Š.

Pohlaví: muž

Datum a místo narození: 2. 4. 1939, Praha

Věk: 77 let

Stav: ženatý

Povolání: důchodce, dříve zedník

Adresa trvalého bydliště: XXX, Praha 4

Zdravotní pojišťovna: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, 111

Typ přijetí: neplánovaný

Oddělení: III. interní klinika, divizní oddělení

Rodné číslo: 390000/000

Datum a čas přijetí: 7. 1. 2017, 10:30 hod.

Medicínská diagnóza (hlavní):

- Bolesti dolních končetin v terénu těžké žilní insuficience s asym. otoky, t.č. s téměř imobilizací.

Medicínské diagnózy (vedlejší):

- Namáhavá dušnost chronická, při CHOPN, těžké abdominální obezitě.
- Bolest břicha odeznělá, NPB vyloučená.
- Chronická žilní insuficience, 12/2015 Erysipel levého bérce přeléčen ATB.
- Artrosa nosných kloubů.
- Cysta ledviny, dle dokumentace.
- Obezita 3. st., porušená glukozová tolerance v.s.
- Paroxysmální fibrilace síní, dlouhodobá antikoagulace.

Důvod přijetí (udávaný pacientem):

Velká bolest nohou, až nesnesitelná.

Hodnoty zjištěné při příjmu:

Pacient byl přijat na III. interní kliniku cestou Společného příjmu interně nemocných, kam se dostavil pro nesnesitelnou bolest nohou s otoky na doporučení z chirurgické ambulance.

Pacient si stěžuje na chronickou bolest dolních končetin, více levé dolní končetiny, od dnešní doby akcentace bolesti, nemohl vydržet. Asymetrický otok levé dolní končetiny tři roky. Nyní asi 3 dny užívá Furon od PL. Bolesti břicha se zmírňují po zmírnění meteorismu, pacient přiznává úlevu. Dušnost chronicky

námahová, nyní bez progresu. Palpitace nemá, bolest na hrudi nemá. Teplotu/zimnici/třesavku neměl. Nimesil na bolest netoleruje - halucinogenní, proto neužívá.

Tabulka 1 - Fyziologické hodnoty při příjmu

TK:	163/100 mmHg
P:	100/min
D:	20/min
SpO2:	97 % nativ
TT:	36,8 °C
Krevní skupina:	0
Váha:	125 kg
Výška:	180 cm
BMI:	38,6 kg/m ²
GCS:	15
VAS:	8
Glykémie:	6,6 mmol/l
Vědomí:	Neporušené
Orientace:	Orientovaný pouze místem
Řeč:	Plynulá bez obtíží

Zdroj: dokumentace pacienta (2017)

Nynější onemocnění

77 letý pacient byl odeslán z chirurgické ambulance, kde byl ošetřen pro difuzní citlivost břicha, byla vyloučena NPB (i dle RTG, sonograficky prakticky nevyšetřitelný). Pro dušnost a susp. erysipel LDK odeslán na Společný příjem interně nemocných VFN. Zde si pacient stěžuje na chronickou bolest DK, více LDK, od dnešní noci akcentace bolesti, nemohl vydržet. Pacient velmi vulgární, až agresivní. Asymetrický otok LDK 3 roky, dermatologem vyšetřen nebyl. Nyní asi 3

dny užívá Furon. Dušnost chronicky námahová, nyní bez progrese, palpitace nemá, bolesti na hrudi nemá.

Informační zdroje: zdravotnická dokumentace, rozhovor s pacientem a jeho rodinnými příslušníky, vlastní pozorování

Anamnéza

RA - Rodinná anamnéza

Matka: narozena r. 1909, zemřela ve věku 46 let na diabetes mellitus, bližší informace pacient nezná.

Otec: narozen r. 1909, léčen na diabetes mellitus I. typu, arteriální hypertenze, zemřel ve věku 42 let na následky CMP.

Sourozence nemá.

Jeden syn, léčen se schizofrenií. Manželka toho času v LDN. Kontinuálně za ním dochází všeobecná sestra na převazy.

OA - Osobní anamnéza

Překonaná onemocnění:

- běžné dětské nemoci

Chronická onemocnění:

- trvalá kardiostimulace při AV blokádu III. st od r. 2009
- CHOPN
- arteriální hypertenze
- aterosklerotické postižení břišní aorty dle US

- chronická žilní insuff., 12/2015 Erysipel levého bérce přeléčen ATB
- obezita 3. st.
- artrosa nosných kloubů
- cysta ledviny

Hospitalizace a operace:

- st. p. urosepsi
- st. p. operaci tříselné kýly v r. 2007
- st. p. operaci prostaty v r. 2006
- st. p. operaci katarakty bilat.

Úrazy: neudává

Transfúze: ne

Očkování: běžná povinná očkování

FA - Farmakologická anamnéza

Tabulka 2 - Chronická medikace pacienta

Warfarin 5 mg, tbl.	0 - 1 - 0	Antikoagulancium
Prestarium Neo 5 mg, tbl.	1 - 0 - 0	Antihypertenzivum
Bisoprolol 2, 5 mg	1 - 0 - 0	Sympatholytica
Euphyllin CR 200 mg, tbl.	1 - 0 - 1	Bronchodilatancia
Espumisan	1 - 0 - 0	Digestiva
Furon 40 mg	1 - 0 - 0	Diuretica

Zdroj: dokumentace pacienta (2017)

AA - Alergická anamnéza

Léky: susp. alergická reakce po inhalaci Berodualu dne 17. 12. 2015

Potraviny: neudává

Chemické látky: neudává

Inhalační látky: Berodual

Jiné: neudává

Abúzus

Alkohol: občas

Kouření: neguje

Káva: minimálně

Léky: neguje

Jiné návykové látky: neguje

SA - Sociální anamnéza

Stav: ženatý, manželka toho času v LDN

Bytové podmínky: žije v bytě se synem, který se léčí pro schyzofrenii

Vztahy, role, interakce v rodině: navštěvuje manželku, žije se synem

Vztahy, role, interakce mimo rodinu: chodí za ním všeobecná sestra na převazy, interakce mimo kontaktu se synem minimální

Záliby: luštění křížovek, televize

PA - pracovní anamnéza

Vzdělání: vyučen, výuční list

Pracovní zařazení: starobní důchodce, dříve zedník

Čas působení: do důchodu odešel ve věku 65 let

Vztahy na pracovišti: velmi dobré

Ekonomické podmínky: podle pacienta průměrné

Spirituální anamnéza: nevěřící, bez vyznání

Informační zdroje: rozhovor s pacientem, ošetrovatelská dokumentace, vyšetření sestrou

Posouzení současného stavu ze dne 7. 1. 2017

Tabulka 3 - Fyzikální vyšetření sestrou - popis fyzického stavu

System	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Hlava a krk	“Ne! Nebolí mě hlava.”	- hlava normocefalická, pokleповě nebolestivá - držení v normě - výraz v obličeji bez patologie - zornice izokorické, fotoreaktivní - bez výtoku z uší či nosu - jazyk suchý plazi středem - pulzace krčních žil fyziologická
Hrudník a dýchací systém	“Zadýchávám se, dýchá se mi špatně!”	- hrudník souměrný, bez deformit, bez srdečního vyklenutí - dýchání poslechově slyšitelné, sklípkové, symetrické, oj, exp. pískoty - SpO2 94 %

Srdečně cévní systém	“Mám asi vysoký tlak.”	<ul style="list-style-type: none"> - krevní tlak 160/100 - puls 100 - 2 ozvy tiché, šelest nediferencovaná - známky chronické žilní insuficience
Břicho a gastrointestinální trakt	“Často mě bolívalo břicho.”	<ul style="list-style-type: none"> - břicho nad nievau - těžká obezita - palpačně nebolestivé
Močový a pohlavní systém	“Nemám problémy s močením!”	<ul style="list-style-type: none"> - genitál mužský bez deformit a patologie - pacient neguje problémy s močením - moč čirá, bez příměsí, PMK
Kosterní a svalový systém	“Bolí mě nohy.”	<ul style="list-style-type: none"> - horizontálu chronicky netoleruje, pouze sedí - mobilita výrazně omezená - artrosa nosných kloubů
Nervový systém a smysly	“Nemám žádné problémy!”	<ul style="list-style-type: none"> - pacient je orientovaný časem, místem i osobou - neklidný, částečně spolupracuje - nemá problém s pamětí - používá brýle na čtení
Endokrinní systém		<ul style="list-style-type: none"> - výrazné otoky dolních končetin - prosak končetin perimaleolárně - lymfedém
Imunologický systém	“Alergie nemám, jen jeden lék mi nedělá dobře.”	<ul style="list-style-type: none"> - alergie na Berodual - potravinové alergie neguje
Kůže a její adnexa	“Loupe se mi kůže.”	<ul style="list-style-type: none"> - kůže suchá, bez ikteru či cyanosy - drobné povrchové oděrky

Zdroj: Rozhovor s pacientem (7. 1. 2017)

Medicínský management

V následující kapitole je popsána medikace pacienta během hospitalizace a naordinovaná vyšetření.

Provedená vyšetření během hospitalizace

- RTG - nativní snímek břicha
- skiagram hrudníku
- SONO břicha
- EKG
- kožní konz.
- psychiatrické konz.

Tabulka 4 - Farmakoterapie během hospitalizace p. o. (poledne - večer - ráno)

Prestarium Neo 5 mg	0 - 0 - 1	Antihypertenzivum
Bisoprolol 2,5 mg	0 - 0 - 1	Sympatholytica
Euphyllin CR 200 mg	0 - 1 - 1	Bronchodilatancia
Furolin 0,25 mg	0 - 1 - 0	Anxiolytica
Buronil 25 mg	při neklidu 1-2tbl ve 22hod.	Antipsychotica
Foxis 37,5 mg-325 mg	při potížích	Analgetica

Zdroj: dokumentace pacienta (2017)

Inhalace:

- Spiriva - 1 vdech ráno, Bronchodilatancia
- Ventolin 1 vdech každé 4 h, Bronchodilatancia

Lokálně: na bérce 2x denně Chloramfenicol anbiderman - bakteriostatické antibiotiku, nechat volně. Do mezivrstvy DK 1x denně 1% Clotrimazol - Antimycotica, do třísel 2 x denně Clotrimazol krém. Úprava dle kožního kons.

i. v.: Novalgin - Analgetikum 2 ml, 1 amp ad 100 ml F1/1, kapat 30 min při bolesti či teplotě nad 38 °C.

Tiapridal 100 mg - Antipsychotica 2 ml, 2 amp ad 100 ml F1/1, kapat 30 min při neklidu a zmatenosti pacienta.

s. c.: Fraxiparine 0,4 ml - Antikoagulancium, s. c. á 24hod. v 10hod.

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ZE DNE 10. 1. 2017 (3. den hospitalizace)

1. Podpora zdraví

Pacient odmítá spolupracovat s fyzioterapeutkou, opakovaně uvádí, že je to “stejně k ničemu”, je velmi vulgární, až slovně agresivní, o své nemoci je informován, diagnózy zná, popisuje svoje zdravotní problémy.

Ošetrovatelský problém: pasivita, bezvýchodnost udávaná pacientem.

Priorita: střední.

2. Výživa

Pacient je obézní, BMI 38. Doma mu stravu donáší syn ze školní jídelny. Pacient udává, že vypije 2 l denně. Objektivně je třeba pacienta k pití pobízet, vykazuje známky sníženého příjmu tekutin - dehydratace, suchá šupinatá kůže.

Ošetrovatelský problém: snížený příjem tekutin, obezita.

Priorita: střední.

3. Vylučování a výměna

Zaveden PMK č. 18 - 3. den, odvádí moč bez příměsí, snížená diuréza. Stolice pravidelná, formovaná, naposledy dnes. Námahová dušnost.

Ošetrovatelský problém: nevyvážená bilance tekutin, riziko infekce, riziko narušení integrity kůže.

Priorita: střední.

4. Aktivita a odpočinek

Pacient špatně usíná, v noci se budí a pokřikuje na ostatní pacienty. Stěžuje si, že ho všichni ruší. Dle syna pacient v domácím prostředí bral preventivně Neurol. Pacient nespolupracuje při rehabilitaci. V rámci lůžka je soběstačný, toleruje polohu vleže a vsedě. Barthelové test 50. Při námaze se zadýchává. Odmítá své oblíbené aktivity - čtení a luštění křížovek.

Ošetrovatelský problém: dušnost, potíže se spánkem, rezignovanost, omezená sebepéče.

Priorita: střední.

5. Percepce, kognice

Pacient má brýle na čtení, ale v nemocnici prý číst nebude, protože na to není klid. Nemůže si prý zvyknout na okolní hluk. Pacient vidí a slyší dobře, je však nesoustředěný.

Ošetrovatelský problém: stres z nového prostředí.

Priorita: střední.

6. Vnímání sebe sama

Tato hospitalizace pro pacienta není první, byl hospitalizován již několikrát. Nyní je to prý ale “nejhorší, protože mu nikdo nic nedá na bolest a nikdo ho neposlouchá”. Pacient je nevyrovnaný, vykazuje známky agrese, občas reaguje zmateně - neuvědomuje si, že mu je pravidelně podávána medikace tišící bolest. Pacient je slovně agresivní, vykazuje známky zmatenosti.

Ošetrovatelský problém: bolest, zmatenost, zanedbání sebe sama.

Priorita: střední.

7. Vztahy mezi rolemi

Pacientovi se stýská po manželce, má nevyrovnaný vztah se synem, kterého někdy označuje za “nemožného” a jindy do něho vkládá důvěru a věří, že mu zajistí lepší podmínky hospitalizace.

Ošetrovatelský problém: špatná interakce.

Priorita: střední.

8. Sexualita

Nelze objektivně hodnotit z důvodu nespolupráce pacienta.

9. Zvládání / tolerance zátěže

Pacient zvládá zátěž těžce, nespolupracuje, verbalizuje obavy o manželku, hrazení jejího pobytu v léčebně, obavy, zda syn (trpící schizofrenií) vše zvládne a má obavy o sebepěči po propuštění.

Ošetrovatelský problém: strach z budoucnosti, nespolupráce.

Priorita: střední.

10. Životní principy

Pacient v nic nevěří, prý se může spolehnout tak maximálně na sebe. Celý život prý poctivě pracoval a “na stará kolena nemá nic”. Pacient je negativní.

Ošetrovatelský problém: bezvýchodnost udávaná pacientem.

Priorita: střední.

11. Bezpečnost a ochrana

PMK, PŽK, exkoriace na LDK, teplotu pacient nemá.

Ošetrovatelský problém: riziko infekce z důvodu zavedení PMK (3. den) a PŽK (3. den).

Priorita: střední.

12. Komfort

Pacient udává bolest nohou, hodnotí VAS 5-8. Neví, jak si má lehnout. Dále zmiňuje bolesti břicha, které se vyskytovaly často v minulosti, avšak nyní nejsou aktuální.

Ošetrovatelský problém: bolest.

Priorita: střední.

13. Růst / vývoj

Nelze objektivně hodnotit z důvodu nespolupráce a neporozumění otázky pacientem.

Situační analýza ke dni 10. 1. 2017 (3. den hospitalizace)

77 letý pacient je třetí den hospitalizace pasivní, hostilní, pesimistický, neustále si stěžuje, dožaduje se časně dimise, k léčbě se staví odmítavě. Včera přes den slovně napadal personál, působil zmateně, má agresivní sklony, je vulgární. Personál si musí udržovat dostatečný odstup od pacienta. Při narušení jeho osobního prostoru, pacient velmi křičí a vyhrožuje.

Pacient je v oblasti lůžka částečně soběstačný, zvládá se s obtížemi přetočit na bok, posadit se, postavit se u lůžka s oporou o horní končetiny (nestabilní). Pomoc/dopomoc odmítá. Barthelové skóre: 50. Z důvodu dušnosti dává přednost převážně sedu v křesle u lůžka, pacient je závislý na pomoci druhé osoby, má zpomalené psychomotorické tempo, pozornost vydrží jen krátký časový úsek, stěžuje si na nespavost, je pesimistický.

Udává bolest dolních končetin VAS 7.

BMI pacienta = 38, Riziko vzniku dekubitu dle Nortonové = 22 (střední riziko), Barthelové test základních denních činností = 50 (střední stupeň závislosti).

Stanovení ošetrovatelských diagnóz k 10. 1. 2017

Nemocný byl zhodnocen na základě modelu Marjory Gordon, informace byly shromážděny z dokumentace a z rozhovoru s nemocným.

Ošetrovatelské diagnózy byly sestaveny třetí den hospitalizace na základě 10. vydání NANDA International, Inc. Ošetrovatelských diagnóz - Definice a klasifikace a následně byly vybrané diagnózy rozpracovány.

Ošetrovatelské diagnózy:

- 1. 00132 Akutní bolest**
- 2. 00027 Snížený objem tekutin**
- 3. 00051 Zhoršená sociální interakce**
4. 00124 Beznaděj
5. 00109 Deficit sebepěče při koupání
6. 00095 Nespavost
7. 00079 Noncompliance
8. 00233 Nadváha
9. 00032 Neefektivní vzorec dýchání
10. 00129 Chronická zmatenost
11. 00114 Stresový syndrom z přemístění
12. 00072 Neefektivní popírání [Neefektivní popírání skutečnosti]
13. 00241 Zhoršená regulace nálady
14. 00097 Nedostatek zájmových aktivit

15. 00138 Riziko násilí vůči druhým
16. 00173 Riziko akutní zmatenosti
17. 00155 Riziko pádů
18. 00249 Riziko dekubitů
19. 00004 Riziko infekce

Zpracované ošetrovatelské diagnózy v období od 10. 1. 2017 do 13. 1. 2017

00132 Akutní bolest

Doména: 12. Komfort

Třída: 1. Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození tkáně či popsany pomocí termínů pro takové poškození. Náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem.

Určující znaky: Nesoustředěné chování, beznaděj, vlastní hlášení o intenzitě bolesti.

Rizikové faktory: Nespavost, nechutenství, zhoršení fyziologických funkcí.

Cíl: Krátkodobý - Pacient bude **do 2 hodin** edukován o hodnocení bolesti pomocí VAS, o způsobech snižování bolesti.

Dlouhodobý - Pacient bude **do konce hospitalizace** bolest hodnotit na škále bolesti od 1-10 vyšší než VAS 4.

Očekávané výsledky:

Pacient pociťuje do 2 hodin zmírnění bolesti, na hodnotící škále VAS hodnotí bolest 3, případně nižší. Pacient umí zaujmout úlevovou polohu. Pacient po dobu hospitalizace nepociťuje bolest hodnocenou na škále bolesti vyšší než VAS 4.

Plán intervencí:

1. Zjistit u nemocného charakter, lokalizaci a míru bolesti na škále VAS. - Ihned a dále průběžně, všeobecná sestra.
2. Edukuj pacienta o hodnocení bolesti pomocí VAS a o způsobech snižování bolesti. - Do 2 hodin a dále dle potřeby, všeobecná sestra.
3. Zaznamenej výsledky do dokumentace. - Průběžně, všeobecná sestra.
4. Pomoz pacientovi najít vhodnou úlevovou polohu. - Ihned a dále dle potřeby, všeobecná sestra.
5. Informuj lékaře o intenzitě a charakteru bolesti. - Průběžně, všeobecná sestra.
6. Aplikuj analgetika dle ordinace lékaře. - Průběžně, všeobecná sestra.
7. Sleduj efekt analgetické léčby. - Po uplynutí 30 min od podání analgetik, všeobecná sestra.

Realizace 10. 1. 2017:

1. 8.30 hod - Pacient byl edukován o hodnocení bolesti pomocí VAS a o způsobech snižování bolesti; zápis o edukaci byl proveden do dokumentace pacienta.
2. 8.30 hod - K zjištění intenzity bolesti byla použita škála VAS se stupnicí od 0 do 10, pacient udává bolest na stupeň 4; bezprostředně byl proveden zápis do dokumentace pacienta.

3. 8.45 hod - Po zápisu do dokumentace byl informován lékař, předepsal Novalgin 1 amp 2 ml do F1/1 100 ml i.v. na 30 min.
4. 8.45 hod - Aplikace Novalginu 1 amp 2 ml do F1/1 100 ml i.v. Pacient byl při zaujímání úlevové polohy edukován o úlevové poloze, byly eliminovány rušivé elementy na pokoji - zavřené dveře na chodbu, vypnutá televize.
5. 9.15 hod - Ukončení aplikace Novalgin 1 amp 2 ml do F1/1 100 ml i.v.; pacient udává intenzitu bolesti VAS 1. Byl proveden zápis do zdravotnické dokumentace.
6. 12.00 hod - Pacient hodnotí VAS 3, zaujímá aktivně úlevovou polohu, je negativistický k účinku analgetik. Hodnota VAS zapsána do dokumentace pacienta.
7. 12.30 hod - Pacient spí, VAS nelze hodnotit.
8. 16.05 hod - Pacient uvádí VAS 4, dle ordinace podán Novalgin 1 amp 2 ml do F1/1 100 ml i.v. na 30 min. Proveden zápis do dokumentace pacienta.
9. 16. 40 hod - Ukončení aplikace Novalgin 1 amp 2 ml do F1/1 100 ml i.v.; pacient udává intenzitu bolesti VAS 2. Byl proveden zápis do zdravotnické dokumentace.
10. 18.30 hod - podání večerní medikace dle ordinace lékaře, pacient udává VAS 3, podporují aktivní zaujímání úlevové polohy. Proveden zápis do dokumentace pacienta.

Hodnocení k 13. 1. 2017:

Krátkodobý cíl splněn. Dlouhodobý cíl splněn částečně, přetrvávají veškeré naplánované intervence.

Pacient aktivně zaujímá úlevové polohy, spolupracuje při hodnocení bolesti, je negativistický k účinku podávaných analgetik.

00027 Snížený objem tekutin

Doména: 2. Výživa

Třída: 5. Hydratace

Definice: Náchylnost ke snížení objemu intravaskulárních, intersticiálních nebo intracelulárních tekutin, která může vést k oslabení zdraví.

Určující znaky: Suchá kůže, suché rty, snížený výdej moči, změna psychického stavu.

Související faktory: Oslabení regulačních mechanismů, aktivní pokles objemu tělesných tekutin.

Cíl: Krátkodobý - Pacient bude **do 3 hodin** edukován o důležitosti dodržování pitného režimu.

Dlouhodobý - Pacient **od 5. dne a dále do konce hospitalizace** vypije alespoň 1,5 litru denně.

Očekávané výsledky:

Pacient bude od 5. dne hospitalizace pít alespoň 1,5 litr denně, bude chápat nutnost dodržování pitného režimu.

Plán intervencí:

1. Zhodnot' všechny patologické stavy u pacienta, které by mohly vyvolat dehydrataci (nespolupráce, zmatenost, selhání ledvin se ztrátou sodíku, hyperglykemie) - ihned a dále průběžně, všeobecná sestra.

2. Podávej infuzní terapii dle ordinace lékaře - průběžně, všeobecná sestra.
3. Dbej na bezpečí v případě dehydratace - průběžně, všichni členové ošetrovatelského týmu.
4. Upozorni pacienta na snížené vnímání pocitu žízně ve stáří - ihned a dále průběžně, všeobecná sestra.
5. Navrhni pacientovi alternativu čajů, dle jeho chuti - průběžně, všichni členové ošetrovatelského týmu.
6. Edukuj a zapoj rodinu do prevence dehydratace pacienta - průběžně, všeobecná sestra.

Realizace 10. 1. 2017:

1. 8.00 hod - Byl zhodnocen celkový nutriční stav pacienta, specifická váha moči, množství, barva a diuréza. Zjištěné hodnoty byly zapsány do dokumentace pacienta.
2. 10.00 hod - Byla podána infúze dle ordinace lékaře (F1/1 500 ml, na 6 hod). Začátek infúzní terapie zapsán do dokumentace pacienta.
3. 10.00 hod - Byl zajištěn zvýšený dohled u pacienta, signalizace v dosahu pacienta.
4. 16.00 hod - ukončení infúze dle ordinace lékaře (F1/1 500 ml, na 6 hod), proveden zápis do dokumentace pacienta.
5. 17.00 hod - Pacient i jeho syn byli edukováni o nutnosti pitného režimu všeobecnou sestrou; do péče byl zapojen syn, který byl motivován k tomu, aby otci nosil čaje, které má rád, chutnají mu - ovocné.
6. Během dne byl pacient nabádán všemi členy ošetrovatelského týmu k popíjení čajů, vody.

Hodnocení 13. 1. 2017:

Krátkodobý cíl splněn. Dlouhodobý cíl splněn částečně; pacient 6. den hospitalizace vypil 1,6 l donesených čajů od syna. Pacient nemá suché rty, nevykazuje známky zmatenosti, má k dispozici nápoj, který mu chutná, syn ho pobízí k pití, stejný čaj si dá spolu s pacientem. Infúzní terapie (F1/1 500 ml, na 6 hod a 24 hod) pokračuje. Veškeré intervence přetrvávají.

00052 Zhoršená sociální interakce

Doména: 7. Vztahy mezi rolemi

Třída: 3. Plnění rolí

Definice: Nedostatečné nebo přehnané množství či nedostatečná kvalita sociální interakce.

Určující znaky: Dysfunkční interakce s vrstevníky, s rodinou, neschopnost vyvinout či sdělit pocit uspokojení z prožitého.

Související faktory: Zhoršená pohyblivost, nedostatečné znalosti o tom, jak zlepšit vzájemnost, absence dalších blízkých osob.

Cíl: Krátkodobý - **Do 24 hodin** navázat produktivní komunikaci a vyslechnout pacienta, dokázat pacientovi, že v nás může mít důvěru/oporu.

Dlouhodobý - **Od 5. dne a dále do konce hospitalizace** navodit atmosféru ke zlepšení vztahů v rodině a postoji k personálu nemocnice.

Očekávané výsledky:

U pacienta dojde během hospitalizace k lepší komunikaci se synem, bude mít možnost vzkázat něco hospitalizované manželce. U pacienta dojde do konce hospitalizace ke zlepšení mezilidských vztahů.

Plán intervencí:

1. Využívej během komunikace s pacientem techniky aktivního naslouchání a deeskalační metody - průběžně, všeobecná sestra.
2. Pozoruj pacienta při jednání s rodinnými příslušníky - průběžně, všeobecná sestra.
3. Zapoj do procesu ošetřování pacientova syna, motivuj ho k častějším návštěvám - průběžně, všeobecná sestra.
4. Umožni, aby měl pacient možnost kontaktovat/poslat vzkaz hospitalizované manželce - denně, všeobecná sestra.
5. Zajisti zprostředkování návštěvy pacientovy ošetřovatelky, kterou pacient dobře zná - ihned, všeobecná sestra.

Realizace 10. 1. 2017:

1. 9.00 hod - Zajištění zprostředkování návštěvy pacientovy ošetřovatelky, kterou pacient dobře zná, sociální pracovnící.
2. 13.00 hod - Rozhovor s pacientem ohledně hospitalizované manželky; umožněn pacientovi telefonický rozhovor s manželkou (zapůjčení telefonu).
3. 15.15 hod - Rozhovor se sociální pracovnící a pacientem ohledně návštěvy ošetřovatelky, která přislíbila návštěvu během týdne.
4. 17.00 hod - Byla pozorována část návštěvy syna u pacienta.
5. 17.45 hod - Se synem nemocného bylo individuálně promluveno - byl namotivován k častějším návštěvám a vyřízení vzkazů matce od otce.
6. 18.00 hod - Bylo umožněno, aby pacient napsal vzkaz manželce hospitalizované v LDN.

7. Během celého dne byly využívány techniky aktivního naslouchání (především zrcadlení) a deeskalační techniky.

Hodnocení 13. 1. 2017:

Cíl krátkodobý splněn částečně. Pacient byl potěšen tím, že kontaktoval telefonicky manželku a může jí posílat po synovi vzkazy, rozptýlila ho návštěva jeho ošetřovatelky, která ho 12. 1. 2017 navštívila. Problémy s komunikací stále přetrvávají.

Cíl dlouhodobý splněn částečně. Dosud se nepodařilo namotivovat syna k častějším návštěvám. Do konce hospitalizace přetrvávají intervence 1-4.

Definování nerozpracovaných ošetřovatelských diagnóz, dle Nanda International 2015-2017

00124 Beznaděj, dle Nanda International 2015-2017

Doména: 6. Sebepercepce

Třída: 1. Sebepojetí

Definice: Subjektivní stav, při kterém jedinec nevidí žádné nebo jen omezené alternativy či možnosti osobní volby a není schopen zmobilizovat energii bez cizí pomoci.

Určující znaky: Změněný vzorec spánku, snížení vlastní iniciativy, snížená reakce na podněty, neadekvátní zapojení do péče, špatný oční kontakt, pasivita, přesvědčení, že se situace nezmění.

Související faktory: Sociální izolace, ztráta víry v transcendentní hodnoty.

00108 Deficit sebepéče při koupání, dle Nanda International 2015-2017

Doména: 4. Aktivita/odpočinek

Třída: 5. Sebev péče

Definice: Zhoršená schopnost samostatně provádět nebo dokončit aktivity týkající se koupání.

Určující znaky: Zhoršená schopnost dostat se do koupelny, zhoršená schopnost osušit si tělo, zhoršená schopnost umýt si tělo.

Související faktory: Alernace kognitivních funkcí, úzkost, snížená motivace, bolest, zhoršená schopnost vnímat část těla.

00095 Nespavost, dle Nanda International 2015-2017

Doména: 4. Aktivita/odpočinek

Třída: 1. Spánek/odpočinek

Definice: Narušení množství a kvality spánku poškozující fungování.

Určující znaky: Změny koncentrace, změny emocí, potíže se spaním, potíže s usínáním.

Související faktory: Tělesný diskomfort, environmentální faktory.

00079 Noncompliance, dle Nanda International 2015-2017

Doména: 1. Podpora zdraví

Třída: 2. Management zdraví

Definice: Chování osoby a/nebo pečovatele, které neodpovídá plánu podporujícímu zdraví či léčebnému plánu odsouhlasenému danou osobou (rodinou nebo komunitou)

a zdravotnickým pracovníkem. V případě existence odsouhlaseného plánu podporujícího zdraví či léčebného plánu je chování osoby nebo pečovatele plně nebo částečně v nesouladu a může vést ke klinicky neefektivním nebo částečně neefektivním výsledkům.

Určující znaky: Rozvoj komplikací, nedosažení očekávaných výsledků.

Související faktory: Nedostatečný přístup ke zdravotní péči, nedostatečné znalosti o léčebném režimu, nedostatečná motivace, nedostatečná sociální podpora, nedostatečné zapojení členů do plánu péče.

00233 Nadváha, dle Nanda International 2015-2017

Doména: 2. Výživa

Třída: 1. Příjem potravy

Definice: Stav, při kterém se u člověka hromadí abnormální nebo nadměrný tuk vzhledem k jeho věku a pohlaví.

Určující znaky: Dospělí BMI > 25kg/m².

Související faktory: Průměrná denní fyzická aktivita je nižší, než je doporučena pro dané pohlaví a věk. Dále konzumace slazených nápojů, nepravidelné stravovací návyky, častý příjem potravy, větší porce než je doporučeno.

00032 Neefektivní vzorec dýchání, dle Nanda International 2015-2017

Doména: 4. Aktivita/odpočinek

Třída: 4. Kardiovaskulární/pulmonální reakce

Definice: Inspirace (vdech) a/nebo exspirace (výdech), které neumožňují dostatečnou ventilaci.

Určující znaky: Abnormální vzorec dýchání, dýchání se spuštěnými rty, zapojení pomocných svalů pro dýchání.

Související faktory: Úzkost, poloha těla, která omezuje expanzi plic, obezita, bolest.

00129 Chronická zmatenost, dle Nanda International 2015-2017

Doména: 5. Percepce/kognice

Třída: 4. Kognice

Definice: Nezvratná, dlouhotrvající nebo progresivní deteriorace intelektu a osobnosti charakterizovaná sníženou schopností interpretovat podněty z okolí a sníženou kapacitou myšlenkových procesů, což se projevuje poruchami paměti, orientace a chování.

Určující znaky: Pozměněná interpretace, změny v dlouhodobé paměti, změněná reakce na podněty, narušená socializace.

00114 Stresový syndrom z přemístění , dle Nanda International 2015-2017

Doména: 9. Zvládání/tolerance zátěže

Třída: 1. Posttraumatické reakce

Definice: Fyziologické a/nebo psychosociální narušení po přesunu z jednoho prostředí do druhého.

Určující znaky: Odcizení, změněný vzorec spánku, zlost, strach, frustrace, častější stížnosti na potřeby, nejistota, ztráta vlastní hodnoty, nízká sebeúcta, pesimismus, uzavřenost.

Související faktory: Zhoršený zdravotní stav, narušené psychosociální fungování, přechod z jednoho prostředí do druhého, bezmocnost.

00072 Neefektivní popírání [Neefektivní popírání skutečnosti], dle Nanda International 2015-2017

Doména: 9. Zvládání/tolerance zátěže

Třída: 2. Reakce na zvládání zátěže

Definice: Vědomý nebo nevědomý pokus popřít znalost či význam události za účelem snížení úzkosti a/nebo strachu, vedoucí ke zhoršení zdraví.

Určující znaky: Opožděné vyhledání zdravotní péče, popírání strachu z invalidity, nepřiměřený afekt, odmítá zdravotní péči.

Související faktory: Úzkost, neefektivní strategie zvládání zátěže, strach ze smrti, vnímané nepřiměřené zvládání silných emocí.

00241 Zhoršená regulace nálady, dle Nanda International 2015-2017

Doména: 9. Zvládání/tolerance zátěže

Třída: 2. Reakce na zvládání zátěže

Definice: Duševní stav vyznačující se změnami nálad nebo afektů, který obsahuje soubor afektivních, kognitivních, somatických a/nebo fyziologických projevů od mírných po závažné.

Určující znaky: Změna verbálního projevu, ztráta zábran, tok myšlenek beznadějí, narušená koncentrace, ovlivněná sebeúcta, popudlivost, smutek, psychomotorický neklid.

Související faktory: Změna v rytmu spánku, úzkost, chronické onemocnění, osamělost, bolest, sociální izolace.

00097 Nedostatek zájmových aktivit, dle Nanda International 2015-2017

Doména: 1. Podpora zdraví

Třída: 1. Uvědomování si zdraví

Definice: Snížená stimulace plynoucí z rekreačních aktivit nebo aktivit pro volný čas (ze zájmu či zapojení do takových aktivit).

Určující znaky: Netečné chování, nezájem, uzavřenost, nepřátelské projevy, nespokojenost.

Související faktory: Nedostatek zájmových činností.

00138 Riziko násilí vůči druhým, dle Nanda International 2015-2017

Doména: 11. Bezpečnost/ochrana

Třída: 3. Násilí

Definice: Náchylnost k chování, při kterém jedinec dává najevo, že dokáže fyzicky, emocionálně a/nebo sexuálně ublížit jiným.

Určující znaky: Pacient je vulgární, osočuje personál.

Rizikové faktory: Negativní řeč těla - zatínání pěstí a čelisti, vzorec hrozeb násilím - slovní hrozby, vzorec násilného asociálního chování - ignorování instrukcí, odmítání farmak (rehabilitace).

00173 Riziko akutní zmatenosti, dle Nanda International 2015-2017

Doména: 5. Percepce/kognice

Třída: 4. Kognice

Definice: Náchylnost k reverzibilním poruchám vědomí, pozornosti, kognice a percepce vyvíjejících se v krátkém čase, která může vést k oslabení zdraví.

Určující znaky: Pacient se domnívá, že mu nikdo nedává lék na bolest, že ho nikdo neposlouchá, že ho všichni ruší, nemůže se na nic soustředit.

Rizikové faktory: Věk vyšší/rovný 60 let, dehydratace, narušení fungování metabolismu, zhoršená pohyblivost, infekce, mužské pohlaví, močová retence.

00155 Riziko pádů , dle Nanda International 2015-2017

Doména: 11. Bezpečnost/ochrana

Třída: 2. Tělesné poškození

Definice: Náchylnost k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu, což může ohrozit zdraví.

Rizikové faktory: Zhoršená mobilita, slabosti při vstávání, oslabení dolních končetin.

00249 Riziko dekubitů, dle Nanda International 2015-2017

Doména: 11. Bezpečnost/ochrana

Třída: 2. Tělesné poškození

Definice: Náchylnost k lokalizovanému poranění kůže nebo podkožních tkání obvykle v místech kostních výčnělků v důsledku tlaku či tlaku v kombinaci se smýkáním.

Rizikové faktory: Snížená mobilita, suchá kůže, otok, obezita, nízký počet bodů na škále posuzující riziko vzniku dekubitů.

00004 Riziko infekce, dle Nanda International 2015-2017

Doména: 11. Bezpečnost/ochrana

Třída: 1. Infekce

Definice: Náchylnost k napadení a množení se patogenních organismů, což může vést k oslabení zdraví.

Rizikové faktory: Invazivní vstupy, obezita, změna integrity kůže.

5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

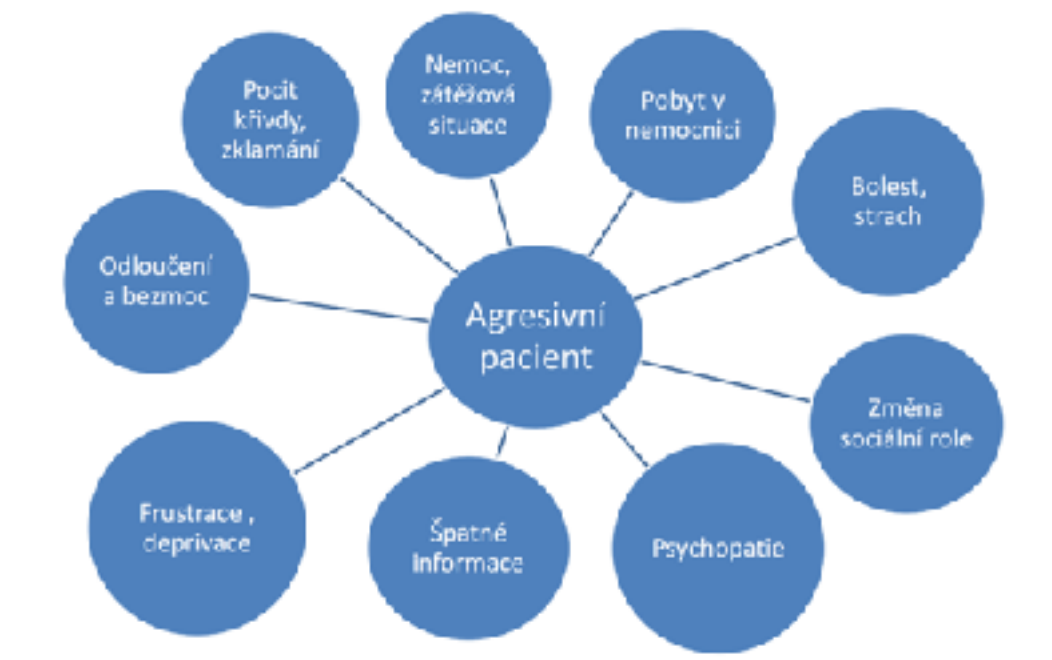
V péči o agresivní pacienty patří mezi nejdůležitější faktory zachování profesionality.

Vzhledem k opakujícím se zkušenostem zdravotníků s agresivními pacienty zařazujeme do této kapitoly informace o agresi a komunikaci, a to z důvodu, že neustálé opakování a prohlubování znalostí je cestou k profesionálnímu chování všeobecných sester v rámci komunikace s agresivními pacienty.

Etiologie agrese

Je třeba mít na paměti, že agrese může mít u pacientů hned několik příčin. Právě rozpoznání a uvědomění si etiologie agrese je zásadní pro další postup.

Obrázek 1 - Etiologie agrese u pacientů



Zdroj: Bankovská J. a Motlová L. (2017). *Komunikace v náročných situacích: psychopatologie*. [online]. [cit. 13.3.2017]. Dostupné z: <http://slideplayer.cz/slide/3395945/>

Projevy agresivního chování

- **Nervozita**
- **Okázalá, nepřiměřená gestikulace**
- **Sevřené pěsti, napjatá tvář, semknuté rty**
- **Křik, nadávky, vyhrožování**

Jak agresi zvládnout

Zdravotnický personál by měl vždy zachovávat profesionální přístup, k němuž jsou zapotřebí nejen teoretické znalosti, ale i praktické, zejména pak:

- **Klid** – vyjadřovat se pomalu, klidně, nezvyšovat hlas.
- **Vyslechnutí** – nabádat pacienta, ať verbalizuje svůj hněv, nic nehodnotit.
- **Vyhovnění** – snažíme se projevit empatii a vyhovět, kroky objasnit.
- **Spoluúčast** – pokud je to možné, přizvat do interakce kolegy.

Zásady komunikace sestry s agresivním pacientem

- **Akceptace, tolerance**
- **Soustředěnost na etiologii, ne na projevy**
- **Vyslechnutí**
- **Mírný a nižší tón hlasu, pomalá mluva**
- **Trpělivost**
- **Neslibovat nesplnitelné**

- **Nevyhrožovat**
- **Neracionalizovat**

ZÁVĚR

V první části práce byly shrnuty teoretické poznatky o agresii, byly definovány omezovací prostředky a závěrečná kapitola byla věnována krizové komunikaci.

V praktické části bylo poukázáno na komplexnost ošetrovatelského procesu o pacienta vykazujícího známky agresivního chování.

Na kazuistice daného pacienta byl evidentní přínos holistického přístupu k pacientovi, který je charakteristický pro Model funkčního zdraví dle Marjory Gordon. Jak uvádí Pavlíková: *“Model je odvozený z interakcí osoba - prostředí. Zdravotný stav jedince je vyjádřením bio-psycho-sociální interakcie. Pri kontakte s pacientom/klientom sestra identifikuje funkčné alebo dysfunkčné vzorce zdravia”* (PAVLÍKOVÁ, 2011, s. 94). Na základě rozhovoru s nemocným a rozebrání všech 13 domén se podařilo definovat několik ošetrovatelských problémů, které jsme následně klasifikovali na základně NANDA ošetrovatelských diagnóz. Vznikl tak poměrně různorodý přehled ošetrovatelských diagnóz napříč doménami a třídami.

Zajímavé bylo zjištění, že agresivní chování může mít etilogii v dehydrataci, nedostatku zájmových aktivit, ve zhoršené sociální interakci. Toto vše může vyústit v beznaděj či v riziko zmatenosti.

Z praxe víme, že je lepší udělat maximum pro to, aby k násilí/konfliktům nedošlo, než násilí/konflikty řešit (PEKARA, 2015). Ačkoliv pacient vykazoval riziko agresivního chování, podařilo se agresivnímu chování díky systematickému přístupu předejít. Jako nejúčinnější se prokázala metoda verbalizace, kdy byl pacient přímo pobízen, ať naplno vyjádří svůj hněv, nebyl okřikován, jeho výčitky nebyly racionalizovány, odůvodňovány. Osvědčila se i technika tzv. zrcadlení, kdy jsme pacienta cíleně nepoučovali, co má dělat a jak se má chovat, ale spíš jsme ho motivovali k tomu, ať přesně definuje, co mu vadí, což mělo v důsledku efekt deeskalace.

Obecně se v přístupu k pacientovi nejvíce vyplatila trpělivost a vyslechnutí.

V teoretické části bakalářské práce byla popsána agrese, byly prezentovány různé možnosti její definice a chápání jejích příčin. Právě u etiologie bylo poukázáno na různorodé domněnky - od dědičnosti přes hormonální změny, vrozené příčiny, frustrace či kombinace všeho.

Následovala kapitola věnovaná omezovacím prostředkům. Omezovací prostředky zde byly legislativně vymezeny a vysvětleny jejich možnosti - ať už farmakologické nebo nefarmakologické.

V kapitole o krizové komunikaci byly shrnuty verbální i neverbální zásady komunikace ve vypjatých situacích.

Praktická část popsala ošetrovatelský proces o pacienta interního oddělení, který vykazoval prvky agresivního chování bez psychiatrické anamnézy.

Bakalářskou práci uzavírá doporučení pro komunikaci s agresivním pacientem, které vychází z poznatků ošetřování konkrétního pacienta z kazuistiky.

Stanovené cíle pro bakalářskou práci byly splněny.

SEZNAM LITERATURY

ANON, 2017. *Pobyt v psychiatrické nemocnici*. [online]. [Cit. 24. 3. 2017] Dostupné z: <http://www.ochrance.cz/stiznosti-na-urady/chcete-si-stezovat/zivotni-situace-problemy-a-jejich-reseni/psychiatricka-nemocnice-pobyt/>.

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L. *Komunikace v náročných situacích: psychopatologie*. [online]. Dostupné z: <http://slideplayer.cz/slide/3395945/>.

BURDA, P., 2014. *Krizová komunikace s agresivním a hostilním pacientem*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 52 s. ISBN 978-80-7013-564-8.

BURDA, P., L. ŠOLCOVÁ, 2015. *Ošetrovatelská péče 2. díl*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-5334-8

ČESKO, 2011. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: Sbíрка zákonů České republiky. **131**, 4730-4801. ISSN1211-1244.

ČESKO, 2013. Zákon č. 292 ze dne 12. září 2013, o zvláštních řízeních soudních (zákon o zvláštních řízeních soudních). [online]. [Cit. 20. 8. 2017] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2013-292>

DRÁBKOBÁ, J., 2011 *Agresivní pacient*. In: Referátový výběr anestezie, resuscitace a intenzivní medicíny. Č. 2. ISSN 121-3048.

FARKAŠOVÁ, D. a kol., 2006. *Ošetrovatelství - teorie*. Martin: Osveta. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.

FISCHER, S., J. ŠKODA, 2009. *Sociální patologie*. Vyd. 2. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-5046-0.

HANUŠKOVÁ, V., 2008. *Terapie akutního neklidu a agrese*. In: Psychiatrie pro praxi. Č. 4. ISSN neuvedeno.

HARSA, P. et al., 2012. *Současné projevy agrese*. In: Psychiatrie pro praxi. Č. 1. ISSN 1803-5272.

HOFMANOVÁ, J., 2010. *Behaviorální analýza: metoda sestavování kriminálního profilu pachatele*. Praha: Jaroslav Hofman. 324 s. ISBN 978-80-904379-0-6.

KALVACH, Z., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-1830-9.

KLIMEŠ, L., 2010. *Slovník cizích slov*. Praha: SPN. 864 s. ISBN 978-80-7235-446-7.

LÁTALOVÁ, K., 2009. Bipolar disorder and aggression. In: *International Journal of Clinical Practice*. **63**(3), 889-99 s. ISSN 1742-1241.

LÁTALOVÁ, K., 2013. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada. 234 s. ISBN 978-80-247-4454-4.

NANDA International, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy - Definice a klasifikace 2015-2017*. Vyd. 10. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. 150 s. ISBN 80-247-1211-3.

PAVLÍKOVÁ, S., 2011. *Modely ošetrovatelstva v kocke*. Bratislava: Grada Slovakia, spol. s.r.o. 141 s. (elektronická verze ve formátu PDF) ISBN 978-80-247-6179-4.

PEKARA, J., 2015. *Prevence násilí od třetích stran ve zdravotnictví a sociální péči*. In: *Zdravotnictví a medicína*. Č. 1. ISBN neuvedeno.

PEŇÁKOVÁ, S., 2011. *Aktuální výskyt agresivity u pacientů ve zdravotnických zařízeních z pohledu zdravotníka*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita.

Lékařská fakulta. Vedoucí práce Alexandra ŽOURKOVÁ. [online]. [Cit. 24. 3. 2017]
Dostupné z: https://is.muni.cz/th/326191/lf_b/.

PETR, T., E. MARKOVÁ a kol., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. 296 s. ISBN 80-247-1151-6.

PONĚŠICKÝ, J., 2010. *Agrese, násilí a psychologie moci*. Vyd. 2. Praha: Trion. 176 s. ISBN 978-80-7387-3.

RABOCH, J. a kol., 2010. ČLS JEP. *Psychiatrie. Doporučené postupy psychiatrické péče*. Vyd. 2. Brno: Tribun EU. 267 s. ISBN 978-80-7399-984-1.

RABOCH, J., P. PAVLOVSKÝ a kol., 2012. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum. 466 s. ISBN 978-80-246-1985-9.

TĚŠINOVÁ, J., 2014. Základní principy a terminologie v medicínském právu. In: *Zákony pro lidi.cz*. AION CS. 2014. [online]. [Cit. 28. 7. 2017]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/hledani?text=t%C4%9B%C5%A1inov%C3%A1>.

TOMANOVÁ, J., 2015. *Agrese pomáhajícího pracovníka – nutná výbava*. In: *Sestra (Zdravotnictví Medicína)*. Č. 1. ISSN 2336-2987.

VENGLÁŘOVÁ, M., G. MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing. 144 s. ISBN 978-80-247-3174-2.

VENGLÁŘOVÁ, M. et al., 2011. *Sestry v nouzi*. Praha: Grada Publishing. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.

Věstník ministerstva zdravotnictví ČR, 2009. In: *Používání omezovacích prostředků u pacientů ve zdravotnických zařízeních České republiky*. [online]. [Cit. 13. 2. 2017] Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_3629_1779_11.html.

VEVERA, J. et al., 2011. *Agrese a násilné chování*. In: *Postgraduální medicína*. Č. 2. ISSN neuvedeno.

VOKURKA, M., J. HUGO, a kol., 2010. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. 1128 s. ISBN 978-80-7345-202-5.

VYHÝBALOVÁ, L., 2011. *Problematika agresivního pacienta ve zdravotnickém zařízení*. In: *Diplomová práce (Mgr.) Univerzita palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta*. [online]. [Cit. 10.2.2017]. Dostupné z: <http://theses.cz/id/jyi603>.

World Health Organization, 2017. In: *Definition and typology of violence*. [online]. WHO [Cit. 21. 2. 2017] Dostupné z: <http://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/>.

ZACHAROVÁ, E., 2009. *Agresivní pacient v klinické praxi zdravotníků*. In: *Interní medicína pro praxi*. Č. 10. ISSN 1803-5256.

ŽIAKOVÁ, K., D. JAROŠOVÁ, J. ČÁP, 2007. *Ošetřovatelství – konceptuální modely a teorie*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 80-7368-068-8.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové	I
Příloha B - Barthelův test základních všedních činností	II
Příloha C - Eskalování agrese u pacienta	III
Příloha D - Doporučený postup jednání s agresivním pacientem	IV
Příloha E - Průvodní list k rešerši	V
Příloha F - Čestné prohlášení	VI

A - Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Obrázek 2 - Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Schopnost spolupráce	VEK	Stav pokožky	Další nemoci	Tělesný stav	Stav vědomí	Pohyblivost	Inkontinence	Aktivita	
Úplná	4 60-10	4 Normální	4 Žádné	4 Dobry	4 Dobry	4 Úplná	4 Není	4 Chodí	
Malá	3 11-30	3 Alergie	3 Horečka Diabetes Anemie Karcinom	3-1 Podle závažnosti nemocí 3-1	3 Zhoršený	3 Apatický	3 Částečně omezená	3 Občas	
Částečná	2 31-60	2 Vlhká	2 Kachexie Obezita Onuřiv A jiné		2 Spánkový	2 Zmatený	2 Velmi omezená	2 Převážně močová	2 Sedačka
Žádná	1 nad 60	1 Suchá	1		1 Velmi špatný	1 Bezvědomí	1 Žádná	1 Střílí i moč	1 Upoután na lůžko

Zvýšené nebezpečí vzniku dekubitů je u nemocného, který dosáhne méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko)

Zdroj: Vyšší odborná škola zdravotnická, Hradec Králové (2017). *Multimediální trenažér plánování ošetrovatelské péče*. [online]. [Cit. 21.3.2017]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/media/p5821.pdf>

B - Barthelové test základních všedních činností

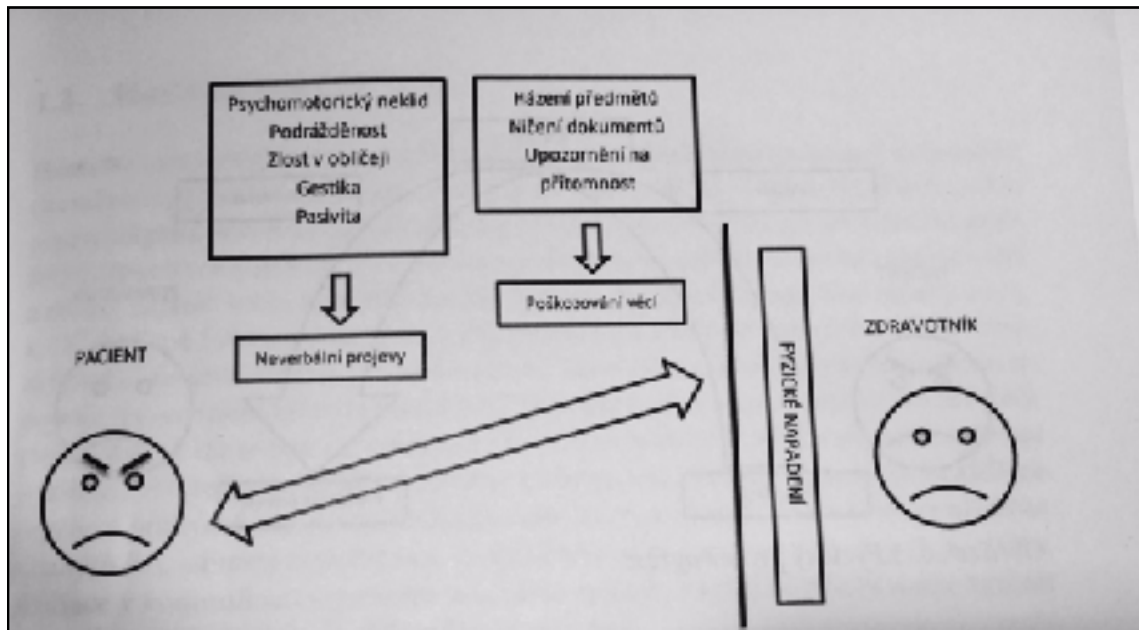
Obrázek 3 - Barthelové test základních všedních činností

Barthelův test základních všedních činností			
ADL - activities daily living			
	Činnost	Průběh činnosti	Bodové skóre
1.	Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
		S pomoci	5
		Neprovede	0
2.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomoci	5
		Neprovede	0
3.	Koupání	Samostatně nebo s pomoci	5
		Neprovede	0
4.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomoci	5
		Neprovede	0
5.	Kontinence moči	Plně kontinentní	10
		Částečně inkontinentní	5
		Trvale inkontinentní	0
6.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
		Částečně inkontinentní	5
		Inkontinentní	0
7.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
		S pomoci	5
		Neprovede	0
8.	Přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomocí	10
		Vydrží sedět	5
		Neprovede	0
9.	Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomoci 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	5
		Neprovede	0
10.	Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
		S pomoci	5
		Neprovede	0
Hodnocení stupně závislosti			
Hodnocení	Závislost		Body
	Vysoce závislý		0 – 40 bodů
	Závislost středního stupně		45 – 60 bodů
	Lehká závislost		65 – 95 bodů
		Nezávislý	95 – 100 bodů

Zdroj: Vysoká škola polytechnická Jihlava (2017). *Katedra zdravotnických studií - hodnotící a měřicí škály*. [online]. [Cit. 21.3.2017]. Dostupné z: <http://docplayer.cz/3736013-Hodnotici-a-merici-skaly-pro-nelekarske-profese.html>

C - Eskalování agrese u pacienta

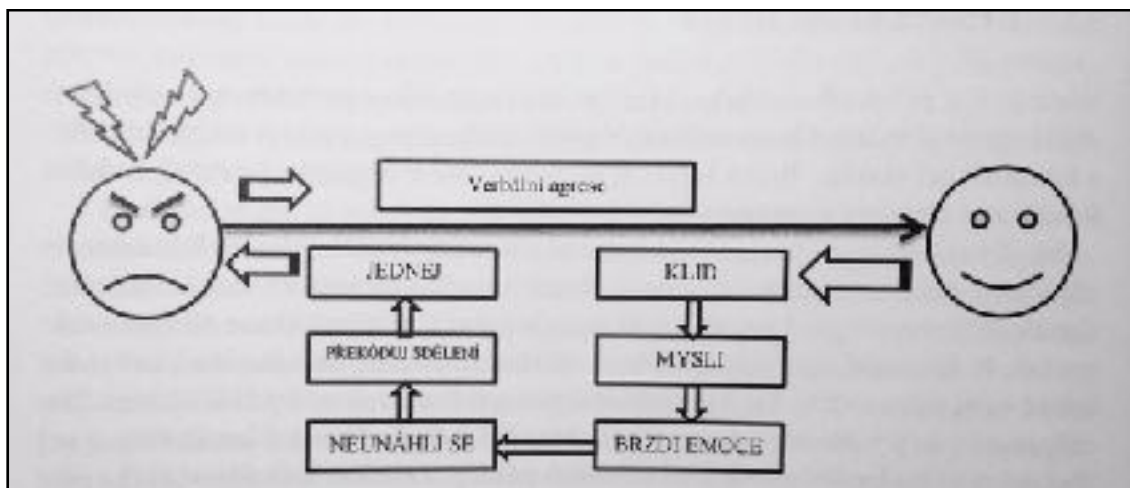
Obrázek 4 - Eskalování agrese u pacienta



Zdroj: Burda P.(2014). *Krizová komunikace s agresivním a hostilním pacientem*, s. 17. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN: 978-80-7013-564-8.

D - Doporučený postup jednání s agresivním pacientem

Obrázek 5 - Doporučený postup jednání s agresivním pacientem



Zdroj: Burda, P. (2014). *Krizová komunikace s agresivním a hostilním pacientem*, s. 40. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN: 978-80-7013-564-8.

E - Průvodní list k rešerši

Obrázek 6 - Průvodní list k rešerši

PRŮVODNÍ LIST K REŠERŠI

Jméno: Dominika Nová
Název práce: Ošetrovatelský proces o agresivního pacienta
Jazykové vymezení:
čeština, angličtina, slovenština
Rešeršní strategie
je kombinací různých způsobů hledání - neváže se pouze na klíčová slova,
klíčová slova (= deskriptory MeSH) u jednotlivých citací naleznete v kolonce „DE“

Časové vymezení:
2005-2016

Druhy dokumentů:
v záznamech viz pole „PT“, popř. „RT“
KNIHY (=monografie), sborníky, ČLÁNKY, popř. kapitoly knih či články ze sborníků,
abstrakta,
Počet záznamů:
číslo poslední citace je počet záznamů v souboru, každý soubor má vlastní číselnou
řadu
tuzemské zdroje - (KNIHY A ČLÁNKY jsou vždy ve vlastním souboru)

Použité prameny:
Katalogy knihoven systému Medvik - knihy (=monografie)
Bibliographia medica Czechoslovaca (BMC - články)
Theses - registr vysokoškolských kvalifikačních prací
Internet
CINAHL

K rešerši jsou přiloženy navíc složky s elektronicky dostupnými plnými texty v čj.
Plné texty v Aj jsou obsaženy v souborech rešerši z báze CINAHL - obsahuje aktivní
odkazy na plné texty.

Vypracoval:
Mgr. Klára Koldová, DISS NLK
koldova@nlk.cz

Zdroj: Archiv autorky. Národní lékařská knihovna (2016)

F - Čestné prohlášení

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetřovatelský proces u agresivního pacienta v nemocničním zařízení, v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne.....

.....
Jméno a příjmení studenta

Zdroj: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.