

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Náročnost a rizika práce sester při poskytování
ošetřovatelské péče agresivnímu klientovi**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Mgr. Hana Hajduchová Ph.D.

2008

Gabriela Vorlová

ABSTRACT

This bachelor work is trying to analyse how demanding and risky nursing is when aggressive clients are treated. The theoretical part describes the origin of aggressive behaviour, types of aggression and situations which generate aggressive behaviour. All nursing parts of the problem are described here such as a preparation for the arrival of a disturbed client, his reception to the hospital and the main tasks of nurses in the psychiatric ward. Some other methods how to calm down and restrict the patient are also analysed.

A quantitative approach, questioning and semistructured interviews were used to collect all data in this work. The interview consisted of 28 questions and each respondent could answer in his words. The data were collected in mental hospitals in Havlíčkův Brod and Prague-Bohnice and in a psychiatric ward of the hospital in České Budějovice. Nurses who work with aggressive patients answered to the questions. Some results are demonstrated in graphs and tables and some answers are thoroughly analysed. Five objectives were stated at the beginning of the research and all of them were fulfilled. Eight research issues were set and they were gradually responded and the hypotheses were specified.

The work reached the conclusion that nursing staff provides a very demanding and risky job when they treat aggressive patients. The nurses know what to do if the patients attack them to avoid injuries of nursing staff, the aggressive patient himself and other patients. They can use a restrictive methods in such situations. On the other hand, they would praise a training course in self-defence and communication with aggressive clients as well as more men staff in the wards.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma Náročnost a rizika práce sester při poskytování ošetrovatelské péče agresivnímu klientovi jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě v úpravě vzniklé vypuštěním částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích a na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích.....

.....

podpis studenta

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí práce Mgr. Haně Hajduchové Ph.D. za pomoc a vedení během zpracování mé bakalářské práce.

Obsah

Úvod.....	2
1. Současný stav.....	3
1.1 Agresivní chování	3
1.1.1 Příčiny vzniku agrese.....	3
1.2 Varianty agresivního chování.....	4
1.2.1 Stupně agrese.....	6
1.3 Oddělení, kde lze očekávat agresivní chování.....	6
1.3.1 Sestra na psychiatrii.....	6
1.3.2 Úloha sestry při příjmu agresivního klienta.....	9
1.3.3 Příprava oddělení sestrou na příjezd klienta s akutním neklidem.....	11
1.3.5 Bezpečnost ošetrovatelského personálu.....	12
1.4 Role sestry při zvládnání náhle vzniklého problémového chování.....	13
1.4.1 Komunikační techniky sestry.....	14
1.4.3 Ošetrovatelská role sestry při rychlé tranvilizaci	15
1.4.3.1 Nahrazení rychlého zklidnění jinými metodami.....	17
1.5 Ošetrovatelský proces při fyzickém omezení agresivního klienta.....	17
1.5.1 Restriktivní metody.....	18
1.7 Sestra jako oběť	21
2. Cíle práce a výzkumné otázky.....	23
3. Metodika.....	24
4. Výsledky.....	26
5. Diskuse.....	66
6. Závěr.....	81
7. Seznam použitých zdrojů.....	84
8. Klíčová slova.....	87
9. Přílohy.....	88
9.1 Seznam příloh.....	88

Úvod

Tématem mé bakalářské práce je upozornit na náročnost a rizika ošetrovatelské péče u agresivního klienta. Toto téma jsem si vybrala, protože zdravotní sestry na psychiatrii se setkávají s agresivním klientem stále častěji a většinou musí čelit fyzickému napadení agresivním klientem. Problematika péče o agresivního klienta je spojená s velkými riziky pro ošetrovatelský personál a sestra se stává obětí násilného činu. S agresivními klienty se setkávám v každodenní praxi na psychiatrii v Havlíčkově Brodě, kde také pracuji.

Agrese je čím dál častější problém v celém světě. Příčinou bývá mnoho faktorů, jako je frustrace, nespokojenost, povahové rysy, či poškození mozku nebo jiné onemocnění. Agresivní klient se chová nevyzpytatelně, může zdravotníka nebo jiného klienta vážně zranit nebo může zničit zařízení na oddělení. V takové situaci musí sestra pracující psychiatrii rozpoznat možné riziko a vhodnými intervencemi mu předejít. V každém psychiatrickém zařízení, by měli mít vypracovaný standard péče, jak postupovat při možnosti restriktivních opatření a rychlého zklidnění pomocí léků.

Péče o agresivního klienta je náročná. Náročnost péče o agresivního klienta spočívá ve velké psychické i fyzické zátěži. Na psychiku ošetrovatelského personálu působí změny chování klienta, poruchy vnímání nemocných klientů a vulgární napadání ošetrovatelského personálu nebo útok. Ošetrovatelský personál musí umět na změny psychiky klienta reagovat, nepodléhat nervozitě, což vyžaduje velkou trpělivost a sebeovládání. Personál nesmí dát najevo strach, musí umět komunikovat s agresivním klientem a musí dodržovat dané standardy a bezpečnostní opatření.

Obsahem práce je zjištění náročnosti a rizik spojených s prací o agresivní klienty, jak často a za jakých okolností dochází k napadení sestry a umí-li sestry komunikovat s agresivním klientem. Dále jak sestry předchází poranění agresivního klienta, sebe i ostatních klientů a umí-li se bránit napadení. Jestli sestry při práci s agresivním klientem používají restriktivní opatření a jaké druhy.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Agresivní chování

Agresivní chování lze definovat jako porušení sociálních norem, které omezují práva a narušují integritu živých bytostí i neživých objektů. Je to symbolické nebo reálné omezování, poškozování a ničení. Agrese je projev takového chování. Agresivní chování je většinou prostředkem, jak dosáhnout uspokojení, kterému stojí v cestě překážky a je obranným mechanismem, který řeší problém útokem na překážku, což je ve zdravotnickém zařízení většinou sestra. Agresivní chování bývá stimulováno prožitkem hněvu a vzteku (4).

Agrese se v různých podobách prolíná celým naším životem. Agrese nás ovlivňuje negativně i pozitivně. Negativně se agrese projevuje jako omezování a poškozování jiných lidí. Pozitivní forma agrese respektující dané sociální normy se nazývá asertivita. S podobným postojem je možno se setkat s agresí také v ošetrovatelství. I v tomto oboru je agrese považována za cosi nežádoucího, co je nutno potlačovat (15, 29, 30).

1.1.1 Příčiny vzniku agresivity

Člověk má vrozené sklony k agresivnímu chování. Tyto sklony jsou závislé na historické, sociokulturní a individuální příčině. Sklon k agresivnímu chování se rozvíjí učením, není tedy závislý jen na dědičnosti (4, 8, 29).

Agresivita není pouze záležitostí jedince nebo malých společenských skupin. Záleží na společnosti, která agresivní chování buď banalizuje nebo podporuje. Může se tak setřít rozdíl mezi dobrem a zlem a agresivní projev se tak může stát běžným kdekoliv – v rodině, v partě, ve zdravotnickém zařízení. Mnohá násilná činnost je projevem skupiny a ne jen samotného jedince. Ve skupině jedinec získává pocit větší moci. Agresivita ve skupině je těmito lidmi chápána odlišným způsobem, takovým, které by bylo jinak nepřijatelné (4, 13, 15, 18, 29).

Příčinou agresivního chování mohou být problémy v rodině, ve vztahu, stres, problémy v práci či přepracovanost. Často je příčinou chorobný proces. Nedostatek plánovaných aktivit ke vzniku násilí přispívá. K agresivitě také přispívá nedostatek pozornosti ošetrovatelského personálu, nedostatek činnosti a nuda, nedostatek možností chodit ven a nedostatek informací (6).

S násilným chováním bývají spojeny i tyto okolnosti, alkohol – intoxikace, delirium, toxikománie, vysoká teplota, záněty – encefalitida či meningitida, mozková hypoxie, poranění mozku, delirium tremens, demence, epilepsie, hypoglykemie, hypotenzní encefalopatie, mentální retardace, sexuální deviace, podání léků proti vůli klienta, i násilím, osobnostní porucha – explozivní jedinec, asociální jedinec, psychóza – paranoidní psychóza, mánie, přechodná psychotická porucha, schizofrenie, klient s bludy či halucinacemi zde bývá přítomen akutní psychotický neklid, organické stavy – akutní stavy zmatenosti, epilepsie, reaktivní stavy – těžké akutně vzniklé depresivní projevy na citovou ztrátu, sebevražedné pokusy, raptus (bouřlivé až zběsilé autoagresivní nebo heteroagresivní jednání pramenící z nesnesitelné úzkosti), stavy kvalitativní poruchy vědomí – u deliria mráкотného stavu bývá přítomen velký psychomotorický neklid s celkovou dezorientací a zkresleným vnímáním. Patří sem také akutní stavy navozené léky vyskytující se v průběhu podávání psychofarmak, syndrom psychomotorické excitace – u oligofrenie, bolest a frustrace, příliš dlouhá doba strávená v čekárně, strach klienta, emoce spojené s násilím – podrážděnost, zlost, chorobná žárlivost, chybná identifikace okolí (1, 5, 7, 14, 16, 17, 22, 28).

1.2 Varianty agresivního chování

Agresivní chování může být reakcí na neuspokojení různých druhů potřeb. Tendence reagovat agresivně se zvyšuje, když člověk v některé oblasti strádá nebo, že špatná situace trvá příliš dlouho. Agresivita může být pro klienta ve zdravotnickém zařízení způsobem odreagování. Jestliže je klient v zátěžové situaci, zvyšuje se riziko, že se bude chovat agresivně. Agresivitu zvyšuje i omezení osobního teritoria. Některý klient

má obecný sklon nedůvěřovat odlišnostem a řešit problémy potencionálního ohrožení zvýšenou pohotovostí k agresivnímu jednání – samozřejmě zaměřenému proti ostatním (4, 8, 29).

Agrese může fungovat jako kompenzace náhradního uspokojení. Zbavuje tak jedince pocitu bezmocnosti a posiluje úctu. Klient je většinou schopen svoje chápání ovládat, proto může vlastní sklon k agresivitě potlačovat. Schopnost sebeovládání může být oslabena somatickou chorobou nebo organickým postižením mozku atd. S takovými klienty se sestry často setkávají při své práci (8, 13, 29).

Agrese je spojená s afektem hněvu, vzteku nebo pocity nenávisti a může vést až k fyzickému zranění zdravotníka, jiného klienta či zničení nejrůznějších předmětů. Agresivní chování tedy narušuje práva a integritu živých bytostí i neživých objektů a děje se tak symbolickým či reálným omezováním, poškozováním a ničením. Každý člověk má vrozené dispozice k agresivnímu chování (8, 13, 29).

Reaktivní agrese je agrese, která je užitá v obraně a je celkem běžnou a relativně tolerovanou. Klient se cítí ohrožen, a proto se brání. Podobným typem násilí je také pomsta. Zde se něco zlého už stalo a žádný další čin tuto skutečnost nezmění. Postižený se pak může mstít celému pokolení, rodu (22, 24).

Neklid je stav zvýšené pohybové aktivity, která přechází od mírných forem, jako je zvýšená gestikulace, přešlapování až po výrazný celkový neklid, kdy jedinec bezcílně pobíhá a zasahuje do okolí. Celková motorická aktivace a velký neklid se označuje jako agitovanost. Opakované nebo déletrvající násilné chování je agresivita. S agresivním klientem se především setkávají sestry na psychiatriích (7, 18, 22, 24).

Instrumentální agrese je násilné jednání sloužící k dosažení cíle a při úspěchu se projevy posilují (22).

V ošetřovatelství se určuje 12 typů agresivního chování: nehrozící slovní agrese, hrozící slovní agrese, ponižující agresivní chování, provokativní, pasivní nebo roztříštěné agresivní chování, hrozící fyzická agrese, destruktivní agresivní chování, fyzické násilí, násilí proti sobě, suicidální pokus a sexuální obtěžování (3).

1.2.1 Stupně agrese

Nepřátelství čili hostilita je nejnižší stupeň agrese, jedinec dává najevo své antipatie. Verbální agrese je druhý stupeň agrese, projevuje se zvyšováním hlasu, necitlivostí při komunikaci. Sestry bývají verbálně napadené i 3-4x denně. Ideatorní agrese jsou pouze představy, jak někomu vynadá, které jedinec ventiluje ven. Nejčastěji je zaměřena vůči pečovatelům nebo nejbližším osobám (7, 22).

Brachiální agrese je třetí a nejzávažnější stupeň agrese. Je to agrese fyzická, zaměřená vůči živým tvorům nebo věcem. Sestry bývají nejvíce napadené klientem v nočních hodinách. Zadržovaná agrese je neprojevená agrese. Potlačované emoce jsou příčinou psychosomatických onemocnění (7, 18, 19, 22).

Autoagrese je násilí zaměřené na sebe samu. Sebevražedné neboli suicidivní pokusy mohou vyústit až sebevraždou. Patří sem i různé způsoby sebepoškozování. O tyto klienty se denně stará sestra na psychiatrii, protože klientů se suicidálními úmysly přibývá. Heteroagrese je agrese zaměřená navenek, na jiné osoby či předměty (5, 7, 30).

1.3 Oddělení kde lze očekávat agresivní chování

Jsou to oddělení akutní psychiatrické péče, detoxikační jednotky, záchytné stanice nebo oddělení ochranné léčby. S projevy agrese se lze setkat i na jiných typech oddělení, kde je jejich zvládnání složitější, protože nejsou tak očekávané, ošetrovatelský personál jimi bývá zaskočen a chybějí mu zkušenosti s jejich řešením. Pro obor psychiatrie je typické, že výskyt agresivních projevů u duševně nemocných je častější, proto musí být ošetrovatelský personál dostatečně kvalifikovaný, aby je dokázal zvládnout (1).

1.3.1 Sestra na psychiatrii

Na psychiatrickém oddělení se sestra setkává s různými druhy agrese a musí s nimi počítat. Je pro ni velmi důležité vědět, kdy násilné chování hrozí, u jakých klientů a v jaké situaci. Musí být schopna vyhodnotit rizika násilí u konkrétních nemocných v konkrétních případech. Jejím hlavním úkolem je hrozící agresivní jednání rozpoznat,

vhodným přístupem ke klientům. Musí umět předcházet jeho rozvoji a zajistit bezpečnost pro ostatní klienty a jeho okolí. Sestra by měla vytvářet optimální pracovní podmínky na oddělení. Důležitá je přátelská a přirozená atmosféra na oddělení(1, 7).

Sestra na psychiatrii pečuje o duševně nemocné klienty, pomáhá v obnovení psychického zdraví, vytváří terapeutické prostředí, spolupracuje s doléčovacími zařízeními, pomáhá klientovi při sociální integraci vhodně aktivuje chronicky nemocné a pomáhá jim ke smysluplnému a spokojenému životu. Sestra musí navázat blízký a důvěrný vztah s klienty. Klient se musí na oddělení cítit dobře a mít pocit, že se o něho sestra všestranně stará. Aby sestra pochopila nemocného na psychiatrii tak se musí spoléhat především na pozorování a systematické, průběžné posuzování jeho potřeb. Je důležité holistické posouzení fyziologických, psychologických a sociálních potřeb klienta. Sestra se nesmí nechat vyprovokovat a zmanipulovat a musí vždy jednat racionálně (1, 7, 8, 26, 28).

Mezi nepříjemné požadavky, které klade sestra na klienta, patří zejména soustavné kontrolování, narušení intimity, omezení sociálních kontaktů, rušení spánku noční službou a nedostatek informací ohledně onemocnění. Tyto požadavky jsou nezbytné pro hladký průběh léčení, ale měly by být minimalizovány. Sestra si musí uvědomit, že se může stát obětí útoku kdykoliv, nepopírat tuto možnost, jinak se vystavuje většímu riziku (5, 28).

Kvalifikované sestry zajišťují širokou paletu terapeutických aktivit, které se řadí do neverbálních technik – psychogymnastika, pracovní terapie, arteterapie a jiné. Sestry se také zúčastňují řady psychoedukačních programů a snaží se obnovit klientovu schopnost sociálních kontaktů nebo jeho schopnost pracovat. Zaměřuje se na edukaci klientů a jejich blízkých v oblasti duševního zdraví (5, 6, 8, 11, 18, 23, 26, 28).

Vhodné je klienty na psychiatrii přes den vhodně aktivovat hudbou, procházkou, sledování filmů v televizi, stolní hrou, hracími kartami, vařením, arteterapií, pracovní terapií, pohybovou terapií, canisterapií, hipoterapií, hudební terapií, skupinovou terapií a tak dále. Nedostatek plánovaných aktivit a nuda ke vzniku násilí přispívá. Začlenění terapeutických aktivit do režimu a kultury oddělení pomáhá vytvořit prostředí, v němž je náročné a problémové chování klientů snáze zvladatelné a je možné

zabezpečit prostředí na oddělení a přitom vycházet vstříc potřebám klientů (1, 5, 6, 23, 26).

Faktory, které ovlivňují kvalitu péče o agresivní klienty jsou osobnostní předpoklady sestry a umění zvládat zátěžové situace. Práce sestry vyžaduje citlivý empatický postoj k obtížím nemocných. Nutné je zachovat neutrální postoj k agresivnímu klientovi. Sestra nikdy nesmí neprojevit sympatie nebo antipatie. Záleží na přizpůsobení ošetrovatelské péče individualitě klienta. Neumožňuje to získat stereotyp v reakcích, který umožní sestře zvládat i velmi vypjaté situace (18).

Znalost symptomatologie duševních poruch, je nutný předpoklad každé sestry. Neznalost by mohla vést k závažným chybám v přístupu. Znalost příčin klientova chování umožní sestře udržet si patřičný odstup při hostilitě nebo agresi (18).

Sestra musí zvládat metody získávání údajů, pozorování, rozhovor, specifickou ošetrovatelskou diagnostiku. Nutné je umět zvládat efektivní komunikaci, kladení otázek, umět naslouchat a dát prostor klientovi (18).

Sestra na psychiatrii musí znát účinky psychofarmak, znalost nástupu účinku, kumulace léčiv v organismu. Sestra se snaží o co nejmenší zásah do sebepéče, vede klienty k samostatnosti a snaží se předcházet vzniku závislosti klienta na zdravotnickém zařízení. Chová se co možná nejpříprozeněji a vždy postupuje v souladu s platnými právními předpisy. Sleduje nemocné ohrožující sebe a okolí, asistuje při specifických druzích léčby – elektrokonvulzivní terapie, připravuje nemocné a pečuje o ně po výkonech (18).

Orientuje se v právní problematice, ochranné léčba, nedobrovolné hospitalizace (viz příloha 5). Sestra na psychiatrii musí znát bezpečný postup přijetí klienta s akutním neklidem, musí umět zhodnotit rizika a zvládnout agresivní chování (1, 7, 18) (viz příloha 2, 3, 4).

Na každém oddělení psychiatrie musí být pravidla a postupy zvládnání agresivního chování vyhotovena v písemné formě, včetně psychologických a farmakologických doporučení i situací, kdy je volána policie. Ošetrovatelský personál má zakázáno cokoli klientovi oplátit, i když je přímo napaden. Ke snížení počtu násilných incidentů

a fyzických napadení přispívá výcvik personálu v dovednostech a technikách zvládnání agresivního chování. Ani výcvikem a vzděláváním nelze zabránit všem fyzickým útokům, proto dochází k fyzickému omezení svobody klienta (1, 7).

O možnosti použití omezovacích prostředků jsou klienti informováni v domácím řádu oddělení (1).

1.3.2 Úloha sestry při příjmu agresivního klienta

Sestra je mnohdy první osobou, která se v praxi setkává s klientem a která nejlépe vnímá a pozoruje výkyvy nálad, změny chování a reakce nemocného člověka. Tento první rozhovor by měl být uklidňující a povzbuzující a často ovlivňuje i další léčbu. Sestra si musí umět získat důvěru klienta, a to správným postojem k udávaným tělesným stížnostem. Spouštěcí mechanismy při vzniku agrese se sestře mohou zdát někdy banální. Projevy agrese jsou nejčastěji spojené s přijetím nebo propuštěním klienta (1, 18).

Faktory, které zvyšují napětí klienta při vstupu do zdravotnického zařízení jsou obtížná orientace ve zdravotnickém zařízení, dlouhé čekací doby v čekárně, hluk, nedostatek informací – ošetřovatelský personál se nepředstaví, chybí jim jmenovky, klient nezná další postup léčby, stereotypní přístup, nevhodné poznámky, absence empatie, stres, neumožnění kontaktu s rodinou, zákaz telefonování, nové, neznámé prostředí, neadekvátní, zkreslené představy o psychiatrii, dotaz na propuštění či vycházky a jeho zamítnutí, nesouhlas s hospitalizací, nesouhlas s medikací, dodržování pravidel na oddělení, ošetřovatelský personál vyžaduje aktivity nebo neoblíbené ošetřovatelské intervence – hygiena, klient nedostává cigarety, peníze, či telefon, nedostatek soukromí na oddělení (1, 7, 18).

Důležité je včasné odhalení agrese. První kontakt s duševně nemocným je velmi důležitý. Sestra získá co nejvíce informací o klientovi a jeho situaci. Sdělí klientovi bezpečnostní pravidla zvládnání agresivního chování po jeho přijetí k hospitalizaci. Někdy bývají okolnosti při příjmu dost dramatické klient bývá spoutaný a přivezený policií nebo je na oddělení dovedčen. Mnoho informací získá sestra z orientačního

psychiatrického vyšetření či doporučení praktického lékaře, z překladové zprávy či ze zprávy rychlé záchranné pomoci. (1, 14).

Sestra zjišťuje především anamnézu násilných činů, zkušenost se zbraněmi a jejich dostupnost nebo přístup k předmětům, které jako zbraň mohou sloužit. Zjišťuje, byl-li klient někdy dříve vystaven násilí (1, 7, 14, 18).

Neverbální projevy jsou pro sestru důležitým zdrojem informací a mnohdy bývají předzvěstí agrese. Mezi neverbální projevy agrese patří gestikulace, která je výhrůžná nebo nápadná, pohyby nohou, podupávání, náznaky kopnutí, oční kontakt, upřený pohled do očí, vzdálenost, nedodržování společenského odstupu, bouchání či kopání do nábytku, bouchání dveřmi, svírání pěstí, výraz ve tváři, jako jsou agresivní úšklebky, zrudnutí vzteky či zblednutí, nervózní pomrkávání, záškuby, klientem je mladý muž, malá spolupráce, sociální nespokojenost a pocit vykořeněnosti, přítomnost zátěžové situace jako je ztráta blízké osoby, blízkost osoby, kterou v daném psychickém stavu klient označuje za potenciální oběť svých tendencí (1, 5, 18).

Sestra posuzuje primární projevy agrese, kam patří historie agresivního chování či násilí, agresivní činy, trestní stíhání v anamnéze, vychloubání se násilným trestním činem, podezřívavost a paranoidní myšlenkové obsahy, perzekuční bludy, halucinace s násilným obsahem, nízká kontrola impulsů, odmítání komunikace, vlastnění zbraně, slabá schopnost koncentrace pozornosti, porucha myšlení, neschopnost vyjadřovat pocity, neschopnost koncentrace a vnímání informací, nejasný, zmatený myšlenkový pochod, akutní halucinace, bludy, dezorientace, pocit narušování jeho osobního prostoru, naléhání na okamžité splnění i nereálného požadavku (1).

Ukazatelem hrozícího násilí mohou být nápadnosti v chování. Většina z nich je intuitivních, neupravený vzhled, signály narůstajícího vzrušení, pach alkoholu, gestikulace, zvýšené napětí svalů, rozšířené nosní dírky, klení, výhrůžky, výraz v obličeji. Sestra musí poznat, zda bude stačit verbální a psychologický přístup nebo bude nutná aplikace tišících prostředků (1, 18).

Neklidné chování může být někdy předvídáno, především vydáváním nepopulárních zákazů, což jsou např. zamítnutí žádosti o vycházky, podání medikace proti klientovi vůli. Často je však agresivní chování nepředvídatelné. Někdo z ošetřovatelského

personálu či ostatních klientů řekne nebo něco udělá, co si paranoidní klient mylně vyloží a rozruší se tím. Tito klienti jsou označovány za klienty s provokativním chováním a zvládnutí takového klienta je doprovázeno značným rizikem, o němž musí být informován veškerý ošetrovatelský personál (1, 18).

1.3.3 Příprava oddělení sestrou na příjezd klienta s akutním neklidem

Agresivní klient je přijímán sestrou na uzavřené oddělení, která jsou trvale uzamčena. Ve všech prostorech ošetrovatelské jednotky musí být dobrá viditelnost. Poplašná zařízení musí být neustále dostupná. Reakce ošetrovatelského personálu na zvuk alarmu musí být stejná. Na oddělení musí být minimální množství předmětů, jimiž lze pohybovat a ty by měly být bezpečné (1,18).

Většina klientů je na psychiatrii hospitalizována opakovaně, ale mnozí sem přicházejí poprvé. Standardní postupy bezpečného příjmu klientů pomohou sestram snížit počet nevhodných výkonů, kterých se může dopustit méně zkušená sestra (1).

Bezpečnostní pravidla u akutního neklidu jsou taková, že klient musí být vyšetřen sestrou, která stanoví plán léčby. Veškerý ošetrovatelský personál je v pohotovosti. Klient, který je dopravený policií a s ní zůstává až do svého přijetí na oddělení. Ošetrovatelský personál musí být připraven neklidného klienta zklidnit a fyzicky omezit (viz příloha 2, 3, 4.). Předem je určena sestra, která bude s klientem hovořit. Sestra včas informuje lékaře a projednává s ním neodkladné požadavky, jako je zklidnění agresivního klienta. Každý klient má v dekurzu ordinovanou neklidovou medikaci, kterou sestra může použít v případě agrese, bez dalšího informování lékaře (1, 18).

Za příznivých okolností je klient vyšetřen sestrou a jeho léčebný plán stanoven ještě před umístěním na lůžko. Po ukončení vstupního rozhovoru sestra ukáže klientovi oddělení a podá mu informace o tom, co se bude v blízké době dít. Lékař stanoví stupeň dohledu, který může být běžný, zvýšený, neustálý nebo intenzivní. Při příjmu je u každého klienta nutný dohled alespoň zvýšený. Je lepší postupně snižovat stupně dohledu, pokud je klient klidnější než sestra předpokládala, než čelit důsledkům z nedostatečného dohledu (1, 18).

Dohled provádí příslušné vyškolené sestry. Neustálá přítomnost dohlížejícího personálu může neklid klienta ještě zhoršit, proto je lepší se pokusit o co možná nejméně vtíravý dohled a přítomnost. Okamžitě po napadení je vyplněn formulář o mimořádné události a o průběhu agresivního chování. Po každém incidentu by měl být proveden se sestrami oficiální rozbor. Po vážných incidentech by měla být obětem poskytnuta možnost konzultace s externím specialistou. Na všech odděleních je ošetrovatelský personál proškolen ve zvládnání agresivního chování (1, 18).

1.3.5 Bezpečnost ošetrovatelského personálu

Sestra na psychiatrii musí znát bezpečnostní opatření, která jsou na oddělení ve formě standardu. Chystá-li se sestra na rozhovor s potencionálně agresivním klientem, vždy informuje kolegu o tomto záměru a kde se bude rozhovor konat. Pro větší ochranu ošetrovatelského personálu je lepší spojit lékařské a ošetrovatelské vyšetření a snížit tak negativní vliv pro klienta. Sestra zná dostupnost poplašného zařízení. Vyšetřující sestra musí sedět v bezpečné vzdálenosti od klienta a v blízkosti únikového východu. Klient nikdy nesmí sedět mezi sestrou a únikovým východem. Za určitých okolností se volá policie a tyto okolnosti by měli být uvedeny ve standardu. Čím lépe je celý ošetrovatelský personál na psychiatrii vyškolen v technikách fyzického omezení klienta, tím se počet násilných činů snižuje. Sestra nepopuzuje klienta, nejde s ním do konfrontace. Nikdy se klientovi nesměje nebo ho nekritizuje za jeho chyby či nedostatky. U příjmu sestra klientovi taktně prohlédne věci, sleduje přítomnost zbraní, předmětů, které se jako zbraně mohou použít. Je vhodná přítomnost alespoň dvou zdravotníků. Sestra klienta seznámí s řádem oddělení, jeho právy i povinnostmi. Vše sestra řádně zapisuje. Je lepší jednat před dalším svědkem, nejlépe zdravotníkem (1, 17).

Osvědčuje se uzavřít dohodu o chování během pobytu na oddělení. Vždy sestra informuje o nevhodném způsobu chování. Sestra sleduje projevy klienta s ostatními klienty. Sleduje tendence klienta manipulovat s okolím. Ocení pochvalou i drobné pokroky (1, 17).

Léčba agitovaných klientů postupuje velmi pomalu, klade velké nároky na soudržnost týmu, úplné předávání informací, důsledné respektování léčebného režimu a pravidel na oddělení (5).

1.4 Role sestry při zvládnutí náhle vzniklého problémového chování

Sestra musí chránit klienty před jejich vlastním chováním, chránit rodinu, pečovatele i ostatní ošetrovatelský personál. Na druhé straně je zde riziko nepřiměřeného ztlumení, které může vést k somatickým obtížím klienta. Agresivní a problémové chování vyžaduje neodkladný zásah (18).

Při akutním neklidu k ohrožování a ublížení jsou využívány předměty denní potřeby, jako jsou židle, přístroje, kelímky. Ochrana zařízení na oddělení je až na druhém místě. Klienta, který je svým chováním nebezpečný sobě a svému okolí a jehož chování se nedaří zvládnout terapeutickým přístupem či medikací, je nutné fyzicky omezit. Pro optimální zvládnutí této mimořádné události je nezbytná dostupnost dostatečného počtu ošetrovatelského personálu, především mužského. Fyzické omezení musí být provedeno rozhodně a bez váhání a snižuje rizika poranění nemocného klienta a ošetrovatelského personálu. Klientovi je třeba vysvětlit proč musel být omezen. Ke zvládnutí neklidu je zapotřebí aplikace psychofarmak. Každý klient na psychiatrii je má jasně naordinována v dekurzu. Omezení klienta trvá vždy jen určitou dobu. Stává se, že se zdravotníci klienta bojí z omezení uvolnit i poté, co akutní neklid již byl zvládnut. Obávají se totiž dalšího agresivního chování od klienta a omezení jim dává pocit bezpečí. Příliš dlouhé omezení je klientem negativně vnímáno a důvěra k ošetrovatelskému personálu a následující spolupráce jsou ohroženy. Fyzické omezení by nemělo sloužit k jiným účelům než je zvládnutí akutního neklidu. Jedná se o profesionální výkon, nikoli o výkon fyzické převahy či potrestání. Když dojde k nějakému poranění musí sestra vše vždy důkladně zdokumentovat. Zvládnutí akutního neklidu a kontaktu s nespolupracujícím a agresivním klientem je jedním z mnoha specifíků práce sestry na psychiatrii (1, 18) (viz příloha 2, 3, 4).

1.4.1 Komunikační techniky sestry na psychiatrii

Žádná komunikace nevede jednoduše ke zklidnění agresivního klienta. Komunikace s agresivním klientem musí být opravdová a upřímná. Rozhovor s agresivním či neklidným klientem je složitý a vyžaduje profesionalitu. Sestra by měla zvládat techniky deeskalace – zklidnění, které se skládají z verbální a neverbální složky (1,7).

Projevy každé složky komunikace by měli být v souladu, jedině tak je komunikace účinná a důvěryhodná. Při navazování prvního kontaktu je vhodné, aby se sestra představila a nabídla klientovi ruku. Odmítne-li klient podanou ruku, může to značit nedůvěru, kterou k nám chová, neochotu spolupracovat, strach ze současné situace a vnitřní napětí. Je to většinou signál, že následný kontakt a spolupráce mohou být problematické. Sestra ke klientovi přistupuje čelem, protože se tak klient cítí méně ohrožen nebo překvapen. Kontakt z boku nebo zezadu může být klientem vnímán nepříjemně a může si ho mylně vykládat. Při kontaktu či rozhovoru si sestra udržuje odstup, aby byla v případě napadení mimo dosah klienta. Mnoho agresivity vzniká z úzkosti, kdy se klient cítí být v nebezpečí (11, 14).

Hovor vede sestra ve stejné výšce, mohou se oba posadit. Pro klienta to bude známka, že ho sestra nechce ohrožovat, a zároveň bude mít lepší kontrolu při vstávání. Sestra musí být vždy připravena rychle vyskočit. Udržuje stále oční kontakt s klientem vyvaruje se zbrklých a rychlých pohybů. Sestra mu sdělí důvod rozhovoru. Ke klientovi je vždy sestra zdvořilá. Klient musí mít jasné informace o tom, kde je, kdo je kdo a co se bude dít. Zvláště tehdy, kdy je chápání klienta narušeno, což bývá u duševních poruch časté. Proto informace, které jsou pro sestru významné a důležité, několikrát opakuje. Sestra mluví klidně vyrovnaně, jasně a srozumitelně, neuzívá zdravotnického slangu, který bývá pro klienty nesrozumitelný. Umí klientovi naslouchat. Používá krátké srozumitelné věty, ujišťujte se, zda jí klient rozumí. Sestra nikdy nereaguje na slovní útoky a nadávky, je nad věcí. Sestra nesmí být naléhavá, nepouští se do konfrontací – měla by se snažit najít s klientem společnou řeč. Klient se sestry bojí stejně a většinou mnohem více než sestra jeho. Sestra se snaží klientovi nabízet jistotu a podporu, nikdy mu nelže. Klient se často dožaduje kontaktu s lékařem,

mělo by mu být vždy vyhověno. Zprávy a skutečnosti, pro klienta nepříjemné, snáze přijme právě od lékaře než od sestry. Sestra se snaží vystupovat jako ten, kdo si ví rady a je schopen vyřešit problém. Sestra nezaujímá autoritativní a nebo defenzivní postoj, ruce v bok či ruce zkřížené na prsou. Agresivního klienta se nikdy nedotýká. I po zklidnění situace sestra pečlivě zváží, zda je fyzický kontakt nutný. Neprojevuje odpor ke klientovi. Zaměřuje se na zásadní informace, neklidný klient nesnese dlouhé vyptávání. Snaží se získat pro spolupráci klientovi příbuzné, kteří mohou být cenným zdrojem informací. Umožnění krátkého spojení s rodinou, které má pozitivní vliv. Slovní komunikace však není všemocná (14, 16, 26, 28).

1.4.3 Ošetrovatelská role sestry při rychlé trankvilizaci

Sestra musí ovládat všeobecná pravidla zklidnění, která se upravují podle situace (1).

Rychlé zklidnění je využití psychotropní medikace ke kontrole agitovaného, výhrůžného a destruktivního psychotického chování. Patří sem aplikace psychofarmak bez souhlasu nemocného klienta. Tento postup je prostředek léčebný i omezující. Psychofarmaka slouží ke pacifikaci nemocného a zahájení terapie. V případě, neklidu klienta, je v jeho zájmu, aby mu byl lék podán. Vždy vysvětlíme, co a proč mu chceme dát. Je lepší nejdříve zkusit podat klientovi tabletu či tekutou formu léku před parenterální aplikací. Klientovi sestra nebo lékař vysvětlí, jak se lék jmenuje a k čemu slouží. K parenterální aplikaci psychofarmak sestra přistupuje až když se nepodaří klienta přesvědčit k perorálnímu užití léků. K bezpečné parenterální aplikaci léku je zapotřebí dostatečný počet ošetrovatelského personálu. Po dosažení farmakologického útlumu sestra musí zajistit dlouhodobé monitorování psychického a somatického stavu a kontroly základních vitálních funkcí (1, 2, 7).

Léky pro rychlé zklidnění jsou benzodiazepiny a neuroleptika. U neuroleptik dochází k velkým nežádoucím účinkům. Benzodiazepiny se podávají pomalu i.v., nesmí se podat nikdy i.m., protože se absorbují pomalu a nepravidelně. Nejužívanější je Apaurin, Dormicum či Diazepam. Nejčastěji užívaným neuroleptikem je haloperidol a droperidol. Klienti jsou ohroženi velkou akumulací léků v organismu. V mnoha psychiatrických zařízeních je považováno rychlé zklidnění za součást standardního

postupu. Důležité je, aby sestra znala vliv doporučených terapeutických dávek na kariopulmonární systém a musí sledovat účinek léku. Léky vždy ordinuje lékař. Sestra je kompetentní k aplikaci léků rychlého zklidnění a musí být proto vyškolená (1, 2, 7).

Při agresivním chování klienta nejdříve sestra zhodnotí situaci s celým týmem, po té musí zajistit bezpečnost všech na oddělení i za cenu fyzického omezení klienta. Sestra vysvětlí klientovi jeho nebezpečnost pro sebe i pro okolí. Při pacifikaci je optimální, aby 5 sester či ošetřovatelů drželo klientovi končetiny a hlavu. Lékař se přímo neúčastní fyzického omezení klienta. Není-li přítomen dostatečný počet zdravotníků, tak sestra nechá klienta odejít a poté zavolá ostatní pomocníky. Sestra klienta musí slovně uklidňovat, vysvětlovat mu všechny prováděné postupy, zda s fyzickým omezením bojuje nebo je klidnější i bez využití medikace. Při omezení klienta sestra sleduje všechny mimoslovní signály (1, 16) (viz příloha 2, 3, 4).

Pokud je klient navzdory fyzickému omezení stále neklidný použije ošetřovatelský personál metodu rychlé trankvilizace - zklidnění. Pokud je situace pro sestru bezpečná, tak změří klientovi krevní tlak a tepovou frekvenci. Dechovou frekvenci sestra sleduje častěji. Pečlivý monitoring po podání léku sestře umožňuje včasnou diagnostiku hypoxémie jako projevu přílišného útlumu. U klienta v útlumu sestra zajišťuje komplexní ošetřovatelskou péči. Sestra na psychiatrii by měla znát benzodiazepinového antagonistu flumazenil (1, 16).

Sestra po aplikaci metody rychlého zklidnění, není-li klient příliš utlumen, ostatní léky sestra podává perorálně nebo intramuskulárně (nejlépe přístupný je musculus deltoideus) vždy dle lékaře. Sestra nesmí kombinovat dva preparáty do jedné injekční stříkačky (1, 18).

Při rychlém zklidnění se objevují malé i život ohrožující komplikace. Z drobných komplikací to jsou lehké pohmožděniny, hematomy a bolesti při podání léku. Závažná komplikace jsou kardiovaskulární a respirační potíže, záchvaty a křeče. Nejzávažnější jsou případy náhlého srdečního úmrtí (1, 2).

Při odeznívání benzodiazepinů sestra pozoruje klienta, protože se mohou vyskytnout, zvláště u starších klientů záchvaty, stavy zmatenosti, nauzea, zvracení, přílišný útlum nebo v kombinaci s dalšími léky způsobují vážnou hypotenzi (1,2).

Rychlá tranquilizace je bezpečná metoda zklidnění agresivního klienta, pokud je provedena uvážlivě s následnou dobrou péčí (1).

1.3.4.1 Nahrazení rychlého zklidnění jinými metodami

Při rychlém zklidnění nesmí sestra nikdy zapomínat na behaviorální a psychologické techniky, neboť mnozí klienti mohou být ovlivnitelní pouze těmito technikami. Psychologické a behaviorální strategie zvládání agresivních klientů zahrnují techniky deescalace, izolaci a fyzické omezení klienta. Deescalace, zklidnění čili umluvení klienta, pomáhá snížit stupeň hostility, snižovat zlost a zabraňovat násilnému chování. Behaviorální techniky jsou založené na operativním podmiňování. Klient na chvíli odejde ze stresujícího prostředí, a tím může získat kontrolu nad situací. Sestra zavede klienta do jiného, tiššího prostředí a tam mu poskytne podporu (1, 23).

Další užitečnou metodou je neustálý dohled sester nad rizikovým klientem. Zahrnuje několik důležitých položek snižujících počet násilných činů, např. zmenšení stimulace, intenzivní dohled a možnost terapeutického kontaktu. Tato metoda je méně omezující než izolace nebo fyzické omezení klienta. Fyzické omezení může být někdy terapeutickým postupem (1, 23, 26).

Nejvíce omezující metoda je umístění klienta do izolace. Izolaci sestra volí v situaci nouzi, kdy je zapotřebí zásah ve velmi krátkém čase. Všechny kontakty jsou zde zakázány. Měla by být použita až po selhání ostatních metod. Fyzické omezení může být někdy terapeutickým postupem (1, 23, 26) (viz příloha 3).

Elektrokonvulzivní léčba je vhodná při pomalém působení psychofarmak. Je účinná při máni. Sestra klienta připravuje na tuto terapii (5).

1.5 Ošetřovatelský proces při fyzickém omezení agresivního klienta

Jedná se o výkon bez souhlasu nemocného a jeho použití definuje zákon č. 86/1992 Sb., který říká, že fyzické omezení lze užít u osoby, která jeví známky duševní choroby nebo intoxikace a zároveň zjevně a aktuálně ohrožuje sebe nebo okolí (viz příloha 5). Z toho vyplývá, že k fyzickému omezení sestra přistupuje pouze v těch případech, kdy selhaly předchozí metody, nikoli jako k výchovnému prostředku. Fyzické omezení

indikuje lékař. Ošetrovatelský personál je provede šetrně a rychle za podmínek 1 osoba pro 1 končetinu + 1 osoba navíc. Sestra musí provést zápis do dokumentace, kde uvede důvod fyzického omezení, formu, čas a podpis indikujícího lékaře. Aplikace omezovacích prostředků je nedílnou součástí ošetrovatelské péče v psychiatrii (6, 23, 26).

Ošetrovatelský proces u fyzického omezení se provádí tehdy, kdy jiné metody selhaly a nebezpečná situace vyžaduje zásah. Základem je minimálně tříčlenný tým, lepší by byl pětičlenný. Tři členové týmu přistoupí ke klientovi v trojúhelníkové formaci. Osoba na vrcholu trojúhelníku na klienta hovoří a snaží se jej přesvědčit, aby se přestal nevhodně chovat. Když se tak nestane, na smluvený signál jeden chytne klientovu hlavu, a další dva paže a opatrně klienta položí na zem. Po položení klienta na zem mu sestra odebere nebezpečné předměty a nevhodné oblečení a přemístí ho do izolace, do síťového lůžka, či ho mechanicky omezí koženými pouty (7, 16).

Jakékoli uchopení je ošetrovatelským personálem směřováno na dlouhé kosti a ne na kluby, tím by měla být zajištěna bezbolestnost. Omezeného klienta nepokládáme na břicho, aby věděl, co se s ním děje. Přecházíme tak panice a spíše zachováme klientovu důstojnost. Držení provádí 2 až 4 pracovníci podle nutné kontroly a podle reakce klienta. Základním principem je snaha ošetrovatelského personálu, aby klient spolupracoval na svém zklidnění (20, 23) (viz příloha 2, 3, 4).

1.5.1 Restriktivní metody a role sestry

Druhy restriktivních metod čili omezujících prostředků jsou omezení v lůžku, terapeutická izolace, síťová lůžka, ochranný kabátek – svěrací kazajky, manuální fixace, podání medikace bez souhlasu nemocného (3, 18, 20, 23) (viz příloha 2, 3, 4).

Za výrazný omezující prostředek se považuje hospitalizace klienta proti jeho vůli, bez písemného souhlasu. V širším pojetí jsou za restriktivní metodu považováno podání léků proti klientově vůli, postranice u lůžka nebo pobyt na uzavřeném oddělení. V České Republice se nejvíce užívají síťová lůžka, která jsou jinde vnímána jako nehumánní zatímco ve Velké Británii využívají velký počet ošetrovatelského personálu, který klienta drží za končetiny, než se klient zklidní (18, 20, 21, 22, 23).

Indikací k omezení klienta je riziko poranění sebe či ostatních osob, riziko pádu klienta, agrese, infuzní terapie. Pokud komunikace s agresivním klientem nezabere, tak následuje překlad na uzavřené oddělení a dle psychického stavu mohou být použita různá omezení klienta jako je terapeutická izolace, síťové lůžko, kurty. Terapeutická izolace a síťové lůžko jsou šetrnější než kurty. Před umístěním do izolace sestra klienta prohlédne, odebere vše, čím by si mohl ublížit (3, 18, 20, 23).

V psychiatrii bývá v mimořádných případech nutné použít vůči klientovi restriktivní postupy za účelem jeho fyzického omezení. V případě neklidného či agresivního chování, nezvládne-li sestra situaci jinak, např. vhodným terapeutickým přístupem či medikací, přistupuje k omezovacím opatřením. Protože se jedná o metody, které vážně zasahují do osobní svobody klienta, je nutné dodržovat některé zásady, které slouží ke snížení rizika vzniku různých komplikací – somatických, psychických i právních (18, 20, 25) (viz příloha 2, 3, 4).

Komplikace spojené s užitím restriktivních postupů mohou být poranění klienta či členů personálu v průběhu omezování klienta. Poranění klienta může být způsobené přílišným utažením popruhů, jejich nedostatečným vypodložením či nedostatečnou kontrolou ošetrovatelského personálu. Může se jednat o poruchu prokrvení, vznik trombózy, odřeniny, hematomy, prochladnutí klienta v důsledku nezajištění optimálního tepelného komfortu, poranění klienta jiným klientem z oddělení, poranění klienta v terapeutické izolaci cizím předmětem způsobené nedostatečnou kontrolou na počátku izolace, komplikace plynoucí z nedostatečné ošetrovatelské péče, což jsou dehydratace, vznik dekubitů, tenze, psychická traumatizace klienta vyplývající z omezení. (18, 20, 23).

Rozhodnutí o aplikaci omezovacích postupů je výhradně v kompetenci lékaře, který použití posuzuje a ordinuje. Tím se předchází subjektivnímu vyhodnocení jednotlivých situací ošetrovatelským personálem, kdy míra tolerance jednotlivých zdravotníků k projevům klienta může být značně odlišná. V naléhavých situacích může o omezení klienta rozhodnout sestra. Jsou to případy, kdy je nemožné otálet s řešením závažné situace. V co nejkratší době by měl lékař rozhodnutí sestry posoudit, potvrdit nebo zvolit jinou variantu. Musí být stanovena maximální doba omezení, po které musí stav

klienta opětovně posoudit lékař. Sestra je zodpovědná za správné provedení omezení a zajištění komplexní ošetrovatelské péče o nemocného (16,18).

Pro vlastní omezení klienta je důležitý dostatečný počet personálu. Odpovídající počet dostupného zdravotnického personálu je nezbytný, aby mohlo být omezení provedeno rychle a bezpečně. Každé oddělení by mělo mít vypracovaný postup, kterým sestra v co nejkratším časovém úseku dokáže zajistit odpovídající počet ošetrovatelského personálu pro zvládnutí neklidného klienta (16,20).

Užití restriktivních postupů není důvodem k nepovolení návštěv. Každá návštěva však musí být ošetrovatelským personálem dostatečně poučena o důvodech, které vedly k omezení klienta. Doporučují se kratší návštěvy pod s dohledem personálu. Návštěva musí akceptovat omezovací opatření (16,18,20,23).

Všechny okolnosti související s užitím omezovacího opatření musejí být stručně, přehledně a srozumitelně zdokumentovány. Zápisy v dokumentaci musejí být popisné a objektivní. Každý zápis musí obsahovat datum, čas a podpis sestry (17,23).

Zdokumentován musí být stav klienta, předcházející omezení a důvody k němu vedoucí, čas počátku omezení, výsledky průběžného sledování se zhodnocením stavu klienta, včetně důvodů k pokračování či ukončení omezení, prováděné ošetrovatelské intervence, jako je hygiena, příjem potravy a tekutin, vyprazdňování, návštěvy u klienta, čas ukončení omezení, včetně popsání stavu klienta a výsledky sledování ukončení omezení. Informace o komplikacích vždy musí sestra hlásit lékaři (16, 18).

Po skončení omezení by sestrou měla být klientovi věnována zvýšená pozornost. To umožní ošetrovatelskému personálu pohotově zareagovat na eventuální komplikace psychického a somatického charakteru plynoucí z předchozího omezení, respektive posílit terapeutický vztah s klientem (16, 20).

Použití omezovacích postupů by mělo být evidováno sestrou v mimořádných událostech. Evidence používání omezovacích prostředků má význam pro vyhodnocování a srovnávání četnosti použití restriktivních opatření na různých pracovištích (18).

Restriktivní postupy by měly být voleny až jako poslední krajní možnost řešení, potom co selhaly předchozí intervence. Restrikce by měla trvat jen nezbytnou dobu

a klientovi v omezení sestra musí věnovat zvýšenou ošetrovatelskou péči (18, 20, 23) (viz příloha 2, 3, 4).

1.7 Sestra jako oběť

Po všech agresivních incidentech by měla být ošetrovatelskému personálu nabídnuta oficiální metoda rozboru incidentu, která je zaměřena na praktické a emocionální otázky, protože obětem napadení je potřeba vyjádřit sympatie a podporu. Napadená sestra by se měla co nejdříve vrátit zpět do služby, jinak je ohrožena nakumulováním strachu. Obvykle stačí prodiskutovat předešlou situaci přímo ve skupině zdravotníků. Při závažných incidentech je vhodná spolupráce externího konzultanta pro zaměstnance, kteří utrpěli fyzická a emocionální zranění. Při vyšetřování příčin incidentu se incident rekonstruuje pro porozumění příčin, souvislostí a následků (1, 9, 11, 12, 27).

Sestra by se neměla obviňovat, měla by se snažit nestát se bezmocnou a umět požádat o určitý typ podpory přímo. Sestra nesmí brát urážky osobně. Měla by se poučit ze zkušenosti a pokusit se co nejdříve vrátit do služby. Měla by postupovat pozorně dle pravidel a vyžádat si formální i neformální podporu (1, 6).

Normální reakcí na útočící osobu je buď útok nebo útěk. Sestrám na psychiatrii se nedoporučuje ani jedna reakce. Základem je, aby sestry uměly situaci analyzovat. Proto je důležitá nevyhnutelnost průběžného vzdělávání ošetrovatelského personálu, který by měl umět rozpoznat hrozící útok a způsoby utlumování agresivního chování. (1, 6, 9, 11, 12, 27).

Reakce sestry na agresivní jednání a omezení svobody klienta jsou úzkost, chvění, zvýšená bdělost, palpitace, neschopnost, bezmocnost, pocit, že neexistuje lepší způsob jak klientovi pomoci. Frustrace a hněv, neschopnost pochopit chování klienta, strach z tělesného poranění a z pomsty. Pocit viny, pocit, že někdo jiný by to dokázal lépe, ohledy na klienta i vlastní pohodlí. Sestra může mít pocit ustoupení, potřebu stáhnout se ze situace, úlevu nebo radost, že se incident urovnal, pocit zneužívání, znevýhodnění klienta, rezignace a pocit, že se síla musela použít (1, 6, 10).

Zážitek spojený s napadením, tedy pocit vlastního ohrožení, se dotkne každého zdravotníka. Sestra tento okamžik může chápat jako profesionální selhání, nedostatečné

zvládnutí situace, někdy prožívá pocit viny, ale i obavy, jak se zachová příště. V přípravě profesionálních zdravotníků na psychiatrii by měla být zařazena oblast práce a komunikace s agresivními jedinci, aby se předcházelo stresu a negativním pocitům v těchto vypjatých pracovních situacích. Sestra musí rozhodnout, zda situaci zvládne sama, či potřebuje pomocníky, případně veřejné orgány, pokud je klient ozbrojen. Musí rozhodnout zda stačí psychologický zásah nebo bude nutná aplikace tisíců léků (1, 6, 10, 27).

Ošetrovatelský personál by měl mít možnost hovořit o svých zkušenostech a prožitcích z práce s neklidnými a nespolupracujícími klienty v Bálintovské skupině, supervizním setkání nebo v kazuistickém semináři (11, 27).

Důležitá je podpora kolegů a přátel. Během incidentu je nutné poskytnout oběti agresivního chování bezpodmínečné ujištění o podpoře. Ostatní sestry by měli projevit svou ochotu si kdykoli promluvit. (1, 11, 27).

Podpora týmu a vedení oddělení hraje také svoji roli. Důležité je vyčlenit si čas na skupinový rozbor incidentu. Rozebrat úspěšnost jednotlivých technik, příčinu jejich selhání, vypracovat nový model postupu pro zvládnání podobného typu incidentu. Nutné je vyjadřovat své pocity a emoce. Správné je reagovat na všechny návrhy z rozboru. Na oddělení se může přijmout lepší opatření a techniku ke zvládnání těchto klientů. (1, 20, 27).

Rozhodnutí o potrestání násilného a agresivního klienta je důležité. Obvykle jde o náročný rozhodovací proces, který vyžaduje značné úsilí celého týmu, při přesvědčování policie o nezbytnosti vyšetření klienta. Tým se musí shodnout na podání či nepodání žaloby a na pomoci svým kolegům. Faktorem pro podání žaloby na agresivního klienta může být klientův psychický stav, schopnost klienta jednat záměrně, množství způsobených škod, pravděpodobný vliv žaloby klienta, nutnost umístit klienta s do prostředí s vyšším stupněm bezpečnostních opatření (1, 9, 24, 27) (viz příloha 5).

2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

1. Zjistit náročnost a rizika práce sester při poskytování ošetrovatelské péče u agresivních klientů.
2. Zjistit výskyt a okolnosti, za jakých dochází k napadení sester agresivním klientem při poskytování ošetrovatelské péče.
3. Zjistit, jak sestry předcházejí poranění ošetrovatelského personálu, samotného klienta či klientů ostatních při styku s agresivním klientem.
4. Zjistit, zda sestry teoreticky i prakticky ovládají plán postupu při vlastním napadení agresivním klientem.
5. Zjistit názor sester na význam a přínos praktického nácviku komunikace s agresivním klientem a nácviku sebeobrany, a zda by je v praxi využily.

2.2 Výzkumné otázky

1. V čem spočívá náročnost a jaká jsou rizika práce sester při poskytování ošetrovatelské péče u agresivních klientů?
2. Jak často a za jakých okolností dochází k napadení sester agresivním klientem při poskytování ošetrovatelské péče?
3. Jak sestry předcházejí poranění ošetrovatelského personálu při poskytování ošetrovatelské péče u agresivních klientů?
4. Jak sestry předcházejí poranění samotného agresivního klienta?
5. Jak sestry předcházejí poranění ostatních klientů při styku s agresivním klientem?
6. Ovládají sestry teoreticky, ale i prakticky plán postupu, jak reagovat při vlastním napadení?
7. Postrádají sestry nácvik sebeobrany?
8. Považují sestry praktický nácvik komunikace s agresivním klientem za užitečný a přínosný při výkonu svého povolání?

3. METODIKA

3.1 Metoda sběru dat

Ke zpracování bakalářské práce bylo použito kvalitativního přístupu, metody dotazování, techniky sběru dat polostrukturovaného rozhovoru. Formulář pro rozhovor obsahoval 28 otázek. Otázky byly polootevřené nebo otevřené, pouze otázka č. 19 byla uzavřená. Respondent měl možnost se vyjádřit svými slovy a rozebrat jednotlivé otázky.

Otázky 1 – 4 se týkaly věku respondenta, pohlaví, délky praxe na psychiatrii a na jakém oddělení na psychiatrii dotázaný zdravotník pracuje. Otázky 5 – 6 byly dotazem na postoj k agresi a s jakým typem jsou sestry nejčastěji konfrontovány. Otázky 7 - 14 se zabývaly zvláštnostmi ošetřování agresivních klientů. Otázky 15 – 19 se týkaly napadení agresivním klientem. Otázky 20 – 21 se zaměřily na vzdělávání a tréninkový výcvik sester na psychiatrii. Otázky 22 – 23 se týkaly komunikace s agresivním klientem. Otázky 24 – 25 se zabývaly restriktivními a bezpečnostními opatřeními. Otázky 26 – 27 se týkaly psychologické podpory po incidentu. Otázka 28 poskytovala prostor pro návrhy respondentů jak zlepšit podmínky pro práci s agresivním klientem.

Rozhovory probíhaly na třech různých psychiatrických odděleních akutního neklidu. Každý rozhovor probíhal s respondentem v soukromí samostatně, bez asistence další osoby, aby tak byla zajištěna anonymita respondentů. Jednotlivé odpovědi jsem hned zaznamenávala do připraveného formuláře pro rozhovor.

3.2 Charakteristika souboru

Sběr dat probíhal v Psychiatrické léčebně v Havlíčkově Brodě, v Psychiatrické léčebně v Praze v Bohnicích a na psychiatrickém oddělení v Českých Budějovicích.

V psychiatrické léčebně v Havlíčkově Brodě probíhal sběr dat na oddělení akutního neklidu na mužích i na ženách na pavilonech 1 a 7A.

V psychiatrické léčebně v Praze v Bohnicích probíhal sběr dat na oddělení akutního neklidu na pavilonu 27.

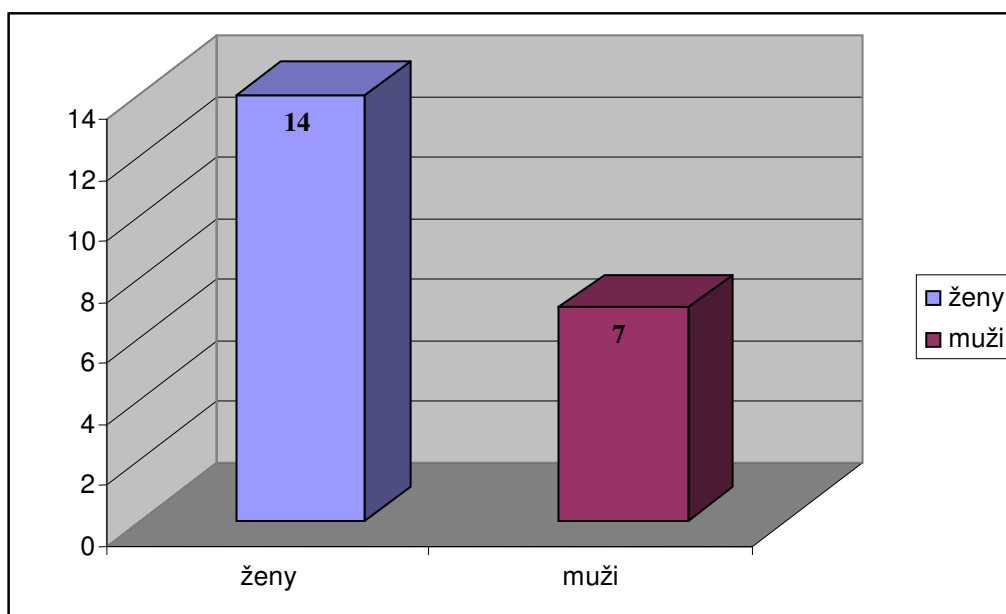
Další sběr dat probíhal na psychiatrickém oddělení v Nemocnici České Budějovice.

S ostatními psychiatrickými léčebnami se mi nepodařilo navázat spoluprací. V Psychiatrické léčebně v Brně mě vedení odmítlo z důvodu, že mají svojí univerzitu a s Jihočeskou univerzitou nemají podepsanou smlouvu. V Psychiatrické léčebně Želiv nemají zkušenosti s agresivními klienty. Na Psychiatrické léčebně v Lnářích nebyly sestry ochotné spolupracovat. Na Psychiatrické léčebně v Jihlavě mají špatné zkušenosti s výzkumy, proto odmítli. Na psychiatrickém oddělení v Jemnici nemají agresivní klienty, protože je to otevřené oddělení. Psychiatrická léčebna Červený Dvůr nemá zájem o výzkum a psychiatrická klinika v Hradci Králové nemůže pomoci, protože prý nejsou léčebna.

Sledovaný soubor respondentů tvořili sestry a ošetřovatelé psychiatrických zařízení, kteří pracují a mají zkušenosti s agresivními klienty. Rozhovoru se zúčastnilo vždy 7 sester nebo ošetřovatelů z každé psychiatrické léčebny či psychiatrického oddělení. Výzkumný soubor tvořilo 21 respondentů.

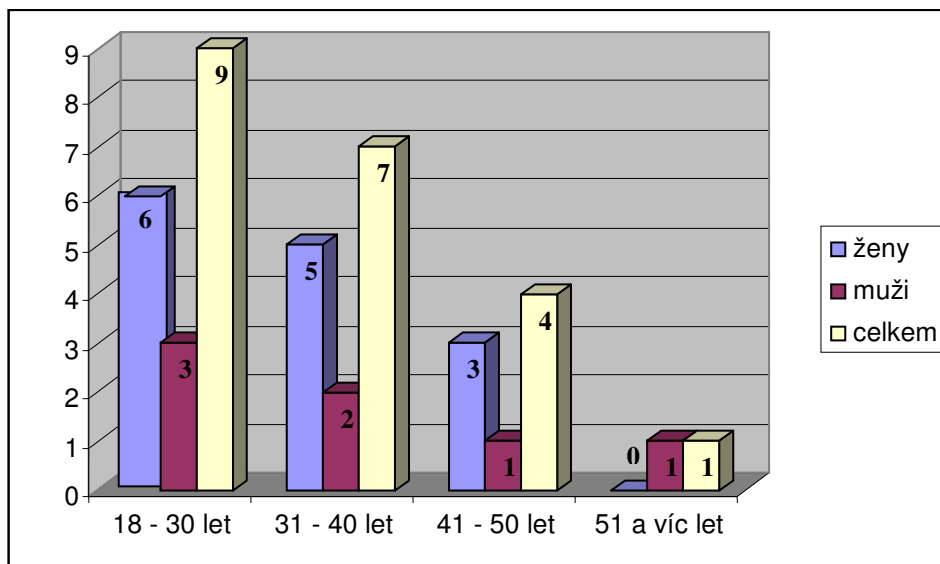
4. VÝSLEDKY

Graf 1 Pohlaví respondentů (otázka č.1)



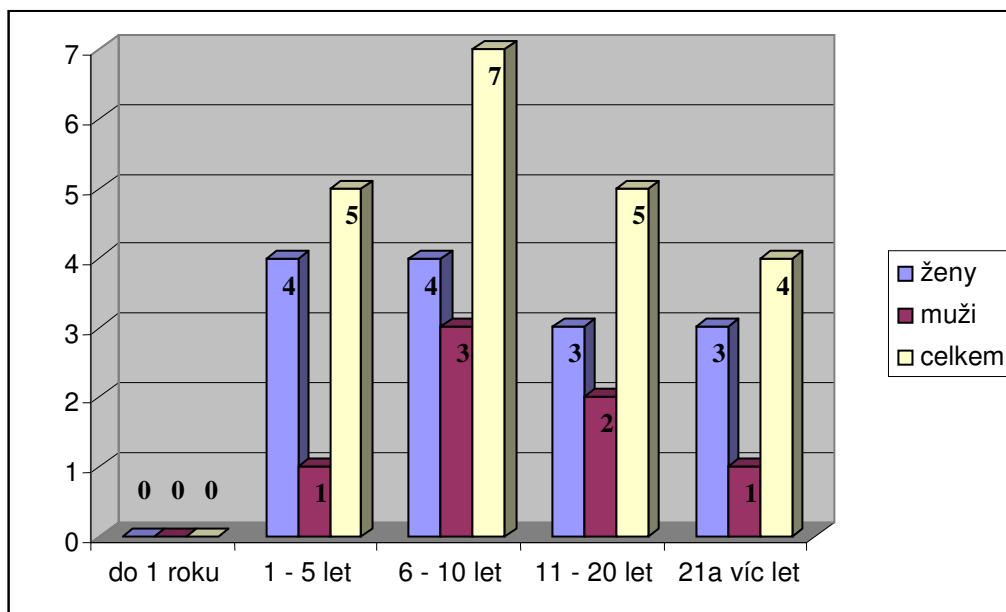
Rozhovoru se zúčastnilo celkem 21 dotázaných, z toho 14 žen a 7 mužů. 3 muži a 4 ženy byli z Psychiatrické léčebny v Bohnicích, 4 muži a 3 ženy z Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě a 7 žen z psychiatrického oddělení v Českých Budějovicích.

Graf 2 Věkové rozdělení respondentů (otázka č.2)



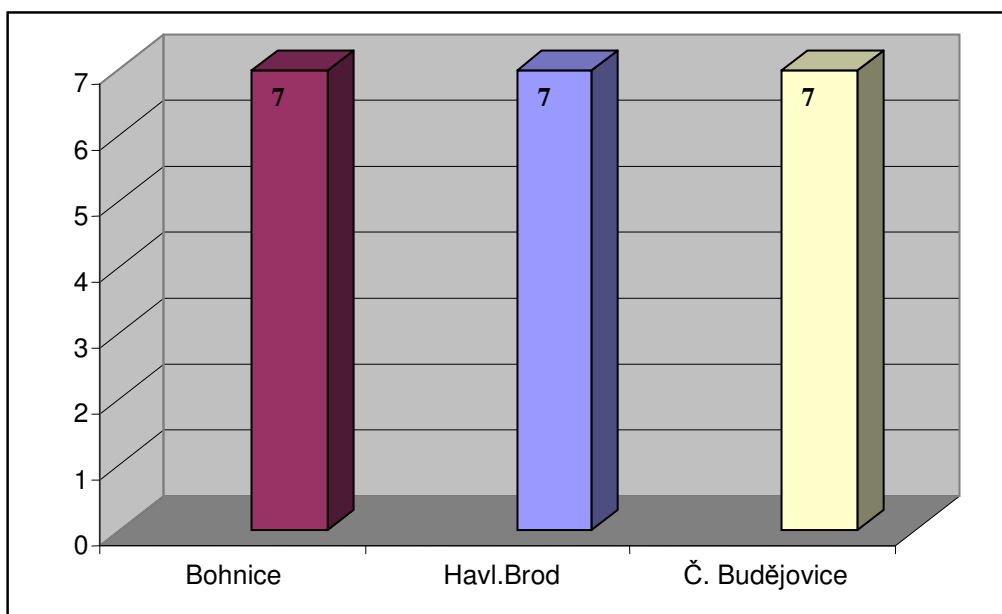
Věk respondentů je rozdělen na 4 skupiny. Ve skupině od 18 -30 let se zúčastnilo rozhovoru 6 žen a 3 muži. Celkem tedy 9 respondentů z této věkové skupiny. Další skupina je 31 – 40 let a zde se zúčastnilo 5 žen a 2 muži, celkem tedy 7 respondentů. Ve skupině 41 – 50 let se zúčastnili rozhovoru 3 ženy a 1 muž. Celkem 4 respondenti v této věkové skupině. Ve věkové skupině 51 a více let se neúčastnila žádná žena a pouze 1 muž. Celkem tedy 1 zdravotník. Rozhovoru se účastnilo celkem 21 dotázaných zdravotníků.

Graf 3 Délka praxe respondentů na psychiatrii (otázka č.3)



Celkem se rozhovoru zúčastnilo 21 dotázaných zdravotníků. Délka praxe respondentů byla rozdělena do 5 skupin. Ve skupině do 1 roku praxe se nezúčastnil žádný dotazovaný zdravotník. Ve skupině 1 – 5 let praxe se zúčastnili 4 ženy a 1 muž. Celkem tedy 5 zdravotníků. Ve skupině 6 – 10 let se zúčastnili rozhovoru 4 ženy a 3 muži. Celkem tedy 7 zdravotníků. Ve skupině 11 – 20 let se zúčastnili rozhovoru 3 ženy a 2 muži. Celkem tedy 5 zdravotníků. Ve skupině 21 let a více se zúčastnili 3 ženy a 1 muž. Celkem tedy 4 zdravotníci.

Graf 4 Psychiatrická zařízení (otázka č.4)



Na tuto otázku odpovídalo 21 sester. Z každého psychiatrického zařízení 7 sester. Souhrnně lze říci, že dotázané sestry z Psychiatrické léčebny v Bohnicích pracují na uzavřeném oddělení akutního neklidu, na koedukovaném oddělení a pravidelně se střídají na oddělení otevřeném doléčovacím. Je to pavilon číslo 27.

Dotázané sestry z Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě pracují buď na uzavřeném oddělení akutního neklidu pro muže nebo pro ženy. Na pavilonu číslo 1 a 7A.

Dotázané sestry z psychiatrického oddělení v Českých Budějovicích pracují na uzavřeném akutním příjímáacím oddělení, 3 na ženském, 3 na mužském a 1 na ambulanci. Jsou to oddělení při Nemocnici v Českých Budějovicích, které přijímá akutní případy všech psychiatrických diagnóz. Příjem klienta zde probíhá následovně. Ráno a dopoledne (do 14,00 hod.) se přijímají pacienti na příjmové ambulanci. Tam proběhne vyšetření lékařem, zavedením příjmu do počítače sestrou, kde se zaznamenávají základní informace o pacientovi, jméno, adresa, povolání, obvodní lékař, ambulantní psychiatr, dieta, kontakt na příbuzné, důvod přijetí. Dále na

ambulanci pacienti podepíší souhlas s poskytováním informací. Jsou mu změřeny základní fyziologické funkce, TK, P, TT. S takhle vyplněnými dokumenty přijde klient na oddělení. Tam je klient poučen o chodu oddělení, je upozorněn, že je na uzavřeném oddělení a co z toho vyplývá, je poučen, že u sebe nesmí mít žádné předměty, se kterými by si mohl někdo jiný ublížit (ostré, skleněné, porcelánové předměty, léky, provazy, holení nabíječky, nože nůžky) a je požádán, aby takové předměty odevzdal k úschově sestřám. Dále je s klientem sepsaná sesterská anamnéza, ve které jsou běžné údaje (kontakt na příbuzné, alergie, informace o tom, že byl poučen o chodu oddělení, hodnotí se kvalita vědomí, jaký má spánek, problémy se stolicí, močením, zda má katétry, operační rány, jakou má dietu, do jaké míry je soběstačný, problémy se zrakem, sluchem, kompenzační pomůcky atd.). Z tohoto dotazníku se stanoví ošetřovatelské diagnózy. S klientem se sepíše souhlas s hospitalizací a poučení o možnosti uložení cenností, sepíše se věci, které nesmí mít u sebe a jsou uloženy u sester a sepíše se šatní lístek. Klient se zváží, změří. Pokud je s klientem přítomný nějaký příbuzný, tak dostane takzvané „Informace pro příbuzné“, kde je kontakt na oddělení, návštěvní hodiny, kdy si mohou telefonovat pro informace a taky poučení, které předměty jsou nevhodné nosit na oddělení. Pacientovi se připraví žádanky na příjmové odběry a žádanka na EKG. Splní se ordinace, které chce lékař udělat hned při příjmu - aplikace léků hned po přijetí, statim odběry a jiné. Dále je klient uložen na pokoj, je seznámen s oddělením a poučen, že se má v případě problémů obracet na sestry. Pokud je pacient přijímán až po 14,00 hod., všechnu práci ambulantní sestry přebírá sestra na lůžkové části a postupuje stejně jako sestra ambulantní.

Tabulka 1 Postoj k agresii (otázka č.5)

POSTOJ K AGRESII	
Negativní postoj k agresii	14
Tolerance s agresí, klient je nemocný	3
Agrese je běžná, nutno ji potlačovat	2
Agrese je součást života	2
Celkem dotazovaných	21

Tabulka 2 Postoj k agresii z hlediska pohlaví (otázka 5)

POSTOJ K AGRESII Z HLEDISKA POHLAVÍ	ŽENY	MUŽI
Negativní postoj k agresii	12	2
Tolerance s agresí, klient je nemocný	2	1
Agrese je běžná, nutno ji potlačovat	0	2
Agrese je součást života	0	2
Celkem dotázaných	14	7

Celkově odpovídalo 21 dotázaných. 14 respondentů se shodlo, že postoj k agresi mají výhradně negativní, protože agrese je pro ně nepřijatelná. Nicméně někteří z nich agresi akceptují jako způsob řešení konfliktních situací nebo způsob odreagování. Tuto otázku zvolilo více žen a to ve 12 případech, muži pouze 2.

Pro 2 respondenty muže je agrese běžná v jejich zaměstnání, ale je nutné ji potlačovat vhodnými prostředky. 2 respondenti muži považují, agresi za běžnou součást života a jako takovou se jí snaží brát.

Další 3 respondenti si myslí, že na psychiatrii musí být sestra tolerantní, protože agresivní klient je nemocný. Takto odpověděl 1 muž a 2 ženy.

Tabulka 3 Nejčastější typy agrese (otázka č.6)

NEJČASTĚJŠÍ TYPY AGRESE	Setkali se s jedním druhem agrese	Setkali se s všemi druhy agrese
Fyzické napadení	10	7
Autoagrese	4	
Pasivní agresivní chování	0	
Celkem dotázaných	21	

Tabulka 4 Druhy agrese (otázka č. 6)

DRUHY AGRESE	Setkali se s jedním druhem agrese	Setkali se s oběma druhy agrese
Verbální agrese	11	7
Provokativní agresivní chování	3	
Celkem dotázaných	21	

Celkem odpovědělo 21 respondentů. 7 respondentů udalo, že při práci s agresivním klientem jsou nejčastěji konfrontovány se všemi druhy agresivního chování a 14 dotazovaných sester s jedním druhem agrese.

Z těchto 14 dotazovaných uvádí autoagresivní chování u klientů 4 respondenti. 10 respondentů udává, že denně při své práci řeší fyzické napadení buď zdravotníka nebo jiného klienta. S pasivním agresivním chováním není nikdo z dotázaných často konfrontován.

Dále z celkového počtu 21 dotazovaných 7 zdravotníků udává, že se setkávali při své práci se všemi druhy agrese a 14 jich uvádí jeden druh agresivního chování, a to 11 dotazovaných je několikrát denně vystaveno verbální agresi bez napadení, formou nadávek a vulgárním vyjadřováním klientů. Další 3 dotazovaní se setkávali také často s provokativním agresivním chováním.

Tabulka 5 Rizika při ošetřování agresivních klientů (otázka č.7)

NÁZEV RIZIKA	
Poranění personálu	15
Včasná reakce	3
Strach o život	1
Nebezpečí pro ostatní klienty	2
Celkem odpovídalo	21

Celkem odpovědělo 21 sester. Sestry jako odpovědi uváděly několik možností rizik.

Rizika v ošetřování agresivních klientů 15 zdravotníků shledává v poranění ošetřovatelského personálu, sestry si myslí, že při ošetřování agresivních klientů vzniká fyzická újma jako je úraz ošetřovatelskému personálu. Tyto sestry odpověděly, že se stávají terčem agresivních klientů, pokud jsou ženského pohlaví. Muži uvedli, že neklidný klient si více dovolí na sestru – ženu než na muže, ale riziko zranění je zde také velké. Riziko se stupňuje pokud má u sebe klient zbraň.

2 sestry uvedly, že hrozí také nebezpečí v poranění ostatních hospitalizovaných klientů.

Podle 3 sester pracujících na psychiatrii je důležité umět včas reagovat a vždy s agresivním chováním u klientů počítat. Dodržovat zásady bezpečnosti práce s agresivním klientem. 1 dotázaná sestra odpověděla, že často jde o život, ale nelze si to připouštět, protože je to její práce.

Tabulka 6 Nejvíce náročná ošetrovatelská činnost (otázka č.8)

NEJVÍCE NÁROČNÁ OŠETŘOVATELKÁ ČINNOST	
Všechny jsou náročné	7
Aplikace neklidové injekce	8
Fyzická pacifikace	5
Neví	1
Celkem odpovědělo	21

Tabulka 7 Nejvíce náročná ošetrovatelská činnost z hlediska pohlaví (otázka č. 8)

NEJVÍCE NÁROČNÁ OŠETŘOVATELSKÁ ČINNOST Z HLEDISKA POHLAVÍ	ŽENY	MUŽI
Všechny jsou náročné	5	2
Aplikace neklidové injekce	7	1
Fyzická pacifikace	1	4
Neví	1	0
Celkem dotázaných	14	7

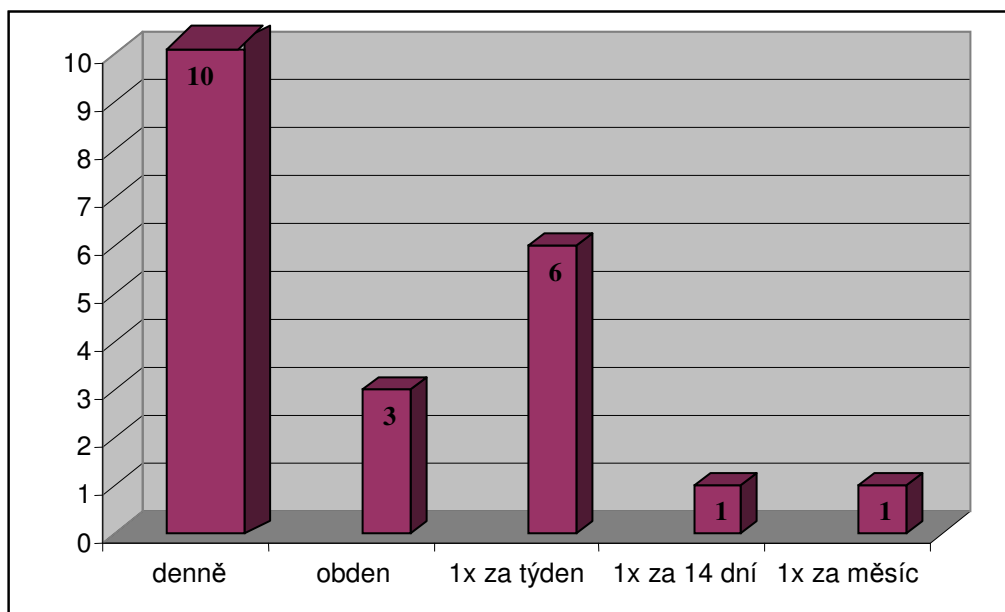
Z celkového počtu 21 respondentů uvedlo 7 sester, že nejvíce náročné jsou ošetrovatelské činnosti všechny, které jsou prováděné u agresivního klienta. Zařazují sem podávání tekutin a stravy, podávání léků per os, dodržování hygieny. Zdůvodňují to tím, že klienta musí uvolnit z omezujícího prostředku a pokud není přítomen dostatek personálu, tak je takové počínání někdy velmi nebezpečné. Takto odpovědělo 5 žen a 2 muži.

8 sester uvedlo, z toho 7 žen a 1 muž, že nejnebezpečnější a tedy nejnáročnější činnost považují aplikaci neklidové injekce, protože se ke klientovi musí těsně přiblížit. Sestra musí dbát aby injekcí neporanila ostatní ošetrovatelský personál nebo sama sebe, protože agresivní klient, se snaží při pacifikaci prát se s ošetrovatelským personálem.

5 dotázaných sester uvedlo, z toho 4 muži a 1 žena, že je pro ně nejnáročnější fyzická pacifikace agresivního klienta. Protože při tomto výkonu hrozí zranění jak klienta, tak ošetrovatelského personálu a proto musí být pacifikace vždy provedena co možná nejšetrněji.

1 sestra uvedla, že neví, která činnost je nejvíce náročná.

Graf 5 Častost napadení ošetrovatelského personálu (otázka č.9)



Zde je graf, který zobrazuje častost napadení zdravotníků.

Na tuto otázku odpovídalo 21 dotazovaných sester. 10 respondentů uvedlo, že jim při práci hrozí napadení denně. 3 respondenti uvedli, že jim při práci hrozí napadení obden. 1x za týden hrozí napadení ze strany agresivního klienta 6 zdravotníkům. Pouze 1 zdravotník uvedl, že mu napadení hrozí 1x za 14 dní a 1 respondent uvedl 1x za měsíc.

Tabulka 8 Situace, kdy hrozí napadení (otázka č.9)

SITUACE, KDY HROZÍ NAPADENÍ	
Příjmu	16
Zákazu oblíbených činností	3
Podávání léků per os	2
Celkem odpovídalo	21

Napadení hrozí podle respondentů nejvíce při příjmu klienta na oddělení. Protože klient poznává nové prostředí, zjišťuje, že z oddělení nemůže dobrovolně odejít a ošetrovatelský personál klienta nezná. Tuto skutečnost uvedlo 16 dotázaných sester. Další 3 sestry se shodly na tom, že napadení hrozí při zákazu, či nedovolení aktivit, které by chtěl klient vykonávat. Zbylé 2 sestry uvedly, že jim napadení častokrát hrozilo při podávání léků per os klientovi, který tyto léky odmítal.

Tabulka 9 Způsoby, jak předejít poranění agresivním klientem (otázka č.10)

JAK PŘEDEJÍT PORANĚNÍ AGRESIVNÍM KLIENTEM	Ženy	Muži
Komunikace	3	3
Dostatek mužského personálu	10	0
Restrikce	1	4
Celkem opovědělo	21	

Z výzkumných rozhovorů vyplývá, že sestra předchází vlastnímu poranění při ošetřování agresivního klienta různými způsoby. Na tuto otázku odpovědělo 21 dotazovaných sester a uvádějí několik odpovědí.

Sestra nejdříve klientovi vysvětlí, co se bude dít, jaký výkon mu bude proveden. Nejdůležitější je pro sestry vhodná komunikace, při které se snaží klienta umluvit a nenechá se vyprovokovat. A to v 6 případech, z toho 3 muži a 3 ženy. Sestry se snaží zodpovědět případné klientovi dotazy. Nikdy se k němu neotočí zády a nikdy nejdou za neklidným klientem samy, ale pouze v doprovodu ošetřovatele. Důležité jsou také jasné kompetence sester. Předem by měl být ošetřovatelský personál dohodnut, kdo bude agresivního klienta držet za končetiny a pacifikovat a kdo bude aplikovat neklidovou injekci.

Dále je pro sestry důležité zajištění bezpečnosti práce tím, že vždy stojí poblíž únikového místa – dveří. Sestra ví, kde je umístěno signalizační zařízení.

10 dotazovaných zdravotníků, z toho všechny ženy, odpovědělo, že je důležitý dostatek personálu, především mužského, na oddělení, což je stále nedořešený problém ve všech psychiatrických zařízeních.

5 sester se před poraněním pak chrání restriktivními opatřeními, především síťovým lůžkem, izolací nebo kurty a vždy neklidovou medikací, kterou má každý klient od lékaře naordinovanou v dekurzu. Toto uvedly ve 4 případech hlavně muži. A 1 žena. Především dotazovaní muži uvedli, že je důležitá rychlost zásahu při pacifikaci s odebráním nebezpečných předmětů a s použitím restriktivních prostředků.

Sestry z psychiatrického oddělení v Českých Budějovicích uvádějí navíc přivolání Policie ČR, se kterou spolupracují. V psychiatrických léčebnách, je však přivolání Policie ČR ojedinělé, jenom pouze v případě, že má agresivní klient zbraň.

Tabulka 10 Zabránění poranění klienta (otázka č. 11)

JAK ZABRÁNIT PORANĚNÍ KLIENTA	
Omezení v lůžku	14
Komunikace	4
Bezpečné prostředí	1
Zvýšený dohled	2
Celkem odpovídalo	21

Na tuto otázku odpovědělo všech 21 dotazovaných sester. Sestry uváděly i několik odpovědí.

14 dotazovaných sester uvedla, že agresivnímu klientovi v poranění v případě autoagrese zabrání, jeho omezením v lůžku, neklidovou medikací nebo jiným restriktivním opatřením.

Sestry dávaly, a to 4 dotázané nejdříve přednost komunikaci s agresivním klientem, vysvětlením zákroku. Potom většinou uváděly pacifikaci nemocného pomocí zvýšeného počtu personálu, aby byla co nejohleduplnější a s následnou restrikcí nemocného dle lékaře.

Další sestra považuje za důležité nejdříve zajistit bezpečné prostředí pro klienty. Bezpečné prostředí si představuje odstraněním nebezpečných předmětů hned při příjmu klienta, bezpečnostní signalizací na oddělení, se kterou jsou zdravotníci seznámeni.

Podle zbylých 2 sester by klienti měli být pod neustálým nebo zvýšeným dohledem personálu, jeho počet by měl být také zvýšený, a až potom by se personál měl pokusit agresivního klienta zklidnit.

(otázka č. 12)

Na tuto otázku opět odpovědělo 21 dotázaných sester.

Sestry na psychiatrii se setkávají se suicidivním klientem velmi často nebo denně. Sestry uvedly, že zkušenosti s klientem se suicidivními sklony mají špatné. Většina těchto klientů disimuluje a péče o ně je pak velmi náročná.

Sestry popisovaly, že hned při příjmu má klient v anamnéze pokus o sebevraždu. Sestry klienta při příjmu prohlédnou po těle a případné zranění, které si sám způsobil ošetří a sledují. Sestry také prohlédnou i oblečení, všechny předměty, které si sebou klient přivezl a nebezpečné předměty, kterými by si mohl ublížit mu odeberou. Tento postup klientovi vysvětlí, protože je běžný i u příjmu ostatních klientů. Snaží se tak zabránit opakovanému suicidiu.

Samotná péče o suicidivního klienta se podle většiny sester odlišuje v dohledu personálu, který je neustálý nebo intenzivní a s péčí o poranění, které si způsobil sám. Většina sester se snaží klienta přes den zaměstnat vhodnými aktivitami, aby tak zvaně přišel na jiné myšlenky.

Podle většiny sester je důležitá zvýšená péče o suicidivního klienta večer a v noci. Protože kritická je 3 – 4 hodina ranní, kdy dochází k pokusům o sebevraždu. Lékař dle psychického stavu klienta může naordinovat na noc uložení klienta do síťového lůžka na pokoji zvýšené péče.

Sestry se shodly, že zapisují často ve dne i v noci chování klienta. Tento zápis je směrodatný pro lékaře, který se snaží léčbou předejít sebevražednému chování.

Tabulka 11 Způsob, jak předejít poranění ostatních klientů (otázka č. 13)

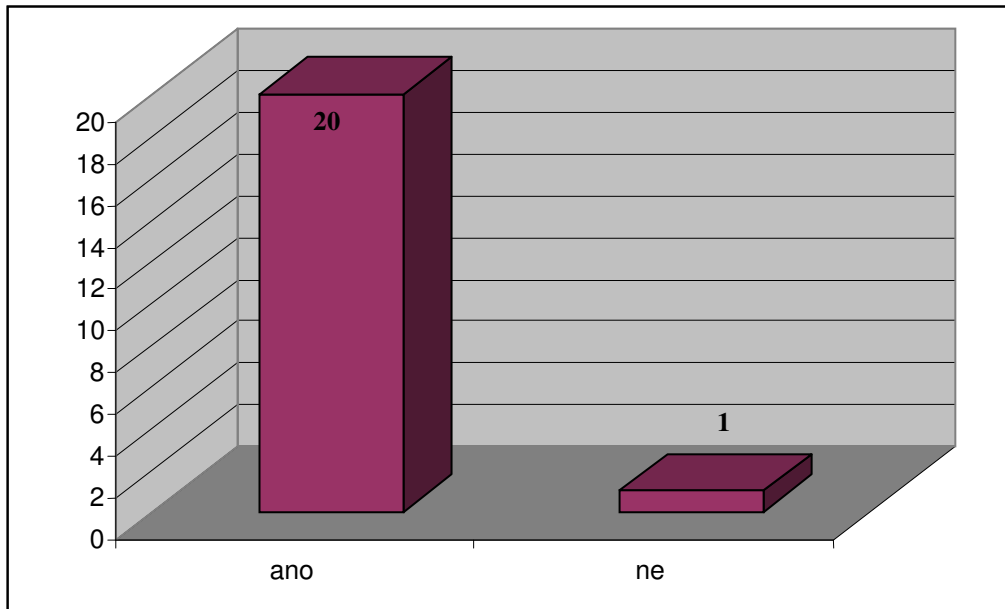
JAK PŘEDEJÍT PORANĚNÍ	
Klienta odvézt stranou	7
Klienta uklidnit	2
Neklidová injekce	8
Komunikace	4
Celkem odpovědělo	21

Na tuto otázku odpovídalo všech 21 dotazovaných sester. Sestry se shodly, že je u této otázky podobná odpověď, jako u otázky 11.

Ošetrovatelský personál uvedl, v počtu 7 sester, že pokud je klient agresivní na ostatní hospitalizované klienty, tak se snaží odvést agresora stranou od ostatních nebo ho přímo izolovat restriktivním opatřením. 2 sestry se snaží klienta uklidnit a odstranit všechno co ho rozrušuje. Pro příště se snaží, aby se klient vyhnul těmto situacím.

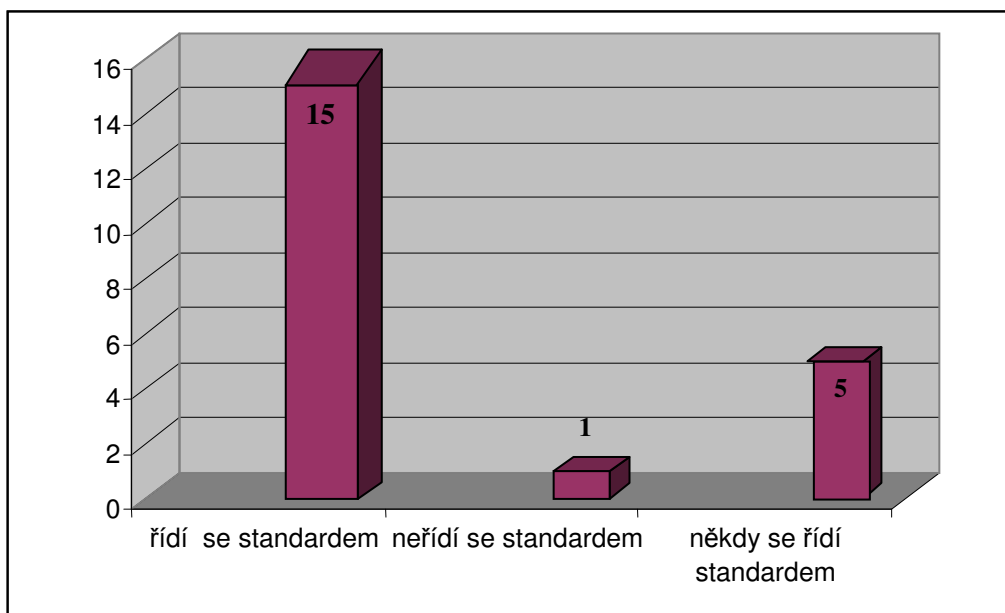
8 sester uvedlo, že klient vždy dostane neklidovou medikaci, kterou má naordinovanou od lékaře v dekursu. 4 sestry uvedly, že se snaží s klientem komunikovat a tak zvaně ho umluvit, ale to ve většině případech nepomáhá.

Graf 6 Standardy na oddělení (otázka č. 14)



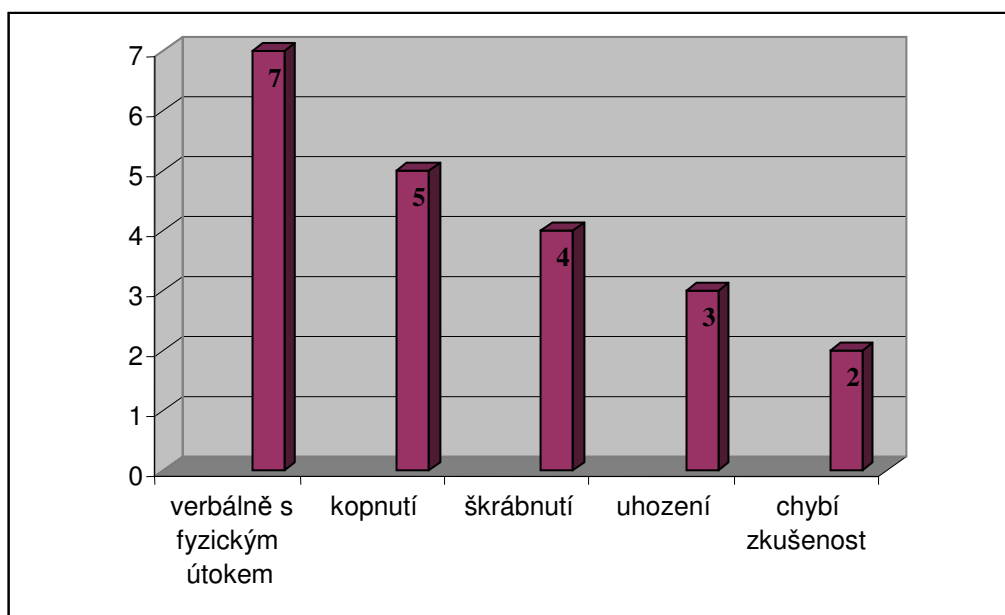
Tento graf znázorňuje, že z celkem 21 respondent; uvedlo 20 sester, že na oddělení standardy pro ošetřování agresivního klienta nebo zacházení s omezujícími prostředky mají. Jen 1 sestra uvedla, že takový standard na oddělení nemají a tudíž se jím neřídí.

Graf 7 Sestry řídící se standardem (otázka č.14)



Tento graf znázorňuje, že z celkem 21 respondentů 15 sester se při ošetřování agresivní klienta vždy standardem řídí, 5 sester uvedlo, že se standardem řídí někdy a 1 sestra se standardem neřídí nikdy.

Graf 8 Způsob napadení sester agresivním klientem (otázka č.15)



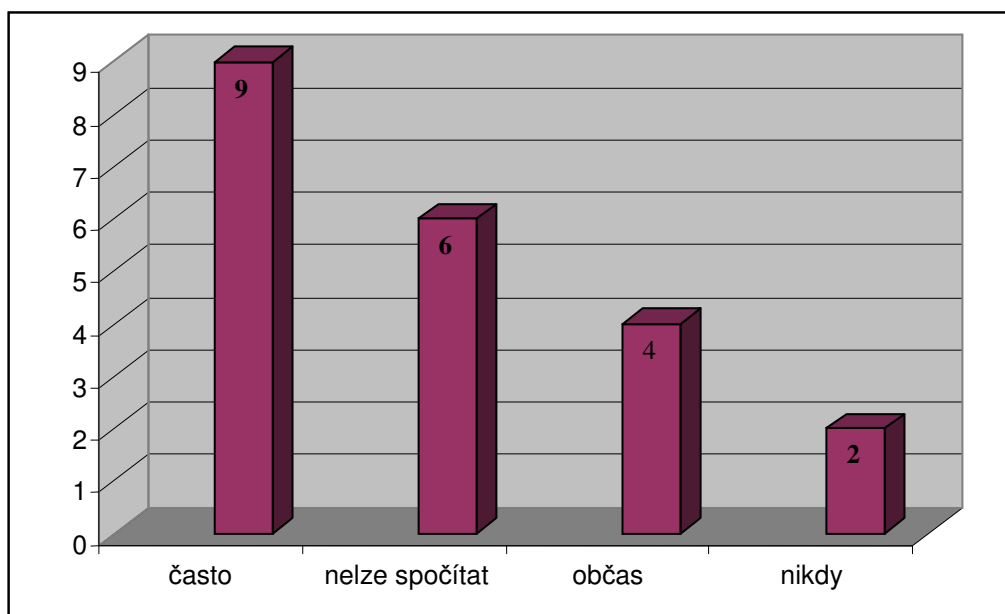
Tento graf zobrazuje, že z 21 respondentů. 7 sester uvedlo, že nejčastější napadení je verbální s následným fyzickým útokem. Dalších 5 sester bylo kopnuto agresivním klientem. 4 sestry byly poškrábány při poskytování ošetrovatelské péče agresivním klientům. A 3 z dotázaných má zkušenosti s uhozením (fackou) do různé části těla. 2 dotazované sestry nebyly napadeny nikdy. Ošetrovatelský personál se shodnul, že se často stávají obětmi napadení a agresivního chování klientů. Klient je většinou viní, za to, že nemůže svobodně odejít z oddělení a tak si vylévá zlost na sestřách.

Graf 9 Fyzické napadení agresivním klientem (otázka č. 15)



Tento graf znázorňuje, že z celého souboru 21 respondentů jich 19 sester odpovědělo, že fyzicky napadeny byly. 1 sestry tvrdí, že napadena ještě nikdy nebyla a 1 sestra si nevzpomíná.

Graf 10 Častost napadení sester (otázka č. 16)



Na tuto otázku odpovídalo 19 dotazovaných sester, které byly napadeny. Z grafu vyplývá, že nejvíce sester bylo napadeno často, a to v 9 případech. Dále nejvíce sester odpovědělo, že počet napadení ani nelze spočítat během jejich praxe na psychiatrii, a to v 6 případech. 4 sestry odpověděly, že byly napadeny občas. 2 sestry napadeny nebyly nikdy.

Tabulka 12 Pocity při napadení (otázka č.17)

JAK JSTE SE PŘI NAPADENÍ CÍTEL/A?	
Překvapení vystřídané strachem	13
Více předvídat situaci	2
Nervozita	2
Nepříjemná situace	2
Celkem dotázaných	19

Na tuto otázku odpovídalo všech 19 dotazovaných sester, které byly napadeny. 2 sestry napadeny nebyly. 13 dotazovaných sester pociťovala při napadení nejdříve překvapení, které potom vystřídal strach. 2 sestry udávají, že i když jsou na psychiatrii zvyklé na agresivní chování klientů, tak i přesto, je dovede klient vždy překvapit a myslí si, že by měly více předvídat situaci. 2 zdravotníci uvedli, že při napadení cítili nervozitu, kterou však nesměli projevit před agresivním klientem.

Sestry vypověděly o smíšených pocitech, které se střídají během napadení agresivním klientem. 2 sestry hovořily o velmi nepříjemné situaci, když je napadne klient a mají tendenci chránit nejdříve sami sebe a pak až ostatní klienty

Tabulka 13 Způsoby, čím se řídit při napadení (otázka č. 18)

ČÍM JSTE SE PŘI NAPADENÍ ŘÍDILI		ŘÍDILI JSTE SE STANDEDEM	
Vlastní úsudek	9	ANO	NE
Znalost klienta	5	19	2
Individuální zdroje	1		
Kopírování jiné setry	4		
Celkem dotázaných		19	

Na tuto otázku odpovědělo celkem 19 dotázaných sester, které byly napadeny. 9 sester uvedlo, že se řídily při napadení vlastním úsudkem. Do vlastního úsudku zahrnuly zkušenost s agresivními klienty, vyhodnocení situace, která je důležitá a také sem zahrnuly individualitu klienta.

1 dotazovaná sestra uváděla, že se při napadení snažila klientovi bránit a vytrhnout a přivolat si pomoc. To znamená, že se řídila individuálními zdroji.

Další 4 sestry uvedly, že při napadení kopírovaly chování jiné sestry, kterou už viděly v podobné situaci. 5 sester vsadilo na znalost klienta, kterého znají již z předchozích hospitalizací.

Při rozhovoru většina, tedy 19 sester uvedla, že se při napadení samozřejmě řídily standardem. 2 sestry nebyly zatím napadeny a tudíž se standardem neřídily.

Tabulka 14 Převedít útoku (otázka č. 19)

DALO SE ÚTOKU PŘEVEDÍT?	
Ano	14
Ne	7
Celkem odpovědělo	21

Na tuto otázku odpovědělo 21 dotazovaných sester. 7 dotazovaných sester uvedlo, že se útoku nedá převedít žádnými existujícími opatřeními a 14 dotazovaných respondentů si myslí, že se útoku převedít dá vždycky.

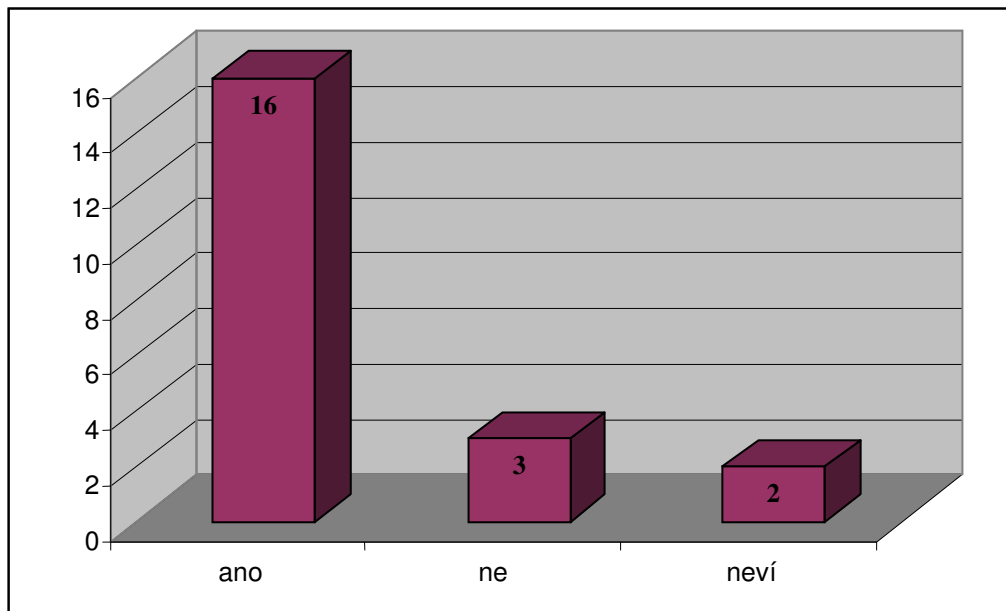
Tabulka 15 Způsob, jakým se dá útoku předejít (otázka č. 19)

JAKÝM ZPŮSOBEM SE DÁ PŘEDEJÍT ÚTOKU	
Útoku se dá předejít zvýšeným počtem personálu	7
Útoku se dá předejít zvýšeným dohledem	3
Útoku se dá přejít vhodnou komunikací	2
Útoku se dá předejít klidem na oddělení	1
Útoku se dá předejít sledování chování klienta	1
Celkem dotazovaných	14

Na otázku jakým způsobem by sestry předcházely útoku odpovědělo 7 sester, že by se útoku dalo předejít zvýšeným počtem personálu, především mužského. Kdyby klient totiž věděl, že je zde více ošetrovatelského personálu, tak by si nedovolil zaútočit.

3 sestry se domnívají, že se útoku dalo předejít zvýšeným nebo neustálým dohledem nad klienty. Další 2 sestry odpověděly, že předejít by se dalo vhodnou komunikací, klienta se snažit přemluvit. 1 sestra udává, že prevence agrese je zajistit klid na oddělení bez rušivých podnětů. A další 1 sestra si uvedla, že by sestry měly sledovat chování klienta a upozorovat varovné signály, které by mohly předcházet agresivnímu jednání.

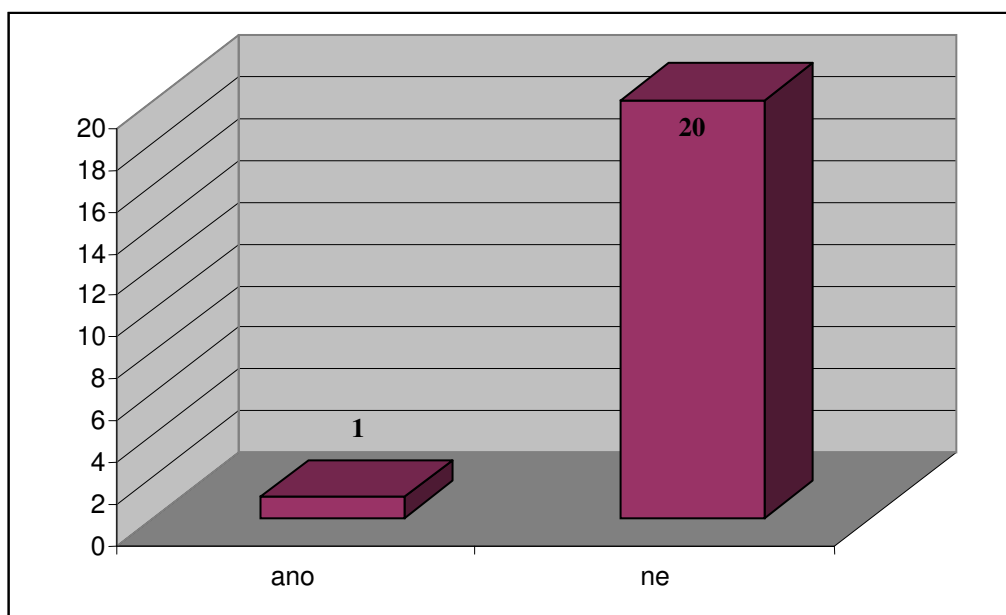
Graf 11 Návštěvy odborných seminářů (otázka č. 20)



Toto je uzavřená otázka a dotázané sestry měly odpovídat ano, ne a nevím.

Graf znázorňuje, že z celkem dotázaných 21 sester odpovědělo 16 ano, že navštěvují semináře o této problematice a 3 sestry ne, nenavštěvují. 2 sestry uvedly neví, protože nebyly informovány o uspořádání semináře na toto téma.

Graf 12 Povinný tréninkový výcvik v rámci pracoviště (otázka č.21)



Graf znázorňuje, že na tuto otázku odpovědělo 21 dotazovaných sester. 1 respondent uvedl, že se výcviku zúčastnil, ale bylo to nejméně před šesti lety. Od té doby se podobný výcvik na pracovišti nekonal ani formou semináře nebo přímo na oddělení.

Zbýlých 20 dotazovaných odpovědělo, že se žádný výcvik u nich na pracovišti nekoná a v minulosti nekonal.

Tabulka 16 První krok při styku s agresorem (otázka č. 22)

PRVNÍ KROK PŘI STYKU S AGRESOREM	ŽENY	MUŽI
Snaha o slovní uklidňování	13	3
Rovnou agresora fyzicky omezit	1	4
Celkem dotazovaných	21	

Z celkového počtu 21 dotazovaných sester odpovědělo 16 sester, z toho 13 žen a 3 muži, že se nejdříve při styku s agresivním klientem snaží o slovní uklidňování klienta. Jedna sestra tuto situaci doslova popsala mluvit, mluvit a mluvit na neklidného klienta. Jako důvod uvedla snahu přesvědčit klienta ke klidnému chování, informovat ho, co bude následovat, jestli se bude i nadále chovat agresivně. Také se ohrožené sestry snaží získat dostatek času, než dorazí ostatní zdravotní personál nebo se snaží zjistit důvod k agresi, pokud klient jen vyhraněně nenadává.

Dalších 5 zdravotníků, z toho 4 muži a 1 žena, uvedli, že se snaží agresora okamžitě fyzicky omezit. Jako důvod uvedli, že klient je nebezpečný pro své okolí i pro sebe a snaží se tak zabránit nebezpečí zranění ostatních klientů a zdravotníků.

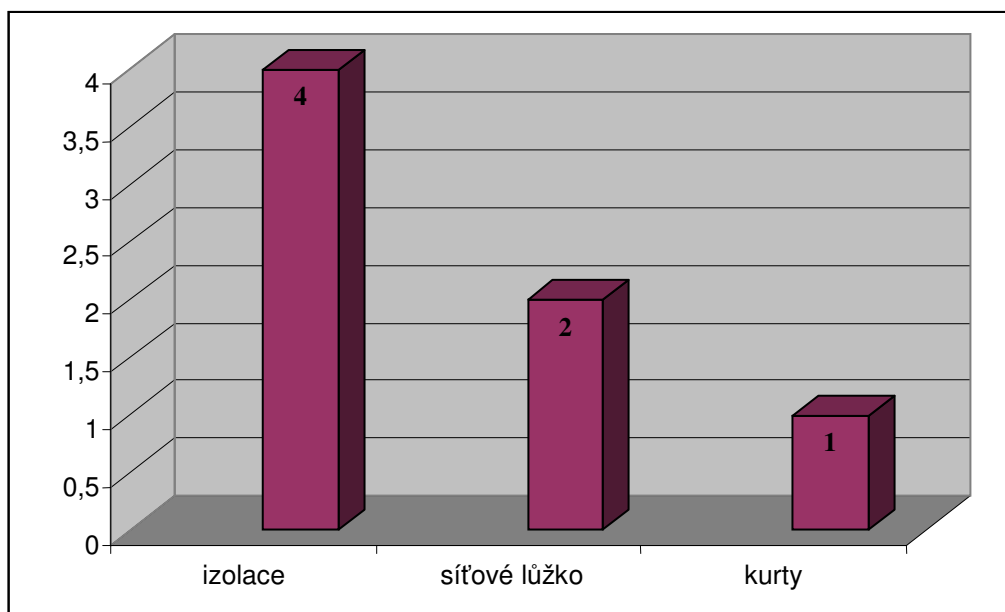
Tabulka 17 Nácvik komunikace (otázka č. 23)

JE NÁCVIK KOMUNIKACE PŘÍNOSNÝ?	ŽENY	MUŽI
Ano je	14	4
Ne není	0	3
Celkem odpovědělo	21	

Z celkového počtu 21 dotázaných sester jich 18 odpovědělo, že praktický nácvik komunikace považují za přínosný při své práci. Takto odpovědělo 14 žen a 4 muži. Vysvětlují to tak, že vhodnou a účinnou komunikací lze předejít fyzickému napadení, nebo agresivnímu chování klientů. Některé sestry považují vhodnou komunikaci s klienty jako projev důvěry klienta k sestře. Avšak všechny sestry uvedly že se takový výcvik v komunikaci s agresivním klientem na pracovišti neprovádí a není ani zahrnut do odborných seminářů.

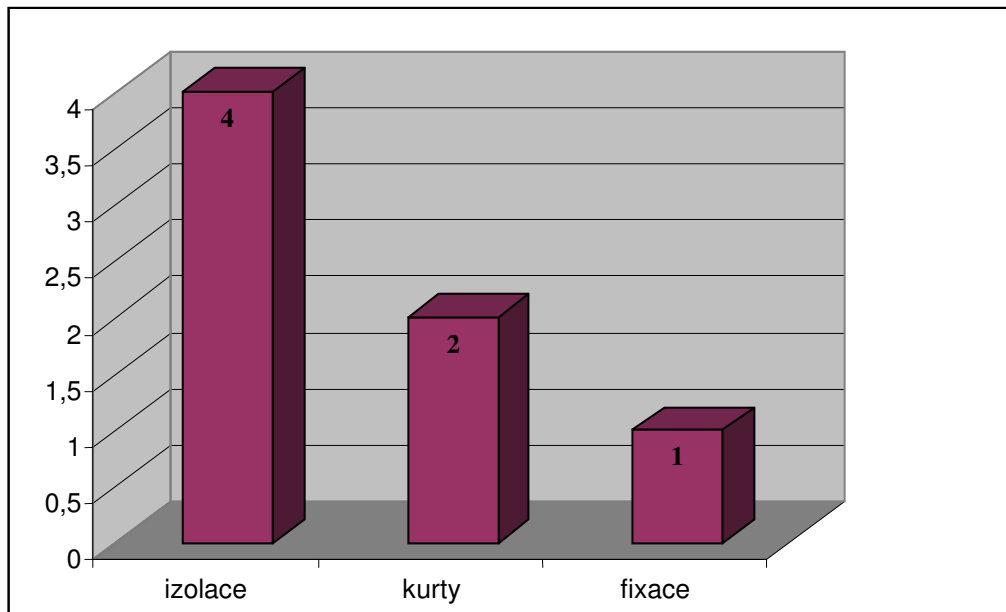
3 respondenti, muži, uvedli, že praktický nácvik komunikace není pro ně přínosný, protože si myslí, že se fyzickému napadení stejně nedá předejít. Důležitá je pro ně zkušenost, kterou mají s agresivními klienty.

Graf 13 Restriktivní opatření v Havlíčkově Brodě na pavilonu 1 a 7A (otázka č. 24)



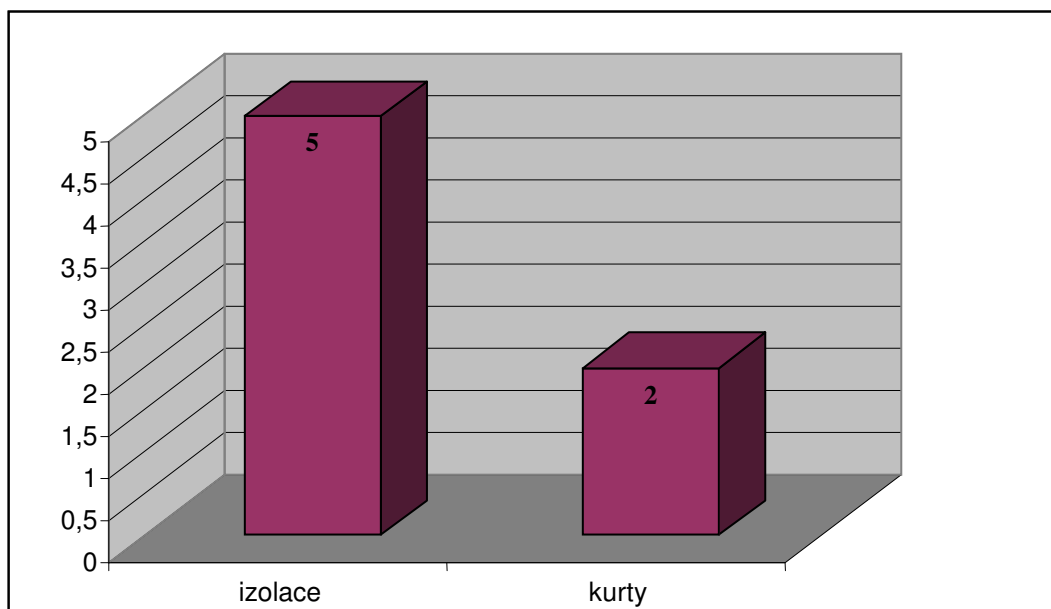
Graf znázorňuje restriktivní opatření v Havlíčkově Brodě. Kde se nejvíce používá na oddělení akutního neklidu izolace, ve 4 případech, potom síťové lůžko ve 2 případech a naposledy kurty, v 1 případě. Dotazováno bylo 7 sester z Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě.

Graf 14 Restriktivní opatření v Praze v Bohnicích na pavilonu 27 (otázka č. 24)



Graf znázorňuje restriktivní opatření v Praze v Bohnicích, kde se nejčastěji využívá izolační místnost, ve 4 případech, potom kurty ve 2 případech a nakonec manuální fixace pouze v 1 případě. Dotazováno bylo 7 sester z Psychiatrické léčebny v Praze v Bohnicích.

Graf 15 Restriktivní opatření na psychiatrickém oddělení v Českých Budějovicích (otázka č. 24)



Graf znázorňuje restriktivní opatření v Českých Budějovicích, kde se nejčastěji používá izolační místnost, v 5 případech a nebo kurty, ve 2 případech. Dotazováno bylo 7 sester z psychiatrického oddělení v Českých Budějovicích.

Na tuto otázku, bylo více druhů odpovědí, odpovídalo opět 21 sester a každá uvedla i několik odpovědí.

Souhrnně lze říci, že nejvíce používaná je při práci s agresivním klientem izolace, dále jsou běžně používané kurty, potom síťové lůžko a nakonec jenom v jednom případě fixace agresivního klienta. Všechny sestry odpověděly, že sem patří i neklidová medikace, která je přítomná ve všech případech agresivního chování.

Tuto otázku lze porovnat v Psychiatrických léčebnách v Havlíčkově Brodě a v Praze v Bohnicích s psychiatrickým oddělením v Českých Budějovicích.

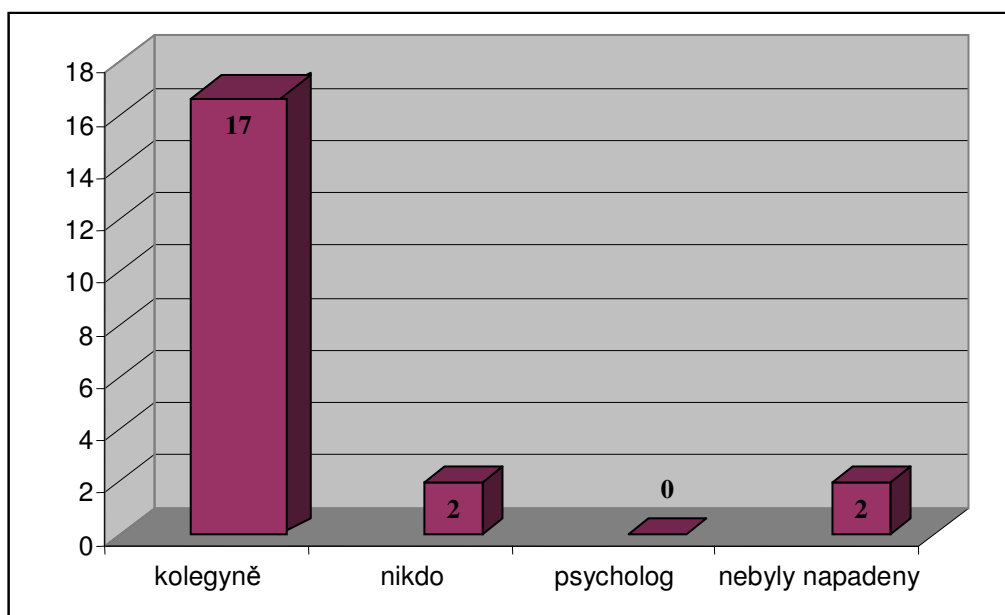
Tabulka 18 Bezpečnostní opatření (otázka č. 25)

BEZPEČNOSTNÍ OPATŘENÍ	
Zvýšený dohled	8
Zvýšený počet personálu	9
Policie ČR	1
Kompetence a odklizené předměty	1
Kamery a signalizace	1
Restriktivní opatření	1
Celkem odpovědělo	21

Z celkového souboru odpovědělo 21 dotazovaných sester. Sestry udávaly nejrůznější bezpečnostní opatření, která mají na oddělení k dispozici. 8 sester jmenovalo zvýšený dohled nad agresivním klientem. 9 sester jmenovalo zvýšený počet ošetrovatelského personálu a zvýšený počet mužského personálu na odděleních akutního neklidu.

Dále 1 sestra uvedla, že mají k dispozici kamerový systém na oddělení a signalizační zařízení. 1 sestra vypověděla, že využívají Policii ČR. Další 1 dotázaná uvedla, že využívají restriktivní opatření, která mají na oddělení k dispozici. Další 1 sestra vypověděla, že jsou důležité předem dané kompetence a odklizení nebezpečných předmětů na oddělení z dosahu všech klientů.

Graf 16. Rozebrání situace po incidentu (otázka č. 26)



Graf znázorňuje, že z celkového souboru odpovědělo 21 dotazovaných sester, 2 napadeny nebyly, 17 sester uvedlo, že situaci po incidentu s nimi rozebraly jejich kolegyně sestry ze služby, ve které k napadení došlo nebo sestry z celého oddělení včetně vrchní sestry.

Další 2 sestry uvedly, že se s nimi o fyzickém napadení nikdo nebavil.

S žádnou sestrou po fyzickém napadení situaci neřešil psycholog.

(otázka č. 27)

Všechny dotázané sestry, tedy 21 sester, jednoznačně odpověděly, že mají velkou oporu v týmu a mají dobrý kolektiv na oddělení, a když je potřeba, tak se na kolegy a kolegyně mohou v krizové situaci vždy spolehnout.

Také se sestry shodly, že nejvíce sehané jsou s kolegyněmi a kolegy, se kterými slouží často.

Tabulka 19 Návrhy na zlepšení podmínek práce (otázka č. 28)

NÁVRHY NA ZLEPŠENÍ PODMÍNEK PRÁCE	
Více mužského personálu	11
Více personálu celkově	2
Modernější vybavení	2
Více ochranných síťových lůžek	1
Tréninkový výcvik	4
Neví	1
Celkem odpovědělo	21

Na tuto otázku odpověděly všechny sestry, tedy 21 dotázaných. Sestry nejvíce navrhovaly více mužského ošetrovatelského personálu i pomocného na odděleních

akutního neklidu v 11 případech. Více ošetrovatelského personálu obecně navrhovaly 2 sestry. Modernější vybavení s více bezpečnostními opatřeními na oddělení navrhovaly 2 sestry a více ochranných síťových lůžek navrhovala 1 sestra. 4 sestry také navrhovaly tréninkový výcvik, který by jim umožnil lépe se připravit na útok agresivním klientem a více školení na téma agresivní klient. Jen 1 sestra nevěděla co by zlepšila.

5. DISKUSE

Práce sestry je velmi náročná, především na odděleních, kde jsou hospitalizováni klienti, kteří jsou agresivní a jsou tedy nebezpeční sobě i svému okolí. Mezi tato oddělení patří i oddělení akutního neklidu. Převážnou část klientů tvoří lidé s akutní fází psychiatrického onemocnění, kteří potřebují speciální přístup ze strany ošetřovatelského personálu. Zajištění speciální ošetřovatelské péče je pro zdravotníky po všech stránkách náročné.

Moje bakalářská práce byla zaměřena na náročnost a rizika péče o klienty s agresivním chováním na odděleních akutního neklidu byla zaměřena moje bakalářská práce. Pomocí rozhovorů jsem zjišťovala náročnost a rizika ošetřovatelského personálu při ošetřování agresivních klientů. V dostupné literatuře se za posledních několik let zvýšil počet výzkumů o agresivitě hospitalizovaných klientů. Autoři Beer a kol. (1) uvádějí postupy jak se mu snažit předcházet a zabývají se diskusí na podobné téma. V několika odborných časopisech, jako je Sestra (16), Florence (31) se vyskytují články zaměřené na práci s agresivními klienty.

V rozhovoru, otázky 1 - 4 byly identifikační a sloužily k specifikaci výzkumného souboru. Byly zaměřeny na pohlaví respondenta, věk, délku praxe na psychiatrii a na jakém oddělení na psychiatrii dotázaný zdravotník pracuje. Výzkumného rozhovoru se zúčastnilo 14 žen a 7 mužů (viz graf 1, otázka 1). Zastoupení pohlaví odráží situaci v profesi, i přestože v psychiatrii pracuje více mužů než na jiných odděleních, tak stále převažují ženy. Tento fakt se shoduje s tím, že v celém zdravotnictví pracuje mnohem více žen než mužů. Nejvíce dotázaných bylo ve věku 18 – 30 let (celkem 9 dotázaných), s délkou praxe 6 – 10 let (7 dotázaných), pracujících v oboru psychiatrie na odděleních akutního neklidu (viz graf 2, otázka 2, viz graf 3, otázka 3). Petr (22) popisuje ze své zkušenosti situací v psychiatrickém ošetřovatelství ve Velké Británii, kde na akutních odděleních pracuje méně žen, než mužů, z toho důvodu, aby byla zajištěna dostatečná bezpečnost ošetřovatelského personálu i ostatních klientů. Ve výzkumné části jsem zkoumala psychiatrická zařízení Bohnice v Praze, Havlíčkův Brod a České Budějovice. Z každého psychiatrického zařízení se rozhovorů zúčastnilo 7 sester (viz graf 4, otázka 4).

Výhradně negativní postoj k agresi má 14 sester (viz tabulka 1, otázka 5). Tento výsledek koresponduje s názory v odborné literatuře (30, 31). Je zajímavé, že negativní postoj k agresi zvolilo více dotázaných žen, a to ve 12 případech a pouze 2 muži, (viz tabulka 2, otázka 5). Z těchto výsledků se dá usuzovat, že ženy se více obávají agresivních klientů a muži se naopak s takovým klientem umí lépe vypořádat. Pouze 3 respondenti odpověděli, z toho 2 ženy a 1 muž, že je důležité tolerovat agresivního klienta, protože za své projevy není odpovědný. 4 muži uvedli, že agrese je běžná a je součástí života. Sestry jsou však srozuměny s faktem, že agrese je součást jejich denní praxe.

Z výzkumu vyplývá, že 14 sester je nejčastěji konfrontováno s jedním druhem agrese (viz tabulka 3, otázka 6). 7 dotazovaných sester se setkala se všemi druhy agresivního chování. Nejvíce sester (10), v rozhovorech označovalo fyzické napadení a 4 sestry označily autoagresivní chování. Každý zdravotník na psychiatrii se častokrát setká během výkonu své profese s autoagresí. Styk s verbální agresi, uvádělo 11 sester, kdy jim klient nadává a vyhrožuje (viz tabulka 4, otázka 6). Při svém povolání se 3 respondenti setkávali nejčastěji s provokativním agresivním chováním. Ve výzkumu nikdo neoznačil setkání s pasivním agresivním chováním. Znamená to tedy, že sestry na odděleních akutního neklidu se musí denně vypořádat s agresi od klientů, především verbální agresi. Tyto výsledky plně korespondují s literaturou (1). Zacharová (31) ve svém článku v časopise Florence popisuje druhy agresivního chování, se kterými je zdravotník často konfrontován při své práci.

Spolu s cíli byly stanoveny i výzkumné otázky, na které bylo postupně odpovězeno. Výzkumná otázka 1 zněla *V čem spočívá náročnost a jaká jsou rizika práce sester při poskytování ošetrovatelské péče u agresivních klientů?* Za největší rizika v ošetřování agresivních klientů považuje 15 sester možnost poranění ošetrovatelského personálu nebo poranění klienta samotného (viz tabulka 5, otázka 7). Většina sester potvrdila, že se stávají terčem agresivních klientů, především pokud jsou ženského pohlaví. Z výzkumu tedy vyplývá, že ošetrovatelský personál na odděleních akutního neklidu je vážně ohrožen úrazem nebo napadením agresivním klientem o to více, pokud je ženského pohlaví. V rozhovoru jedna respondentka doslovně uvedla: „někdy může jít

o život, ale člověk si to nesmí připustit, protože je to mé zaměstnání, které jsem si zvolila“. Z vlastní zkušenosti vím, že sestry pracující na psychiatrii považují agresi za součást své denní praxe, toto ukázal i náš výzkum. Největším rizikem vyplývajícím z výzkumu je tedy možnost poranění zdravotníka, především ženy, na kterou si agresivní klient více dovolí než na mužský personál. Z praxe ale vím, že si agresivní klienti právě na ženu často netroufnou, protože nějak mají zakódováno, že ženy se nebijí, pouze slaboši si více dovolí zaútočit na ženu než na mužský personál. Hrozí zde riziko poranění agresivního klienta samotného nebo poranění ostatních klientů. Také Beer a kol. v knize Intenzivní péče v psychiatrii (1) čerpá z výzkumu ostatních odborníků a uvádí, jak se snažit minimalizovat rizika péče o agresivní klienty. Popisuje, že zdravotníci na psychiatriích jsou nejvíce ohroženi úrazem nebo napadením od neklidných či agresivních klientů, proto by na těchto odděleních mělo být více ošetrovatelského personálu. Mimo jiné využívá výzkumů ostatních odborníků a analyzuje situace, které se zabývají riziky při ošetřování agresivních klientů.

Za nejvíce náročnou ošetrovatelskou činnost vnímá 8 sester, z toho 7 žen a jen 1 muž, aplikaci neklidové injekce agresivnímu klientovi, protože se ke klientovi musí těsně přiblížit (viz tabulka 6, otázka 8). Tato činnost je opravdu namáhavá, protože sestra musí dbát, aby se neporanila o jehlu a nebo neporanila ostatní ošetrovatele. Pro ostatních 7 sester, z toho 5 žen a jen 2 muže, jsou náročné všechny ošetrovatelské činnosti, protože při nich může ošetřující personál utrpět fyzickou újmu. Pokud je na oddělení více ošetrovatelského personálu, mohou sestry uplatnit individuální přístup ke klientovi. Zajímavé je, že 5 sester odpovědělo, že je pro ně nejhorší fyzická pacifikace nemocného. Tu považují pro ně za nejhorší 4 muži a pouze a pouze 1 žena (viz tabulka 7, otázka 8). Tato otázka je součástí předešlé výzkumné otázky. Z výsledků rozhovoru tedy vyšlo najevo, že nenáročnější částí ošetrovatelské péče u agresivních klientů pro ženy, je aplikace neklidové injekce a pro muže vlastní pacifikace nemocného. Dále z výzkumu vyplynulo, že všechny ošetrovatelské činnosti u agresivního klienta jsou náročné nebo nebezpečné. Náročnost ošetrovatelské péče agresivních klientů je tedy značná. Je jednoznačné, že mužský ošetrovatelský personál provádí

pacifikaci agresivního klienta a pro ženský personál je nepříjemné přímo čelit agresivnímu klientovi.

Výzkumná otázka 2 zněla *Jak často a za jakých okolností dochází k napadení sester agresivním klientem při poskytování ošetrovatelské péče?* Každodenně hrozí při výkonu své profese napadení 10 respondentům (viz graf 5, otázka 9). Další početná skupina 6ti zdravotníků uvedla, že jim napadení hrozí přibližně jednou týdně. Je zajímavé, že každý respondent uvedl, že jim napadení agresivním klientem při svém zaměstnání hrozí vždy, i když někomu méně často. Napadení klientem považuje 16 sester za nejčastější při příjmu klienta na oddělení, protože se ocitnul v neznámém prostředí (viz tabulka 8, otázka 9). Dále sestřám hrozí napadení při nevyhovění požadavků klienta nebo při zákazu oblíbených činností, jako jsou volné vycházky nebo pracovní terapie. Tento fakt koresponduje s literaturou, kde se např. Raboch, (26), která se zabývá dopodrobna situacemi, ve kterých jsou zaměstnanci psychiatrií nejvíce ohroženi napadením. V článku, který byl uveden v časopise Sestra, Křížová (16) zdůrazňuje častost napadení zdravotníků agresivním klientem.

Za účinnou prevenci vlastního poranění při ošetrování agresivního klienta považuje 6 sester, z toho 3 muži a 3 ženy, vysvětlení ošetrovatelského postupu klientovi. Sestra by mu měla podat jasné a srozumitelné informace o tom, co se bude dít a podle potřeby je zopakovat (viz tabulka 9, otázka 10). Při příjmu na oddělení ho seznámí s novým prostředím. Sestra se snaží neustále komunikovat s pacientem a nikdy nezůstává s agresivním klientem sama. Souhrnně dotazované sestry uváděly základy bezpečnosti práce s agresivními klienty. 10 dotázaných sester, žen, se shodovalo v tom, že je důležitý dostatek ošetrovatelského personálu především mužského, který by agresivní klienty odradil od napadení (viz tabulka 9, otázka 10). Na tuto otázku odpověděly pouze dotázané ženy a ani jeden muž. Při odpovědi klienta fyzicky omezit, odpověděli 4 muži a pouze 1 žena. Je zajímavé, že sestry z psychiatrického oddělení v Českých Budějovicích často volají na pomoc Policii ČR, což je v psychiatrických léčebnách většinou výjimečné. Výzkumná otázka 3 zněla *Jak sestry předchází poranění ošetrovatelského personálu při poskytování ošetrovatelské péče u agresivních klientů?* Z výsledků rozhovorů je zřejmé, že by sestry předcházely vlastnímu poranění

při ošetřování agresivních klientů dostatkem mužského personálu, kterého však je na oddělení stále málo. Dále je zřejmé, že sestry používají komunikaci a slovní deeskalaci a dodržují zásady bezpečnosti práce na pracovišti. Dušek (7) ve své knize radí, jak postupovat do příjezdu Policie ČR. Také Marková (18) ve své publikaci uvádí, jak předejít poranění ošetřovatele agresivním klientem a zdůrazňuje, že ošetřovatelský personál musí mít trpělivost a nesmí se nechat vyprovokovat k nepřiměřeným reakcím. Při porovnání s literaturou se výsledky shodují. Křížová (16) ve svém článku v časopise *Sestra* radí jakými činnostmi předejít poranění od agresora. Na základě provedených rozhovorů se domníváme, že dotazovaní respondenti znají postupy jak předcházet poranění ošetřovatelského personálu.

Výzkumná otázka 4 zněla *Jak sestry předchází poranění samotného agresivního klienta?* Prevencí v poranění samotného agresivního klienta vnímá 14 sester tak, že v případě autoagrese, je lepší šetrná pacifikace nemocného a aplikace neklidové medikace (viz tabulka 10, otázka 11). Další 4 sestry dávají přednost komunikaci s klientem, vše mu vysvětlit a teprve při neúčinnosti komunikace následuje restrikce klienta. Objevuje se zde i zajímavý názor, který sdílelo více dotazovaných respondentů, a to zabránit klientovu poranění zvýšeným nebo neustálým dohledem klienta. Zvýšený dohled na psychiatrii je velmi důležitý právě kvůli poranění samotného klienta nebo ostatních klientů a z důvodu sledování chování klientů, které je následně důležité pro léčbu klienta. Další výzkumná otázka 4 zněla *Jak sestry předchází poranění samotného agresivního klienta?* Z této otázky vyplývá, že všechny dotázané sestry mají velmi profesionální přístup ke svým klientům a jednají vždy pro dobro klienta. Křížová (16), v článku z časopisu *Sestra*, uvádí jako prevenci ublížení klienta snahu o nefarmakologické zklidnění a rozebírá fyzické omezení agresivního klienta.

Zkušenosti se suicidivními klienty většina dotazovaných sester má špatné. Setkávají se s nimi totiž denně při svém zaměstnání a ošetřovatelská péče je o takové klienty většinou velmi náročná ve všech směrech. Klient se suicidálními sklony měl mít lůžko na pokoji intenzivní péče, pod neustálým dozorem a ve dne by měl být vhodně terapeuticky zaměstnán. Z výzkumu vyplývá, že je pro dotazované sestry důležitý neustálý dohled nad klientem ve dne i v noci, pravidelná dokumentace

klientova chování a zabránění opakovanému suicidiu. Sestry se v této otázce shodly a vypovídaly jednotně. Při porovnání s odbornou literaturou se výsledky shodují. Beer a kol. (1) uvádí ve své publikaci důležitost určení stupně dohledu u suicidivních klientů a upozorňuje na velkou náročnost ošetrovatelské péče u tohoto klienta. Z výzkumů v literatuře plyne, že suicidia jsou páchána nejvíce mezi 2-5 hodinou ranní.

Výzkumná otázka 5 zněla *Jak sestry předchází poranění ostatních klientů při styku s agresivním klientem?* V problematice, jak předejít poranění ostatních klientů při styku s agresivním klientem považuje 8 sester za účinnou metodu nejprve aplikaci neklidové injekce dle ordinace lékaře (viz tabulka 11, otázka 13). Odvést neklidného klienta stranou od ostatních klientů nebo od předmětu či situace, která ho rozrušuje uvedlo 7 sester. Je však překvapující, že sestry, zde neuváděly nutnost restriktivních opatření, až jenom v krajním případě. 4 sestry se domnívají, že by se klient měl slovně deescalovat a mělo by se s ním co nejpřesvědčivěji komunikovat, ale komunikace ve většině případech účinně nepomáhá ve zklidnění. Nabízí se otázka, zda tyto sestry prošly vhodným výcvikem? Výzkumná otázka 5 zněla *Jak sestry předchází poranění ostatních klientů při styku s agresivním klientem?* Marková (18) ve své publikaci, popisuje agresivní chování klientů mezi sebou navzájem a snaže sestrám v takové situaci předejít, odvedením agresivního klienta do ústraní, dál od ostatních klientů.

Výsledky otázky 14 (Máte na oddělení standardy pro ošetrovatelskou péči s agresivním klientem nebo zacházení s omezujícími prostředky? Řídíte se těmito standardy?) lze hodnotit naprosto jednoznačně. 20 sester odpovědělo pozitivně ano, standardy na oddělení mají, jen jedna setra odpověděla negativně ne (viz graf 6, otázka 14). Je překvapující, že 1 sestra odpověděla negativně přitom pracuje na stejném oddělení jako ostatní sestry, co odpověděly pozitivně. Lze tedy předpokládat, že sestra doposud nebyla se standardy na oddělení seznámena. Většina sester (15), se těmito standardy v praxi řídí, další sestry (5), uvedly někdy a 1 sestra, která neví, že mají na oddělení standardy se jimi tudíž neřídí (viz graf 7, otázka 14). Z výsledků tedy vyplývá, že seznámení a použití standardů je dnes na každé psychiatrii běžné a je důležitou součástí kvalitní ošetrovatelské péče o agresivního klienta. V publikaci Petra

a Miklóše (21) jsou popsány jednotlivé standardy pro restriktivní metody a speciální ošetrovatelskou péči o klienta umístěného v restriktivním opatření. Výsledky se shodují i s anglickou publikací (3), která popisuje důležitost standardů ošetrovatelské péče během příjmu agresivního klienta. Beer a kol. (1) radí jak mají být standardy ošetrovatelským personálem zpracovány a popisuje důležitost vyvěšení a snadné dostupnosti správně pochopeného standardu.

V rozhovorech jsem se respondentů dotazovali i na jejich zkušenosti s fyzickým napadením jejich osoby. Většina dotázaných sester (19) již byla fyzicky napadena. 1 sestra napadena nebyla a 1 sestra si nevzpomněla (viz graf 9, otázka 15). Z výzkumu vyplývá, že sestry na odděleních akutního neklidu jsou velmi často ohroženi fyzickým útokem od agresivního klienta, což má dopad na jejich psychiku, a přitom si musí udržovat profesionální přístup ke klientovi. Způsob, jakým bývají zaměstnanci psychiatrií fyzicky napadeni je různý. 7 sester odpovědělo, že byly verbálně napadeny s následným fyzickým útokem, následuje kopnutí, škrábnutí a nakonec uhození ošetrovatele (viz graf 8, otázka 15). Z výzkumu jasně plyne, že skoro každá sestra pracující na oddělení akutního neklidu se setkala s nějakým druhem agresivního chování namířeným proti ní samotné. Ošetrovatelská péče o takto nemocné klienty je tedy velmi náročná. Dušek a Večeřová ve své knize (7) popisují jak řešit situaci, aby nedošlo k fyzickému napadení zdravotníka a jak řešit situaci, když už k fyzickému napadení zdravotníka došlo.

Nejvíce (9) sester bylo napadeno častokrát. Další častá odpověď byla nelze spočítat (6) a 4 sestry byly napadeny občas. Nikdy během své profese nebyly napadeny pouze 2 dotázané sestry (viz graf 10, otázka 16). Tyto výsledky jenom potvrzují, že sestry na psychiatrii jsou vystaveni riziku napadení od klienta velmi často. Tento výsledek se plně potvrdil ve studijním materiálu Psychiatrie (17). Beer a kol. (1) analyzuje situace, při kterých bývá ošetrovatelský personál na odděleních akutního neklidu napaden.

Při napadení 13 sester pocívalo nejdříve překvapení, které potom vystřídal strach (viz tabulka 12, otázka 17). Tento výsledek je naprosto logický, protože sestry i když jsou na svojí práci zvyklé a tudíž jsou zvyklé i na rizikové pracovní prostředí, tak je vždy agresivní postoj u klienta překvapí, protože většina lidí má tendenci vidět

v ostatních jejich lepší stránku povahy. Z toho vyplývá, že by bylo vhodné do vzdělání v psychiatrickém ošetřovatelství zařadit praktický nácvik, jak rozpoznat možnost, že by k napadení mohlo dojít. Nejčastěji k napadení dojde, protože na to nejsou sestry připraveni. Sestra by po napadení měla nastoupit co nejrychleji do práce, aby tak předešla kumulaci strachu. V této situaci je důležitý postoj sestry a zachování si profesionálního přístupu ke klientovi. 2 sestry uvedly, že při útoku znervózní, pro jiné 2 sestry je to velmi nepříjemná situace. Sestra by měla být vždy připravena na útok od klienta, měla by umět předvídat situaci, což vyplynulo z výzkumu. Dále by měla by znát veškerá bezpečnostní opatření pro svoji ochranu a měla by se snažit vhodným způsobem zabránit napadení agresivním klientem.

Výzkumná otázka 6 *Ovládají sestry teoreticky, ale i prakticky plán postupu, jak reagovat při vlastním napadení?* Při fyzickém napadení se vlastním úsudkem řídilo 9 sester (viz tabulka 13, otázka 18). Sestry popisovaly, že je důležité umět vyhodnotit situace, znát individualitu klienta a mít zkušenosti s agresivními klienty. Znalost klienta byla důležitá pro 5 dotázaných sester. Sestra, která popisovala, že se snažila klientovi vytrhnout a přivolat pomoc se řídila individuálními zdroji. Je zajímavé, že takto odpověděla pouze 1 sestra, i když se dá předpokládat, že by tímto způsobem reagovaly pravděpodobně všechny dotázané sestry. 4 sestry uvedly, že kopírovaly chování jiného zkušeného zdravotníka. Zkušenost při napadení agresivním klientem určitě hraje nezastupitelnou roli, protože pomocí zkušenosti je ošetřovatelský personál připravený na další podobnou situaci. Samozřejmě, že většina sester nakonec dodala, že se řídí standardem, který mají na oddělení. Z této výzkumné otázky je zřejmé, že sestry jsou teoreticky seznámeny se standardy ošetřovatelské péče o neklidné klienty a standardy pro restriktivní opatření a také se jimi řídí. Prakticky se sestry také řídí zkušeností nebo kopírováním starší již zkušené sestry. Sestry tedy vědí, čím se řídit při fyzickém napadení agresivním klientem. Prakticky, sestry postrádají tréninkový výcvik ohledně postupu s agresivním klientem. Sestra se při napadení stává obětí a to přináší komplikované psychické problémy. Pidrman (23) ve své příručce *Změny jednání seniorů*, popisuje frustrující pocity pečovatele, který je napaden při ošetřování nemocného a staví do popředí dušení hygienu pečovatele.

Podle 1/3, tedy 7 dotázaných sester se útoku nedalo předejít. Je zajímavé, že další 2/3, tedy 14 sester si myslí, že se útoku předejít dá vždycky (viz tabulka 14, otázka 19). Sestry uváděly způsoby, kterými by předešly útoku (viz tabulka 15, otázka 19). Nejvíce sester (7), je toho názoru, že na oddělení je nedostatek mužského personálu. Ošetřovatelé muži, totiž na klienty působí autoritativním dojmem oproti slabšímu ženskému pohlaví. 2 sestry uváděly vhodnou komunikaci s klientem, jiné odstranění rušivých podnětů nebo zpozorování varovných signálů agrese. Sestra na psychiatrii při své práci většinou pozoruje klientovo chování a provádí o něm zápisy do dokumentace. Z vlastní zkušenosti vím, že sestra si všimne i sebemenší změny v chování klienta a výkyvu nálady. Pokud se příliš odlišuje od normálu, tak tuto skutečnost nahlásí lékaři. Výsledky se shodují i s literaturou například Beer a kol. (1) uvádí, možnosti prevence útoku a několik možností nefarmakologického zklidnění tak zvané deescalace agresivních klientů.

Odborné semináře o problematice agresivního klienta navštěvuje většina (16) sester. 3 sestry uvedly, že nenavštěvují semináře a zbylé 2 sestry nebyly informovány o žádném semináři na toto téma (viz graf 11, otázka 20). Výsledky značí, že sestry mají zájem o svůj obor, nové poznatky a metody a chtějí se dále vzdělávat. Je zajímavé, že 2 sestry uvedly, že neví o seminářích na toto téma. Ale semináře na téma agresivní klient agresivita ve zdravotnictví se konají.

Na otázku 21 (Máte povinný tréninkový výcvik v rámci Vašeho pracoviště? Pokud odpovíte ano, jak často?) překvapivě odpověděl 1 dotazovaný, že se takového výcviku před několika lety zúčastnil. Je zajímavé, že další 20 dotázaných sester odpovědělo na otázku záporně, nikdy se tréninkového výcviku nezúčastnily (viz graf 12, otázka 21). Tento výsledek je znepokojivý, protože tréninkový výcvik je v psychiatrii velmi důležitý. Myslím si, že sestry by takový tréninkový kurs připravil na situaci, kdy je potřeba reagovat na chování neklidného klienta. Součástí tohoto výcviku by měly být určitě základy sebeobrany a způsoby, jak co nejšetrněji zpacifikovat a fyzicky omezit agresivního klienta. Výzkumná otázka 7 zněla *Postrádají sestry nácvik sebeobrany?* Sestry postrádají tréninkový výcvik, který by je učil jak reagovat při napadení klienta tak i sebeobraně. Z výzkumu plyne, že sestry by uvítaly tréninkový

výcvik a výcvik sebeobrany, který se provádí velmi ojediněle. Laiseau et al. (3) ve svém příspěvku přikládají velký význam speciálnímu tréninku zaměstnanců a popisují, jak by takový trénink měl vypadat. Také Beer a kol. (1) vyzdvihuje klady výcviku ošetřovatelského personálu na odděleních akutního neklidu a rozděluje je do pěti dnů. Tyto výcviky jsou běžné v cizině, např. v Norsku, u nás ojediněle. V Národním centru ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně probíhá certifikovaný kurs zaměřený na praktické zvládnutí agresivního klienta. Neexistuje však systematické pravidelné školení a nácvik všech zaměstnanců psychiatrických zařízení, včetně pomocného personálu i pracovníků úklidové služby, jak je tomu v některých zařízeních v Norsku. Každý zaměstnanec, který tam nastoupí, musí být do určité doby proškolen. Nedostatkem tedy je málo dostačující nebo žádné tréninkové školení. Určitě by mohlo pořádání těchto výcviků zkvalitnit ošetřování agresivních klientů a zmírnit negativní pocity ošetřovatelského personálu na psychiatriích.

V rozhovorech jsem se také zaměřila na první činnost při práci s agresivními klienty. 16 sester má nejprve snahu o slovní uklidňování agresora (viz tabulka 16, otázka 22). Popisovaly, že je třeba na klienta mluvit, mluvit, a mluvit. Výzkum však ukázal, že 13 žen a 3 muži odpověděli, že se snaží odrazit útok tím, že podávají klientovi jasné a přesné informace. Tento výsledek plně konfrontuje s literaturou. Sestry tedy preferují formy deeskalace, před fyzickým omezením. Zbytek dotazovaných odpověděl, že agresora je lepší rovnou omezit bez předcházejícího uklidňování. Zajímavostí je, že v této skupině byli zastoupeni většinou muži (4) a pouze 1 žena. Ženy tedy dávají přednost nejdříve uplatnit slovní i jiné uklidňování agresivního klienta. Beer a kol. (1) analyzuje ve své publikaci přínos slovního uklidňování jako prevenci hrozícího útoku. Využívá výzkumu ostatních autorů a konstatuje, že pomocí metody slovního uklidňování, či rozmluvení agresivního chování poklesnul počet umístění klientů do izolace a ošetřovatelský personál se naučil více využívat alternativní intervence.

Praktický nácvik komunikace s agresivním klientem považuje za přínosný 18 sester (viz tabulka 17, otázka 23). Opět více kladných odpovědí uváděly ženy 14 a pouze 4 muži. Sestry si myslí, že lze předejít fyzickému útoku klienta. Vhodně zvolená

komunikace, může zachránit vystupňovanou situaci. Předpokladem je, aby si sestra uvědomila, jak komunikovat s psychicky nemocnými klienty. Měla by dodržovat jistá pravidla v komunikaci, klást důraz na neverbální komunikaci a přitom dbát na svoji bezpečnost, i když komunikace není všemocná. Výzkumná otázka 8 *Považují sestry praktický nácvik komunikace s agresivním klientem za užitečný a přínosný při výkonu svého povolání?* Praktický nácvik komunikace s agresivním klientem by byl přínosný, ale provádí se ojediněle v Národním centru ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně nebo v institutu Puls, kde se věnují vzdělávání sester a chybí i v odborných seminářích. Žádná dotázaná sestra ho doposud neabsolvovala. Holmerová (12) ve své příručce hovoří o důležitosti vhodně zvolené komunikace. Předpokladem je, aby sestra měla dostatek empatie, respektu a autentičnosti k nemocnému klientovi. Důraz na komunikaci klade také Zacharová (31) v článku v časopise Florence, kde mimo jiné uvádí dopodrobna pravidla komunikace s agresivním klientem. Při rozhovorech uvedly 3 sestry (všichni muži), že v nácviku komunikace neshledávají nic přínosného, sází na své zkušenosti (viz tabulka 17, otázka 23). Otázkou je, že zkušenosti se získávají celoživotně, s léty praxe. Co tedy sestry, které přicházejí teprve ze školy?

Dále mě v rozhovorech zajímalo použití omezovacích prostředků. To se liší podle psychiatrických zařízení. Každé psychiatrické zařízení má restriktivní prostředky, které jsou využívány více a které méně. Dotazovaní z Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě uvedli, že nejvíce používaná je izolace, potom síťové lůžko a nakonec kurty (viz graf 13, otázka 24). Dotazovaní z Psychiatrické léčebny v Bohnicích uvedli, že nejvíce na oddělení používají izolaci, potom kurty a nakonec manuální fixaci agresivního klienta (viz graf 14, otázka 24). Dotazované sestry z psychiatrického oddělení nemocnice České Budějovice uvedly, že nejvíce využívají izolaci a potom kurty (viz graf 15, otázka 24). Nejpoužívanější metoda ve všech třech psychiatrických zařízeních je izolace agresivního klienta a dále se umístily kurty. Ze zkušenosti vím, že je lepší klienta raději izolovat, kde má více prostoru pro volný pohyb než jej kurtovat. Kurtování s sebou přináší nemalá rizika pro klienta. Závěrem lze konstatovat, že sestry tedy znají využití restriktivních opatření v souladu se zákonem. Beer a kol. (1) ve své

knize uvádí zásady péče o klienty ve fyzickém omezení, uvádí také, že větší počet ošetrovatelského personálu vede ke snížení množství izolací. Petr, T. (22) ve svém článku porovnává restriktivní metody užití ve Velké Británii a v České Republice. Užití síťových lůžek ve Velké Británii považují za předpotopní, snaží se zde snižovat počet izolací tím, že posilují množství ošetrovatelského personálu, který potom klienta drží za končetiny po dobu, než se klient uklidní. U nás v republice je situace více méně opačná. Ošetrovatelského personálu je nedostatek v poměru s hospitalizovanými klienty a více se využívají metody omezující svobodný pohyb nemocného po oddělení. Naskytá se otázka, který systém je lepší a šetrnější ke klientovi. To však zůstává věcí názoru každého, kdo má zkušenosti s ošetřováním agresivních klientů.

Na otázku 25 (Jaká používáte na oddělení bezpečnostní opatření?) odpovídaly sestry různě. Jmenovaly, jaká mají bezpečnostní opatření k dispozici. 8 sester považuje za bezpečnostní opatření zvýšený dohled klientů. 9 sester volilo zvýšený počet personálu (viz tabulka 18, otázka 25). Sestry také jmenovaly jasné kompetence sester nebo spolupráci s Policií ČR. Z materiálního vybavení jednotky jmenovaly kamerový systém, signalizační zařízení, omezovací prostředky nebo absenci nebezpečných předmětů. Bezpečnostní prvky hrají velkou roli v psychiatrickém ošetrovatelství a každá sestra s nimi musí být seznámena.

Markantní většina sester (19) odpověděla, že situaci po incidentu s nimi rozebraly jejich kolegyně z oddělení. 2 sestry s nikým o incidentu nehovořily (viz graf 16, otázka 26). Psychologický rozbor bohužel nikomu nabídnut nebyl, což je velká škoda. Každá sestra se s incidentem musí vyrovnat sama, i když je to pro sestru velká pracovní zátěž. Ani v jednom zkoumaném psychiatrickém zařízení není sestřím poskytováno psychologické poradenství. Bálintovská skupina se pro ošetrovatelský personál nekoná. Je k dispozici pouze pro klienty. V knize Intenzivní péče v psychiatrii Beer a kol. (1) srovnává výhody a nevýhody možností pohovořit si ve skupině o problému. Výhody převažují nad nevýhodami a tak je pro každou sestru přínosné si s blízkou kolegyní o všem promluvit a tím se odreagovat a předcházet tak profesnímu vyhoření. Petr a Miklós (21) a kol. si myslí, že ošetrovatelský personál by měl mít možnost ventilovat

své negativní zážitky, a že obětem je potřeba vyjádřit sympatie a podporu a napadený pracovník by se měl rychle vrátit do služby, protože je ohrožen inkubací strachu.

Na otázku 27 (Jaká je u Vás opora pracovního týmu?) jednoznačně odpověděly všechny dotázané 21, že mají velkou oporu v pracovním týmu, že je na jejich kolegy a kolegyně ve vypjatých situacích spolehnoutí. Je to velmi pozitivní výsledek, protože sestry tak vytvářejí terapeutické prostředí pro klienty na oddělení. Beer a kol. (1) uvádějí, že klient je schopen vycítit negativní tlak v ošetřujícím týmu a může toto chování vztáhnout proti sobě. Je důležité si uvědomit, že tým se skládá z jednotlivců a každý má svojí zodpovědnost. Ellen a kol. (8) ve své publikaci doporučuje jak se chovat v ne příliš stabilním týmu. Šlaisová (27) ve své knize hovoří o velkém tlaku na ošetřující tým a budování kladných vztahů v týmu a jejich významu pro terapeutické prostředí na oddělení.

V otázce 28 nás zajímaly návrhy možností, které by zlepšily podmínky respondentů při jejich práci s agresivními klienty. Nejčastěji sestry (11) uváděly požadavek na zvýšení mužského ošetřovatelského personálu, poté by 2 zdravotníci uvítali zvýšení ošetřovatelského personálu jako takového. Někteří respondenti žádali lepší a modernější vybavení oddělení, více ochranných lůžek, bezpečnostní kamery. Překvapivě 4 sestry navrhovaly tréninkový výcvik, který by zlepšil jejich chování k agresivním klientům a více seminářů na toto téma s novými poznatky (viz tabulka 19, otázka 28) Na tréninkový výcvik byli respondenti upozorněni během výzkumu. Z těchto výsledků plyne, že ošetřovatelský personál pracující na odděleních akutního neklidu považuje za nutné zvýšení počtu personálu, aby se zajistila kvalitnější a individuálnější péče o klienty. Více mužů by bylo jistě přínosem pro absolutní většinu žen, které někdy musí zvládat agresivní chování klientů, tak jak je to běžné v cizině, kde práce ve zdravotnictví má určitou prestiž a motivem je i dobré finanční ohodnocení. Také tréninkový výcvik by přispěl k lepším reakcím ošetřovatelského personálu. Lepší vybavení oddělení moderními pomůckami, které usnadňují manipulaci s neklidným klientem, by přispělo k ulehčení fyzické práce a zkvalitnění péče. Někteří zaměstnanci by uvítali více ochranných síťových lůžek, které jsou dle jejich názoru pro určitou

skupinu vybraných klientů lepším řešením než přiložení kurtů nebo medikační zklidnění.

Z výsledků provedených rozhovorů lze tedy pro výzkumné otázky stanovit tyto závěry a vyvodit následující hypotézy:

1. V čem spočívá náročnost a jaká jsou rizika práce sester při poskytování ošetrovatelské péče u agresivních klientů?

H1 Sestry považují za nejvíce náročnou činnost při poskytování ošetrovatelské péče u agresivních klientů aplikaci neklidové injekce.

H2 Za hlavní rizika při ošetrování agresivního klienta sestry považují možnost poranění ošetrovatelského personálu.

H3 Za další velká rizika při ošetrování agresivního klienta považují sestry poranění samotného klienta.

2. Jak často a za jakých okolností dochází k napadení sester agresivním klientem při poskytování ošetrovatelské péče?

H4 Napadení ošetrovatelského personálu hrozí při ošetrování agresivního klienta každodenně.

H5 Největší riziko napadení hrozí při příjmu klienta na oddělení.

3. Jak sestry předchází poranění ošetrovatelského personálu při poskytování ošetrovatelské péče u agresivních klientů?

H6 Poranění ošetrovatelského personálu sestry předchází zajištěním mužského ošetrovatelského personálu na oddělení.

H7 Dalším prostředkem předcházení poranění využívají sestry vhodnou komunikací s neklidným klientem.

4. Jak sestry předchází poranění samotného agresivního klienta?

H8 Sestry předchází vlastnímu poranění šetrnou pacifikací nemocného s aplikací neklidové injekce.

5. Jak sestry předchází poranění ostatních klientů při styku s agresivním klientem?

H9 Sestry předchází poranění ostatních klientů tím, že neklidného či jinak agresivního klienta odvedou stranou od ostatních.

H10 Sestry při předcházení poranění ostatních klientů uplatňují slovní deeskalaci.

6. Jak sestry ovládají teoreticky plán postupu při fyzickém napadení agresivním klientem?

H11 Sestry jsou teoreticky seznámeny se standardy restriktivních opatření na oddělení.

7. Jak sestry ovládají prakticky plán postupu při fyzickém napadení agresivním klientem?

H12 Sestry při napadení agresivním klientem nejčastěji kopírují chování starší sestry.

8. Vítají sestry tréninkový výcvik a výcvik sebeobrany?

H13 Sestry postrádají tréninkový výcvik na svém pracovišti.

H14 Sestry postrádají výcvik sebeobrany, který by ve své praxi uvítaly.

9. Považují sestry praktický nácvik komunikace za přínosný a ve své praxi by jej uvítaly?

H15 Sestry považují praktický výcvik komunikace za velmi přínosný.

6. ZÁVĚR

Prvním cílem bakalářské práce bylo zjistit náročnost a rizika práce sester při poskytování ošetrovatelské péče u agresivních klientů. Tento cíl byl splněn, náročnost a rizika byla zjištěna.

Druhým cílem bylo zjistit výskyt a okolnosti, za jakých dochází k napadení sester agresivním klientem při poskytování ošetrovatelské péče. Tento vytýčený cíl byl splněn, výskyt a okolnosti, kdy dochází k napadení sester byly zjištěny.

Třetím cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak sestry předcházejí poranění ošetrovatelského personálu, samotného klienta či klientů ostatních při styku s agresivním klientem. Tento cíl byl také splněn, ve výzkumné části bylo zjištěno, jak sestry předcházejí poranění ošetrovatelského personálu, klienta nebo klientů ostatních.

Čtvrtým cílem bylo zjistit, zda sestry teoreticky i prakticky ovládají plán postupu při vlastním napadení agresivním klientem. Tento cíl byl také splněn. Ve výzkumné části bylo zjištěno, že sestry teoreticky ovládají plán postupu, ale chybí jim praktická část a tréninkový výcvik, který by uvítaly.

Pátým a tudíž posledním cílem bakalářské práce bylo zjistit názor sester na význam a přínos praktického nácviku komunikace s agresivním klientem a nácviku sebeobrany, a zda by je v praxi využily. Tento cíl byl splněn, sestry by uvítaly praktický nácvik komunikace, protože komunikaci považují za důležitou. Také by sestry rády znaly nácvik sebeobrany, který by mohl být zařazen v tréninkovém výcviku.

Z výsledků provedených rozhovorů lze tedy pro výzkumné otázky stanovit tyto závěry a vyvodit následující hypotézy:

H1 Sestry považují za nejvíce náročnou činnost při poskytování ošetrovatelské péče agresivním klientům aplikaci neklidové injekce.

H2 Za hlavní rizika při ošetrování agresivního klienta sestry považují možnost poranění ošetrovatelského personálu.

H3 Za další velká rizika při ošetrování agresivního klienta považují sestry poranění samotného klienta.

H4 Napadení ošetrovatelského personálu hrozí při ošetrování agresivního klienta každodenně.

- H5 Největší riziko napadení hrozí při příjmu klienta na oddělení.
- H6 Poranění ošetřovatelského personálu sestry předchází zajištěním mužského personálu na oddělení.
- H7 Dalším prostředkem předcházení poranění využívají sestry vhodnou komunikací s neklidným klientem.
- H8 Sestry předchází vlastnímu poranění šetrnou pacifikací nemocného s aplikací neklidové injekce.
- H9 Sestry předchází poranění ostatních klientů tím, že neklidného či jinak agresivního klienta odvedou stranou od ostatních.
- H10 Sestry při předcházení poranění ostatních klientů uplatňují slovní deeskalaci.
- H11 Sestry jsou teoreticky seznámeny se standardy restriktivních opatření na oddělení.
- H12 Sestry při fyzickém napadení agresivním klientem nejčastěji kopírují chování starší sestry.
- H13 Sestry postrádají tréninkový výcvik na svém pracovišti.
- H14 Sestry postrádají výcvik sebeobrany, který by ve své praxi uvítaly.
- H15 Sestry považují praktický výcvik komunikace za velmi přínosný.

Prudký nástup rozvoje s sebou přináší zvýšení psychické zátěže obyvatelstva, které se může projevat agresivním chováním jedinců. Agrese je zdravotní a sociální problém, který je ve společnosti nežádoucí. Agresivní jedinci jsou většinou nebezpeční sobě a svému okolí, proto je vhodný jejich příjem do psychiatrického zařízení na oddělení akutního neklidu. Péče o tyto klienty je velmi náročná a představuje velkou fyzickou i psychickou zátěž pro ošetřovatelský personál a přináší s sebou i hodně rizik, spojených právě s ošetřováním agresivních klientů.

Práci bych ráda využila v praxi, seznámila bych s výsledky vedoucí pracovníky. Chtěla bych ji využít ke zlepšení bezpečného prostředí pro sestry i ostatní klienty při setkání se s agresivním klientem. Dále ji využít jako praktické systematické vzdělávání všech členů ošetřovatelského personálu při nácviu komunikace s agresivními klienty a tréninkového výcviku. Uspořádat seminář na téma „Ošetřovatelská péče u agresivního klienta“, kde budou zahrnuty ukázky a možnosti si zkusit, jak

komunikovat s agresivním klientem a tréninkovým výcvikem spojeným s ukázkami sebeobrany.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BEER, D., PEREIRA, M., PATON, C. *Intenzivní péče v psychiatrii*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. 296 s. ISBN 80-247-0363-7.
2. BOUČEK, J., VEČEŘOVÁ, A. *Psychofarmaka v medicíně*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. 304 s. ISBN 80-247-1136-2.
3. CALLAGHAN, P. et al. (eds) *Violence in clinical psychiatry : proceedings Of the 5th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry*. Amsterdam: Kongres Centre „De Meervaart“, 2007. 383s. ISBN 90-5740-097-1.
4. DAHLKE, R. *Agrese jako šance*. 1. vydání. Praha: Euromedia Group, 2005. 448 s. ISBN 80-249-0546-9.
5. DOBIÁŠ, J. *Psychiatrie – učebnice pro lékařské fakulty*. 1. vydání. Brno: Avicenum/Osveta, 1984. 356 s. ISBN 0S-050-84.
6. DORNER, K., PLOG, U. *Bláznit je lidské*. 1. vydání. Praha: Grada, 1999. 356 s. ISBN 80-7169-628-5.
7. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ, A. *První pomoc v psychiatrii*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. 176 s. ISBN 80-247-019.
8. ELLEN, H., JANOSIKOVÁ, J. *Psychiatrická ošetrovatelská starostlivosť, duševné zdravie a psychiatrické ošetrovatel'stvo*. 1. vydání. Martin: Osveta,1999. 227 s. ISBN 80-8063-017-8.
9. EURO CARE. Psychohygiéna a dobrovolníctví. <http://www.vuste-envis.cz>, říjen 14, 2007
10. FRANZ, J. Malá psychiatrie. <http://www.paramedik.cz/2006/04/26/mala-psychiatrie/+comments>, duben 26, 2006.
11. HOLLIN,C., KOPPEN,P., PENROD, S. *Psychology crime and law*. Routledge, 2006. ISSN 1068-316.
12. HOLMEROVÁ, I., JEROLÍMOVÁ, E. NOVÁKOVÁ, H. Alzheimerova nemoc v rodině. *Příručka pro ty, kteří o nemocné pečují*. Praha: Ffiser,2004, s. 96.

13. KALVACH, Z., ONDECHOVÁ, A. *Stáří – pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Galén, 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.
14. KUNSOVÁ, H. *Psychiatrie v ordinaci praktického lékaře*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2003. 138 s. ISBN 80-246-0532-5.
15. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak přežít vztek, zlost a agresi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. 154 s. ISBN 80-247-0818-3.
16. KŘÍŽOVÁ, V., KŘÍŽ, P., *Neklidný a agresivní pacient v přednemocniční péči*. *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č.10, s. 43-44. ISSN 1210-0404.
17. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2002. 143 s. ISBN 80-7178-700-0.
18. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 8-247-1151-6.
19. NĚMEC, I., STUHLÍKOVÁ, H., *Agresivní pacient*, *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 11, s.24. ISSN 1210-0404.
20. PAVLOVSKÝ, P. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada, 2004. 204 s. ISBN 80-24-0542-7.
21. PETR, T., MIKLÓŠ, T. *Restriktivní metody v psychiatrii, standardizace ošetrovatelské péče*. 1. vydání. Praha: Bohnice, Projekt MZČR, 2004. s. 38.
22. PETR, T. *Zkušenosti z psychiatrické ošetrovatelské péče ve Velké Británii*. <http://www.florence.cz/cislo.php?stat=238>, srpen 7, 2006.
23. PIDRMAN, V., KOLIBÁŠ, E. *Změny jednání seniorů*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005, 189 s. ISBN-80-7262-363-X.
24. PRAŠKO, J. *Psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Informatorium, 2003. 192 s. ISBN 80-7333-002-4.
25. PAVLOVSKÝ, P. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada, 2004. 204 s. ISBN 80-24-0542-7.

26. RABOCH, J., ANDERS, M., PRAŠKO, J. *Psychiatrie, Doporučené postupy psychiatrické péče II*. 1. vydání. Praha: Infopharm, 2006. 296 s. ISBN 80-239-8501-9.
27. ŠLAISOVÁ, I., HOZÁK, L., MICHÁLKOVÁ, V. *Ošetrovatelství v psychiatrii pro bakalářské studium*. 1. vydání. Hradec Králové: Nukleus, 2004. 91 s. ISBN 80-86225-51-8.
28. TOŠNEROVÁ, T. *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky*. 1. vydání. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2001. 62 s. ISBN 80-238-8001-2.
29. TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelství*. 1. vydání. České Budějovice: 2000. 293 s. ISBN 80-7040-454-X.
30. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání. Praha: Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.
31. ZACHAROVÁ, E. Agresivní pacient v ošetrovatelské praxi. *Florence*. Praha: 2007, roč. III, č. 7-8, s. 318-321. ISSN 1801-464X.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Klient

Agrese

Agresivní chování

Sestra

Ošetřovatelský personál

Restriktivní metody

9. PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Záznamový arch pro položený rozhovor
2. Ošetrovatelský proces u omezení klienta v lůžku pomocí kurtů
3. Ošetrovatelský proces u klienta v terapeutická izolaci
4. Ošetrovatelský proces u omezení klienta v síťovém lůžku
5. Právní otázky

1. Záznamový arch pro polořízený rozhovor

Dobrý den,

jmenuji se Gabriela Vorlová, studuji 3. ročník obor Všeobecná sestra – kombinované studium na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Název mé bakalářské práce je Náročnost a rizika práce sester při poskytování ošetrovatelské péče agresivnímu klientovi. Provádím výzkum v pěti psychiatrických léčebnách s pěti sestrami nebo s ošetrovatelským personálem, který je v kontaktu s agresivními pacienty. Anonymita je zaručena. Za spolupráci Vám předem děkuji.

1. Jakého jste pohlaví?
2. Kolik je Vám let?
3. Jaká je délka Vaší praxe na psychiatrii?
4. Na jakém oddělení psychiatrie pracujete?
5. Jaký je váš postoj k agresi? Co si o agresi myslíte?
6. S jakým typem agrese jste nejčastěji konfrontován/a? (PŘ: verbální agrese bez napadení, provokativní agresivní chování, pasivní agresivní chování, fyzické napadení, sexuální obtěžování nebo autoagrese).
7. Jaká jsou dle Vás rizika ošetrování agresivních klientů?
8. Jakou ošetrovatelskou činnost u agresivního klienta považujete za nejvíce náročnou? Zdůvodněte to.

9. Jak často hrozí při Vaší práci napadení a v jaké situaci nejvíce?
10. Jak předcházíte vlastnímu poranění při ošetřování agresivního klienta? Popište postup.
11. Jak bráníte poranění samotného agresivního klienta?
12. Jaké máte zkušenosti se suicidivním klientem? Jaká je ošetrovatelská péče o suicidivního klienta?
13. Jak předcházíte poranění ostatních klientů při styku s agresivním klientem?
14. Máte na oddělení standardy pro ošetrovatelskou péči s agresivním klientem nebo zacházení s omezujícími prostředky? Řídíte se těmito standardy?
15. Byl/a jste někdy fyzicky napaden/a agresivním klientem a jakým způsobem?
16. Kolikrát jste byl/a napaden/a?
17. Jak jste se při napadení cítil/a? (PŘ: strach, překvapení, smutek)
18. Čím jste se při napadení řídila – standardem, individuálními zdroji, znalostí klienta, podporou zkušené sestry?
19. Myslíte si, že se dá útoku předejít? Pokud ano, jak vy byste útoku předešel/la?
20. Navštěvujete odborné semináře o problematice agresivního klienta?
 - a) ano
 - b) ne
21. Máte povinný tréninkový výcvik v rámci Vašeho pracoviště? Pokud ano jak často?

22. Používáte jako první krok při práci s agresivním klientem slovní uklidňování nebo pacienta ihned fyzicky omezíte? Zdůvodněte své jednání.
23. Považujete praktický nácvik komunikace s agresivním klientem za užitečný a přínosný při výkonu svého povolání? Vysvětlete proč?
24. Jaké používáte při práci s agresivním klientem druhy omezovacích prostředků?
25. Jaká používáte na oddělení bezpečnostní opatření?
26. Rozebral někdo s Vámi situaci po incidentu (psycholog, ostatní personál, Bálintovské skupiny)?
27. Jaká je u Vás opora pracovního týmu?
28. Navrhněte možnosti, které by zlepšili podmínky Vaší práce s agresivním klientem?

2. Ošetřovatelský proces u omezení klienta v lůžku pomocí kurtů

Omezení v lůžku je krátkodobé znehybnění klienta v lůžku za využití popruhů a horních a dolních končetinách.

Cílem je zabránit sebepoškození klienta, zajistit bezpečnost pro ostatní klienty a zdravotnický personál. Zabránit poškození majetku, vytvořit podmínky pro zahájení terapeutického procesu. Indikací jsou závažné projevy psychomotorického neklidu ohrožující okolí. Autoagresivní projevy s bezprostředním rizikem sebepoškození či suicidality. Vlastní žádost klienta, je zvláštní kategorie, ale nebývá ojedinělá. Tak, že klient s dobrým náhledem na svoji nemoc, sám požádá o omezení v lůžku.

Sestra udržuje s klientem kontakt. I v omezení zůstává klient partnerem v léčebném procesu, nikoli pasivním objektem. Klient omezený v lůžku by měl být mimo dosah ostatních klientů. Přístup ostatních klientů ke klientovi v omezení může mít negativní vliv na psychický stav klientů, mohou uvolnit popruhy, nebo klienta v omezení.

Vlastní omezení je prováděno vždy za přítomnosti odpovídajícího množství personálu, pokud možno bez přítomností ostatních klientů, respektive návštěv. Klientovi je nejprve sestrou nabídnuta možnost nechat se omezit dobrovolně bez užití fyzického nátlaku. Je-li nutný fyzický nátlak, musí být zákrok organizovaný a rozhodný. Je za něj zodpovědný vedoucí směny. Na oddělení by měl být připraven plán, jak lze do 5-ti minut zajistit odpovídající počet personálu k provedení omezení. Tento počet musí být minimálně 5 členů zdravotnického týmu. Předem je připraveno lůžko s popruhy, návštěvy a další klienti opustí pokoj. V průběhu omezení nesmějí být používány bolestivé hmaty ani jiné nehumánní postupy. Je respektována důstojnost člověka. Lékař nebo sestra vysvětlí nemocnému, pro něj pochopitelnou formou, důvody k omezení, informují o dalším postupu, časové perspektivy délky omezení a dostupnosti zdravotnického personálu. Vlastní omezení by mělo co nejméně stresovat klienta. Popruhy musí sestra vypodložit, vhodně napolohovat lůžko, vytvořit tepelný a světelný komfort, nerušené prostředí. Při prvním omezení nemocného se pro jeho aktivní odpor často nepodaří optimálně upravit a vypodložit všechny popruhy.

Když je klient omezen v lůžku, je vhodné omezení jednotlivých končetin postupně upravit, aby bylo účelné a co nejméně nepohodlné. Na počátku omezení v lůžku sestra klientovi změří krevní tlak a puls. Neumožňuje-li to jeho stav, tak je sestrou změřen co možná nejdříve. Nezbytnou součástí profesionálního přístupu je poskytování informací, blízkost ošetrovatelského personálu a citlivost k projevům klienta.

Sestra přiloží omezující pouta měkkou stranou ke kůži končetin klienta, utáhne jemně, ale dostatečně pouta kolem končetin, připevní vázačky kurtů bezpečně k rámu postele. Sestra zkontroluje puls na končetinách hned po přiložení kurtů a dále průběžně vždy se zápisem obsahujícím hodnocení stavu klient a nejdéle po každé hodině. Klientovi je věnována zvýšená péče, je průběžně sledován sestrou. Sledování sestrou je zaměřeno na projevy nemocného, stav vědomí a stav prokrvení fixovaných končetin. Neurčí-li lékař jinak, sestra měří v pravidelných hodinových intervalech krevní tlak a puls.

Ošetrovatelská péče je zaměřena na péči o hydrataci, příjem tekutin alespoň 2000 ml denně, péče o vyprazdňování, sestra sleduje močení a stolicí. Zajišťuje péči o hygienu, péče o dutinu ústní, podle potřeby výměna u osobního a ložního prádla, úpravu lůžka, péči o psychiku nemocného. Stará se o prevenci dekubitů – vypodložení rizikových míst, používání antidekubitních pomůcek, polohování, pečuje o dýchací cesty s ohledem na zahlenění a riziko apirace. Zajišťuje prevenci negativních důsledků z omezování končetin, jako je správné přiložení a vypodložení popruhů. Pravidelně uvolňuje a promasírovává fixované končetiny, pravidelně kontroluje prokrvení fixovaných končetin.

Vhodná je stálá přítomnost personálu u klienta, je-li to možné. Přesahuje-li omezení klienta v lůžku 3 hodiny, informuje sestra lékaře, který určí další postup. V případě nutnosti pokračování omezení lékař své rozhodnutí stvrdí ordinací a podpisem v dekurzu. Po ukončení omezení v lůžku je vhodné klienta i nadále zvýšeně sledovat, aby mohla sestra reagovat na eventuální komplikace psychického či somatického charakteru, které mohou vyplynout z předchozího omezení.

Vše musí sestra zdokumentovat. Stav klienta před omezením, čas počátku omezení, nejdéle jednodinové intervaly průběžného sledování, provádění ošetrovatelských

intervencí, návštěvy klienta, čas ukončení omezení. Mělo-li by jednotlivé použití omezovacích kurtů přesáhnout 3 hodiny, je nutné nové posouzení a indikace lékařem (15, 20, 23).

3. Ošetřovatelský proces u klienta v terapeutické izolaci:

Omezení v terapeutické izolaci znamená znemožnění volného pohybu klienta po oddělení jeho uzavřením v samostatné místnosti k tomu určené.

Terapeutická izolace by měla splňovat jistá kritéria, jako je uzavřená místnost, nepřístupná ostatním klientům. Nemohou do ní nahlížet ostatní klienti či návštěvy. Eliminace nebezpečných faktorů a rizika poranění, nerozbitné sklo, panoramatické kukátko pro ošetřovatelský personál, nenápadný kamerový systém, tepelný a světelný komfort. Terapeutická izolace může být vybavena buď lůžkem, nebo pouze matrací vzhledem ke stavu klienta. Ideální je, když součástí terapeutické izolace je též předsíň s toaletou a koupelnou a je vybavena nenápadným kamerovým monitorovacím systémem s výstupem do pracovny sester. Cílem je zajistit bezpečnost klienta. Zajistit klid

a bezpečnost pro ostatní klienty, pro návštěvy a zajistit dodržování léčebného režimu.

Indikací jsou krátkodobé neřešitelné, výrazně obtěžující chování nemocného vůči ostatním osobám na oddělení. Krátkodobé neřešitelné chování nemocného výrazně snižující jeho lidskou důstojnost před osobami přítomnými na oddělení. Výrazné riziko ohrožení zdraví nemocného, např. z důvodu nepřiměřeného příjmu tekutin, stravy. Projevy psychomotorického neklidu ohrožující okolí. Nedodržování nezbytného režimu u infekčních a parazitárních onemocnění. Vyhovění nemocnému při požadavku o dočasné odloučení od ostatních nemocných z důvodů vyplývajících z jeho psychické poruchy.

Terapeutickou izolaci sestra volí v případech, kdy je klient svým chováním buď zásadně narušuje terapeutický režim nebo ruší své okolí hlučným projevem či obnažováním. Tato restriktivní metoda může být použita v situaci, kdy je její užití zhodnoceno jako vhodnější než omezení v lůžku. Důvodem je také vlastní žádost nemocného. Neměla by být používána z edukativních důvodů.

K izolaci sestra přistupuje tehdy, nelze-li stav klienta zvládnout na oddělení jiným způsobem. Nabídne mu možnost nechat se izolovat dobrovolně bez fyzického nátlaku. Při nutnosti fyzického nátlaku, za jeho provedení zodpovídá vedoucí směny.

Rozhodnutí o umístění klienta do izolace je v kompetenci lékaře, který vše naordinuje do dekurzu a stvrdí podpisem. Přesahuje-li doba omezení 12 hodin, musí lékař stav klienta opětovně zhodnotit a rozhodnout o pokračování či ukončení izolace. V průběhu izolování klienta nesmějí být používány bolestivé hmaty ani jiné nehumánní postupy. Je respektována důstojnost člověka. Fyzický zákrok musí být rozhodný a organizovaný. Je zapotřebí alespoň 5 členů zdravotnického týmu k provedení izolace. Lékař a sestra vysvětlí klientovi důvody izolace a informují jej o dalším postupu, délky izolace a dostupnosti ošetrovatelského personálu.

Předtím jsou mu odebrány nebezpečné předměty. A ošetrovatelský personál také zkontroluje izolační místnost s ohledem na nebezpečné předměty, které by mohli poškodit klienta. Zároveň sestra pečuje o pohodlí nemocného a je-li to vhodné, tak mu poskytneme třeba knížku či časopis.

Klientovi v terapeutické izolaci je věnována zvýšená pozornost, po celou dobu je průběžně sledován. Kontroly u klienta provádí sestra nejdéle po hodinových intervalech. Sledování nemocného je zaměřeno na projevy, které byly důvodem vedoucím k izolaci, dále sestra sleduje celkové projevy a chování nemocného. Klientovy v terapeutické izolaci sestra poskytuje standardní ošetrovatelská péče a zajišťuje i tepelný a světelný komfort klienta. Ošetrovatelský personál je klientovi nablízku, poskytuje mu informace a podporuje jeho orientaci místem, časem a osobou. Informuje ho o způsobu, kterým může přivolat personál. Po ukončení terapeutické izolace musí být klient i nadále zvýšeně sledován nejméně po dobu 6 hodin.

Vše musí sestra důkladně zdokumentovat. Zapisuje stav klienta před izolací, čas počátku izolace, nejdéle ve 3 hodinových intervalech výsledky průběžného sledování se zhodnocením stavu nemocného, provádění ošetrovatelských intervencí, návštěvy klienta, čas ukončení izolace.

V mnoha případech je izolační místnost náhradou za nedostatek ošetrovatelského personálu. Mělo-li by jednotlivé umístění klienta do izolace přesáhnout 15 hodin, je nutné nové posouzení a indikace lékařem (18, 20, 23).

4. Ošetrovatelský proces u omezení klienta v síťovém lůžku

Omezení v síťovém lůžku, je omezení volného pohybu klienta ve speciálním lůžku se sítí. Síťové lůžko je speciální, uzamykatelné lůžko opatřené ze všech stran i stropu sítí. Cílem je zabránit poranění či poškození klienta, zabránit poranění ostatních klientů, návštěv, zabránit poškození majetku. Indikací je opakované, farmakologicky těžko ovlivnitelné dlouhodobé projevy psychomotorického neklidu. Kdy se přímo nejedná o akutní neklid, ale dochází k výpadům směrem k ošetrovatelskému personálu. Stavů zmatenosti, deliria a dezorientace spojené s rizikem poranění. Vhodná jsou síťová lůžka v gerontopsychiatrii, kdy může jejich použití při relativním zachování komfortu a volnosti pohybu zabránit vážným poraněním v důsledku pádu. Někdy se síťové lůžko využívá jen na noc. Síťové lůžko není tedy přímo indikováno k řešení akutních stavů.

Síťové lůžko by mělo být umístěna ve zvláštním pokoji. Především se tak situacím, kdy ostatní klienti svým chováním záměrně ruší ostatní klienta v síťovém lůžku nebo naopak. Mohou mu podávat skrze síťové lůžko nevhodné předměty. Sdílení pokojů s klientem v síťovém lůžku může mít negativní vliv na psychiku ostatních klientů. Velkou nevýhodou je udržování čistoty. Síť musí být při znečištění kompletně vyměněna, což se může opakovat i několikrát denně. Oddělení musí mít dostatečný počet sítí na výměnu.

Omezení klienta v síťovém lůžku organizuje sestra na základě písemné ordinace lékaře. Obsazení ošetrovatelského personálu je minimálně 5 členů ošetrovatelského týmu. Ošetrovatelský personál by měl být jednou ročně proškolen v péči o neklidné a nespolupracující klienty. Vlastní umístění do lůžka se realizuje za pomoci ostatních zdravotníků z oddělení. Před umístěním klientovi ošetrovatelský personál odebere vše, čím by se mohl poškodit, prohlédne rovněž lůžko a zajistí jeho úpravu. Nemocnému je poskytována komplexní ošetrovatelská péče. A zajištění optimálního tepelného komfortu. Nedílnou součástí péče o klienta je jeho aktivizace, což je pravidelné vyvádění klienta ze síťového lůžka za účelem hygieny, stravování, vycházek. Ošetrovatelský personál průběžně sleduje chování klienta a projevy. Kontroly u klienta sestrou jsou nejdéle v hodinových intervalech. Klientovi je věnována zvýšená péče a dohled. Snahou ošetrovatelského personálu je maximalizace pobytu klienta mimo

síťové lůžko a jeho aktivizace. Důležitá je i rehabilitace, zaměřená na komplikace plynoucí delšího omezení pohybu klienta. Ošetrovatelský personál se snaží hledat alternativní způsoby ke zvládnutí ohrožujících projevů nemocného.

Vše sestra zapíše do dokumentace. Zapisuje stav klienta před umístěním do síťového lůžka, čas a datum umístění, nejdéle ve 12-ti hodinových intervalech záznam o chování nemocného, poskytované péči a pobytech mimo síťové lůžko, návštěvy u klienta a čas ukončení omezení. Mělo-li by jednotlivé umístění klienta do síťového lůžka přesáhnout 15 hodin, je nutné nové posouzení lékařem (18, 20, 23).

Komplikací mi může být poranění klienta o konstrukci síťového lůžka, zapletení do sítě, ochabnutí svalů v důsledku nedostatečné mobilizace klienta, prochladnutí klienta (26).

5. Právní otázky

Při rychlém zklidnění dochází k porušení občanských práv a svobod, proto před podáním léčiv proti klientově vůli je nutné posoudit nutnost ochrany jeho práv a bezpečnost pro ostatní klienty a ošetrovatelský personál. Umístění duševně nemocného bez jeho souhlasu v lůžkovém psychiatrickém zařízení je upraveno právními normami. Je to listina základních práv a svobod, úmluva o lidských právech a biomedicíny, zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákoník, zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, zákonem č. 20/1966., o péči o zdraví lidu, zákonem č. 99/1963., občanský soudní řád (1, 14, 18).

V lednu 2005 byl vydán Věstník MZ ČR č. 1/2005, jehož obsahem je metodické opatření k používání omezovacích prostředků. Detailněji by pak jejich aplikace měla být řešena vnitřními předpisy každého zařízení (1, 16, 23, 24).

Postižený psychiatrický klient má právo léčbu odmítnout do té doby, než jej soud uzná nesvéprávným. Pokud je klient nesvéprávný, soud rozhodne o léčbě jakou by pravděpodobně volil svéprávný klient. Jedinou situací, kdy lze podat antipsychotika bez souhlasu klienta je neodkladná prevence, bezprostředního a nezvratného zhoršení vážného psychického onemocnění. Za dalších okolností musí být o nedobrovolné léčbě rozhodnuto soudem. Příímí příbuzní by měli být včas informováni o nedobrovolné léčbě a mělo by jim být vysvětleno, proč je tento postup nezbytný. Lékař musí nejprve zhodnotit schopnost klienta poskytnout mu souhlas, není-li toho klient schopen, je povinností lékaře léčit jej podle toho, co je pro klienta nejvhodnější, např. zachránit mu život nebo jestliže osoba jevící známky duševní poruchy nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí. Ohrožení sebe zahrnuje: suicidální tendence, sebevražedný pokus, tělesné napadení, odmítání naléhavě nutné léčby, bez které by došlo ke zdravotnímu poškození, pokud chybí náhled na chorobu podmíněný duševní poruchou (1, 5, 23, 24). Ohrožení okolí znamená: přímé ohrožení druhých osob – agresivitou. Nepřímé ohrožení – zahmyzení, zanedbávání péče. Nepřiměřené chování - nepozorná manipulace s plynem, ohněm, elektřinou (1, 5, 18).

Ústav musí do 24 hodin oznámit soudu, v jehož obvodu má sídlo, převzetí každého kdo byl v něm umístěn bez svého písemného souhlasu. Soud musí do 7 dnů, kdy došlo

k omezení volného pohybu nebo styku nemocného s okolím, rozhodnout o přípustnosti převzetí takového občana a stanovit délku zadržení v zařízení. Soud ustanoví opatrovníka pro toto řízení. Usnesení o nedobrovolné hospitalizaci je doručeno klientovi či opatrovníkovi do ústavu. Jednání se zúčastní znalec – většinou psychiatr z jiného ústavu, umístěný klient a jeho opatrovník. Tento posudek se nazývá detence. Klienta lze propustit před uplynutím doby uvedené v rozsudku. Nedobrovolné přijetí se týká i provádění vyšetřovacích metod a léčebných zákroků (1, 5, 18, 23, 24).

Použití rychlého zklidnění podle obecného zákona můžeme, pokud léčbu poskytneme klientovi, jenž nemůže dát svůj souhlas a trpí psychickým onemocněním, které má za následek nebezpečné chování pro něho samotného i pro ostatní, každému klientovi, u něhož psychické onemocnění vede k nebezpečnému nebo problémovému chování, pravděpodobně nedosahuje takové kognitivní úrovně, která je nezbytná k podání informovaného souhlasu. Je důležité správně vyhodnotit, je-li klient schopný informovaný souhlas podat. (7, 10, 18).

Rychlé zklidnění by nemělo být aplikováno bez zvážení alternativních metod. Pokud jsou přísně dodržovány standardy postupu s ohledem na klientova práva, výběr léčiv a fyzické monitorování, potom je tato metoda bezpečná přijatelná při zvládnutí náhle vzniklého neklidného a agresivního chování (5, 7, 20, 23, 24).

Na každém psychiatrickém oddělení by měli být vypracovány standardy rychlého zklidnění a každý člen personálu je musí dobře znát (20, 23).

